

Załącznik nr 1
do Uchwały nr
Rady Gminy w Przewoźnie
z dnia ... sierpnia 2026 r.

Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu kroowego w Gminie Przewóz na lata 2027-2029

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Przewóz, 2026

Nazwa programu

Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Przewóz na lata 2027-2029

Okres realizacji programu: 2027-2029

Autorzy programu:

dr hab. n. o zdrowiu Karolina Klimek

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

Julia Szałabska

CHILICO – Karolina Klimek

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Rekomendacja

Program zgodny z rekomendacją nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego.

Kontynuacja/trwałość programu

Program profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego nie był do tej pory realizowany przez Gminę Przewóz.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy w Przewozie

Pl. Partyzantów 1

68-132 Przewóz

Tel. 683623287

email: urządgminy@przewoz.com.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2026 r.

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	13
1. Cel główny	13
2. Cele szczegółowe	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	14
1. Populacja docelowa	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	14
3. Planowane interwencje	15
Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej	15
Planowane interwencje	16
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	18
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	18
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	19
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:	19
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	19
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Monitorowanie.....	21
2. Ewaluacja.....	21
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Koszty jednostkowe	22
2. Planowane koszty całkowite	22
3. Źródło finansowania.	22
Bibliografia.....	24
Załączniki.....	26

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby nowotworowe stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W ostatnich latach ich natężenie znacznie się zwiększyło, w związku z czym stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym. Najczęstszym nowotworem rozpoznawanym u mężczyzn jest rak gruczołu krokowego. Rak ten jest także drugą najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn¹. Zachorowalność na ten nowotwór cechuje silny trend wzrostowy, wiążący się m.in. ze starzeniem populacji oraz zmianami w diagnostyce, umożliwiającymi postawienie rozpoznania u większego odsetka chorych².

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka raka gruczołu krokowego jest wiek – 99% przypadków zachorowań rozpoznaje się po 50. roku życia. Największa liczba zachorowań dotyczy chorych w wieku od 65 do 74 lat, a największe ryzyko zachorowania cechuje populację w wieku 70-79 lat³. Na ryzyko zachorowania wpływają także wywiad rodzinny i pochodzenie etniczne. Mężczyźni pochodzenia afrykańskiego mają podwyższone ryzyko, a mężczyźni pochodzenia wschodnioazjatyckiego – obniżone ryzyko w porównaniu z osobami rasy kaukaskiej⁴. Mężczyźni z wywiadem rodzinnym raka gruczołu krokowego lub innych potencjalnie dziedzicznych nowotworów (u krewnych obojga płci) chorują częściej i w młodszym wieku. Mutacje prowadzące do zaburzeń mechanizmów naprawy DNA są czynnikami najczęściej odpowiadającymi za rodzinne występowanie raka stercza. Z kolei do najlepiej udokumentowanych modyfikowalnych czynników ryzyka nowotworu gruczołu krokowego należą: nadmierna masa ciała, hiperinsulinizm, aktywne palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niska aktywność fizyczna⁵.

¹ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl [dostęp: 25.07.2026 r.].

² Wilson TK, Zishiri OT. Prostate Cancer: A Review of Genetics, Current Biomarkers and Personalised Treatments. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2024 Oct;7(10):e70016.

³ Wojciechowska U., Didkowska A., Barańska K. i in., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2024.

⁴ Hałoń A, Powała A. Rak stercza. W: Nasierowska-Guttmejer A, Górnicka B. (red). Zalecenia do diagnostyki histopatologicznej nowotworów. Centrum Onkologii, Oddział Gliwice, Polskie Towarzystwo Patologów 2013.

⁵ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku gruczołu krokowego — stanowisko Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja*, Tom 10, Nr 1 (2024).

Pierwotny rak gruczołu krokowego to w ogromnej większości przypadków rak gruczołowy o różnicowaniu zrazikowym. Nowotwory te mogą przyjmować szereg postaci histologicznych, co znajduje zastosowanie w ocenie stopnia zróżnicowania. Oprócz tego, rak gruczołu krokowego może przyjmować wiele rzadkich wariantów morfologicznych (jak np. rak zanikowy, drobnotorbielowaty, śluzotwórczy), których znaczenie polega głównie na konieczności histologicznego odróżnienia od zmian nienowotworowych. Inne, rzadsze typy to raki przewodowe, złożone z większych gruczołów, raki płaskonabłonkowe i z nabłonka dróg moczowych. W części przypadków współwystępują one z gruczolakorakiem zrazikowym. Pierwotne nowotwory innych typów, jak np. neuroendokrynne, stwierdzane są sporadycznie⁶.

Metody diagnozowania i prognozowania w raku gruczołu krokowego pozostają ograniczone, a dobór leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby, grupy ryzyka, stanu ogólnego pacjenta i oczekiwanej długości życia. W diagnostyce stosuje się oznaczanie specyficznego antygenu sterczowego (PSA), badanie per rectum (DRE), biopsję igłową gruczołu krokowego (PNB), biopsję fuzyjną (MRI-TRUS), a także badania obrazowe (ultrasonografię przezodbytniczą, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, scyntyografię, ultrasonografię jamy brzusznej i miednicy). U wybranych chorych na raka gruczołu krokowego prowadzi się także badania molekularne⁷.

Zastosowanie PSA jako markera nowotworowego, którego stężenie w surowicy krwi jest łatwe do określenia, zrewolucjonizowało diagnostykę raka stercza. PSA to białko swoiste narządowo, a nie swoiste dla raka. Z tego powodu stężenie PSA może być podwyższone w stanie zapalnym gruczołu krokowego czy w łagodnym rozroście gruczołu krokowego, a także w innych stanach niezłośliwych. Jednocześnie żadna, nawet niska wartość PSA, nie wyklucza możliwości występowania nowotworu złośliwego stercza. Jako zmienna niezależna stężenie PSA jest lepszym predyktorem raka niż badanie stercza przez odbytnicę (DRE). Im wyższe stężenie markera, tym większe prawdopodobieństwo raka, jednakże u wielu mężczyzn, mimo niskiego stężenia PSA w surowicy, może dochodzić do rozwoju nowotworu złośliwego. W przypadku podwyższonego PSA należy rozważyć

⁶ Netto GJ, Mahul BA, Kench JG. Tumours of the prostate. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board. ed. Urinary and male genital tumours. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2022.

⁷ Bąk S., Budzeń K., Wesołowski P. I in., Review of diagnostic methods for prostate cancer with consideration of MRI-TRUS fusion biopsy. Journal of Education, Health and Sport. 2022;12(9):720-728.

powtórzenie testu w celu potwierdzenia nieprawidłowości. Stężenie PSA powyżej 3 ng/ml należy traktować jako nieprawidłowe⁸.

Mężczyźni świadomi korzyści i zagrożeń wynikających z badań przesiewowych, którzy oczekują wczesnej diagnozy, powinni być poddani badaniu DRE i oznaczeniu PSA. Zastosowanie samego DRE w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej charakteryzuje się niską czułością i swoistością (<60%), co najprawdopodobniej wynika z braku doświadczenia lekarzy POZ. Dlatego też badanie to nie może być badaniem wykluczającym⁹. Oznaczenie PSA należy proponować dobrze poinformowanym mężczyznom z podwyższonym ryzykiem wystąpienia raka gruczołu krokowego, tj. m.in. mężczyznom od 50. roku życia, mężczyznom pochodzenia afrykańskiego od 45. roku życia, a także mężczyznom - nosicielom mutacji BRCA2 od 40. roku życia. Decyzję o badaniu w kierunku raka gruczołu krokowego należy świadomie podejmować lub odrzucać na podstawie oczekiwanej długości życia i stanu sprawności. Mężczyźni, których oczekiwana długość życia wynosi poniżej 15 lat, prawdopodobnie nie odniosą korzyści z badań przesiewowych¹⁰.

Podstawową możliwością leczenia o założeniu radykalnym jest leczenie miejscowe. Chirurgiczne leczenie tego typu to radykalna prostatektomia polegająca na całkowitym usunięciu stercza wraz z pęcherzykami nasiennymi i regionalnymi węzłami chłonnymi (wykonana metodą otwartą lub laparoskopową). Radykalne wycięcie stercza jest uzasadnione u chorych niskiego, pośredniego i wysokiego ryzyka ze spodziewanym przeżyciem powyżej 10 lat, akceptujących taki sposób leczenia. U chorych, u których ryzyko progresji nowotworu w ciągu 10 lat jest znikome, stosuje się leczenie odroczone, obejmujące aktywny nadzór oraz baczna obserwację. W praktyce oznacza to prowadzenie obserwacji stanu chorego i wdrożenie leczenia w chwili stwierdzenia progresji raka stercza. Celem takiego postępowania jest ograniczenie ryzyka niekorzystnych następstw leczenia radykalnego. Wśród pozostałych metod leczenia raka gruczołu krokowego wymienia się także terapię ogniskową, możliwą do zastosowania u mężczyzn na wcześniejszym etapie choroby, z większą skłonnością do jednoogniskowej lub jednostronnej choroby. Do technologii ablacyjnych używanych do terapii ogniskowej

⁸ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... op. cit.

⁹ Naji L, Randhawa H, Sohani Z, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2018; 16(2): 149–154,

¹⁰ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... op. cit.

należą m.in. krioterapia i terapia fotodynamiczna. Również współczesna radioterapia, obok chirurgii, jest podstawową metodą miejscowego leczenia raka stercza stosowaną zarówno we wczesnym, jak i bardziej zaawansowanym stadium choroby¹¹.

2. Dane epidemiologiczne

Nowotwory złośliwe stanowią poważny globalny problem zdrowotny, są jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności. W 2023 roku nowotwory były drugą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, po chorobach układu krążenia. Szacuje się, że w roku 2023 odnotowano na świecie 18,5 mln nowych przypadków raka i 10,4 mln zgonów z przyczyn nowotworowych. W latach 1990-2023 liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wzrosła o 74,3%. Prognozy referencyjne szacują, że w 2050 r. na świecie wystąpi 30,5 mln przypadków zachorowań i 18,6 mln zgonów z powodu raka, co stanowi wzrost o 60,7% i 74,5% w porównaniu z rokiem 2024. Rak płuca, obok raka piersi, należy do najczęściej występujących nowotworów (po 12,43% ogółu przypadków). Kolejne miejsca zajmują: rak jelita grubego (12,38%), rak prostaty (7,62%) i rak żołądka (6,81%). Nowotwór płuc jest główną przyczyną zgonów z powodu raka (19,62% wszystkich zgonów z powodów nowotworowych), następnie jest to rak jelita grubego (10,67%), rak żołądka (9%), rak piersi (7,48%) i rak przełyku (6,8%)¹².

Nowotwory stanowią także istotny problem epidemiologiczny i społeczny w Polsce. W roku 2024 były drugą, po chorobach układu krążenia, wiodącą przyczyną umieralności Polaków (27% ogółu zgonów). W województwie lubuskim odpowiadały za 26,5% zgonów¹³. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w okresie ostatnich dekad (1999-2023) wzrosła o 67%, osiągając w 2023 roku prawie 193 tys. zachorowań, z czego prawie 97 tys. u mężczyzn i prawie 96 tys. u kobiet. Standaryzowany współczynnik zachorowalności na 100 tys. ludności (ASW) wyniósł 253,3. W województwie lubuskim w roku 2023 odnotowano ponad 4,4 tys. zachorowań (ASW=223,24). Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn w roku 2023 były: rak gruczołu krokowego (24,5%), rak oskrzela i płuca (12,6%), inny niż czerniak rak złośliwy skóry (9,5%) oraz rak jelita grubego (6,6%). Liczba zgonów

¹¹ Ibidem.

¹² Force LM, Kocarnik JM, May ML, et al. The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet. 24 September 2025.

¹³ Bank danych lokalnych, Ludność, Urodzenia i zgony, Zgony wg przyczyn dla powiatów [dostęp: 25.07.2026 r.].

na nowotwory złośliwe w okresie ostatnich dekad (1999-2023) wzrosła o 22,1%, osiągając w 2023 roku ponad 99,6 tys., z czego ponad 53,3 tys. u mężczyzn i ponad 46,3 tys. u kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 tys. ludności (ASW) wyniósł 110,13. W województwie lubuskim w roku 2023 odnotowano ponad 2,5 tys. zgonów (ASW=108,7). Najczęstszymi przyczynami zgonów z powodów nowotworowych w roku 2023 wśród mężczyzn były: rak oskrzela i płuca (25,4%), rak gruczołu krokowego (11%), rak jelita grubego (7,9%) oraz pęcherza moczowego (5,6%)¹⁴.

W województwie lubuskim w roku 2023 nowotwór gruczołu krokowego był najczęstszym diagnozowanym nowotworem i stanowił ok. 28,3% ogółu nowych rozpoznań nowotworowych wśród mężczyzn (677 przypadków). Rak ten odpowiadał także za 10,7% ogółu zgonów z powodu chorób nowotworowych w tej grupie (141 przypadków). W województwie odnotowano wyższy, w porównaniu do kraju, standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego, ale niższy standaryzowany współczynnik umieralności z powodu tego nowotworu (tabela I-II).

Tab. I. Zachorowania na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w Polsce oraz w województwie lubuskim w roku 2023

ICD-10	Lokalizacja nowotworu	Polska		województwo lubuskie	
		Liczba	ASW	Liczba	ASW
C00-C97	Nowotwory ogółem	96 925	275,25	2 390	255,7
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	23 710	61,90	677	66,12

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.

Tab. II. Zgony z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn w Polsce oraz w województwie lubuskim w roku 2023

ICD-10	Lokalizacja nowotworu	Polska		województwo lubuskie	
		Liczba	ASW	Liczba	ASW
C00-C97	Nowotwory ogółem	53 322	140,74	1 316	134,39
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	5 859	13,46	141	13,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego w województwie lubuskim wzrósł w okresie 2012-2023 o ponad 28% (w roku 2013 wynosił 51,44/100 tys. ludności). Z kolei standaryzowany współczynnik umieralności z powodu raka gruczołu krokowego wzrósł w tym samym okresie

¹⁴ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl [dostęp: 25.02.2026 r.].

o 5,5% (w roku 2012 wynosił 12,65/100 tys. ludności). W powiecie żarskim w roku 2023 współczynnik zachorowalności wyniósł 33,99/100 tys. ludności, a współczynnik umieralności 12,45/100 tys. ludności. W powiecie odnotowano zatem niższy, w porównaniu do kraju, standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego i niższy standaryzowany współczynnik umieralności z powodu tego nowotworu¹⁵.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób nowotworowych mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz chorzy ze stwierdzonym nowotworem od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby¹⁶. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu, chirurgii onkologicznej, a także licznych badań diagnostycznych¹⁷. W zakresie leczenia szpitalnego wśród dostępnych świadczeń są m.in.: leczenie chirurgiczne, leczenie radioterapią, leczenie chemioterapią, leczenie brachyterapią, leczenie systemowe oraz chirurgia rekonstrukcyjna i plastyczna¹⁸. Rehabilitacja lecznicza obejmować może w takich przypadkach świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (poradnie rehabilitacyjne), domowych, dziennych (ośrodki/oddziały dzienne rehabilitacji) lub stacjonarnych (oddziały rehabilitacji w warunkach szpitalnych)¹⁹. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej²⁰.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. 2023 poz. 870 ze zm.].

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1406].

Ze względu na to, że nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiej populacji, stwarzającym problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa, realizowana jest obecnie Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (NSO), stanowiąca kontynuację realizowanego w latach 2006-2020 Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Z punktu widzenia problematyki poruszanej w PPZ za najistotniejszy uznać należy cel w obszarze inwestycji w system opieki onkologicznej tj. poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”²¹.

W ramach świadczeń gwarantowanych od maja 2025 realizowany jest także program „Moje zdrowie” dedykowany osobom po 20. roku życia. Cele omawianego programu ogólnopolskiego są następujące: wdrożenie nawyku systematycznego wykonywania bilansu swojego zdrowia, wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, lepsze przygotowanie do konsultacji u lekarza, wzmocnienie roli lekarzy POZ w profilaktyce, motywacja do dbania o siebie, przyjmowania zalecanych szczepionek, prowadzenia zdrowszego trybu życia, korzystania z porad z zakresu profilaktyki. Program zakłada realizację podstawowych badań diagnostycznych co 5 lat (populacja 20-49 lat) lub co 3 lata (populacja 50 lat i więcej). W pakiecie badań diagnostycznych dla mężczyzn dostępne jest co prawda badanie PSA²², lecz program ten nie obejmuje działań edukacyjnych z obszaru profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego, a także nie skupia się wprost na tym problemie zdrowotnym. Co więcej, w ramach programu badanie PSA w populacji 50 lat i więcej można

²¹ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 [M.P. 2020 poz. 189].

²² Serwis Ministerstwa Zdrowia: Program Moje Zdrowie, <https://pacjent.gov.pl/program-moje-zdrowie> [dostęp: 25.07.2026 r.].

wykonywać co 3 lata, podczas gdy rekomendacje naukowe wskazują na konieczność jego powtarzania nawet co 12 miesięcy²³.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Nowotwory gruczołu krokowego stanowią istotne zagrożenie zdrowotne wśród mężczyzn w Gminie Przewóz. Działania z zakresu profilaktyki pierwotnej mogą skutkować zmniejszeniem liczby nowych zachorowań, a wczesna diagnostyka znacząco zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Wdrożenie programu uzasadniają także dane epidemiologiczne przedstawione w poprzednich punktach projektu. Wdrożenie działań proponowanych w programie może poprawić świadomość zdrowotną mężczyzn oraz ich dostęp do badań diagnostycznych na terenie gminy. Wielu mężczyzn z mniejszych miejscowości i obszarów wiejskich może mieć ograniczony dostęp do badań diagnostycznych, dlatego też program skierowany do mieszkańców Gminy Przewóz może zniwelować te nierówności. Inwestycja w profilaktykę nowotworów gruczołu krokowego przyniesie długoterminowe korzyści zdrowotne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia zaawansowanych nowotworów oraz poprawiając jakość życia mężczyzn w regionie.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁴: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026²⁵: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;

²³ Rekomendacja nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego, bip.aotm.gov.pl [dostęp: 25.07.2026 r.].

²⁴ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

²⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 [Dz.U. 2021 poz. 642].

3. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030²⁶: Obszar 5: Inwestycje w system opieki onkologicznej;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²⁷ : rekomendacje dla województwa lubuskiego: Obszar demografia, rekomendacja 1.2. Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn; Obszar epidemiologia i prognoza epidemiologiczna, rekomendacja 2.2. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe; Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 3.1-3.2. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;
5. Wojewódzki Plan Transformacji województwa lubuskiego na lata 2027-2031²⁸:
2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendowane kierunki działań: 1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej); 4. Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.

²⁶ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie... op. cit.

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42]

²⁸ Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 15 lipca 2026 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2027 -2031 [DZ. URZ. WOJ. LUB 2026.1665].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie potencjalnych czynników ryzyka choroby, ryzyka zdrowotnego oraz korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego, wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych.

2. Cel szczegółowy

Zwiększenie o co najmniej 5% w okresie trwania całego programu, odsetka mężczyzn z grupy wysokiego ryzyka z nieprawidłowym poziomem stężenia PSA skierowanych na dalszą diagnostykę w ramach środków NFZ (POZ lub AOS).

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. III. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy	Odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i które zostały skierowane na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie (Iloraz liczby wszystkich osób z nieprawidłowym wynikiem PSA skierowanych na dalszą diagnostykę urologiczną w okresie trwania programu w stosunku do liczby osób objętych badaniami przesiewowymi prowadzonymi w programie)

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mężczyzn zamieszkujących Gminę Przewóz. Działania edukacyjne zaplanowano dla ogółu dorosłych mężczyzn. Populacja ta liczy łącznie ok. 1,22 tys. mężczyzn²⁹. Lekarskie wizyty kwalifikujące do programu realizowane będą w populacji mężczyzn w wieku 50-69 lat bez dodatkowych czynników ryzyka oraz w populacji 40-49 lat z dodatkowymi czynnikami ryzyka, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Populacja mężczyzn w wieku 50-69 lat liczy w gminie łącznie ok. 430 osób. Badania diagnostyczne PSA (przesiew oportunistyczny) realizowane będą wśród mężczyzn, którzy na wizycie kwalifikacyjnej po edukacji zdrowotnej uzyskali wynik post-testu wskazujący na wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi). W związku z ograniczeniami finansowymi program obejmie corocznie 200 osób. Pacjenci będą przyjmowani do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Działania edukacyjne (populacja ogólna mężczyzn)

Kryteria włączenia:

- płeć męska
- wiek 18 lat lub więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Przewóz

Kryteria wyłączenia: brak

2) Lekarska wizyta kwalifikująca do programu

Kryteria włączenia:

- płeć męska
- wiek:
 - 50-69 lat niezależnie od dodatkowych czynników ryzyka
 - 45-49 lat w przypadku historii zachorowania na raka gruczołu krokowego poniżej 50 r.ż. u krewnego w pierwszym stopniu pokrewieństwa i/lub w przypadku potwierdzonego nosicielstwa mutacji genów BRCA1/2
 - 40-44 lat w przypadku potwierdzonego nosicielstwa mutacji genów

²⁹ Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl [dostęp: 03.08.2026 r.].

BRCA1/2

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Przewóz

Kryteria wyłączenia:

- wykonywanie badania PSA w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie pisemne pacjenta)

3) Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów kwalifikacji dla wizyty kwalifikującej
- wysoki poziom wiedzy w zakresie potencjalnych czynników ryzyka choroby, ryzyka zdrowotnego oraz korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście)
- pisemna zgoda na udział w badaniu

Kryteria wyłączenia:

- wykonywanie badania PSA w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie pisemne pacjenta)

4) Lekarska wizyta kontrolna

Kryteria włączenia:

- udział w przesiewie oportunistycznym

Kryteria wyłączenia: brak

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Gminą Przewóz oraz placówkami POZ, AOS, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

Planowane interwencje

1) Działania edukacyjne (populacja ogólna mężczyzn)

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej mężczyzn w Gminie Przewóz na temat profilaktyki raka gruczołu krokowego, w tym m.in. na temat:
 - czynników ryzyka raka gruczołu krokowego,
 - sposobów eliminowania lub ograniczania modyfikowalnych czynników ryzyka raka gruczołu krokowego (zmiana stylu życia, wdrażanie aktywności fizycznej, stosowanie odpowiedniej diety, unikanie alkoholu i tytoniu),
 - pierwszych objawów raka gruczołu krokowego,
 - założeń przesiewu oportunistycznego (populacja docelowa, bezpieczeństwo i skuteczność badań, ryzyko wyników fałszywie dodatnich),
- realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący uczestnikom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w mediach społecznościowych, posty na stronie internetowej Gminy Przewóz, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Krajowy Rejestr Nowotworów),
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;

2) Lekarska wizyta kwalifikująca do programu (realizowana stacjonarnie), obejmująca:

- stwierdzenie spełniania wszystkich kryteriów kwalifikacji do programu,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie,
- przekazanie uczestnikowi niezbędnych informacji dotyczących właściwego przygotowania do badania PSA (m.in. informacje dotyczące czynników, które

mogą tymczasowo podnieść/obniżyć poziom PSA, np.: intensywne ćwiczenia, współżycie seksualne/ejakulacja w ciągu ostatnich 48 godzin, obecne aktywne zakażenie układu moczowego, infekcje, zabiegi, urazy),

- omówienie ewentualnych korzyści i szkód wynikających z prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego,
- uzyskanie świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu,
- indywidualną edukację zdrowotną pacjenta w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki raka gruczołu krokowego wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik nr 4),
- zapewnienie możliwości ponownej edukacji zdrowotnej i ponownego wypełnienia post-testu - jeśli uczestnik nie uzyskał w post-teście wyniku wskazującego na wysoki poziom wiedzy,
- przekazanie ankiety satysfakcji uczestnika PPZ (wzór – załącznik 3);

3) Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

- pobranie próbki krwi żyłnej w celu oznaczenia poziomu PSA,
- oznaczenie poziomu PSA;

4) Lekarska wizyta kontrolna (realizowana stacjonarnie lub w formie teleporady), obejmująca:

- przeprowadzenie interpretacji wyniku badania przesiewowego i przekazanie uczestnikowi zaleceń dotyczących dalszego postępowania:
 - w przypadku uzyskania wartości stężenia PSA <3 ng/ml - pacjent zostaje poinformowany przez lekarza o konieczności wykonywania badań kontrolnych co 1-2 lata oraz otrzyma broszurę z informacjami na ww. temat
 - w przypadku uzyskania wartości stężenia PSA ≥ 3 ng/ml - pacjent kierowany jest do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), prowadzącej dalszą diagnostykę poza programem.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, w tym Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego ³⁰, a także z Rekomendacją nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego³¹.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- ukończenie uczestnictwa w lekarskiej wizycie kwalifikującej – przy braku kwalifikacji lub braku zgody na wykonanie badania przesiewowego,
- wykonanie badania przesiewowego i udział w lekarskiej wizycie kontrolnej,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ na dowolnym jego etapie.

³⁰ Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego... op. cit.

³¹ Rekomendacja nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego, bip.aotm.gov.pl [dostęp: 25.07.2026 r.].

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2026);
- 2) przesłanie oświadczenia o zgodności z Rekomendacją do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III kwartał 2026);
- 3) zaopiniowanie programu przez wojewodę (III kwartał 2026);
- 4) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2026-I kwartał 2027);
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie podmiotu realizującego program, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2027);
- 6) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2027);
- 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2027-2029);
- 8) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2029);
- 9) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2029 - I kwartał 2030);
- 10) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2030).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Gmina Przewóz. Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze ochrony zdrowia,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1480 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2026 poz. 156),
- zapewnienie realizowania lekarskiej wizyty kwalifikującej do oraz lekarskiej wizyty kontrolnej przez lekarza,

- zapewnienie wykonywania badań diagnostycznych PSA w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych,
- spełnianie wymogów lokalowych i sprzętowych zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa, w tym dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy – zapewnienie wyposażenia i warunków lokalowych adekwatnych do planowanych działań, dopuszcza się gabinet mobilny oraz mobilne centrum diagnostyki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto realizator będzie przekazywał Gminie Przewóz sprawozdania okresowe - miesięczne, a także sporządzi sprawozdanie końcowe - roczne z przeprowadzonych interwencji. W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia

dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych (np. liczba rozdanych ulotek, wywieszonych plakatów, pobrań materiałów edukacyjnych itp.),
- liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikującej i edukacji zdrowotnej,
- liczba osób, które na wizycie kwalifikującej odmówiły wzięcia udziału w badaniu stężenia PSA,
- liczba osób, które zostały poddane badaniu stężenia PSA,
- liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kontrolnej,
- liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 3),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test,
- odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i które zostały skierowane na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie,
- odsetek osób z grupy ryzyka, którzy ostatecznie zdecydowali się wziąć udział

w badaniach przesiewowych,

- odsetek osób, u których wykonano badanie stężenia PSA.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli IV przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. Lekarskie wizyty kwalifikujące do programu, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą ok. 200 osób rocznie. Należy zaznaczyć, że w związku z ograniczonym zakresem danych epidemiologicznymi, wszystkie pozostałe interwencje w programie zaplanowano dla tej samej liczby osób. W praktyce będą one realizowane w odniesieniu do uczestników spełniających poszczególne kryteria kwalifikacji. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

Tab. IV. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu	250,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	150,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	200,00

2. Planowane koszty całkowite

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Rok	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu	200	250,00	50 000,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	200	150,00	30 000,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	200	200,00	40 000,00
4. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2027	--	--	123 000,00
1. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu	200	250,00	50 000,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	200	150,00	30 000,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	200	200,00	40 000,00
4. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2028	--	--	123 000,00
1. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu	200	250,00	50 000,00
2. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)	200	150,00	30 000,00
3. Lekarska wizyta kontrolna	200	200,00	40 000,00
4. Koszty pośrednie (koordynacja programu,	1	3 000,00	3 000,00

Rok	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)			
Razem w roku 2029	--	--	123 000,00
Razem w latach 2027-2029			369 000,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 369 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Przewóz, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program jest w założeniu finansowany ze środków Gminy Przewóz (80%) oraz środków stanowiących wkład własny realizatora programu polityki zdrowotnej (20%). Gmina w latach 2027-2029 będzie się starała o dofinansowanie 80% kosztów działań realizowanych w programie przez Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.] oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl [dostęp: 25.07.2026 r.].
2. Bąk S., Budzeń K., Wesołowski P. I in., Review of diagnostic methods for prostate cancer with consideration of MRI-TRUS fusion biopsy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(9):720-728.
3. Force LM, Kocarnik JM, May ML, et al. The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 24 September 2025.
4. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services, 1 February 2024 News release Lyon, France; Geneva, Switzerland, www.who.int [dostęp: 25.07.2026r.].
5. Hałoń A, Powała A. Rak stercza. W: Nasierowska-Guttmejer A, Górnicka B. (red). Zalecenia do diagnostyki histopatologicznej nowotworów. Centrum Onkologii, Oddział Gliwice, Polskie Towarzystwo Patologów 2013.
6. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2018; 16(2): 149–154,
7. Netto GJ, Mahul BA, Kench JG. Tumours of the prostate. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board. ed. Urinary and male genital tumours. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2022.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42]
9. Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 15 lipca 2026 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2027 - 2031 [DZ. URZ. WOJ. LUB 2026.1665].
10. Poradnik pacjenta: Profilaktyka 40 PLUS - bezpłatne badania bez skierowania, Aktualności Centrali NFZ, www.nfz.gov.pl [dostęp: 25.07.2026r.].
11. Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl [dostęp: 25.07.2026r.].
12. Rekomendacja nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego, bip.aotm.gov.pl [dostęp: 25.07.2026r.].
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. 2023 poz. 870 ze zm.].
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1406].
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

[Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].
17. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 [Dz.U. 2021 poz. 642].
18. Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 [M.P. 2020 poz. 189].
19. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
20. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]
21. Wilson TK, Zishiri OT. Prostate Cancer: A Review of Genetics, Current Biomarkers and Personalised Treatments. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2024 Oct;7(10):e70016.
22. Wojciechowska U., Didkowska A., Barańska K. i in., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2024.
23. Wysocki P., Chłosta P., Antoniewicz A., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku gruczołu krokowego — stanowisko Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja*, Tom 10, Nr 1 (2024).

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Wiek	
PESEL*	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

2. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny ze wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

3. Lekarska wizyta kwalifikująca do programu i edukacja zdrowotna

Data wykonania świadczenia	Informacja dla celów monitorowania/ewaluacji
.....	Wynik pre-testu wiedzy: Wynik post-testu wiedzy: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 80% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
Kwalifikacja do badania PSA na podstawie spełnienia kryteriów włączenia do badań diagnostycznych i braku obecności kryteriów wyłączenia	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Przesiew oportunistyczny (pomiar stężenia PSA)

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
Oznaczenie poziomu markera PSA	

5. Lekarska wizyta kontrolna

Data wykonania świadczenia	Informacja dla celów monitorowania/ewaluacji
.....	Wynik ≥ 3 ng/ml: ☐ tak ☐ nie Skierowano na dalszą diagnostykę/leczenie poza programem: ☐ tak ☐ nie

6. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (wzór)

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych (np. liczba rozdanych ulotek, wywieszonych plakatów, pobrań materiałów edukacyjnych itp.)	
liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikującej i edukacji zdrowotnej	
liczba osób, które na wizycie kwalifikującej odmówiły wzięcia udziału w badaniu stężenia PSA	
liczba osób, które zostały poddane badaniu stężenia PSA	
liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kontrolnej	
liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	

Ewaluacja	
Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki RGK, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
Odsetek osób, u których podczas badania przesiewowego wykryto nieprawidłowy poziom stężenia PSA i które zostały skierowane na dalszą diagnostykę w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badań przesiewowych prowadzonych w programie,	
Odsetek osób z grupy ryzyka, którzy ostatecznie zdecydowali się wziąć udział w badaniach przesiewowych	
Odsetek osób, u których wykonano badanie stężenia PSA	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji uczestnika programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (wzór)

(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

--

30

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej realizowanej podczas wizyty kwalifikującej do programu pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów gruczołu krokowego w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (wzór)

1. Który z poniższych czynników zwiększa ryzyko zachorowania na raka prostaty?

- A) Dieta bogata w produkty pełnoziarniste
- B) Regularna aktywność fizyczna
- C) Wiek powyżej 50 lat
- D) Niski poziom kortyzolu

2. Który objaw może sugerować rozwój raka prostaty?

- A) Nagła utrata masy ciała
- B) Problemy z oddawaniem moczu
- C) Silny ból w dolnej części pleców
- D) Wszystkie powyższe

3. Jakie badanie jest podstawowym testem przesiewowym w kierunku raka prostaty?

- A) USG jamy brzusznej
- B) Badanie poziomu PSA we krwi
- C) RTG miednicy
- D) Morfologia krwi

4. Jakie są różnice między rakiem prostaty a łagodnym przerostem gruczołu krokowego?

- A) Rak prostaty rozwija się szybko, a przerost prostaty wolno
- B) Rak prostaty może dawać przerzuty, a przerost prostaty nie
- C) Łagodny przerost prostaty nie jest nowotworem
- D) Wszystkie powyższe

5. Czy rak prostaty zawsze wymaga natychmiastowego leczenia?

- A) Tak, zawsze
- B) Nie, jeśli jest w bardzo wczesnym stadium, można zastosować aktywny nadzór
- C) Nie, jeśli poziom PSA jest niski
- D) Tak, jeśli pacjent nie ma objawów