



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 32/2017 z dnia 28 lutego 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej „Chronię życie przed rakiem”. Profilaktyka i promocja
zdrowia w chorobach nowotworowych oraz opieka paliatywno-
hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej „Chronię życie przed rakiem”. Profilaktyka i promocja zdrowia w chorobach nowotworowych oraz opieka paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji uwarunkowana jest tym, że projekt w obecnym kształcie zawiera wiele niejasności i niespójności, które sprawiają trudności w weryfikacji poszczególnych elementów. Informacje w zakresie danych części programu zostały przygotowane na zbyt dużym stopniu ogólności, przez co niemożliwe jest wskazanie, czy zostały one zaplanowane poprawnie oraz stanowią działania rekomendowane przez wytyczne kliniczne.

Poniżej przedstawiono uwagi do poszczególnych części programu. Cele programowe obecnie stanowią działania możliwe do podjęcia, zatem wymagają przeformułowania. Również mierniki efektywności należy dostosować do nowo wyznaczonych celów.

W ramach populacji docelowej nie wskazano uzasadnienia dla tak przyjętych odsetków uczestniczek poszczególnych części programu. Należy zaznaczyć, że niewielkie odsetki mieszkanie gminy, które uczestniczyć będą w danych interwencjach nie przełożą się na uzyskanie widocznego efektu w populacji.

W zakresie poszczególnych interwencji:

- działania edukacyjne, działania z zakresu opieki hospicyjnej i rehabilitacji oraz szczepienia p/HPV nie budzą zastrzeżeń;
- badania cytologiczne skierowane mają być do populacji kobiet w wieku powyżej 16 r.ż, co nie znajduje swojego uzasadnienia w wytycznych klinicznych. Ponadto należy zaznaczyć, że prowadzenie przesiewu cytologicznego nie znajduje uzasadnienia z powodu włączenia do programu niewielkiego odsetka populacji docelowej oraz dostępności tego badania zarówno w ramach świadczeń gwarantowanych jak i programu populacyjnego. Zaleca się zatem rezygnację z tej interwencji i przesunięcie środków na pozostałe działania;
- badania mammograficzne kierowane mają być do populacji niezgodnej z populacją wskazywaną w wytycznych klinicznych. Badanie USG natomiast nie jest zalecane jako badanie przesiewowe w kierunku raka piersi. Należy także podkreślić, że są to badania dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych oraz w ramach programu populacyjnego.



Ponadto projekt zakłada skierowanie tych działań do niewielkiego odsetka populacji docelowej. Biorąc powyższe pod uwagę zaleca się usunięcie z projektu tej interwencji i przesunięcie środków na pozostałe działania;

- działanie polegające na samobadaniu piersi i badaniu wykonywanym przez położną nie zostało szczegółowo opisane. Zasadne jest włączenie tej interwencji w ramy edukacji zdrowotnej, gdyż działania te (edukacja oraz samobadanie piersi) wydają się być nieodzowne;
- punkty kroplówkowe stanowią interwencję, która budzi duże zastrzeżenia, ze względu na brak informacji lekach wykorzystywanych w jej ramach, sposobie dawkowania, kryteriach kwalifikacji oraz sposobie zakupu leków.

Monitorowanie nie budzi zastrzeżeń. Ewaluacja programu powinna zostać doprecyzowana.

Budżet programu należy uzupełnić o koszty poszczególnych składowych panelu II.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nowotworowej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 517 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu został podzielony na dwa panele (I: profilaktyka raka szyjki macicy, raka piersi, II: opieka hospicyjno-paliatywna i problemy zdrowotne z nią związane), które zgodnie z informacją zawartą w projekcie będą stanowić „kompleksowe podejście do pacjenta”. Jednak biorąc pod uwagę treść i strukturę ocenianego projektu każdy z paneli stanowi odrębny program polityki zdrowotnej. W projekcie nie określono jednego założenia głównego, natomiast przedstawiono odrębne dla każdego z paneli: cele, oczekiwane efekty, mierniki efektywności, populację docelową, interwencje oraz inne podstawowe punkty schematu projektu programu proponowanego przez Agencję.

Projekt programu wpisuje się w priorytety zdrowotne Ministra Zdrowia, jakimi są: „zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych” oraz „rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności”. Opis problemu zdrowotnego oraz sytuacji epidemiologicznej został przedstawiony w sposób zdawkowy. Odniesiono się do obecnego postępowania w zakresie raka szyjki macicy i opieki hospicyjno-paliatywnej. Brakuje jednak odniesienia w zakresie postępowania w raku piersi.

Dane epidemiologiczne pochodzące z dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski” wskazują, że w 2012 roku w Polsce rozpoznano ok. 4,2 tys. nowych przypadków nowotworu złośliwego szyjki macicy oraz 19 524 przypadków raka piersi. Najczęściej spotykanymi nowotworami był rak płuca, piersi oraz gruczołu krokowego i jelita grubego.

Biorąc pod uwagę dane zamieszczone w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. dolnośląskiego”, wskazuje się, że największego wzrostu nowych rozpoznań raka piersi należy spodziewać się dla powiatów wrocławskiego (46%), średzkiego i trzebnickiego (oba 24%) oraz oławskiego (19%). W powiecie polkowickim (gdzie znajduje się gmina Polkowice), prognozowana zmiana liczby nowych przypadków nowotworów złośliwych piersi w roku 2029 w stosunku do roku 2016 wynosi 17%. Ww. powiaty wraz z powiatem legnickim, oleśnickim, milickim i polkowickim stanowią one konglomerat 25% powiatów o największych zmianach (większych lub równych 14%).

Zgodnie ze standardami Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC 2010), ponad 95% pacjentów specjalistycznych placówek opieki paliatywnej stanowią pacjenci onkologiczni.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem panelu I jest zapobieganie rakowi szyjki macicy poprzez edukację, badania cytoonkologiczne, szczepienia ochronne oraz zapobieganie rakowi piersi poprzez edukację, naukę samobadania piersi oraz badania mammograficzne i ultrasonograficzne piersi. Cel ten stanowi jednak działanie, a nie założenie, które jest dążeniem do uzyskania konkretnie zdefiniowanej zmiany. W związku z powyższym nie spełnia on podstawowych kryteriów zasady SMART, wg której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy. Dodatkowo przedstawiono 6 celów szczegółowych, które podobnie jak ww. założenie nie spełniają podstawowych kryteriów SMART.

Mierniki efektywności nie zostały poprawnie skonstruowane. Poprzez liczbę osób biorących udział w działaniach edukacyjnych, liczbę osób zaszczepionych czy też wykonanych badań diagnostycznych ciężko będzie określić realizację celu głównego panelu. Zaleca się przeformułowanie celu głównego, a następnie uwzględnienie m.in. takich mierników efektywności jak: odsetek zachorowań/zgonów z powodu raka szyjki macicy, raka piersi przed wdrożeniem programu i po jego realizacji; liczby zmian nowotworowych wykrytych na podstawie badań przesiewowych w stosunku do liczby osób z wynikami prawidłowymi; poziom wiedzy uczestników przed wdrożeniem PPZ i po jego realizacji; a w perspektywie długoterminowej liczbę wykonanych szczepień ochronnych w danym roku w stosunku do liczby ewentualnych zachorowań w latach kolejnych wśród mieszkańców gminy.

Głównym założeniem panelu II jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w przebiegu nieuleczalnej choroby. Cel ten jest ambitny i możliwy do osiągnięcia, jednak wydaje się być trudnym do zmierzenia. Każdy program polityki zdrowotnej powinien mieć wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony cel główny, którego osiągnięcie stanowić będzie potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań. Określono również 8 celów szczegółowych, jednak ich forma wskazuje bardziej na działania niż dążenie do uzyskania konkretnie zdefiniowanej zmiany.

Mierniki efektywności natomiast, podobnie jak w panelu I, wymagają dopracowania. Warto uwzględnić również wskaźniki dot. oceny poprawy jakości życia populacji docelowej. W tym celu za zasadne uznaje się zastosowanie wystandaryzowanych skali/kwestionariuszy dot. pomiaru oceny jakości życia potencjalnych uczestników przed wdrożeniem programu, w trakcie oraz po jego realizacji.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Polkowice, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet zamieszkałych daną jednostką samorządu terytorialnego (jst). W zależności od panelu tematycznego programu, jak również zastosowanej interwencji określono dokładne kryteria włączenia do udziału w programie (tj. wiek, płeć, status pacjenta onkologicznego lub występowanie choroby zagrażającej życiu w ramach kierowania do opieki paliatywnej). W projekcie nie odniesiono się do ogólnej liczebności populacji możliwej do zakwalifikowania do udziału w programie, co należy uzupełnić.

W zakresie poszczególnych interwencji zaplanowano odpowiednio udział:

- 2,5% wszystkich kobiet od 16 r.ż. w zakresie badań cytologicznych;
- ok. 60% populacji docelowej w zakresie edukacji zdrowotnej uczennic i nauczycieli Zespołu Szkół w Polkowicach;
- 1,7% populacji docelowej w zakresie edukacji zdrowotnej wśród kobiet biorących udział w Polkowickich Dniach „Chronię życie przed rakiem”;
- 5% populacji docelowej (kobiety po 40 r.ż.) w zakresie USG piersi i mammografii;
- 100% populacji dziewczynek w wieku 15 lat w zakresie szczepień p/HPV;
- ok. 450 osób w zakresie interwencji panelu II.

W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla tak przyjętych liczebności poszczególnych uczestników

W projekcie programu nie wskazano również szczegółowych informacji dotyczących kryteriów kwalifikacji do poszczególnych interwencji, co stanowi ograniczenie projektu biorąc pod uwagę kierowanie działań tylko do części populacji docelowej.

Interwencja

W ramach projektu programu oferuje się potencjalnemu uczestnikowi bogaty zakres interwencji, począwszy od edukacji zdrowotnej uwzględnionej w różnych formach przekazu wiedzy, poprzez szczepienia ochronne przeciwko HPV i badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy czy raka piersi, a skończywszy na zapewnieniu opieki hospicyjno-paliatywnej w warunkach ambulatoryjnych i domowych, rehabilitacji i masażu limfatycznych dla kobiet po mastektomii oraz wsparciu osób osieroconych.

W zakresie panelu I planuje się przeprowadzenie:

1. Edukacji zdrowotnej i działań w kierunku promocji zdrowia;
2. Szczepień ochronnych p/HPV;
3. Badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy;
4. Badań przesiewowych w kierunku raka piersi;
5. Samobadania piersi i badań palpacyjnych wykonywanych przez położną.

W zakresie panelu II planuje się:

6. Opiekę hospicyjno-paliatywną na pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym;
7. Rehabilitację ruchową Amazonek;
8. Punkt kroplówkowy w przychodni w ramach leczenia bólu.

Ad.1

W treści projektu sugeruje wdrożenie szeroko rozbudowanych działań edukacyjnych, jednak ich opis został przygotowany w sposób chaotyczny i wymagający usystematyzowania. Największe źródło wiedzy nt. ww. problemów zdrowotnych stanowią mają tzw. Polkowickie Dni „Chronię życie przed rakiem” organizowane rokrocznie na terenie gminy w marcu (tj. jeden tydzień). Podczas wspomnianej akcji zostaną zrealizowane grupowe spotkania edukacyjne oraz indywidualne rozmowy z ekspertami. Ponadto działania edukacyjne będą wdrażane również w ramach wykładu na Uniwersytecie III wieku (profilaktyka nowotworowa), konferencji dla mieszkańców gminy z udziałem ambasaderek lokalnych i autorytetów medycznych oraz w tzw. punktach informacyjnych w przychodni nt. zapobiegania nowotworom. Dodatkowo rozpowszechnione zostaną materiały edukacyjne w postaci broszur, ulotek w miejscach publicznych na terenie gminy.

Nie jest jasne, kto będzie odpowiedzialny za tworzenie wspomnianych materiałów edukacyjnych oraz jaki dokładnie zakres merytoryczny będą obejmować wprowadzane działania. Edukacja zdrowotna w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy powinna dotyczyć w szczególności ograniczenia zachowań zwiększających ryzyko zakażenia wirusem HPV oraz diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych, jak również samego nowotworu.

Warto również zaznaczyć, że zajęcia edukacyjne w kierunku profilaktyki nowotworowej powinny być odpowiednio dostosowane do wymagań populacji docelowej (forma przekazu powinna być na tyle atrakcyjna, żeby zainteresować zarówno młodzież, jak i osoby dorosłe).

Ad. 2

Projekt programu przewiduje zaszczepienie populacji 15-letnich dziewcząt przeciwko HPV. Przed wykonaniem szczepienia zostanie przeprowadzone kwalifikujące badanie lekarskie.

Obecnie do obrotu na terenie Polski dopuszczone są trzy rodzaje szczepionek: czterowalentna (przeciwko zakażeniom HPV typu: 6, 11, 16, 18), dwuwalentna (przeciwko zakażeniom HPV typu 16 i 18) oraz dziewięciowalentna (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). W projekcie przewiduje

wykorzystanie szczepionki czterowalentnej w schemacie zgodnym z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz rekomendacjami.

Wiek populacji docelowej przewidziany przez wnioskodawcę na przeprowadzanie szczepień ochronnych p/HPV jest zgodny z opiniami ekspertów oraz mieści się w przedziałach wiekowych zalecanych w rekomendacjach/ wytycznych w przedmiotowym zakresie. Warto podkreślić, iż aktualne zalecenia sygnalizują zasadność rutynowych szczepień przeciw HPV dziewcząt w wieku 12-15 lat.

Ad.3

W projekcie dla osiągnięcia ciągłości działań w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy uwzględniono również badania cytologiczne w populacji kobiet od 16 roku życia. Przed wykonaniem badania nie przewiduje się żadnej kwalifikacji lekarskiej. Badania cytologiczne, brane pod uwagę przez wnioskodawcę, są działaniem rekomendowanym, jednak wytyczne zalecają rozpoczęcie skryningu cytologicznego od 21-25 r.ż. (lub w 3 lata od rozpoczęcia życia płciowego), natomiast kobiety powyżej 70-75 r.ż. (z 3 prawidłowymi wynikami Pap testu w przeciągu ostatnich 10 lat) mogą zdecydować o rezygnacji z cytologii, podobnie osoby z usuniętą szyjką macicy. Biorąc powyższe pod uwagę, zaleca się dostosowanie wieku populacji docelowej do aktualnych wytycznych klinicznych. Ponadto, nie określono górnej granicy wiekowej potencjalnych uczestniczek przesiewu cytologicznego, co należy uściślić.

Trzeba także podkreślić, że badanie cytologiczne jest świadczeniem dostępnym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale również w ramach ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy dla kobiet od 25 do 59 roku życia. W związku z czym istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych dla ww. grupy wiekowej. Ponadto biorąc pod uwagę odsetek uczestniczek, które zostaną zaproszone do badań ich prowadzenie w ramach programu wydaje się nie mieć uzasadnienia. Zaleca się zatem rezygnację z tej interwencji i przesunięcie środków na działania edukacyjne.

Ad. 4

W projekcie zaplanowano realizację kwalifikujących konsultacji lekarskich, badań mammograficznych oraz w przypadku zaleceń lekarza dodatkowego badania USG piersi w populacji kobiet po 40 roku życia w odstępie dwóch lat, lub u osób młodszych (jeśli są ku temu wskazania). Należy podkreślić, że jedynym badaniem przesiewowym zalecanym do wczesnego wykrywania raka piersi jest badanie mammograficzne. USG piersi może być wykonane w ramach pogłębionej diagnostyki oraz ma zastosowanie w przypadku diagnozowania raka piersi u kobiet w ciąży. Odnalezione wytyczne rekomendują wykonywanie dodatkowej ultrasonografii wyłącznie u tych kobiet, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi. Nie zaleca się natomiast wykonywania samego USG w ramach badań przesiewowych w kierunku raka piersi (PTOK 2013).

Skryning mammograficzny według większości odnalezionych rekomendacji zalecany jest w grupie kobiet od 50 do 74 roku życia, raz na 1-3 lata. W związku z powyższym kierowanie danej interwencji do osób młodszych jest niespójne z wytycznymi.

W Polsce zaleca się objęcie badaniami mammograficznymi kobiety w wieku 50-69 lat z częstością wykonywania badania co 2 lata, w ramach Populacyjnego Programu Badań Przesiewowych. Zgodnie z tym istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych w danej grupie wiekowej w ocenianym projekcie. Ponadto biorąc pod uwagę odsetek uczestniczek, które zostaną zaproszone do badań ich prowadzenie w ramach programu wydaje się nie mieć uzasadnienia. Zaleca się zatem rezygnację z tej interwencji i przesunięcie środków na działania edukacyjne.

Należy zwrócić uwagę na element kwalifikacji lekarskiej do badania mammograficznego i USG piersi. Nie jest jasne czy działanie to będzie dotyczyć wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań zdrowotnych do wykonania przesiewu, czy też będzie miało na celu zweryfikowanie grup potencjalnego ryzyka nowotworu piersi wśród zgłaszających się do badań kobiet. Konieczne jest doprecyzowanie tej kwestii.

Ad. 5.

W ramach działań profilaktycznych w kierunku nowotworów piersi przewiduje się również wdrożenie nauki samobadania piersi oraz wykonania badania fizykalnego przez położną. Nie jest jasne, gdzie dokładnie będą odbywać się dane badania. W treści projektu sugeruje się, że do nauki samobadania piersi zakwalifikowane zostaną uczennice Zespołu Szkół w Polkowicach oraz inne kobiety z zakładów pracy na terenie gminy. Brakuje jednak szczegółów dotyczących tej interwencji. Niejasne także wydaje się jej wyodrębnienie w przypadku, gdy zaplanowano prowadzenie szerokich działań edukacyjnych, zaś samobadanie piersi powinno być jednym z zagadnień omawianych w ramach edukacji.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG 2005) sugeruje, że połączenie przedstawionej w projekcie edukacji wraz z badaniem piersi powinno rozpoczynać się od 20 roku życia kobiety.

Ad. 6.

W projekcie programu, w ramach panelu II, przewiduje się wdrożenie elementów opieki hospicyjno-paliatywnej dla osób nieuleczalnie chorych, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów onkologicznych. W ramach tego punktu programu zaplanowano opiekę nad pacjentem w domu, tj. świadczenia lekarskie, pielęgniarstwo, psychologiczne, rehabilitacyjne, socjalne, duchowne oraz w zakresie: leczenia bólu i innych objawów somatycznych, zapobiegania powikłaniom, zapewnienia i kierowania na specjalistyczne konsultacje medyczne, zapewnienia zleconych badań i transportu, bezpłatnego wypożyczania sprzętu do pielęgnacji chorego oraz sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej, edukacji i poradnictwa zdrowotnego oraz opieki nad osieroconymi.

Jak wskazują eksperci kliniczni zapewnienie dostępu do opieki paliatywnej powinno być niezbędnym elementem systemu opieki zdrowotnej, natomiast finansowanie jej przez NFZ jest wysoce niewystarczające i nie pozwala objąć wszystkich potrzebujących przy zapewnieniu właściwej jakości usług. Działania z zakresu opieki paliatywnej znajdują także swoje odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych.

Warto dodać, iż zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli (NIK 2015) ws. opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie woj. dolnośląskiego pacjenci oddziałów paliatywnych i hospicyjnych dolnośląskich placówek leczniczych mają zapewnioną właściwą opiekę zarówno medyczną, jak i psychologiczną. Placówki dysponują liczną i dobrze wykwalifikowaną kadrą, są odpowiednio wyposażone w sprzęt i urządzenia medyczne. Zapewniają także pacjentom dobre warunki lokalowe: obiekty są w należyłym stanie technicznym, estetyczne i przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Natomiast kontrola NIK wykazuje, że niemal połowa chorych w stanie terminalnym nie ma szansy na taką opiekę z powodu braku miejsc. Należy zaznaczyć, że odpowiednich placówek do świadczenia danych usług na terenie woj. dolnośląskiego jest za mało i są one nierównomiernie rozmieszczone. W związku z powyższym zapewnienie dodatkowej opieki medycznej w warunkach domowych, opisane w danym projekcie, uznać można za uzasadnione.

Ad. 7.

W projekcie planie się prowadzenie rehabilitacji ruchowej kobiet po mastektomii, z wykorzystaniem m.in.: masażu limfatycznego, kinezyterapii grupowej, gimnastyki oddechowej, biernego i czynnego ćwiczenia z rehabilitantem oraz ułatwionego dostępu do konsultacji psychologicznych lub onkologicznych.

Dowody naukowe wskazują, że aktywność fizyczna uprawiana przez kobiety po leczeniu z powodu raka piersi podwyższa jakość życia oraz redukuje zmęczenie. Z kolei, zastosowanie terapii kompleksowej obejmującej m.in. taping, masaż limfatyczny oraz pielęgnację skóry wpływa na zmniejszenie obrzęku limfatycznego.

Projekt programu nie odnosi się jednak szczegółowo do organizacji zaplanowanych działań rehabilitacyjnych, co warto uzupełnić. Sugeruje się natomiast, że świadczenia te będą dostosowane indywidualnie do każdej pacjentki, a zajęcia grupowe będą odbywać się dwa razy w tygodniu.

Brak wskazania jakie działania realizowane będą w ramach rehabilitacji utrudnia wskazanie jego powiązania ze świadczeniami gwarantowanymi. Należy jednak zaznaczyć, że, zgodnie z opinią

eksperta klinicznego, rehabilitacja kobiet po mastektomii skierowana powinna być głównie do kobiet u których wystąpiły powikłania pooperacyjne.

Ad. 8.

W projekcie programu uwzględniono również udzielenie pomocy osobom chorym z ostrym bólem i nagłym pogorszeniem stanu zdrowia bez potrzeby hospitalizacji. Do tego celu zaplanowano wykorzystanie tzw. 24 godzinnych punktów kroplówkowych i sali obserwacyjnej. W stanach ostrych świadczenia te mają być realizowane całodobowo zgodnie z zaleceniami lekarza.

Należy jednak wskazać, że w projekcie nie wskazano szczegółów dotyczących tej interwencji. Nie wiadomo, jakie leki i w jakich dawkach, będą podawane pacjentom, jak odbywać się będzie kwalifikacja pacjentów do przyjęcia do punktu oraz na jakich zasadach leki te będą dystrybuowane. Są to informacje, które budzą niepewności, czy zaplanowane w projekcie działanie jest odpowiednio bezpieczne i nie spowoduje nadmiernego korzystania z leków przez pacjentów. Ponadto należy wskazać, że nie odnaleziono rzetelnych dowodów naukowych wskazujących na zasadność tworzenia tego typu punktów dla pacjentów w stanach ostrych.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie szczegółowo zaplanowano monitorowanie całego projektu programu, gdzie zarówno w ramach panelu I, jak i panelu II będą wdrażane sprawozdania miesięczne. Nie jest jasne, kto będzie odpowiedzialny za daną funkcję, biorąc pod uwagę dużą złożoność interwencji w projekcie. Podkreśla się natomiast, że monitorowana będzie liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji czy liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych w ramach programu. Warto również uwzględnić nadzór i kontrolę nad rozpowszechnianymi materiałami edukacyjnymi, czy też uzyskanymi zgodami pisemnymi na udział osób niepełnoletnich w programie.

Projekt programu przewiduje także jego ewaluację po zakończeniu wdrażania zaplanowanych interwencji, jednak biorąc pod uwagę nieprecyzyjnie sformułowane cele główne poszczególnych paneli oraz ich mierniki efektywności, opis ewaluacji w programie wymaga dopracowania.

Ocena zgłaszalności zarówno w panelu I jak i II została zaplanowana poprawnie. Dodatkowo warto ustosunkować się do liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie, bądź też które nie zostały zakwalifikowane do badań przesiewowych, lub nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich.

Ocena jakości świadczeń zarówno w ramach I, jak i II panelu nie budzi zastrzeżeń.

W ramach ewaluacji programu należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu jego realizacji. W związku z powyższym, nie jest jasna kwestia uwzględnienia w panelu I, takich mierników jak: liczba mammografii, cytologii czy USG piersi. Bardziej wskazanym byłoby ustosunkowanie się do długofalowych efektów wspomnianego panelu I, tj. odsetka zachorowań/zgonów z powodu raka szyjki macicy, raka piersi przed wdrożeniem programu i po jego realizacji; liczby zmian nowotworowych wykrytych na podstawie badań przesiewowych w stosunku do liczby osób z wynikami prawidłowymi itp. Określona ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy wśród uczniów może stanowić istotne źródło informacji. Należy jednak zaznaczyć, że badanie ankietowe powinno zostać wykonane zarówno przed wdrożeniem edukacji, jak i po jej realizacji.

Mając na uwadze, że działania edukacyjne w ocenianym projekcie są bardzo rozbudowane, warto przeprowadzić również pomiar jej efektywności wśród populacji uczennic i nauczycielek Zespołu Szkół w Polkowicach, jak i wśród wspomnianych wcześniej rodziców i nauczycieli szkół adresatów szczepień ochronnych p/HPV.

W przypadku panelu II ewaluacja programu również opiera się o liczbę świadczeń w opiece paliatywnej, liczbę świadczeń skierowanych do Amazonek czy liczbę wlewów kroplowych, co wydaje się istotne monitorowania programu. Ocena efektywności powinna natomiast dotyczyć kwestii ewentualnej poprawy jakości życia ciężko chorych i ich rodzin.

Warunki realizacji

Projekt programu został skonstruowany w sposób chaotyczny, większość przedstawianych w nim informacji jest powielanych. Niejasny jest również harmonogram działań w ramach pierwszego panelu projektu dot. profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. Kwestia edukacji zdrowotnej została nieprecyzyjnie opisana.

Podkreśla się, że realizatorzy poszczególnych paneli zostaną wybrani na zasadach konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie przedstawiono także kompetencje potencjalnych realizatorów i podstawowe warunki niezbędne do wdrożenia programu. Nie jest jednak jasne, dlaczego w niezbędnych wymaganiach do realizacji programu pojawia się element „wodolecznictwa”. W treści projektu, jak również w zestawieniu jego kosztów nie ma do tej kwestii odniesienia.

W projekcie określono zasady korzystania ze świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie. Sposób powiązania świadczeń w ramach programu ze świadczeniami gwarantowanymi nie został dokładnie opisany, podobnie sposób zakończenia udziału w programie wymaga doprecyzowania.

W projekcie programu przedstawiono zestawienie kosztów jednostkowych poszczególnych działań/procedur medycznych oraz roczny koszt całkowity jego wdrożenia wynoszący 517 000 PLN.. W przedstawionym zestawieniu kosztów jednostkowych brakuje uwzględnionych w ramach II panelu wydatków na transport oraz usługi duchowe. Pozostałe koszty nie budzą zastrzeżeń.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak szyjki macicy (RSM) to częsty nowotwór złośliwy narządu rodnego kobiety. Zachorowalność na RSM w Polsce jest na średnim poziomie wobec innych krajów na świecie. Współczynniki zachorowalności i umieralności spowodowanych w Polsce przez raka szyjki macicy od lat 80-tych XX wieku powoli się obniżają i wynoszą rocznie. W etiologii raka szyjki macicy ważną rolę odgrywa zakażenie HPV (human papilloma virus). Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą m. in. zbyt wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 r.ż.), duża liczba partnerów seksualnych, partnerzy „wysokiego ryzyka”, zakażenie HIV lub inne zakażenia upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody.

Nowotwory piersi są najczęściej występującymi chorobami nowotworowymi u kobiet w Polsce (na drugim miejscu w skali globalnej). W 2012 roku potwierdzono 14,1 mln nowych przypadków tego nowotworu i ponad 8 mln zgonów. Największym problemem w związku z występowaniem tego nowotworu okazuje się późna diagnostyka, co przekłada się na wysokie współczynniki umieralności. Prawie 1/3 przypadków tej choroby kończy się zgonem.

Alternatywne świadczenia

W Polsce realizowany jest Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, adresowany do kobiet w wieku 25-59 lat, które nie wykonały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat, jak również Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, w ramach którego wykonywane są badania mammograficzne co 2 lata u kobiet w wieku między 50-69 r.ż. Ponadto badanie cytologiczne, mammografia oraz USG piersi są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego znajdują się w grupie szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

Medycyna paliatywna to świadczenie specjalistyczne, finansowane ze środków, zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ocena technologii medycznej

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna oraz świadomość zdrowotna mają ogromne znaczenie w profilaktyce nowotworów, jak np. rak szyjki macicy czy rak piersi. Zgodnie z wielokrotnie cytowanymi wytycznymi WHO istnieją dwa kluczowe czynniki wczesnego wykrywania nowotworu, mianowicie edukacja w zakresie danego problemu i promocji wczesnej diagnostyki oraz badania przesiewowe o udowodnionej skuteczności klinicznej. Ponadto, edukacja zdrowotna wielokrotnie, w opiniach Prezesa Agencji, wskazywana jest jako wartość dodana dla realizacji programu polityki zdrowotnej przy niewielkim nakładzie finansowym.

Edukacja zdrowotna w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy powinna dotyczyć w szczególności ograniczenia zachowań zwiększających ryzyko zakażenia wirusem HPV oraz diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych, jak również samego nowotworu (NYSDH 2013, WHO 2012, ECDC 2012, CCG HPV 2011, PTPZ HPV 2008, CPS 2007). Warto również zaznaczyć, że zajęcia edukacyjne w kierunku profilaktyki nowotworowej powinny być odpowiednio dostosowane do wymagań populacji docelowej (forma przekazu powinna być na tyle atrakcyjna, żeby zainteresować zarówno młodzież, jak i osoby dorosłe). Należy podkreślić, że w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych często realizowane są różnego rodzaju programy profilaktyczne, jednak w dużej mierze mają one charakter jednorazowy i akcyjny, natomiast ich efekty nie są w żaden sposób sprawdzane. Woynarowska 201415 wskazuje, że uczenie się, przyswajanie wiedzy jest procesem, który wymaga cyklicznych działań i odświeżania, ale i sprawdzania nabytych informacji.

Podobnie Centers for Disease Control and Prevention (CDC 201016) sugeruje, iż krótkotrwała edukacja zdrowotna, czy jednokrotne działanie może nie być wystarczające do osiągnięcia trwałego i wymiernego efektu w utrzymaniu zdrowych zachowań populacji poddanej edukacji

Szczepienia p/HPV

Zaplanowana interwencja mająca na celu zmniejszenie występowania raka szyjki macicy poprzez ograniczenie infekcji HPV wśród młodych kobiet i mężczyzn wpisuje się w założenia strategii WHO „Zdrowia dla Wszystkich” z 1998 r oraz wytycznych opublikowanych w 2013 roku dotyczących zapobiegania i monitorowania występowania nowotworu szyjki macicy wśród kobiet.

W Polsce wysoka zachorowalność i umieralność z powodu raka szyjki macicy nadal pozostaje istotnym problemem. W 2012 roku standaryzowany współczynnik zachorowań w Polsce był wyższy od średniej dla krajów członkowskich UE (wynosił 8,9/100 tys. osób), co więcej Polska znalazła się w pierwszej 10 państw z największą zapadalnością. Podobne zależności można odnotować w przypadku zgonów na nowotwory szyjki macicy, gdyż wyniki wskazują, że państwo polskie zgodnie z oszacowaniami WHO za rok 2012 zajmowało 5 miejsce wśród krajów Europy. W związku z czym działania profilaktyczne w danym kierunku wydają się być uzasadnione.

Aktualne wytyczne oraz dowody naukowe (PSO 2014, Cortes-Bordoy 2010, Haijstek 2011, Pham 2011, Bombardier 2012, Brenol 2013, Lenzi 2013) zalecają wykonywanie rutynowych szczepień p/HPV. Grupą docelową powinny być kobiety w wieku 9-26 lat. Coraz częściej wskazuje się też na wpływ szczepień na obecność infekcji wśród mężczyzn. U obu płci podkreśla się konieczność szczepień przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej. W Polsce szczepienia te są rekomendowane młodym dziewczynom, jako przeciwdziałanie zmianom nowotworowym narządów rodnych. Optymalny wiek zaszczepienia określa się na 11-13 lat dla obu płci. (wg. NHMRC, ACIP, CCFA). Rekomendowane są również dodatkowe szczepienia wśród kobiet powyżej 26 roku życia, jeśli nie zostały zaszczepione wcześniej lub schemat szczepień nie został prawidłowo ukończony. Z kolei, wśród mężczyzn rekomendowane jest szczepienie w grupie wiekowej 9-26 lat, szczepionką 4 walentną, ze względu na wysokie prawdopodobieństwo występowania brodawek płciowych i uszkodzeń krocza/prącia (szczególnie wśród osób pozostających w związkach/kontaktach homoseksualnych i u których występują zaburzenia odporności).

Przy wyborze szczepionki warto wziąć pod uwagę skalę problemu i wielkość populacji. Nie wskazuje się konkretnej szczepionki na rynku farmaceutycznym (2val lub 4val) jako preferowanej lub skuteczniejszej w zakresie profilaktyki zakażeń HPV. Szczepienia powinny być prowadzone w sposób skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną i prawidłową diagnostyką cytologiczną. Szczepionki nie zapewniają 100% ochrony przed istniejącymi już infekcjami/zakażeniami. Zaleca się, aby kobiety

kontynuowały później regularne wykonywanie badań cytologicznych. Sugeruje się również stałe monitorowanie stanu zdrowia pacjentów po zaszczepieniu w celu zapewnienia bezpieczeństwa.

Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego może prowadzić do redukcji liczby przypadków raka szyjki macicy. Jednakże warto, aby programowi szczepień towarzyszyły badania oceny długoterminowej skuteczności oraz bezpieczeństwa, w celu optymalizacji sposobu realizacji programu. Osiągnięty efekt zdrowotny w populacji zależy jednak od wysokiego poziomu uczestnictwa w programie oraz od prowadzonego równoległe programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Co także przemawia za koordynacją działań tych programów.

Kolejnym istotnym elementem profilaktyki zakażeń HPV jest edukacja zdrowotna. Powinna się ona skupiać na metodach wczesnego wykrywania chorób oraz na sposobach ich zapobiegania. Duży nacisk warto położyć na intensyfikowanie edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie, że jest to temat pomijany w innych obszarach edukacji.

Edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi podkreślać również znaczenie badań cytologicznych, jako najważniejszej metody wczesnego wykrywania zmian rakowych i przedrakowych. Badania wskazują na silny wpływ pracowników ochrony zdrowia jako autorytetu, który pomaga w podjęciu decyzji o szczepieniu. Ponadto, ważne jest dostarczenie merytorycznie poprawnej wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy, ze względu na fakt, że nadal zakres wiedzy na temat konsekwencji zakażenia HPV jest bardzo ograniczony, choć ma istotny wpływ na podjęcie decyzji o szczepieniu.

Ważne jest aby działania edukacyjne były dostosowane do odbiorców oraz aby swoim zasięgiem obejmowały również populację chłopców.

Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy

W odniesieniu do raka szyjki macicy, jego wczesne wykrywanie rekomendowane jest w szczególności przy pomocy badań cytologicznych. Metoda ta stanowi złoty standard postępowania. Zarówno wytyczne polskie jak i zagraniczne potwierdzają, że cytologia jest aktualnie najpowszechniejszym sposobem skringingu w kierunku RSzM. Powtarzanie cytologii powinno odbywać się zgodnie z lokalnymi standardami, jednak nie rzadziej niż raz na 5 lat u kobiet do 60 r. ż. (The International Federation of Gynecology and Obstetrics 2009). Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia z 2006 r. stwierdzają, że cytologia jest rekomendowaną metodą skringingową w badaniach przesiewowych na szeroką skalę, jeżeli są dostępne wystarczające środki.

U.S. Preventive Services Task Force zaleca badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy u kobiet w wieku od 21 do 65 lat co 3 lata (cytologia), natomiast dla kobiet w wieku od 30 do 65 lat badanie przesiewowe stanowiące połączenie cytologii oraz testu HPV (co 5 lat).

National Cancer Institute w swoich zaleceniach określiło, że badanie USG w populacji kobiet bez objawów krwawień z pochwy nie jest skuteczna w celu zmniejszenia śmiertelności u bezobjawowych kobiet. Odniesiono się również do populacji kobiet przyjmujących tamoksifen. Rutynowe USG u bezobjawowych kobiet stosujących tamoksyfen nie jest użyteczne ze względu na niską specyficzność i niską wartość predykcyjną dodatnią. Ocena endometrium u kobiet stosujących tamoksyfen powinna być ograniczona do kobiet z objawami krwawień. Można zatem stwierdzić, że stosowanie USG nie jest rekomendowaną metodą w bezobjawowej populacji w celu wykrycia nowotworów trzonu macicy.

W zwiększeniu odsetka pacjentów poddających się badaniom przesiewowym znaczenie ma odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna. Powinna przedstawiać głównie korzyści płynące z poddawania się badaniom, tak aby zachęcić jak największą liczbę osób do uczestnictwa w programach. Edukacja powinna kształtować odpowiednie postawy w społeczeństwie, które wpłyną na zwiększenie odsetka osób poddających się badaniom poza programami polityki zdrowotnej.

Badania przesiewowe w kierunku raka piersi

Większość odnalezionych zaleceń odnosi się pozytywnie do prowadzenia mammograficznych badań przesiewowych u kobiet, ale pod warunkiem, że prowadzone są w grupie kobiet w wieku 50-74 lata

(w raz na 1-3 lata) i że programy, w ramach których są one realizowane spełniają odpowiednie kryteria jakości.

Ponadto, odnalezione wytyczne rekomendują wykonywanie testów genetycznych oraz rezonansu mammograficznego, dodatkowej ultrasonografii wyłącznie u tych kobiet, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi. Zarówno diagnostyka, jak i leczenie raka piersi powinno się odbywać w specjalnie przeznaczonych do tego Zespołach Chorób Piersi. W przypadku podejrzenia raka piersi zaleca się wykonywanie biopsji (cienkoigłowej lub gruboigłowej) w celu potwierdzenia nowotworu.

Innymi istotnymi aspektami wczesnego wykrywania nowotworu piersi jest wykonywanie badania USG, badań fizykalnych oraz samobadania piersi. Pomimo nieudowodnionej skuteczności prowadzenia tych działań w formie badań przesiewowych są one zalecane przez towarzystwa naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, The European Society of Breast Cancer Specialists, American Cancer Society).

Zgodnie z odnalezionymi badaniami dotyczącymi efektywności kosztowej mammografia cyfrowa jest bardziej kosztowna niż mammografia analogowa. Opłacalność stosowania mammografii cyfrowej zależy od ewentualnie uzyskanych lat życia i lat życia skorygowanych o jakość (QALY) uzyskanych dzięki wczesnemu rozpoznaniu nowotworu.

Warto jednocześnie przytoczyć wnioski z badania Nesser 2007. Wyniki analizy przeprowadzonej w oparciu o konserwatywne założenia wskazują, że prowadzenie zorganizowanych mammograficznych programów przesiewowych w kierunku raka piersi, w porównaniu ze strategią skryningu okazjonalnego, pozwala uzyskać istotną redukcję umieralności z powodu raka piersi, przy dodatkowych kosztach pozostających na umiarkowanym poziomie.

Zgodnie z raportem NICE wczesna diagnoza chorób nowotworowych oraz wybór optymalnej drogi leczenia prowadzi do mniejszej śmiertelności oraz zwiększa przeżywalność u pacjentów cierpiących na raka piersi.

Eksperti kliniczni uważają za zasadne prowadzenie w kraju działań z zakresu profilaktyki raka piersi. Głównym argumentem ekspertów przemawiającym za ich finansowaniem ze środków publicznych jest fakt wysokiej zachorowalności oraz umieralności kobiet w Polsce z powodu raka piersi. Niemniej jednak, eksperci zauważają, że rola jednostek samorządu terytorialnego powinna się skupiać na prowadzeniu przez nich działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka piersi oraz promujących uczestnictwo w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Opieka hospicyjno-paliatywna na pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym

Zgodnie z wytycznymi American Society of Clinical Oncology (ASCO 2016) pacjenci onkologiczni z zaawansowaną formą nowotworu powinni otrzymywać świadczenia specjalistyczne w zakresie opieki paliatywnej. Skierowanie pacjenta do zespołów interdyscyplinarnej opieki paliatywnej jest rozwiązaniem optymalnym, natomiast usługi świadczone w ramach danej opieki mogą stanowić uzupełnienie dotychczasowych programów postępowania medycznego/leczenia.

ASCO wskazuje, że zasadniczymi elementami opieki paliatywnej powinny być: budowanie porozumienia i relacji pacjent-opiekun/rodzina; postępowanie w zakresie objawów, stanu funkcjonalnego, dystresu/niepokoju pacjenta (np. w przypadku bólu, duszności, zmęczenia, zaburzeń snu, zmienności nastroju, nudności itp.); eksplorowanie świadomości i zwiększanie wiedzy nt. choroby nowotworowej i rokowań; sprecyzowanie celów leczniczych; ocena i wsparcie strategii radzenia sobie (np. zapewnienie godnego leczenia), pomoc/wsparcie przy podejmowaniu decyzji dot. postępowania medycznego, koordynowanie współpracy z innymi świadczeniodawcami oraz kierowanie pacjenta do innych świadczeniodawców, jeśli to wskazane.

Ponadto, Institute for Clinical Systems Improvement²⁵ (ICSI 2013) wskazuje, że opieka hospicyjna powinna trwać od momentu zdiagnozowania poważnej choroby, w trakcie leczenia, aż do zgonu, a potem również w okresie osierocenia, o czym wspomina wnioskodawca. Zwraca również uwagę, że ocena psychologiczna, socjalna i duchowa powinny stanowić integralną część opieki paliatywnej, co też zostało uwzględnione w danym projekcie programu.

Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej²⁶ (EAPC 2010) wskazują jednak iż opieka paliatywna nie może być zarezerwowana wyłącznie dla pacjentów, u których zdiagnozowano określone choroby, natomiast powinna być dostępna dla wszystkich osób ze schorzeniami zagrażającymi życiu (niezależnie od rokowania, wieku, w dowolnym momencie choroby, gdy oczekiwania i/lub potrzeby takich chorych nie zostały spełnione i są gotowi przyjąć tego typu opiekę). Biorąc pod uwagę treść projektu, wnioskodawca w dużej mierze ogranicza działania w jego ramach do pacjentów onkologicznych.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.274.2016 „Program polityki zdrowotnej „Chronię życie przed rakiem”. Profilaktyka i promocja zdrowia w chorobach nowotworowych oraz opieka paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym” realizowany przez: gminę Polkowice, luty 2017 r. oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013 r., „Programy w zakresie rehabilitacji psychofizycznej kobiet po amputacji piersi – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013 r., „Programy profilaktyki raka piersi - wspólne podstawy oceny” z czerwca 2015 r., „Programy z zakresu profilaktyki nowotworów narządów rodnych - wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2015 r., „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy - wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 42/2017 z dnia 27 lutego 2017 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej „Chronię życie przed rakiem” Profilaktyka i promocja zdrowia w chorobach nowotworowych oraz opieka paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym” gminy Polkowice