

AKCEPTUJĘ

.....
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej
program polityki
zdrowotnej do
realizacji

Program edukacyjny w zakresie profilaktyki raka piersi dla mieszkank Wrocławia - PiersiPodOchroną

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 1461 z późn. zm.]

Wrocław, 2026

Wrocław miasto spotkań

Nazwa programu:

Program profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia

Okres realizacji programu: 2026 (z możliwością kontynuacji w latach następnych). Program zaplanowano na rok 2026, zgodnie z planowanym budżetem Miasta Wrocławia. Zakłada się możliwość kontynuacji programu, zgodnie z budżetami planowanymi w kolejnych latach.

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

Program zgodny z Rekomendacją nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024 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 raka piersi.

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi zaktualizowaną kontynuację programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Urzędu Miejskiego Wrocławia
Wrocław 50-320, ul. G. Zapolskiej 4
tel. /71/ 777 77 60
wzd@um.wroc.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	13
3. Opis obecnego postępowania	21
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	22
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	26
1. Cel główny	26
2. Cel szczegółowy	26
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	27
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji.....	28
1. Populacja docelowa	28
3. Planowane interwencje	30
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	34
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	34
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	35
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	35
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	36
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	38
1. Monitorowanie	38
2. Ewaluacja	39
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	40
1. Koszty jednostkowe	40
2. Planowane koszty całkowite	41
3. Źródło finansowania	41
Bibliografia	42

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego – potocznie nazywany rakiem piersi – jest nowotworem wywodzącym się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, który początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów odległych.

Rak piersi jest najczęściej diagnozowaną chorobą nowotworową i drugą nowotworową przyczyną śmierci wśród polskich kobiet.

Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi

Przyczyny rozwoju raka piersi nie są jeszcze do końca poznane, ale na podstawie prowadzonych badań udało się już zidentyfikować wiele czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju tego nowotworu, co pozwala oceniać ryzyko jego wystąpienia u poszczególnych osób.

Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza automatycznie pewności zachorowania na raka piersi, ale stanowi powód do podjęcia wzmożonych działań profilaktycznych, obejmujących także eliminację lub zmianę niekorzystnych zachowań związanych ze stylem życia. Analogicznie, brak czynników ryzyka zachorowania na raka piersi nie jest gwarancją niewystąpienia tej choroby¹.

Morfologicznie nowotwór może być indukowany przez kilka, a nawet kilkanaście czynników kancerogennych. Coraz częściej jednak w ryzyku zachorowania na raka piersi wskazuje się uwarunkowania genetyczne. W Polsce około 10 % przypadków raka piersi występuje u kobiet, u których stwierdza się mutacje w obrębie genów,

¹ Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja: Anna Smaga, Magdalena Mikułowska, Aleksandra Komorowska, dr Bogdan Falkiewicz– Sequence HC Partners, Jerzy Gryglewicz– Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014

najczęściej w BRCA1. Zestawienie czynników ryzyka zawiera niżej zamieszczona tabela.

Tabl. 1 Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi

Lp.	Czynniki ryzyka
1	Wiek 45-74
2	Rak piersi wśród członków rodziny (stopień ryzyka zależy od liczby przypadków w rodzinie i stopnia pokrewieństwa z chora osoba)
3	Mutacje stwierdzone w genach BRCA1 lub BRCA2
4	Pierwsza miesiączka przed 12 rokiem życia
5	Późna menopauza po 55 roku życia
6	Urodzenie dziecka po 35 roku życia
7	Bezdzielnosć
8	Poprzednie leczenie z powodu raka piersi
9	Leczenie z powodu innych schorzeń piersi

Czynnikiem który w istotny sposób wpływa na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa i szacuje się że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95%. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi o 25-30%. American College of Preventive Medicine rekomenduje wykonywanie mammografii w 2 projekcjach, co 2 lata u kobiet w wieku 50-69 lat z grupy niskiego ryzyka, natomiast co rok u kobiet z grupy wysokiego ryzyka.

Objawy raka piersi

Objawem raka piersi jest guz różniący się od otaczających go tkanek lub nieostro odgraniczone zgrubienie nieobecne w drugiej piersi. Rak piersi może powodować zmianę kształtu lub powiększenie się sutka². Zaawansowanym zmianom nowotworowym mogą towarzyszyć

² Matkowski R. Zasady chirurgii nowotworów piersi. [aut. książki] Kornafel J. Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011.

zmiany w wyglądzie piersi. U części kobiet chorych na raka piersi stwierdza się powiększenie pachowych węzłów chłonnych po tej samej stronie co guz. Objawem większego zaawansowania raka jest obecność przerzutów w węzłach chłonnych w okolicach obojczyków. Masywnemu zajęciu regionalnych węzłów chłonnych może towarzyszyć obrzęk chłonny ręki. W najbardziej zaawansowanym stadium raka piersi, tzw. stadium uogólnionym (rozszianym) mogą występować objawy związane z rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z pierwotnego guza w piersi na inne, odległe narządy, w których tworzą się przerzuty. Objawy przerzutów zależą od ich lokalizacji i mogą to być np. bóle kostne (przerzuty do kości), silne bóle i zawroty głowy (przerzuty do mózgu) czy brak apetytu lub ból brzucha (przerzuty do wątroby).

Klasyfikacja i stopnie zaawansowania raka piersi

Histopatologiczna klasyfikacja raka piersi wprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia dzieli nowotwory piersi na raki przedinwazyjne (nienaciekające, in situ) oraz inwazyjne (naciekające) w zależności od ograniczenia zmiany nowotworowej w obrębie komórek nabłonkowych lub jej dalszego rozprzestrzenienia się (naciekania).

Rak piersi wykryty w stadium przedinwazyjnym jest chorobą praktycznie całkowicie wyleczalną. Rokowania w przypadku raków naciekających zależą od ich typu (typu histologicznego i biologicznego, stopnia złośliwości) oraz stopnia zaawansowania³.

Postęp wiedzy na temat raka piersi oraz rozwój biologii molekularnej umożliwił wyodrębnienie jego podtypów molekularnych, różnicowanych na podstawie odpowiedniej kombinacji cech immunohistochemicznych i/lub genetycznych. Określenie podtypu biologicznego raka piersi pozwala wnioskować o możliwym przebiegu

³ Jassem J. i inni. Rak piersi. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r. Gdańsk: Via Medica, 2013.

choroby (rokowaniu), a także przypisywać choremu skuteczną, dedykowaną dla poszczególnych podtypów molekularnych terapię.

Podtyp luminalny A uważany jest za raka piersi o dobrym rokowaniu i powolnym przebiegu. W leczeniu tego podtypu raka podstawową metodą jest hormonoterapia oraz – jedynie w nielicznych przypadkach masywnego zajęcia węzłów chłonnych lub występowania innych czynników ryzyka – chemioterapia.

W przypadku bardziej agresywnego podtypu luminalnego B stosuje się hormonoterapię lub – w zależności od stopnia nasilenia ekspresji receptorów hormonalnych, stanu czynników ryzyka i preferencji chorych – chemioterapię. W przypadku podtypu luminalnego B z tak zwaną amplifikacją (zwiększeniem liczby kopii genu) lub nadekspresją (zwiększeniem ilości białka) receptora HER2, wpływającego na rozwój raka piersi, do chemio- i hormonoterapii dołącza się z terapię celowaną anty-HER2, polegającą na zablokowaniu receptora HER2 i dzięki temu hamowaniu rozwoju choroby.

Rak HER2-dodatni, tzn. rak z amplifikacją genu/nadekspresją receptora HER2, cechuje się wysoką agresywnością, silną zdolnością do proliferacji i dawania przerzutów, a co za tym idzie, dużo gorszym rokowaniem.

Terapia ukierunkowana molekularnie anty-HER2 np. z użyciem trastuzumabu (przeciwciała monoklonalnego anty-HER2), które blokuje aktywność tego receptora, w skojarzeniu z chemioterapią, znacząco poprawia wyniki leczenia chorych na HER2-dodatniego raka piersi.

Jednym z najgorzej rokujących typów nowotworu piersi jest tak zwany rak potrójnie ujemny. Brak receptorów hormonalnych oraz brak amplifikacji/nadekspresji receptora HER2 powoduje, że w jego leczeniu nie jest możliwe zastosowanie terapii dedykowanej zablokowaniu aktywności tych receptorów. W takim przypadku mimo stosowania chemioterapii często szybko następuje nawrót choroby.

Do oceny stopnia zaawansowania raka piersi stosuje się klasyfikację kliniczną TNM, która umożliwia wyodrębnienie 5 stopni zaawansowania (0-IV), zależnych od wielkości guza, przerzutów do węzłów chłonnych pachowych i obecności przerzutów odległych:

⇒ Stopień „0” rozpoznawany jest w przypadku bardzo wczesnej postaci nowotworu piersi, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przeinwazyjne). W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna, a prowadzone postępowanie terapeutyczne ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz zapobiegnięcie wystąpienia raka inwazyjnego.

⇒ Rak piersi w stopniu I oraz II oznacza inwazyjne stadium choroby, w której lokalizacja komórek nowotworowych jest nadal ograniczona do gruczołu piersiowego lub zaczęły się one rozprzestrzeniać do najbliższych pachowych węzłów chłonnych.

⇒ Rak piersi w stopniu III nazywany jest miejscowo zaawansowanym i oznacza przerzuty nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych i/lub do okolicznych tkanek, bez obecności przerzutów do odległych narządów i węzłów chłonnych.

⇒ Uogólniony (rozsiały) rak piersi jest najbardziej zaawansowaną postacią tego nowotworu (wg klasyfikacji TNM jest to nowotwór w stopniu IV) i oznacza obecność przerzutów odległych, np. w kościach, płucach, wątrobie lub w mózgu. Zaawansowany rak piersi to także stadium nawrotu choroby, za które uznajemy zarówno miejscową wznowę, jak i przerzuty w odległych narządach. Nawrót raka piersi następuje u około 20% chorych po wcześniejszym leczeniu radykalnym⁴.

Leczenie raka piersi

Standardy leczenia nowotworów złośliwych piersi oparte są na złożonych wielodyscyplinarnych schematach postępowania,

⁴ Łacko A. Leczenie w stadium uogólnienia i nawrotów. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Gdańsk: Via Medica, 2009.

różnicowanych ze względu na stopień zaawansowania nowotworu, jego rodzaj czy inne cechy umożliwiające dobór skutecznego leczenia z wykorzystaniem szerokiego wachlarza możliwych do zastosowania technik leczniczych.

Główne opcje lecznicze stosowane w schematach terapii przeciwnowotworowej to:

⇒ Zabieg chirurgiczny – leczenie polegające na wycięciu guza w całości i/lub węzłów chłonnych i/lub całego gruczołu piersiowego razem z częścią skóry i brodawką sutkową. Leczenie operacyjne stanowi podstawowy i nieodzowny element każdego schematu leczenia raka piersi, od którego odstępuje się tylko w przypadku guzów „nieoperacyjnych” (zaklasyfikowanych tak np. w związku z ich rozmiarem, masywnym zajęciem węzłów chłonnych czy odległymi przerzutami lub w przypadkach wystąpienia przeciwwskazań medycznych do leczenia operacyjnego).

⇒ Radioterapia – leczenie z wykorzystaniem promieniowania jonizującego (najczęściej do bezpośredniego niszczenia komórek nowotworowych). Podstawowa, obok chirurgii i leczenia systemowego, metoda leczenia raka piersi, która stosowana jest we wszystkich stopniach zaawansowania choroby i praktycznie na wszystkich etapach leczenia.

⇒ Chemioterapia – leczenie z wykorzystaniem leków cytostatycznych, hamujących podziały komórek, które podawane są w cyklach i składają się na tzw. kursy chemioterapii. W ramach tego rodzaju leczenia zastosowanie mają określone kombinacje leków cytostatycznych, nazywane schematami chemioterapii. Leczenie może być prowadzone na każdym etapie procesu terapeutycznego, często też w połączeniu z innymi terapiami lekowymi (hormonoterapią czy celowanym leczeniem biologicznym). Grupy leków najczęściej stosowanych w chemioterapii to antracykliny oraz taksony.

⇒ Hormonoterapia – leczenie z wykorzystaniem hormonów lub leczenie polegające na regulacji wydzielania określonych typów hormonów, które ma na celu ograniczenie wpływu hormonów na gruczoł piersiowy i hormonowrażliwe komórki raka (nowotwory, w których obecne są receptory hormonalne estrogenowe (ER) i/lub progesteronowe (PgR)). Leki najczęściej stosowane w hormonoterapii to tamoksyfen, inhibitory aromatazy, analogii gonadotropiny.

⇒ Leczenie biologiczne – leczenie z wykorzystaniem leków ukierunkowanych molekularnie (terapii celowanej), wpływających na procesy sygnalizacji wewnątrzkomórkowej lub mechanizmy układu odpornościowego. Do grupy leków celowanych należą przeciwciała monoklonalne i inhibitory kinaz tyrozynowych.

Każda z opcji leczenia raka piersi stanowi element wielodyscyplinarnego procesu terapeutycznego, który może składać się z sekwencji poszczególnych rodzajów leczenia lub ich prowadzenia jednoczasowego ⁵.

Stopień zaawansowania choroby w bardzo istotny sposób determinuje rokowanie i szanse przeżycia, przy czym techniki diagnostyczne i dostosowane indywidualnie leczenie powodują, że rak piersi wykryty i leczony we wczesnych stadiach zaawansowania może być całkowicie wyleczalny, dając chorym szanse na normalne życie. Natomiast w przypadku chorych z nowotworem zaawansowanym, poza nielicznymi wyjątkami, brak jest możliwości skutecznego wyleczenia i występuje wysoki odsetek zgonów, mimo że część chorych przeżywa wiele lat od rozpoznania nowotworu, nie odczuwając poważnych dolegliwości związanych z chorobą i jej leczeniem. U części chorych np. na HER2-dodatniego raka piersi, dzięki zastosowaniu optymalnego leczenia anty-HER2 przy użyciu nowoczesnych terapii innowacyjnych, udaje się w znaczący sposób

⁵ Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja: Anna Smaga, Magdalena Mikułowska, Aleksandra Komorowska, dr Bogdan Falkiewicz– Sequence HC Partners, Jerzy Gryglewicz– Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014

wydłużyć życie (nawet w postaci rozsianej) oraz znacząco poprawić jakość życia chorych.

Waga problemu zdrowotnego dla społeczeństwa

W populacjach, w których nie wykonuje się badań profilaktycznych występuje wysoka umieralność z powodu inwazyjnego zaawansowanego raka piersi. Inwazyjny rak piersi wymaga kosztochłonnego leczenia. W zależności od stadium klinicznego zaawansowania jest to leczenie operacyjne (amputacja piersi), radioterapia lub leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia). W USA oraz w krajach Unii Europejskiej uznano, że najskuteczniejszym instrumentem ograniczenia zachorowań i poprawy wyników leczenia nowotworów złośliwych są narodowe programy walki z rakiem. Programy są finansowane ze środków budżetowych państwa, a działania w ramach tych programów oprócz populacyjnych badań przesiewowych obejmują także zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno – leczniczego oraz działania edukacyjne w odniesieniu do społeczeństwa i kadry medycznej. Uzupełnieniem dla tych działań są programy lokalne finansowane przez jst.

Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi oraz negatywne następstwa choroby upośledzają nie tylko fizyczne i społeczne funkcjonowanie chorych i ich bliskich, ale także ze względu na skalę zachorowań i znaczenie tego nowotworu wpływają negatywnie na ekonomikę systemu ochrony zdrowia i zjawiska gospodarcze w szerszym ujęciu. Dlatego też działania ukierunkowane na zapobieganie i leczenie raka piersi stały się jednym z największych wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej w skali całego świata.

Ugruntowana pozycja badań przesiewowych, wiedza na temat innych obszarów profilaktyki, a także poprawiająca się diagnostyka i coraz większa liczba opcji terapeutycznych o rosnącej skuteczności leczenia powodują nieznaczną poprawę sytuacji epidemiologicznej tego nowotworu.

Jednocześnie, rak piersi dotyka coraz częściej młodsze kobiety. Rozwija się u kobiet w pełni aktywnych w życiu zawodowym, rodzinnym i społecznym. Rozpoznawany jest często w zaawansowanym stadium, w szczególności w krajach z relatywnie niskim poziomem świadomości zdrowotnej, w tym także w Polsce.

Jakość profilaktyki, diagnostyki i leczenia, determinują wskaźniki przeżyć chorych na raka piersi i są jedną z miar, których używa się do porównań systemów ochrony zdrowia w różnych regionach.

W krajach o wysokiej jakości opieki zdrowotnej rak piersi jest głównie chorobą przewlekłą. W krajach o niskiej jakości przeważnie śmiertelną. W tym zakresie Polki mają nadal istotnie niższe szanse na przeżycie pierwszych pięciu lat po zdiagnozowaniu raka piersi niż większość Europejki. Powodem tego jest zbyt późne wykrycie choroby, najczęściej gdy zmiany są już zaawansowane.

Wydaje się zatem, że osiągnięcie w Polsce standardów profilaktyki i leczenia raka piersi na poziomie europejskim pozwoli na uzyskanie stosunkowo dużej poprawy efektów zdrowotnych i społecznych, także w porównaniu z innymi obszarami diagnostyki i terapii.

Możliwe jest to wówczas gdy podejmowane będą zintensyfikowane działania edukacyjne i profilaktyczne.

Wprowadzenie w 2006 r. populacyjnego programu badań przesiewowych, metodą mammografii jest szansą na poprawę wykrywalności i zmniejszenie umieralności z powodu tego nowotworu. Dotyczy to jednak tylko grupy kobiet w przedziale wiekowym 50-69 lat.

Profilaktyka wtórna dla kobiet poza tym przedziałem wiekowym nie jest prowadzona w sposób dostateczny i racjonalny. Około 25% wszystkich zachorowań na raka piersi występuje u kobiet przed 50 rokiem życia, a duży odsetek zachorowań także u kobiet po 70 r. ż.

Warto zatem podejmować i wdrażać programy lokalne, stanowiące uzupełnienie istniejącego systemu ochrony zdrowia w tym zakresie. Szczególnie w sytuacji gdy jest on niewydolny pod względem

organizacyjnym co w dużej mierze wpływa na późne zgłaszanie się kobiet do specjalistów, najczęściej gdy choroba jest już w stadium zaawansowania klinicznego, a leczenie długotrwałe, kosztowne i mniej efektywne.

Prezentowany program uwzględnia działania edukacyjne i diagnostyczne, stanowiące dla populacji kobiet Wrocławia rozszerzony dostęp do profilaktyki, uwzględniający wzrost poziomu wiedzy i świadomości zdrowotnej kobiet w każdym wieku. Edukacja motywuje kobiety do czujności onkologicznej oraz daje możliwość wyboru skorzystania ze świadczeń profilaktycznych dostępnych w systemie opieki zdrowotnej oraz tych, które te świadczenia komplementarnie uzupełniają.

2. Dane epidemiologiczne

W Polsce, rak piersi stanowi główną przyczynę zachorowań na nowotwory wśród kobiet i charakteryzuje się stale rosnącą zachorowalnością od ostatnich 50 lat. Ponadto, rak piersi jest drugą po nowotworach płuc przyczyną śmierci z powodu nowotworów u kobiet (KRN 2023).

- W mapach potrzeb zdrowotnych wskazano, że w 2019 r. 64% kobiet (kwalifikujących się) zgłosiło się do ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi (MPZ 2021).
- W 2021 roku odnotowano 21 079 nowych przypadków zachorowań na nowotwory piersi (u kobiet) oraz 6 406 zgonów z powodu tego nowotworu (KRN 2023).
- W 2021 roku w Polsce wskaźnik DALY wyniósł ok 1 000 DALYs/100 tys. kobiet. Najwyższa wartość (bezwzględna) DALYs dotyczyła kobiet w wieku 65-69 lat i wyniosła ok. 28 977. Do nagłego wzrostu DALYs dochodzi w ramach grupy wiekowej 30-34 lat, natomiast obserwowany jest gwałtowny spadek DALYs u kobiet od 75 r.ż. (GBD 2024).

- W latach 2016-2022 w ramach AOS zrealizowano ponad 4,92 mln porad związanych z nowotworami złośliwymi piersi u kobiet (BASiW 2024a).
- Największą liczbę dni absencji spowodowanych omawianą jednostką chorobową odnotowano w roku 2020 i 2022 (ok. 1,3 mln dla każdego roku) (BASiW 2024b).

W Polsce, rak piersi stanowi główną przyczynę zachorowań na nowotwory wśród kobiet i charakteryzuje się stale rosnącą zachorowalnością od ostatnich 50 lat. Ponadto, rak piersi jest drugą po nowotworach płuc przyczyną śmierci z powodu nowotworów u kobiet⁶. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026⁷, w 2019 r. w ramach ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi (badania mammograficznego) przebadano prawie 64% rocznej populacji klasyfikowanej do przesiewu (odsetek zgłaszalności był wyższy niż w przypadku badań cytologicznych). Ponadto, w 2019 r. do etapu pogłębionej diagnostyki skierowano o ok. 3% mniej przebadanych kobiet w stosunku do roku 2017 (wartości te wyniosły odpowiednio 3 200/100 tys. oraz 3 300/100 tys. kobiet przebadanych ogółem)⁸.

W podejściu regionalnym, w 2019 r. do przesiewu najwięcej kobiet zgłosiło się w województwie lubuskim (90 200/100 tys. rocznej populacji kwalifikowalnej) i jest to wartość o ok. 42% wyższa od średniej dla kraju. Najmniej z kolei przebadano kobiet w województwie małopolskim – wartość tego wskaźnika była o ok. 27% niższa od średniej dla Polski (Rycina 1)⁹. Najwięcej natomiast kobiet skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki w województwie podkarpackim (ok. 5 100/100 tys. kobiet przebadanych ogółem) i

⁶ Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. et al. (2023). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf, dostęp z 11.06.2024

⁷ Ministerstwo Zdrowia (2021). Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Pozyskano z: http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf, dostęp z 13.11.2025

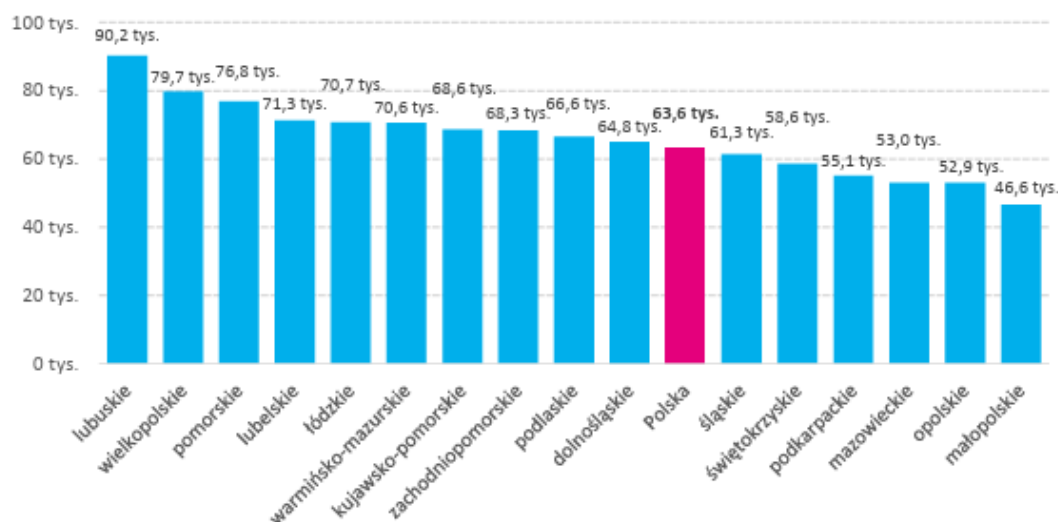
⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

było to ok. 60% więcej niż wartość dla średniej krajowej. W tym samym roku najmniej kobiet zostało skierowanych do pogłębionej diagnostyki w województwie zachodniopomorskim (ok. 2 000/100 tys. kobiet przebadanych ogółem) (Rycina 2)¹⁰.

Autorzy MPZ prognozują w 2028 r. wzrost zapadalności na nowotwór złośliwy sutka – w stosunku do 2019 r., wskaźnik zapadalności na omawianą jednostkę chorobową będzie wyższy o ok. 16%, natomiast odsetek zgonów z powodu tego nowotworu wzrośnie o ok. 9%¹¹.

Rycina 1. Liczba kobiet przebadanych w kierunku raka piersi z podziałem na województwa w 2019 r.

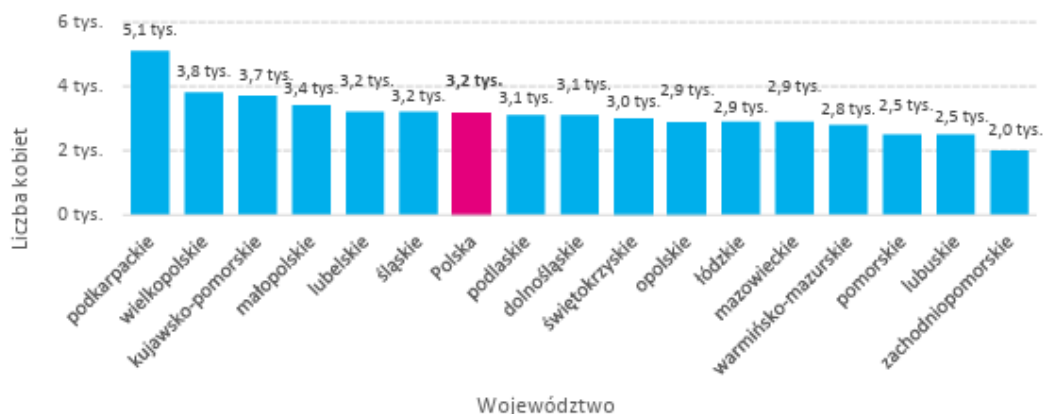


Źródło: MPZ 2021

Rycina 2. Liczba kobiet skierowanych do pogłębionej diagnostyki w podziale na województwa w 2019 r.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ministerstwo Zdrowia (2021). Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Pozyskano z: http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf, dostęp z 13.11.2025



Źródło: MPZ 2021

Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) przedstawia dane epidemiologiczne z zakresu nowotworów w Polsce. W 2021 roku odnotowano 21 079 nowych przypadków zachorowań na nowotwory piersi (u kobiet), a standaryzowany współczynnik (ESP 2013) zachorowalności dla całego kraju wyniósł 102,2/100 tys. kobiet (Tabela 2)¹². Największą liczbę zachorowań wskazano w województwie mazowieckim (2 990), śląskim (2 336) oraz wielkopolskim (2 137), najniższą zaś w województwie lubuskim (451), opolskim (541), podlaskim (629) oraz świętokrzyskim (643) (Rycina 3)¹³.

Tabela 2. Liczba zachorowań oraz zgonów z powodu nowotworów piersi wśród kobiet w Polsce w latach 2019-2021 (ICD-10: C50)

Rok	Zapadalność		Umieralność	
	Liczba nowych przypadków	Współczynnik standaryzowany (ESP 2013)	Liczba zgonów	Współczynnik standaryzowany (ESP 2013)
2021	21 079	102,2/100 tys.	6 406	30,5/100 tys.
2020	17 511	84,2/100 tys.	6 956	32,9/100 tys.
2019	19 620	95,2/100 tys.	6 951	33,3/100 tys.

Źródło: Profilaktyka raka piersi. Raport nr: OT.434.4.2024¹⁴

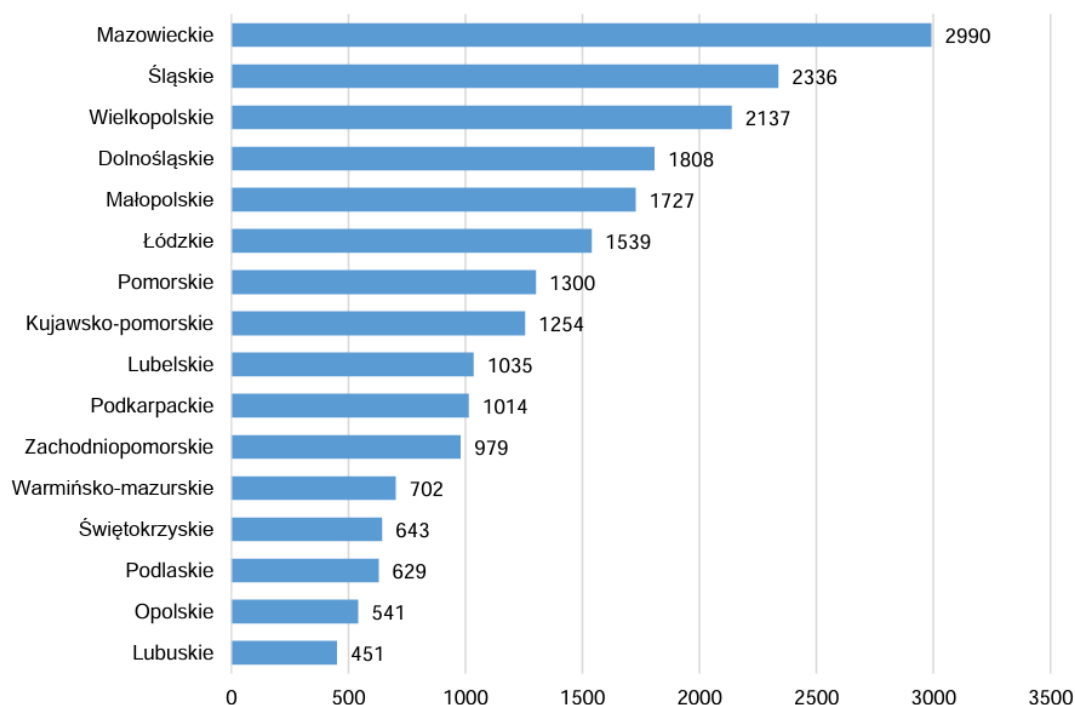
¹² Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. et al. (2023). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf, dostęp z 13.11.2025

¹³ Ibidem.

¹⁴ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/RPT/24.07.12_RAPORT_48aa_Rak_piersi_Uzupelnienie.pdf, dostęp z dnia 13.11.2025

Raport Krajowego Rejestru Nowotworów wskazuje również na liczbę zgonów z powodu nowotworów piersi w latach 2019-2021. W 2021 roku odnotowano 6 406 zgonów na omawianą jednostkę chorobową (Tabela 2)¹⁵. Biorąc pod uwagę liczbę zgonów z podziałem na województwa, najczęściej odnotowano ich w województwie śląskim i mazowieckim (odpowiednio 908 i 895 zgonów), najmniej natomiast w województwie lubuskim (143), opolskim (184) i podlaskim (196) (Rycina 4)¹⁶. Warto także zaznaczyć, że liczba zgonów w latach 2019-2021 utrzymuje się na podobnym poziomie, przy czym od 2019 roku, wartości standaryzowanego współczynnika (ESP 2013) umieralności na nowotwory piersi stopniowo spadają (Tabela 2)¹⁷.

Rycina 3. Zachorowania na nowotwory piersi w Polsce z podziałem na województwa w 2021 r.



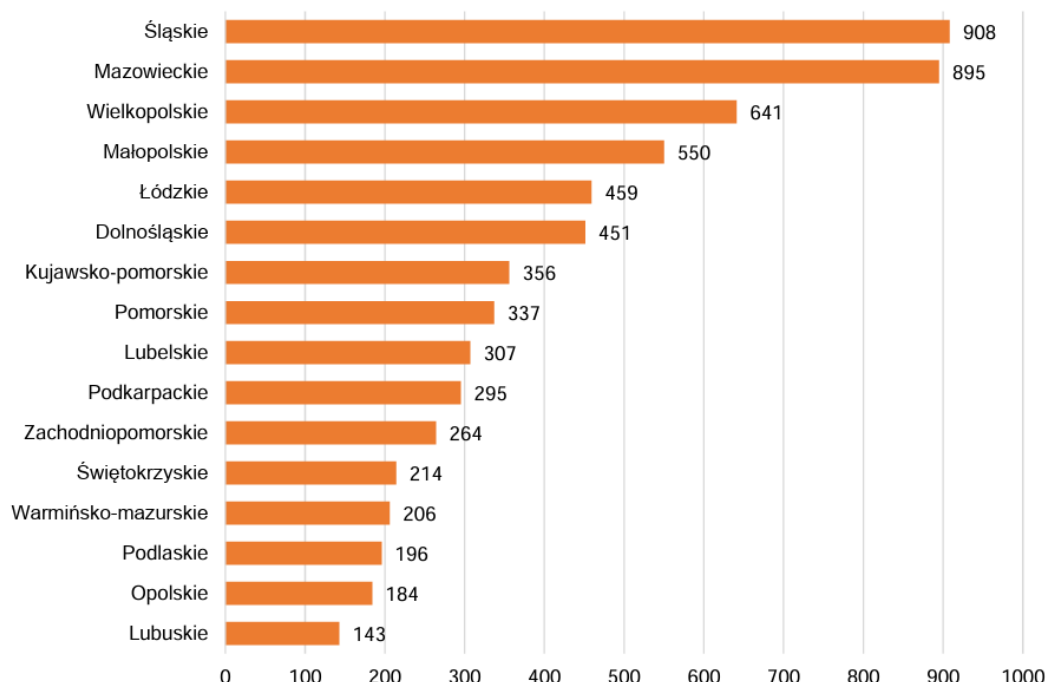
¹⁵ Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. et al. (2023). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf, dostęp z 13.11.2025

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. et al. (2023). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf, dostęp z 13.11.2025

Źródło: Profilaktyka raka piersi. Raport nr: OT.434.4.2024¹⁸

Rycina 4. Zgony z powodu nowotworów piersi w Polsce z podziałem na województwa w 2021 r.



Źródło: Profilaktyka raka piersi. Raport nr: OT.434.4.2024¹⁹

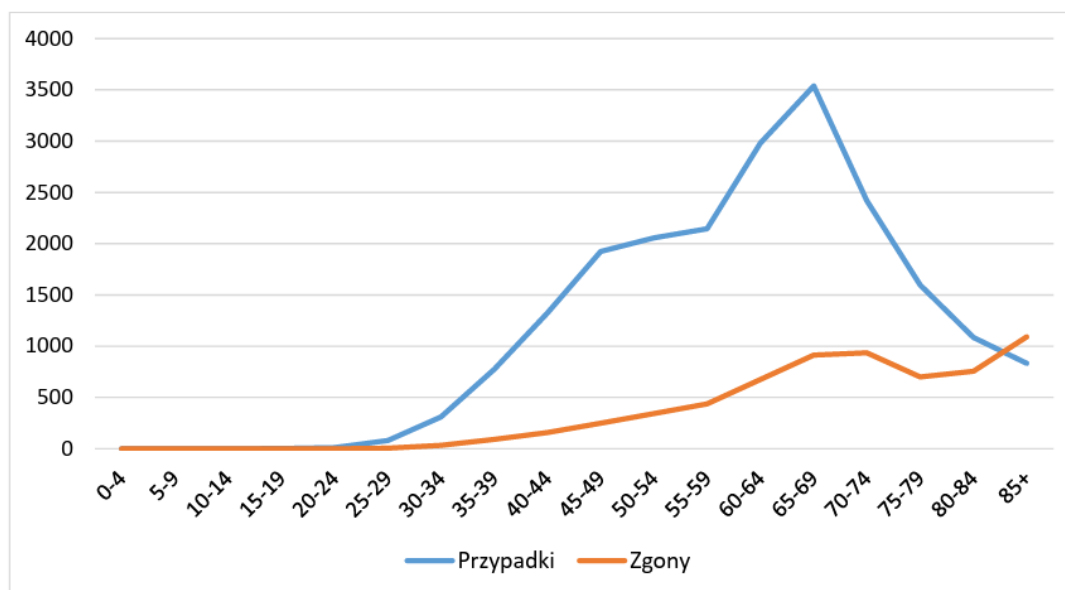
W 2021 roku szczyt zachorowalności na raka piersi przypada na grupę wiekową 65-69 lat (3 538), przy czym liczba zachorowań w starszych grupach wiekowych gwałtownie spada. Z kolei nagły wzrost zachorowań obserwowany jest począwszy od grupy wiekowej 25-29 lat. W kontekście umieralności z powodu omawianej jednostki chorobowej, najwięcej zgonów odnotowano w grupie wiekowej 85+ oraz między 65 a 74 r.ż. Obserwowany jest także stopniowy wzrost zgonów począwszy od grupy wiekowej 35-39 lat (Rycina 5)²⁰.

¹⁸ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/RPT/24.07.12_RAPORT_48aa_Rak_piersi_Uzupelnienie.pdf, dostęp z dnia 13.11.2025

¹⁹ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/RPT/24.07.12_RAPORT_48aa_Rak_piersi_Uzupelnienie.pdf, dostęp z dnia 13.11.2025

²⁰ Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. et al. (2023). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf, dostęp z 13.11.2025

Rycina 5. Liczba nowych zachorowań i zgonów z powodu raka piersi w Polsce z podziałem na 5-letnie grupy wiekowe w 2021 r.



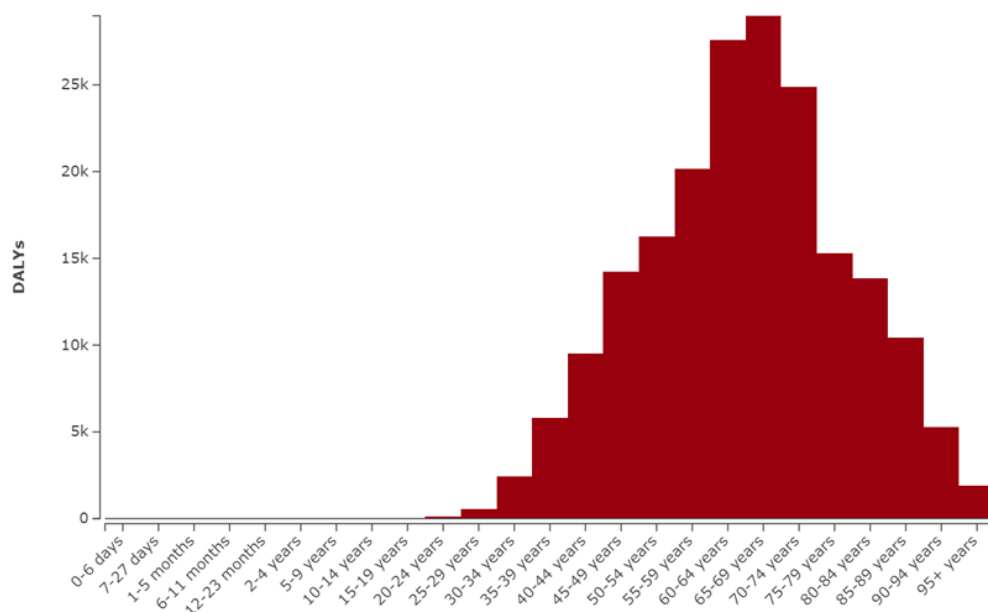
Źródło: Profilaktyka raka piersi. Raport nr: OT.434.4.2024²¹

Na podstawie danych zawartych w bazie Institute for Health Metrics and Evaluation – Global Burden of Disease (IHME/GBD), zaprezentowano liczbę lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALY, ang. disability adjusted life-years) związaną z nowotworami piersi w roku 2021. Wskaźnik DALY dla całego kraju wśród kobiet wyniósł ok. 1 000 DALYs/100 tys. kobiet. Najwyższa wartość DALYs dotyczyła kobiet w wieku 65-69 lat i wyniosła ok. 28 977. Do nagłego wzrostu DALYs dochodzi w ramach grupy wiekowej 30-34 lat, natomiast obserwowany jest gwałtowny spadek DALYs u kobiet od 75 r.ż. (Rycina 6)²².

²¹https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/RPT/24.07.12_RAPORT_48aa_Rak_piersi_Uzupelnienie.pdf, dostęp z dnia 13.11.2025

²² Ibidem.

Rycina 6. DALYs (wartości bezwzględne) związane z nowotworami piersi z podziałem na grupy wiekowe w 2021 r.



Źródło: Profilaktyka raka piersi. Raport nr: OT.434.4.2024²³

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w latach 2016-2022 zrealizowano ponad 4,92 mln porad związanych z nowotworami złośliwymi piersi (ICD-10: C50), przy czym od 2019 roku obserwuje się stopniowy spadek liczby porad w tym zakresie (z ponad 787 tys. w 2019 r. na ponad 576 tys. w 2022 r.). W roku 2022 najwięcej porad zrealizowano u kobiet ≥ 40 r.ż.²⁴

Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) zawiera także informacje dotyczące absencji chorobowej w Polsce z powodu zdiagnozowanego nowotworu złośliwego piersi. W latach 2019-2022 liczba dni absencji w tym zakresie wahała się od 1,25 mln w 2021 roku do 1,32 mln w roku 2020 i 2022. W 2022 r. natomiast wystawiono ponad 64,2 tys. zaświadczeń lekarskich i jest to o ok. 10 tys. więcej w stosunku do poprzednich lat. Dodatkowo, w 2022 r.

²³ Ibidem

²⁴ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Problemy zdrowotne pacjentów. Pozyskano <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, z 13.11.2025

średnia liczba dni absencji u kobiet z powodu raka piersi wyniosła 20,5 dni (Tabela 3)²⁵.

Tabela 3. Liczba dni absencji w pracy oraz liczba zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby (nowotworu złośliwego piersi) w latach 2019-2022

Absencja	2019	2020	2021	2022
Liczba dni	1 277 450	1 320 627	1 246 729	1 319 695
Liczba zaświadczeń	56 343	54 770	55 807	64 284

Źródło: Profilaktyka raka piersi. Raport nr: OT.434.4.2024²⁶

BASiW opracowało także dokument, podsumowujący wpływ pandemii COVID-10 na realizację świadczeń udzielanych w chorobach onkologicznych. W kontekście nowotworu złośliwego piersi, najbardziej wyraźną zmianą w opiece onkologicznej była zmniejszona rozpoznawalność związana ze spadkiem liczby wykonywanych mammograficznych badań przesiewowych, co w efekcie przełożyło się na zmniejszoną liczbę hospitalizacji związanych z leczeniem operacyjnym²⁷.

3. Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń gwarantowanych dostępny jest program zdrowotny „Program profilaktyki raka piersi” finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Świadczenia gwarantowane z zakresu AOS, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej zawierają model kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, zwany Breast Cancer Unit (BCU), zakładający:

²⁵ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Absencje chorobowe. Liczba dni absencji i liczba zaświadczeń. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>, dostęp z 13.11.2025

²⁶ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/RPT/24.07.12_RAPORT_48aa_Rak_piersi_Uzupelnienie.pdf, dostęp z dnia 13.11.2025

²⁷ Mapy potrzeb zdrowotnych (2022). Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce. Choroby onkologiczne. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/08/6503_03_22_mz_raport_choroby_onkologiczne_v31.pdf, dostęp z 13.11.2025

- diagnostykę i monitorowanie nowotworu piersi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem piersi w ramach leczenia szpitalnego,
- rehabilitację pacjentów po leczeniu w ramach rehabilitacji leczniczej.

Zgodnie z informatorem o umowach NFZ w 2024 roku 38 ośrodków leczniczych w Polsce posiada kontrakt z NFZ na wykonywanie świadczenia „03.4240.010.02 - kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Piersi)”.

Dnia 30 listopada 2020 Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał Rekomendację nr 11/2020 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi.

„Planuję Długie Życie” (PDŻ) to kampania społeczna realizowana w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030, mająca za zadanie obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia, finansowana ze środków Ministra Zdrowia.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026²⁸ wyraźnie wskazuje, zarówno ogólnopolski jak i regionalny trend wzrostu zachorowalności na raka piersi. W analizach epidemiologicznych, nowotwory złośliwe (w tym rak piersi) stanowią jedną z głównych przyczyn obciążenia zdrowotnego. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem

²⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69).

złośliwym u kobiet w województwie dolnośląskim, podobnie jak w całym kraju. Analizy prognostyczne zawarte w Mapie wskazują na dalszy wzrost liczby nowych przypadków. Należy zatem podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania profilaktyczne, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

Wdrożenie programu profilaktyki raka piersi u kobiet, we Wrocławiu jest działaniem istotnym, ponieważ zgodnie z prognozami zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w całym województwie dolnośląskim wzrośnie o ok. 16% do roku 2028 w stosunku do roku 2019. Wczesna profilaktyka pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia raka piersi, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Edukacja zdrowotna jest niezwykle istotna w profilaktyce nowotworów, gdyż jak podaje WHO 90% zachorowań można przypisać czynnikom modyfikowalnym. Czynniki te są tożsame dla chorób cywilizacyjnych. Zatem edukacja zdrowotna w zakresie zdrowego odżywiania jak i promocja aktywności fizycznej pomagają kształtować zdrowe nawyki, które w znaczący sposób mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka występowania chorób nowotworowych, w tym raka piersi. Dodatkowo, programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność, wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia wychowawczego.

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.²⁹: Obszar Pacjent Cel 1.4 (Zdrowie publiczne)
Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw

²⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (RM-06111-193-21).

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 2021-2025³⁰: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³¹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;

4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³² rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

5. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030³³, obszary narodowej strategii onkologicznej:
2. Inwestycje w edukację-prewencja pierwotną - styl życia;
cel: ograniczenie zachorowalności na nowotwory przez redukcję czynników ryzyka; inwestycje w edukację i

³⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

³¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025r. r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

³² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

³³ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030

- profilaktykę pierwotną oraz poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe;
3. Inwestycje w pacjenta-prewencja wtórna; cel: zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości badań;
6. Krajowy plan transformacji na lata 2022-2026, obszar: czynniki ryzyka i profilaktyka
7. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026³⁴ - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.1. Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (cytologia i mammografia). Należy wyrównać dostęp do tych badań.
8. Strategia Wrocław 2030³⁵: Priorytet 5. Zdrowi i aktywni mieszkańcy.
9. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026: Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej: 1.2.3. Upowszechnianie profilaktyki onkologicznej³⁶.

³⁴ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

³⁵ Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.

³⁶ Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026, Załącznik do uchwały nr XLIX/1299/22 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 24 lutego 2022 r.

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 zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, wśród 50% uczestników działań edukacyjnych.

2. Cel szczegółowy

- 1) Zwiększenie o 1 p.p. w skali roku, liczby kobiet z terenu realizacji PPZ poddanych badaniom przesiewowym w kierunku raka piersi w ramach programu centralnego w porównaniu do liczby osób poddanych ww. badaniom w latach sprzed wprowadzenia PPZ;
- 2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 40% uczestników interwencji nakierowanej na modyfikację stylu życia.
- 3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 40% uczestników interwencji nakierowanej na modyfikację stylu życia.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela 1. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy* w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy
Szczegółowy 1	Odsetek kobiet z terenu realizacji PPZ kwalifikujących się do programu centralnego badań przesiewowych w kierunku raka piersi, które w danym roku prowadzenia PPZ wzięły udział ww. programie centralnym, w porównaniu do odsetka kobiet, które wzięły udział w omawianych badaniach w roku poprzednim. Zestawienie wykonywane w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji.
Szczegółowy 2	Odsetek kobiet uczestniczących w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu ww. interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie. Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym spotkaniu i po zakończeniu interwencji np. po 2 miesiącach). Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z warunków.
Szczegółowy 3	Odsetek kobiet uczestniczących w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu ww. interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas pierwszej wizyty. Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym spotkaniu i po zakończeniu interwencji np. po 2 miesiącach). Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

1. Populacja docelowa

We Wrocławiu na dzień 30 września 2023 roku zameldowanych było 267 715 kobiet w wieku powyżej 18 roku życia.

Szczegółowy wykaz z podziałem na grupy wiekowe i miejsce zameldowania z uwzględnieniem dzielnic Wrocławia prezentuje tabela poniżej.

Tabela 4 Liczba kobiet, mieszkanek Wrocławia z podziałem na grupy wiekowe i miejsce zameldowania

Lp.	Dzielnica/ Wiek	18-44 lat			45-74 lat			75 lat i powyżej			Razem
		roczniki 2005-1979			roczniki 1978-1949			roczniki 1948 i powyżej			
		Zameldowanych			Zameldowanych			Zameldowanych			
		na pobyt			na pobyt			na pobyt			
		Razem	stały	czasowy	Razem	stały	czasowy	Razem	stały	czasowy	
1	Śródmieście	14504	13729	1044	20 024	19770	254	5711	5811	22	40261
2	Stare Miasto	6 184	5520	664	8 351	8188	163	3971	4134	8	18514
3	Psie Pole	19 667	18507	1160	19 605	19304	301	5631	4934	11	44914
4	Krzyki	32 066	29468	2598	32 694	32058	636	11005	10812	43	75808
5	Fabryczna	34 115	32213	1902	40 597	40137	460	13467	12564	39	88218
6	Razem	106 536	99168	7367	121 271	119457	1814	39785	57 292	123	267715

W Programie, wszystkie mieszkanki Wrocławia w wieku od 18 roku życia do późnej starości będą mogły korzystać z edukacji zdrowotnej, prowadzonej w Punktach Edukacji Zdrowotnej, w wyznaczonych placówkach medycznych, usytuowanych na terenie wszystkich dzielnic Wrocławia. W wyjątkowych przypadkach z Programu mogą korzystać kobiety po ukończeniu 16 roku życia.

Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych miasta Wrocławia.

Program skierowany będzie do następujących grup docelowych:

- 1) **w zakresie kampanii edukacyjno-informacyjnej** - do populacji ogólnej kobiet, ok. **1000 kobiet**

a) Kryteria włączenia:

- powyżej 18 lat
- zamieszkanie na terenie Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia: brak

2) **w zakresie edukacji zdrowotnej** prowadzonej przez pielęgniarki/położne

Zakłada się, że do Punktów Edukacji Zdrowotnej zgłosi się min. **2500 kobiet.**

a) Kryteria włączenia:

- powyżej 18 lat
- zamieszkanie na terenie Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia: brak

3) **w zakresie interwencji nakierowanej na modyfikację stylu życia prowadzonej przez dietetyka**

Zakłada się, że do dietetyka zgłosi się ok. **750 kobiet.**

a) Kryteria włączenia:

- dorosłe kobiety, u których występuje co najmniej jeden z czynników ryzyka raka piersi (czynniki ryzyka określone w wytycznych, w szczególności PTOK 2020)

b) Kryteria wyłączenia:

- kobiety, które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanej ze środków publicznych poza programem.

4) **szkolenia dla realizatorów programu**

Zakłada się, że przeszkolonych zostanie ok. **100 osób.**

a) Kryteria włączenia:

- realizatorzy programu, personel medyczny w tym: pielęgniarki poz, położne, edukatorzy zdrowia publicznego, studenci pielęgniarstwa i położnictwa

b) Kryteria wyłączenia:

- brak

Przy szacowaniu wielkości populacji, włączonej do programu wzięto pod uwagę możliwości finansowe Miasta oraz dotychczasowe doświadczenia z realizacji Programu w latach ubiegłych.

Biorąc powyższe pod uwagę oszacowana w Programie populacja jest optymalna.

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim Wrocławia (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w pojazdach komunikacji miejskiej), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych na terenie miasta Wrocławia. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.1 Kampania informacyjno-edukacyjna

- realizowana poprzez udostępnianie informacji o celach programu, populacji docelowej, proponowanych interwencjach, sposobach

zgłaszania się do programu, terminach przyjmowania zgłoszeń, miejscach i formach realizacji poszczególnych działań w ramach programu;

- realizowana poprzez opracowanie i dystrybucję materiałów edukacyjnych (ulotek, broszur), pozwalających na zwiększenie świadomości na temat profilaktyki raka piersi;
- realizowana z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;
- realizowana z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (na przykład: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Serwis Ministerstwa Zdrowia, Centralny Ośrodek Koordynujący, Krajowy Rejestr Nowotworów, Polską Ligę Walki z Rakiem, Onkonet, Federacja Stowarzyszenia Amazonki).

3.2 Edukacja zdrowotna

- szkolenia dla pielęgniarek/położnych prowadzących edukację zdrowotną w Punktach Edukacji Zdrowotnej (PEZ) według opracowanego programu i harmonogramu szkolenia,
- zorganizowanie Punktów Edukacji Zdrowotnej oraz tak zwanych punktów mobilnych, w podmiotach leczniczych oraz innych miejscach na terenie miasta, w tym:
 - opracowanie zadań i algorytmu postępowania oraz planu rozmowy edukacyjnej dla pielęgniarki/położnej,
 - wyposażenie PEZ w fantom edukacyjny oraz materiały edukacyjno-informacyjne,
 - wykonanie (na życzenie kobiety) badania fizykalnego piersi i dokumentowanie czynności w Książeczce Samobadania,
 - podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu (na przykład skierowania do lekarza poz - procedura „Zielna Karta”)

- poinformowanie kobiet w wieku 45-74 lat o populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka piersi, finansowanym przez NFZ.

3.3 Prowadzenie interwencji ukierunkowanych na modyfikację dotychczasowego stylu życia wraz z pomiarem aktywności fizycznej oraz nawyków żywieniowych u kobiet, u których występuje co najmniej jeden z czynników ryzyka raka piersi (czynniki ryzyka określone w wytycznych, w szczególności PTOK 2020).

Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać uzależniona od indywidualnych potrzeb pacjentów. W trakcie interwencji dwukrotnie wykonywane są pomiary aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych z wykorzystaniem zwalidowanych kwestionariuszy dotyczących nawyków żywieniowych (np. QEB, KomPAN) oraz poziomu aktywności fizycznej (np. IPAQ). Na pierwszym spotkaniu oraz po ostatnim spotkaniu np. po 2 miesiącach. Prowadzone będą działania edukacyjne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka raka piersi, w tym: nadwagi/otyłości (NIH 2021, PTOK 2020, PAHO/WHO 2020), braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej (EUSOMA 2020, NIH 2021, NCI 2024, PTOK 2020, BCG 2024, WCRFI 2018, Malcomson 2023), spożycia alkoholu oraz palenia tytoniu. Treść prowadzonych porad będzie dostosowana do wieku uczestniczek. Kobiety zachęcane będą do prowadzenia aktywności fizycznej oraz modyfikacji dotychczasowego sposobu żywienia.

- na zakończenie pacjentki otrzymają zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

3.4 Szkolenia dla realizatorów programu

Pozwalające na wymianę doświadczeń, inspiracji oraz zdobywanie nowej wiedzy o profilaktyce raka piersi oraz nowoczesnych metodach diagnozowania i leczenia. Realizowane z założeniem udziału

specjalistów np. lekarz specjalistka onkolog, psycholog, dietetyk. Szczegółowy program szkoleń zostanie opracowany przez realizatora programu. Szkolenia mogą być realizowane formie stacjonarnej bądź hybrydowej, z uwzględnieniem dystrybucji materiałów szkoleniowych, takich jak broszury, ulotki czy materiały szkoleniowe dla uczestników. Przeprowadzone zostanie badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzoru testu nie dołączono do programu polityki zdrowotnej, ponieważ wzór ten opracuje realizator na podstawie planu wystąpień, które będą miały miejsce podczas szkolenia; test będzie tematycznie zgodny z tymi wykładami).

3.5 Prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej oraz dokumentacji Programu.

3.6 Organizowanie konferencji/seminariów/kampanii edukacyjnych dla realizatorów i odbiorców Programu.

3.7 Monitorowanie i ewaluacja Programu.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także z oceną technologii medycznych zawartą w Rekomendacji nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024 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 raka piersi³⁷.

³⁷ Rekomendacja nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizator programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do zapewnienia kompleksowej i profesjonalnej obsługi administracyjnej, w tym związanej z rejestracją. Pracownik rejestracji będzie odpowiedzialny za sprawną obsługę uczestników projektu, obejmującą:

- udzielanie informacji dotyczących zasad uczestnictwa w projekcie oraz dostępnych form pomocy w ramach programu,
- rejestrację telefoniczną na porady do dietetyka.

Realizator Programu zobowiązany będzie do uzyskania oświadczenia od uczestniczek, że w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu nie korzystały z interwencji nakierowanej na modyfikację stylu życia finansowanej ze środków publicznych.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, u których nie potwierdzi się obecności określonych czynników ryzyka raka piersi, udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych,
- w przypadku osób, u których stwierdzi się obecność określonych czynników ryzyka raka piersi, udział w programie kończy się wraz z wypełnieniem kwestionariusza IPAQ i QEB po zakończeniu udziału w interwencji nacelowanej na styl życia (np. po 2 miesiącach),

- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2025 r. (I kwartał 2026);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej to jest wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2026);
 - realizacja działań edukacyjnych,
 - realizacja konsultacji specjalistycznych,
 - realizacja działań w ramach interwencji nakierowanej na zmianę stylu życia,
 - bieżący monitoring;
- 6) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2026 r.);
- 7) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2026 r.);
- 8) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2027 r.).

2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Realizatorem Programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tj. Dz. U. 2025 poz. 1480),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- dopuszcza się możliwość podwykonania części zadania wynikającego z niniejszego konkursu przez osoby prawne i fizyczne, posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zawodowe,
- zapewnienie koordynacji merytorycznej,
- zapewnienie koordynacji organizacyjnej realizacji programu przez pracownika administracyjnego z co najmniej 2-letnim stażem w zakresie koordynacji programów profilaktycznych,
- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez położne/pielęgniarki posiadające odpowiednie przeszkolenie oraz uprawnienia zawodowe,
- zapewnienie specjalistów do prowadzenia interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia,
- zapewnienie pozostałego personelu: rejestracja i obsługa elektronicznej bazy danych pacjentek objętych świadczeniami w ramach programu, obsługa finansowo-księgowa.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń

w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym. Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest 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 (Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 poz. 1781 ze zm.).

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tj. Dz.U. 2024 poz. 1411), 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 (tj. Dz. U. 2023 poz. 1440) 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. Dodatkowo realizator podczas realizacji programu będzie przestrzegał zapisów ustawy z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym w szczególności artykuł 21 „przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych,

rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich lub z opieką nad nimi na pracodawcy lub innym organizatorze takiej działalności oraz na osobie , z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do takiej działalności, ciążą obowiązki określone w ust. 2-8”.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu odbywać się będzie w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ.

W trakcie realizacji programu będą gromadzone dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba kobiet, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba kobiet, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba kobiet poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba kobiet skierowanych do programu przesiewowego;
- liczba kobiet skierowanych na edukację zdrowotną do Ośrodka Edukacji Zdrowotnej;
- liczba kobiet, które skorzystały z edukacji zdrowotnej w Ośrodku Edukacji Zdrowotnej;
- liczba kobiet, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie wraz z podaniem przyczyny rezygnacji;

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika i rodziców/opiekuna prawnego), w tym zgody na

przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);

- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- czas, miejsce i rodzaj udzielenia danemu świadczeniobiorcy każdego świadczenia w ramach PPZ;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ)

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi;
- odsetek osób, które wzięły udział w centralnym badaniu przesiewowym w kierunku raka piersi po każdym roku realizacji PPZ,
- odsetek uczestników deklarujących zmianę stylu życia zgodnie z przedstawionymi zaleceniami. Pomiar powinien być wykonany dwukrotnie pierwszy przed rozpoczęciem interwencji drugi po jej zakończeniu (np. po 2 miesiącach)
- odsetek uczestników deklaruujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Pomiar powinien być wykonany dwukrotnie pierwszy przed rozpoczęciem interwencji drugi po jej zakończeniu (np. po 2 miesiącach);
- liczba hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych z powodu raka piersi.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, co roku należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników z podziałem na

- poszczególne grupy wiekowe oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe),
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników z podziałem na poszczególne grupy wiekowe oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe).

Ewaluacja będzie oparta na porównaniu stanu przed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Ilość oraz wartość poszczególnych świadczeń zdrowotnych i zadań realizowanych w programie zostanie określona w umowie zawartej z realizatorem programu, w oparciu o przedstawioną przez niego ofertę złożoną w konkursie.

W trakcie realizacji programu dopuszcza się możliwość zmiany pomiędzy ilością poszczególnych świadczeń, w sytuacji gdy wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania oferty, jednakże w ramach limitu kwotowego przeznaczanego na realizację zadań w danym roku kalendarzowym.

Kosztorys programu powinien obejmować m in.:

Lp.	Świadczenia zdrowotne/czynności	Jednostka miary
1.	Przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnej	zadanie
2.	Edukacja zdrowotna. Instruktaż nauki samobadania piersi w PEZ.	godzina
3.	Organizowanie konferencji/seminariów/kampanii edukacyjnych dla realizatorów i odbiorców Programu	zadanie

5.	Interwencja nakierowana na zmianę stylu życia	godzina
----	---	---------

2. Planowane koszty całkowite

Całkowity koszt programu szacowany jest na 425000 zł. Świadczenia w programie będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania zaplanowanego budżetu.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Wrocławia.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 23.06.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.
2. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Problemy zdrowotne pacjentów.
3. Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. et al. (2023). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf, dostęp z 13.11.2025
4. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/RPT/24.07.12_RAPORT_48aa_Rak_piersi_Uzupelnienie.pdf, dostęp z dnia 13.11.2025
- 5.
6. Matkowski R. Zasady chirurgii nowotworów piersi. [aut. książki] Kornafel J. Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011.
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69).
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025r. r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42)
9. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
10. Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja: Anna Smaga, Magdalena Mikułowska, Aleksandra Komorowska, dr Bogdan Falkiewicz– Sequence HC Partners, Jerzy Gryglewicz– Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014
11. Rekomendacja nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).
14. Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.
15. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
16. Szczeklik 2017: Gajewski P., Szczeklik A. (2017). Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 2325
17. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (RM-06111-193-21).

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
19. Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I. et al. (2020). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku.
20. Krajowy Rejestr Nowotworów. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf,
21. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026, załącznik do uchwały nr XLIX/1299/22 Rady Miejskiej z dnia 24 lutego 2022 r.