

**UCHWAŁA NR .....  
RADY POWIATU W LEGIONOWIE**

z dnia ..... 2023 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027"**

Na podstawie art. 8 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)<sup>1)</sup> w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r., poz. 1526), Rada Powiatu w Legionowie uchwała, co następuje:

**§ 1.**

Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. "Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027" w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

**§ 2.**

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Legionowie.

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie w dniu przyjęcia.

Przewodniczący Rady

Leszek Smuniewski

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego uchwały zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 poz. 1265; poz. 1855, poz. 2674 i poz. 2770

SERPEK Z  
Powiatu Legionowskiego  
Paweł Trzaskowski

WA-7023 Agnieszka Kolińska  
RADA PRAWNY

NACZELNIK WYDZIAŁU GŁÓWNY SPECJALISTA  
Witold Pachulski Jolanta Grzybowska

## UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 8 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych powiatu należy opracowanie i realizacja oraz ocena programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu. Art. 48 ust. 1 ustawy stanowi, że programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować finansować m.in. jednostki samorządu terytorialnego.

Rak jelita grubego to nowotwór złośliwy występujący w obrębie okrężnicy, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy, a także odbytu i kanału odbytu. Nowotwory o tej lokalizacji znajdują się na trzecim miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów złośliwych w Polsce wśród mężczyzn (12,6% ogółu w 2015r.), po nowotworach złośliwych oskrzela i płuca oraz gruczołu krokowego. W przypadku kobiet zajmują miejsce drugie, po nowotworach złośliwych sutka. W 2015 roku odnotowano łącznie ponad 18,4 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego (w tym ok. 11,2% w woj. mazowieckim) oraz ponad 12,1 tys. zgonów z ich powodu (w tym ok. 13,8% w woj. mazowieckim).

Dlatego opracowany został program polityki zdrowotnej pn. "Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2018 - 2022". Zgodnie z art. 48a ust. 11 w/w ustawy rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Program profilaktyki raka jelita grubego został pozytywnie zaopiniowany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Opinia nr 179/2018 z dnia 5 września 2018 r.). Program na lata 2023 - 2027 jest kontynuacją tego pięcioletniego programu i zgodnie z art. 48a ust. 5 pkt 1a nie ma konieczności opiniowania go w przypadku, gdy jest kontynuacją w niezmienionej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes Agencji wydał pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię

Realizacja Programu Polityki Zdrowotnej znajduje się w Planie Operacyjnym 2016-2019 do Strategii Rozwoju Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025.



Powiat  
Legionowski

Załącznik do uchwały Nr .....  
Rady Powiatu w Legionowie  
z dnia ..... 2023 r.

**Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego  
wśród mieszkańców powiatu legionowskiego  
w latach 2023-2027**

Podstawa prawna: Art. 48 i 48a ust. 5 pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2022r. poz. 2561 z późn.zm.]

**Legionowo, 2023**

1. **Nazwa programu:**

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego w latach 2023-2027

2. **Okres realizacji programu:** 2023 - 2027

3. **Autorzy programu:** dr n. o zdr. Karolina Sobczyk, dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

Dokument opracowano pod kierunkiem P. Jolanty Grzybowskiej – koordynatora z ramienia Wydziału Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Legionowie

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programu realizowanego w latach 2018-2022, który uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Opinia nr 179/2018 z dnia 5 września 2018 r.)

Zadania w zakresie profilaktyki wtórnej nowotworu jelita grubego finansowane były przez Starostwo Powiatowe w Legionowie w latach 2001, 2003-2007, 2011-2017 oraz 2018-2022.

5. **Dane kontaktowe:**

Starostwo Powiatowe w Legionowie  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 11  
05-119 Legionowo  
Tel: (22) 764 05 04

6. **Data opracowania programu:** 22.06.2018r.

## Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	4
1. Opis problemu zdrowotnego: .....	4
2. Dane epidemiologiczne: .....	8
3. Opis obecnego postępowania .....	11
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: .....	13
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	16
1. Cel główny: .....	16
2. Cele szczegółowe: .....	16
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu: .....	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	18
1. Populacja docelowa .....	18
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	19
3. Planowane interwencje: .....	20
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej .....	24
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania .....	24
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	25
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	25
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	26
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	27
1. Monitorowanie .....	27
2. Ewaluacja .....	27
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	29
1. Koszty jednostkowe .....	29
2. Koszty całkowite .....	29
3. Źródło finansowania .....	30
Załączniki .....	31

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

### 1. Opis problemu zdrowotnego:

Nowotwory złośliwe stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata, a ich liczba bezwzględna stale rośnie, co ma związek głównie z procesem starzenia się populacji oraz rosnącym rozpowszechnieniem czynników ryzyka tych chorób, związanych w dużej mierze ze stylem życia (m.in. otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu). Dodatkowo należy podkreślić, iż szacunki epidemiologiczne wskazują na zachowanie w najbliższych latach trendu wzrostowego, zarówno w zakresie zachorowalności na raka jelita grubego, jak i umieralności z jego powodu. Nowotwór jelita grubego zaliczany jest wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 do grupy nowotworów złośliwych narządów układu pokarmowego. Nowotwory o tej lokalizacji są niezwykle istotnym problemem epidemiologicznym, stanowiąc w skali kraju ok 20% zachorowań na nowotwory ogółem oraz pozostając przyczyną ponad 28% zgonów z przyczyn nowotworowych (dane za rok 2015)<sup>2</sup>.

Rak jelita grubego to nowotwór złośliwy występujący w obrębie okrężnicy (C18), zgięcia esiczo-odbytniczego (C19), odbytnicy (C20), a także odbytu i kanału odbytu (C21)<sup>3</sup>. Nowotwory o tej lokalizacji (C18-C21) znajdują się na trzecim miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów złośliwych w Polsce wśród mężczyzn (12,6% ogółu w 2015r.), po nowotworach złośliwych oskrzela i płuca (C3-C34; 17,7%) oraz gruczołu krokowego (C61, 17,4%). W przypadku kobiet zajmują miejsce drugie (10% ogółu), po nowotworach złośliwych sutka (C50; 22,2%)<sup>4</sup>. W 2015 roku odnotowano łącznie ponad 18,4 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego (w tym ok. 11,2% w woj. mazowieckim) oraz ponad 12,1 tys. zgonów z ich powodu (w tym ok. 13,8% w woj. mazowieckim)<sup>5</sup>.

Rak jelita grubego powstaje zazwyczaj na podłożu polipów gruczolakowatych. Zdecydowaną większość przypadków stanowią nowotwory sporadyczne, czynniki genetyczne

<sup>1</sup>Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” [poz. 1165].

<sup>2</sup>Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów [onkologia.org.pl; dostęp: 10.06.2018r.]

<sup>3</sup>Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

<sup>4</sup>Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.

<sup>5</sup>Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op. cit.

dziedziczne mają udział w etiologii jedynie 5-10% przypadków<sup>6</sup>. Wyższe ryzyko rozwoju tego nowotworu związane jest z występowaniem w rodzinie zespołu Lyncha (HNPCC - *hereditary non-polyposis colorectal cancer*; dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością), zespołu gruczolakowatej polipowatości (FAP - *familial adenomatous polyposis*), a także zespołu Peutza-Jeghersa<sup>7</sup>. Istotny czynnik ryzyka rozwoju raka jelita grubego stanowi wiek – ok. 70% zachorowań występuje powyżej 65 roku życia<sup>8</sup>. Wśród czynników środowiskowych związanych ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór o omawianej lokalizacji znajduje się dieta uboga w błonnik, witaminy oraz wapń, obfitująca w nasycone kwasy tłuszczowe pochodzenia zwierzęcego<sup>9</sup>. Wśród czynników ryzyka raka jelita grubego wymienia się również palenie tytoniu, spożywanie alkoholu oraz występowanie otyłości i/lub zespołu metabolicznego, w tym szczególnie u płci męskiej<sup>10</sup>. Do chorób w sposób znacząco zwiększający ryzyko zachorowania zalicza się także wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wcześniejsze zachorowanie na raka jelita grubego<sup>11</sup>.

Objawy choroby zależne są od stopnia zaawansowania oraz lokalizacji nowotworu. Wśród najczęściej obserwowanych wymienia się: krwawienie utajone i/lub jawne, bóle brzucha, brak łaknienia, spadek masy ciała, zmianę rytmu wypróżnień, niedokrwistość, wyczuwalne guzy oraz niedrożność jelita. Ponadto w badaniach laboratoryjnych mogą występować: podwyższone stężenia CEA, niedokrwistość mikrocytarna oraz pozytywny wynik testu na obecność krwi utajonej w kale. Za podstawę diagnostyki omawianej grupy nowotworów uznaje się endoskopię (sigmoidoskopia, rektoskopia, kolonoskopia), umożliwiającą wykrycie guza, pobranie wycinków oraz kontrolę pozostałej części jelita<sup>12</sup>.

Postępowanie lecznicze w raku jelita grubego również zależne jest od stopnia zaawansowania choroby oraz lokalizacji nowotworu. Terapia pacjenta może obejmować leczenie operacyjne, chemioterapię i/lub radioterapię. W przypadku raka okrężnicy leczenie operacyjne może polegać m.in. na resekcji fragmentu jelita z regionalnymi węzłami chłonnymi, czy też resekcji stosowanej jako metoda paliatywna (przy zmianach trwale nieoperacyjnych). W niektórych przypadkach nowotworów okrężnicy oraz odbytnicy

---

<sup>6</sup>Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

<sup>7</sup>Nowacki M et al.: Rak jelita grubego. [W:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Krzakowski M. (red.) Warszawa 2009; 423-428.

<sup>8</sup>Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015r.... op. cit.

<sup>9</sup>WCRF-AICR. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR 2007.

<sup>10</sup>Labianca R, Nordlinger B, Berenta GD et al.: Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Ann Oncol 2010; 21 (suppl 5): v70-v77.

<sup>11</sup>Łacko A.: Rak jelita grubego, Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 2, 2011, s. 137-145.

<sup>12</sup>Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

konieczne jest także wytworzenie sztucznego połączenia między światłem jelita a powłokami jamy brzusznej (stomii). W terapii raka okrężnicy, szczególnie w przypadkach II i III stopnia zaawansowania, jako leczenie uzupełniające stosowana jest chemioterapia. Metoda ta może być także stosowana jako leczenie podstawowe u pacjentów z nieoperacyjnym guzem, zlokalizowanym zarówno w okrężnicy, jak i w odbytnicy<sup>13</sup>. Radioterapia, obok leczenia chirurgicznego, uwzględniana jest w postępowaniu terapeutycznym u pacjentów z rakiem odbytnicy. Dodatkowo metoda ta stosowana jest również jako forma terapii paliatywnej<sup>14</sup>.

Rokowanie u pacjentów z rakiem jelita grubego w stadium operacyjnym zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby – przeżycia 5-letnie u chorych z I stopniem zaawansowania nowotworu wynoszą ok. 85-95%, w stopniu II jest to ok. 60-80%, podczas gdy w stopniu III – jedynie 30-60%<sup>15</sup>. Średni wskaźnik przeżyć 5-letnich w Polsce w populacji pacjentów z nowotworem jelita grubego (C18-C21) zdiagnozowanych w latach 2000-2002 wyniósł wśród mężczyzn 43,3%, w populacji kobiet 44,1%. W przypadku województwa mazowieckiego było to odpowiednio 48,7% i 49,4%<sup>16</sup>. Wśród dodatkowych czynników rokowniczych znajdują się m.in.: stopień zróżnicowania histologicznego, liczba usuniętych i zajętych węzłów chłonnych, naciekanie naczyń krwionośnych i limfatycznych, szerzenie guza wzdłuż włókien nerwowych, perforacja guza, czy też niedrożność przewodu pokarmowego<sup>17</sup>.

Należy podkreślić, iż nowotwory jelita grubego, pomimo wysokiego miejsca w strukturze zachorowalności i umieralności z powodu schorzeń onkologicznych, należą jednocześnie do nowotworów, którym w znacznej mierze można zapobiegać. Polska jest krajem, w którym na poziom umieralności z powodu nowotworów złośliwych wpływają głównie dwa zjawiska: wielkość ekspozycji na czynniki ryzyka oraz opóźnienie w stosunku do innych krajów europejskich we wprowadzaniu populacyjnych programów wczesnej diagnostyki i leczenia nowotworów, a także ich niska skuteczność populacyjna, wynikająca z ograniczonego uczestnictwa grup, do których są skierowane. Działania profilaktyczne w przypadku raka jelita grubego obejmują chemoprewencję (profilaktyka pierwotna) oraz badania przesiewowe (profilaktyka wtórna). Do pierwszej z wymienionych interwencji

<sup>13</sup>Ibidem.

<sup>14</sup>Bujko K., Herman R., Pałucki J. i in., Rak odbytnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

<sup>15</sup>Berrino F, De Angelis R, Sant M et al.: Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773-783

<sup>16</sup>Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.

<sup>17</sup>Zlobec I, Lugli A: Prognostic and predictive factors in colorectal cancer. *J Clin Pathol* 2008; 61: 561-569.



zaliczyć można stosowanie odpowiedniej diety (bogatej w błonnik pochodzący głównie z warzyw i owoców, witaminę B6 oraz ryby, ubogiej w czerwone mięso, uwzględniającej suplementację kwasem acetylosalicylowym), podejmowanie optymalnej aktywności fizycznej, rezygnację ze spożywania alkoholu i palenia tytoniu, a także stosowanie hormonalnej terapii zastępczej u kobiet w okresie pomenopauzalnym<sup>18</sup>.

W odniesieniu do profilaktyki wtórnej należy wskazać, iż podstawowym badaniem stanowiącym niezbędny element wstępnej diagnostyki nowotworów zlokalizowanych w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, powinno być badanie proktologiczne (per rectum). Powinno być ono bezwzględnie przeprowadzane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u pacjentów zgłaszających dolegliwości mogące wiązać się z rakiem jelita grubego. Z kolei zasadniczym badaniem przesiewowym, stanowiącym standard postępowania diagnostycznego w przypadku raka o omawianej lokalizacji, jest badanie kolonoskopowe przebiegające z pobraniem wycinków błony śluzowej jelita. Wycinki te poddaje się badaniu histopatologicznemu, którego wynik stanowi podstawę dla postawienia ostatecznego rozpoznania. Należy w tym miejscu podkreślić, iż brak jest obecnie dostatecznych dowodów naukowych na skuteczność testu na krew utajoną w rozpoznawaniu raka jelita grubego, w związku z czym badanie to nie może decydować o rozpoznaniu choroby. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego jest niezwykle istotne, ponieważ nowotwór ten rozwija się ze zmian łagodnych, których przemiana w postać złośliwą trwa zwykle kilkanaście lat. Wykonanie u pacjenta kolonoskopii i usunięcie polipów odpowiednio wcześnie może ustrzec go przed rozwojem choroby<sup>19</sup>. Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego prowadzone są na całym świecie, w tym także w Polsce, w ramach realizowanego od roku 2000 Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego<sup>20</sup>, opisanego szerzej w części dot. obecnego postępowania w omawianym problemie zdrowotnym

---

<sup>18</sup>Siepsiak M., Połom A., Andrych K., Profilaktyka raka jelita grubego, *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-5.

<sup>19</sup>Ibidem.

<sup>20</sup>Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie [pbbp.org.pl; dostęp: 12.06.2018r.].

## 2. Dane epidemiologiczne:

Wiodący problem współczesnych systemów ochrony zdrowia, jak już zaznaczono w opisie problemu zdrowotnego, stanowią nowotwory złośliwe, wśród których znajduje się rak jelita grubego, rozpoznawany w skali globalnej u ok. 1 miliona osób rocznie oraz stanowiący przyczynę zgonu ok. 500.tys. pacjentów rocznie. Nowotwór ten występuje z największym rozpowszechnieniem w krajach Ameryki Północnej, Australii, Nowej Zelandii oraz części krajów europejskich, co ma związek z występowaniem wśród czynników ryzyka, zachowań związanych z tzw. „zachodnim stylem życia”<sup>21</sup>. Wskaźniki zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego w krajach Europy Zachodniej i Północnej pozostają na zbliżonym poziomie. W przypadku Europy Wschodniej natomiast zauważalny jest wyraźny deficyt efektywnych metod leczenia osób chorych na raka jelita grubego - umieralność w tym regionie pozostaje na poziomie wyraźnie wyższym niż w Europie Zachodniej, pomimo występowania znacząco niższej zachorowalności<sup>22</sup>.

Zachorowalność na raka jelita grubego w Polsce w ciągu ostatnich 30 lat systematycznie wzrasta - w początkach lat 80-tych XX wieku wynosiła poniżej 10/100 tys. ludności, natomiast w roku 2013 sięgała już 20/100 tys. ludności. Nowe przypadki zdecydowanie najczęściej diagnozowane są w populacji osób w wieku 60-64 lata, jednakże zachorowalność utrzymuje się na zbliżonym wysokim poziomie także w grupie między 65 a 80 rokiem życia. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku umieralności z powodu raka jelita grubego<sup>23</sup>.

Województwo mazowieckie w 2015 roku zajmowało pierwsze miejsce pod względem liczby zarejestrowanych nowych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (12% ogółu przypadków zarejestrowanych w kraju) - odnotowano ponad 19,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a standaryzowany współczynnik zachorowalności wyniósł 228,6/100 tys. ludności w przypadku kobiet oraz 194,9/100 tys. ludności w przypadku mężczyzn. Wśród ogółu zarejestrowanych w analizowanym okresie nowotworów złośliwych u mężczyzn najczęstsze były nowotwory złośliwe: gruczołu krokowego (20,7%), płuca (18,2%), pęcherza moczowego (6,6%), okrężnicy (6,3%), odbytnicy i odbytu (5,6%) oraz skóry (5,3%). U kobiet najczęściej zgłaszano nowotwory złośliwe piersi (23,3%), płuca (10,3%), trzonu macicy (8,5%), skóry

---

<sup>21</sup>L. Herszényi, Z. Tulassay. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2010;14: 249-258.

<sup>22</sup>Dane International Agency for Research on Cancer [gco.iarc.fr.; dostęp: 10.06.2018].

<sup>23</sup>J. Didkowska, U. Wojciechowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie [onkologia.org.pl; dostęp: 09.06.2018].

(6,2%) i okrężnicy (5,5%)<sup>24</sup>. Nowotwory jelita grubego w roku 2015 stanowiły w województwie mazowieckim 10,6% ogółu odnotowanych nowotworów złośliwych (w Polsce było to odpowiednio 11,3%). Najczęściej diagnozowano raka okrężnicy, a standaryzowany współczynnik zachorowalności na ten nowotwór w województwie był niższy niż w przypadku całego kraju (10,57/100 tys. ludności vs. 14,06/100 tys. ludności)<sup>25</sup>. Szczegóły zaprezentowano za pomocą tabeli I.

Tab. I. Zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce oraz w województwie mazowieckim w roku 2015

Lokalizacja	Polska			Województwo mazowieckie		
	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany
Ogółem	163 281	100,00%	235,07	19 521	100,00%	205,89
Rak jelita grubego ogółem (C18-C21)	18 457	11,30%	--	2072	10,61%	--
Rak okrężnicy (C18)	10 815	6,62%	14,06	1148	5,88%	10,57
Rak zgięcia esiczo-odbytniczego (C19)	1496	0,92%	2	217	1,11%	2,08
Rak odbytnicy (C20)	5816	3,56%	7,84	668	3,42%	6,47
Rak odbytu i kanału odbytu (C21)	330	0,20%	0,47	39	0,20%	0,41

[Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów]

Nowotwory złośliwe w roku 2015 stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgonów (26,7%) w populacji województwa mazowieckiego, po chorobach układu krążenia (45,4%). W porównaniu z rokiem 2014 nastąpił wzrost odsetka zgonów z tego powodu z 26,1% tj. o 0,5%. W analizowanym okresie odnotowano ponad 14,1 tys. zgonów z powodu nowotworów złośliwych, a standaryzowany współczynnik umieralności wyniósł 99,1/100 tys. ludności w przypadku kobiet oraz 164,5/100 tys. ludności w przypadku mężczyzn. Najczęstszą przyczyną zgonu wśród mężczyzn były nowotwory płuca (30,2%), gruczołu krokowego (9,2%) i okrężnicy (7,6%). U kobiet najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworów złośliwych był rak płuca (18,2%), piersi (15,0%) oraz okrężnicy (7,6%)<sup>26</sup>. Zgony z powodu nowotworów jelita grubego w roku 2015 stanowiły w województwie mazowieckim 11,9% ogółu zgonów onkologicznych (w Polsce było to odpowiednio 12,1%). Najczęstszą przyczyną zgonu w tej grupie pozostawał rak okrężnicy, a standaryzowany współczynnik umieralności z jego powodu

<sup>24</sup>Zwierko M. i in.: Nowotwory złośliwe w woj. mazowieckim w 2015 roku, Mazowiecki Rejestr Nowotworów, Warszawa 2017.

<sup>25</sup>Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op. cit.

<sup>26</sup>Zwierko M. i in.: Nowotwory złośliwe w woj. mazowieckim w 2015 roku... op. cit.

w województwie był porównywalny do ogólnokrajowego (8,8/100 tys. ludności vs. 8,97/100 tys. ludności)<sup>27</sup>. Szczegóły zaprezentowano za pomocą tabeli II.

Tab. II. Zgony z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego w Polsce oraz w województwie mazowieckim w roku 2015

Lokalizacja	Polska			Województwo mazowieckie		
	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany
Ogółem	100 601	100,00%	127,54	14 126	100,00%	125,71
Rak jelita grubego ogółem (C18-C21)	12 159	12,09%		1 684	11,92%	
Rak okrężnicy (C18)	7 755	7,71%	8,97	1 105	7,82%	8,8
Rak zgięcia esiczo-odbytniczego (C19)	623	0,62%	0,74	112	0,79%	0,94
Rak odbytnicy (C20)	3 518	3,50%	4,26	427	3,02%	3,63
Rak odbytu i kanału odbytu (C21)	263	0,26%	0,32	40	0,28%	0,35

[Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów]

W woj. mazowieckim w 2015 roku obserwowano znaczne przestrzenne zróżnicowanie współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe i umieralności z powodu tych chorób w poszczególnych powiatach, zarówno dla populacji mężczyzn, jak i kobiet. Współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w powiecie legionowskim osiągnął wartość niższą w porównaniu do wojewódzkiej (194,8/100 tys. ludności vs. 228,6/100 tys. ludności). Podobną sytuację zaobserwowano w odniesieniu do współczynnika zachorowalności wśród kobiet (157,7/100 tys. ludności vs. 194,9/100 tys. ludności). Podkreślić natomiast należy, iż współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w powiecie legionowskim był wyższy w porównaniu do wartości w województwie (w przypadku kobiet: 103,3/100 tys. ludności vs. 99,1/100 tys. ludności; w przypadku mężczyzn: 172,9/100 tys. ludności vs. 164,5/100 tys. ludności)<sup>28</sup>.

Wskaźnik 5-letnich względnych przeżyć dla chorych na nowotwory złośliwe ogółem w wieku 15 i więcej lat, zarejestrowanych w latach 2008-2010 w województwie mazowieckim wynosił odpowiednio 44,4% dla mężczyzn i 58,5% dla kobiet. Wskaźnik ten w odniesieniu do raka okrężnicy wynosił 52,9% u mężczyzn oraz 54,5% u kobiet. W przypadku nowotworów odbytnicy i odbytu było to odpowiednio 53% i 57,3%<sup>29</sup>. Należy podkreślić, iż w przypadku raka jelita grubego sytuacja w zakresie 5-letnich przeżyć ulega poprawie, ponieważ średni

<sup>27</sup>Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op. cit.

<sup>28</sup>Zwierko M. i in.: Nowotwory złośliwe w woj. mazowieckim w 2015 roku... op. cit.

<sup>29</sup>Ibidem.

wskaźnik przeżyć 5-letnich w Polsce w populacji pacjentów z tym nowotworem (C18-C21) zdiagnozowanych w latach wcześniejszych (2000-2002) wynosił wśród kobiet 44,1% (w populacji mężczyzn 43,3%). W przypadku województwa mazowieckiego było to 49,4% (w populacji mężczyzn 48,7%)<sup>30</sup>.

### 3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem nowotworu jelita grubego mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz stacjonarnego, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz ze stwierdzonym nowotworem od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby<sup>31</sup>. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu oraz chirurgii onkologicznej<sup>32</sup>. Rehabilitacja lecznicza obejmować może w takich przypadkach świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (poradnie rehabilitacyjne), domowych, dziennych (ośrodki/oddziały dzienne rehabilitacji) lub stacjonarnych (oddziały rehabilitacji w warunkach szpitalnych)<sup>33</sup>. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej<sup>34</sup>. Chorzy na nowotwór jelita grubego mogą być kierowani do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego świadczących usługi w ramach profilu chorób układu trawiennego, po upływie co najmniej 12 miesięcy od zakończenia leczenia operacyjnego, CTH lub RTH<sup>35</sup>.

Na poziomie krajowym problematyka chorób nowotworowych podjęta została w postaci Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024

---

<sup>30</sup>Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.

<sup>31</sup>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135].

<sup>32</sup>Ibidem.

<sup>33</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

<sup>34</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].

<sup>35</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2012 poz. 14].

(NPZChN)<sup>36</sup>. Celem głównym Programu jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce (w tym nowotwory jelita grubego). Wśród priorytetów NPZChN znalazły się:

- Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów,
- Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów,
- Wsparcie procesu leczenia nowotworów,
- Edukacja onkologiczna,
- Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów.

W odniesieniu do wtórnej profilaktyki onkologicznej na uwagę zasługuje priorytet 2 NPZChN, w ramach którego realizowany jest Ogólnopolski Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego, mający na celu stopniowe zwiększanie liczby badań kolonoskopowych w populacji docelowej. Program realizowany jest od roku 2000, początkowo badania realizowano wyłącznie w systemie imiennych zaproszeń (do roku 2012), w chwili obecnej interwencje są dwutorowe (system bez zaproszeń oraz z zaproszeniami). Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego w systemie z zaproszeniami obejmują populację docelową osób w wieku 55–64 lat, niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego<sup>37,38</sup>. W przypadku systemu bez zaproszeń działania skierowane są do osób bez wykonanej w ciągu ostatnich 10 lat kolonoskopii w wywiadzie, bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego oraz spełniających co najmniej jeden z poniższych warunków kwalifikacji<sup>39</sup>:

- wiek 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- wiek 40–49 lat, z dodatnim wywiadem rodzinnym (posiadanie krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego),
- wiek 25–49 lat, z dodatnim wywiadem rodzinnym (dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością występujący w rodzinie).

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020<sup>40</sup> nie zawiera w swoich celach i działaniach bezpośrednich odniesień do chorób nowotworowych układu pokarmowego,

<sup>36</sup>Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” [poz. 1165].

<sup>37</sup>Ibidem.

<sup>38</sup>Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie... op. cit.

<sup>39</sup>Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op.cit.

<sup>40</sup>Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).

jednakże jego cele operacyjne nawiązują do wymienionych już w niniejszym dokumencie czynników ryzyka tych schorzeń, w tym m.in. do<sup>41</sup>: otyłości (cel operacyjny 1), palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu (cel operacyjny 2), czy wieku (cel operacyjny 5).

Zadania w zakresie profilaktyki wtórnej nowotworu jelita grubego finansowane były przez Starostwo Powiatowe w Legionowie w latach 2002-2010 oraz 2016-2017. Populację docelową stanowili mężczyźni i kobiety w wieku powyżej 50 r.ż. W roku 2016 i 2017 wykonano 349 badania kału na krew utajoną oraz 171 kolonoskopii, z czego 63 podejrzewano o nowotwór w wyniku których w 19 przypadkach stwierdzono podejrzenie nowotworu. W latach 2018-2022 wykonano 1 133 kolonoskopie, spośród których wykryto 412 nieprawidłowości w 48 przypadkach podejrzewano nowotwór<sup>42</sup>. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy, posiadających pozytywną opinię AOTMiT, można wymienić „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego w latach 2017-2018”, realizowany przez powiat płocki<sup>43</sup>.

#### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Choroba nowotworowa w sposób istotny wpływa na obniżenie jakości życia pacjenta, a także pogorszenie stanu jego zdrowia, w tym obniżenie sprawności fizycznej i w konsekwencji ograniczenie w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w Programie pozwolą na wczesne wykrycie zmian w obrębie jelita grubego, co w konsekwencji przełoży się na zmniejszenie ryzyka rozwoju nowotworu w przypadku wykrycia polipów gruczolakowatych (zmian przedrakowych) lub zwiększy efektywność leczenia w przypadku wykrycia nowotworu we wczesnym stadium zaawansowania.

Na niedostateczne działania w zakresie profilaktyki nowotworów jelita grubego w skali kraju wskazuje w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli (NIK). NIK zwraca uwagę przede wszystkim na niewielki odsetek osób objętych badaniami przesiewowymi w celu wykrycia raka jelita grubego, pomimo niezaprzeczalnych danych o wysokiej efektywności tego typu działań<sup>44</sup>. W powiecie legionowskim żaden z podmiotów leczniczych nie został wybrany na realizatora Ogólnopolskiego Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego<sup>45</sup>, co w konsekwencji przekłada się na ograniczoną dla mieszkańców powiatu dostępność do

---

<sup>41</sup>Ibidem.

<sup>42</sup>Dane własne Starostwa Powiatowego w Legionowie.

<sup>43</sup>Informacje AOTMiT [aotm.gov.pl; dostęp: 12.06.2018r.].

<sup>44</sup>Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, KZD.430.007.2016

<sup>45</sup>Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie... op. cit.

świadczeń finansowanych w tym programie przez Ministerstwo Zdrowia. W związku z powyższym, w odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego oraz obserwowaną sytuację zdrowotną, Starostwo Powiatowe w Legionowie planuje wdrożenie „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego w latach 2023-2027”.

Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>46</sup>:
  - *Priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:*
    - b) nowotworów złośliwych;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020<sup>47</sup>:
  - *Cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;*
- Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024<sup>48</sup>: *Cel główny: Dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce oraz:*
  - *Priorytet 2: Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów,*
  - *Priorytet 5: Edukacja onkologiczna;*
- Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa mazowieckiego<sup>49</sup>:
  - *Priorytet 1: Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,*
  - *Priorytet 10: długofalowa profilaktyka poprzez wdrożenie programów polityki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych;*

---

<sup>46</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

<sup>47</sup>Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

<sup>48</sup>Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op.cit.

<sup>49</sup>„Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego”, Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie.



- Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025<sup>50</sup>:
  - *Cel strategiczny 4: Rozwój edukacji, profilaktyki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa publicznego wśród dzieci i dorosłych korzystających z systemu pomocy społecznej;*
- Strategią Rozwoju Powiat Legionowskiego na lata 2016-2025<sup>51</sup>:
  - *Cel operacyjny: Budowanie kapitału społecznego, cel 3.1. Poprawa i dostosowanie ochrony zdrowia i profilaktyki do trendów demograficzno-epidemiologicznych (Główne działania/programy to: współpraca międzysamorządowa w zakresie planowania i realizacji programów profilaktycznych; zabezpieczenie wysokiej jakości usług medycznych na terenie powiatu; poprawa dostępności do informacji dot. służby zdrowia).*

---

<sup>50</sup>Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Legionowskiego na lata 2016-2025, Legionowo 2015 [legionowo.pcpr.pl; dostęp: 10.06.2018r.]

<sup>51</sup>Strategia Rozwoju Powiat Legionowskiego na lata 2016-2025 [bip.powiat-legionowski.pl; dostęp: 10.06.2018r.]

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny:**

Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania polipów gruczolakowatych oraz nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego z populacji docelowej poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji co najmniej 1 200 mężczyzn i kobiet w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego lub w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym, w okresie od 2023 do 2027 roku.

### **2. Cele szczegółowe:**

- 1) Zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstawania oraz wczesnych objawów, u co najmniej 30% osób uczestniczących w konsultacjach lekarskich, poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2023-2027.
- 2) Wzrost o co najmniej 1 200 liczby osób w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego oraz w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym, którym udzielono świadczeń w Programie w postaci badań przesiewowych w latach 2023-2027.
- 3) Zwiększenie wykrywalności zmian w obrębie jelita grubego, w tym szczególnie polipów gruczolakowatych oraz wczesnego stadium raka jelita grubego, w populacji docelowej poprzez zapewnienie realizacji co najmniej 200 badań przesiewowych rocznie w ramach Programu w okresie 2023-2027.

### **3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:**

- 1) Liczba wykrytych polipów gruczolakowatych jelita grubego,
- 2) Liczba wykrytych i potwierdzonych histopatologicznie nowotworów jelita grubego,
- 3) Stopnie zaawansowania histopatologicznego nowotworu w momencie wykrycia,
- 4) Liczba osób z podejrzeniem nowotworu skierowanych na dalszą diagnostykę i/lub leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika,
- 5) Liczba osób, wśród których nie zweryfikowano podejrzeń zmian nowotworowych,
- 6) Liczba osób wykluczonych z udziału w programie z powodu niespełnienia kryteriów kwalifikacji,
- 7) Liczba osób, wśród których podjęto działania edukacyjne

- 8) Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych w związku z realizowaną w trakcie konsultacji lekarskiej edukacją zdrowotną,
- 9) Wartość współczynnika zapadalności i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego w powiecie legionowskim w perspektywie wieloletniej.

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

#### **1. Populacja docelowa**

Program będzie skierowany do mieszkańców powiatu legionowskiego bez objawów potencjalnie mogących wskazywać na nowotwór jelita grubego, u których w ciągu ostatnich 10 lat nie wykonywano badania kolonoskopowego. Najliczniejszą grupę będą stanowiły osoby w wieku 50-75 lat. Wśród mieszkańców z młodszych grup wiekowych w Programie udział będą mogły wziąć osoby w wieku 25-49 lat pochodzące z rodziny HNPCC (występujący w rodzinie zespół Lyncha tj. dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością) lub FAP (rodzinna polipowatość gruczolakowata), posiadające potwierdzenie tego faktu z poradni genetycznej, a także osoby w wieku 40-49 lat posiadające w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) chorującego na raka jelita grubego.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego<sup>52</sup> powiat legionowski zamieszkuje ok. 115,3 osób, w tym ok. 32 tys. osób w wieku 50-75 lat, ok. 18,4 tys. osób w wieku 40-49 lat oraz ok. 44,6 tys. osób w wieku 25-49 lat. W związku z ograniczonym dostępem do szczegółowych danych epidemiologicznych niemożliwym jest oszacowanie populacji osób w wieku 25-49 lat z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku HNPCC, FAP lub raka jelita grubego u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia. Aby nie pomijać tych osób podczas próby oszacowania całej populacji docelowej w Programie uznano, iż stanowić będzie ona ok. 33 tys. osób (w tym 32 tys. osób w wieku 50-75 lat oraz ok. 1 tys. osób z młodszych grup wiekowych ze wskazanym wyżej obciążeniem rodzinnym).

Średnia zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, zgodnie z danymi za rok 2017 pochodzącymi z Programu Ogólnopolskiego, wynosi 12,9%<sup>53</sup>. W związku z powyższym populację docelową zainteresowaną wzięciem udziału w Programie zaplanowanym do realizacji przez Starostwo Powiatowe w Legionowie oszacowano na poziomie ok. 4 250 osób. Badania przesiewowe w programie (etap II) w latach 2023-2027 obejmą swoim zasięgiem 1 200 uczestników, a więc ok. 28,2% populacji docelowej. Oszacowania populacji docelowej dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych powiatu legionowskiego, możliwości organizacyjnych podmiotów wykonujących badania

<sup>52</sup>Bank danych lokalnych, stan na 31.12.2017 [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 12.06.2018r.].

<sup>53</sup>Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie... op. cit.

kolonoskopowe na terenie powiatu, a także doświadczenia z realizacji badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w latach poprzednich.

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

### 1) Etap I - Konsultacja lekarska realizowana przez lekarza specjalistę:

#### a. Kryteria włączenia:

- wiek:
  - 25-49 lat - w przypadku osób pochodzących z rodziny HNPCC lub FAP, zgodnie z potwierdzeniem z poradni genetycznej,
  - 40-49 lat - w przypadku osób, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
  - 50-75 lat – w przypadku nie wymienionych wyżej osób,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu legionowskiego,
- pisemna zgoda pacjenta na dobrowolny udział w programie.

#### b. Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu nowotworu jelita grubego w wywiadzie,
- kolonoskopia wykonywana w ciągu ostatnich 10 lat przed zgłoszeniem się do Programu,
- otrzymanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy imiennego zaproszenia do udziału w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego.

### 2) Etap II – Badanie przesiewowe (kolonoskopia diagnostyczna)

#### a. Kryteria włączenia:

- wiek:
  - 25-49 lat - w przypadku osób pochodzących z rodziny HNPCC lub FAP, zgodnie z potwierdzeniem z poradni genetycznej,
  - 40-49 lat - w przypadku osób, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
  - 50-75 lat – w przypadku nie wymienionych wyżej osób,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu legionowskiego,
- kwalifikacja do wykonania kolonoskopii (podczas konsultacji lekarskiej),
- pisemna zgoda pacjenta na wykonanie kolonoskopii.

b. Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu nowotworu jelita grubego w wywiadzie,
- kolonoskopia wykonywana w ciągu ostatnich 10 lat przed zgłoszeniem się do Programu
- otrzymanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy imiennego zaproszenia do udziału w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego,
- występowanie objawów potencjalnie mogących wskazywać na nowotwór jelita grubego, w tym m.in. krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka lub zaparcie o nieznannej przyczynie pojawiające się w ciągu ostatnich kilku miesięcy, chudnięcie lub anemia bez znanej przyczyny (stwierdzone podczas konsultacji lekarskiej),
- przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii, w tym m.in. duży tętniak aorty, niedawno przebyty zawał serca, zator płucny, ciężkie zapalenie płuc, podejrzenie perforacji jelita, niedrożność mechaniczna jelita, ciąża w II lub III trymestrze (stwierdzone podczas kwalifikacji lekarskiej).

**3. Planowane interwencje:**

1) Akcja informacyjno-edukacyjna adresatów programu:

- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne, informatory dla pacjentów, publikacje w mediach) w wybranych podmiotach leczniczych oraz Urzędach Gmin i Miast oraz Starostwie Powiatowym w Legionowie,
- prowadzona przez Realizatorów w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe),
- prowadzona podczas konsultacji lekarskich przed wykonywaniem badań przesiewowych.

2) Etap I - Konsultacja lekarska realizowana przez lekarza specjalistę, obejmująca:

- uzyskanie od pacjenta zgody na udział w Programie,
- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe (w tym badanie per rectum),
- edukację zdrowotną pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego (w tym w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów choroby), a także poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych i leczniczych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na początku wizyty oraz post-testu na zakończenie wizyty, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych),
- kwalifikację do Programu na podstawie kwestionariusza ankiety (załącznik 1),
- przekazanie informacji o sposobie przygotowania się do badania kolonoskopowego,
- przekazanie pacjentowi zakwalifikowanemu do badania preparatu do oczyszczenia jelit wraz z instrukcją przygotowania;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonana konsultacja lekarska kwalifikująca do badania przesiewowego może być zwiększona o 20%, w relacji do liczby osób biorących udział w II etapie Programu, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

3) Etap II - Badanie przesiewowe (kolonoskopia diagnostyczna), obejmujące:

- uzyskanie od pacjenta zgody na wykonanie badania kolonoskopowego,
- wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym, w tym z możliwością pobrania wycinków do oceny histopatologicznej,
- wydanie pacjentowi wyników badania lub poinformowanie o terminie odbioru wyniku,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie odnoszących się do dalszego postępowania, w tym:
  - w przypadku nieprawidłowego wyniku skierowanie pacjenta na dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza programem wraz ze wskazaniem konkretnej placówki medycznej posiadającej umowę z NFZ,
  - w razie konieczności wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
- przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4).

### 3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach ekspertów. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego rekomendowane jako efektywna metoda profilaktyki wtórnej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), a także następujące towarzystwa naukowe:

- Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTO),
- Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTOK),
- American College of Gastroenterology (ACG),
- New Zealand Guidelines Group.

Analiza wytycznych wskazuje, że za najlepszą obecnie metodę wykrywania nowotworu jelita grubego uznaje się kolonoskopię, jako formę skriningu jedностopniowego. Wśród zalet tej metody wymienia się m.in. możliwość wykrycia zarówno raków, jak i gruczolakoraków, a także możliwość wykonywania badania w przedziale czasowym co 10 lat, a w niektórych przypadkach nawet raz w życiu. Wśród alternatywnych metod diagnostycznych znajdują się m.in. badanie kału na krew utajoną metodą immunologiczną (wykonywane co 2 lata) oraz sigmoidoskopia (wykonywana co 5 lat), jednakże badania te mogą być wykonywane w ramach skriningu dwustopniowego, w którym drugi etap stanowi zawsze wykonanie kolonoskopii. Badanie proktologiczne (per rectum) nie należy do badań przesiewowych, jednakże może być przydatne przy ocenie występowania wskazań lub potencjalnych przeciwwskazań do wykonania badania kolonoskopowego<sup>54</sup>.

Większość rekomendacji zaleca wykonywanie kolonoskopii po 50 r.ż. w populacji bezobjawowej, natomiast Amerykańskie Towarzystwo Gastroenterologii jako górną granicę do wykonania rutynowego badania przesiewowego wskazuje na 75 lat, co ma niewątpliwie związek z wyższym ryzykiem wystąpienia powikłań u osób starszych. Za rozpoczęciem badań przesiewowych wieku 50 lat przemawia natomiast relatywnie niewielkie ryzyko rozwoju istotnej klinicznie dysplazji w wieku młodszym<sup>55</sup>. Wybór populacji docelowej w niniejszym programie oparto na wskazanych wyżej rekomendacjach, a także doborze populacji docelowej w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego.

W roku 2014 przy współpracy gremium ekspertów (m.in. Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Unia Onkologii)

---

<sup>54</sup>Biała Księga - Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich, Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces, Raport powstały pod patronatem PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa 2011.

<sup>55</sup>Hongha T. Vu, MD, Carol A. Burke, MD, Postęp w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, *Advances in Colorectal Cancer Screening Current Gastroenterology Reports* 2009; 11: 406-412.



opracowany został dokument pn. „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024”<sup>56</sup>. Cel 18 tego dokumentu odnosi się do zwiększania skuteczności badań przesiewowych w kierunku jelita grubego. Drogą to osiągnięcia tego celu jest edukacja osób z populacji docelowej w zakresie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz skuteczności badań przesiewowych, zwiększenie udziału osób uczestniczących w programie przesiewowej kolonoskopii, a także poprawa wskaźników jakości przesiewowej kolonoskopii. Kilka lat wcześniej, w roku 2011, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego opracowano tzw. „Zieloną Księgę” tj. dokument pn. „Druga Księga – Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce”<sup>57</sup>. Do zwiększania skuteczności profilaktyki wtórnej raka jelita grubego odnosi się cel szczegółowy 2 tego opracowania. Także ten dokument odnosi się do konieczności prowadzenia skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka jelita grubego, monitorowania zgłaszalności i dokonywania oceny czynników determinujących zgłaszalność na badania przesiewowe, wypracowania skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych oraz skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych. Zaplanowane w ramach niniejszego programu interwencje wpisują się w cele i działania obu wymienionych wyżej dokumentów strategicznych.

Efektywność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego potwierdzona została w licznych badaniach naukowych. Rozwój tego nowotworu rozpoczyna się zazwyczaj bezobjawowo, a leczenie w przypadku wczesnego wykrycia pozwala na osiągnięcie dobrych rezultatów, co stanowi główne przesłanki uzasadniające konieczność wykonywania badań skriningowych. Postawiona odpowiednio wcześnie diagnoza zwiększa szansę na wyzdrowienie pacjentów oraz pozwala na zmniejszenie obciążenia finansowego systemu ochrony zdrowia. Również NIK w swoim raporcie podkreśla konieczność zwiększania efektywności systemu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce, w tym głównie w związku z obserwowaną wysoką skutecznością tego typu działań. Analiza danych NFZ, dotyczących pacjentów z rozpoznaniem w latach 2010-2012 rakiem jelita grubego wykazała, że na koniec 2015 r. żyło 76,9% pacjentów, u których rozpoznano raka jelita grubego podczas badań przesiewowych i jedynie 47,1% pacjentów, u których rozpoznanie nastąpiło w innym trybie<sup>58</sup>.

<sup>56</sup>Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024, 10.06.2014r. [pto.med.pl; dostęp: 12.06.2018r.].

<sup>57</sup>Druga Księga - Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce, Strategia działania dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa-Kraków 2011.

<sup>58</sup>Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia... op. cit.

#### **4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej**

Konsultacje lekarskie oraz badania przesiewowe w programie będą realizowane co najmniej raz w tygodniu w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. O kwalifikacji do programu będzie decydować brak przeciwwskazań do udziału w programie stwierdzony podczas konsultacji lekarskiej oraz uzyskanie zgody uczestnika na udział w programie, w tym wykonanie badań przesiewowych (kolonoskopii diagnostycznej). W ramach akcji informacyjnej mieszkańcom z populacji docelowej przekazane zostaną dane teleadresowe realizatora programu. Konsultacje lekarskie oraz badania przesiewowe w ramach programu będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora.

#### **5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania**

W przypadku braku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie stanu zdrowia na podstawie przeprowadzonej konsultacji lekarskiej z badaniem proktologicznym oraz badania przesiewowego uczestnik programu odbiera wynik badania i kończy udział w programie.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie stanu zdrowia na podstawie przeprowadzonej konsultacji lekarskiej z badaniem proktologicznym oraz badania przesiewowego uczestnik programu:

- odbiera wynik badania kolonoskopowego,
- otrzymuje od lekarza specjalisty zalecenia co do dalszego postępowania,
- wg wskazań indywidualnych otrzymuje skierowanie na dalszą diagnostykę i/lub leczenie w ramach NFZ wraz ze wskazaniem adresu najbliższych podmiotów realizujących tego typu świadczenia,
- kończy udział w programie.

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie uczestnika. W przypadku takiej decyzji, po konsultacji lekarskiej, a przed wykonaniem badania przesiewowego, uczestnik zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji z zalecanej interwencji profilaktycznej.

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2018);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Mazowieckiego (III kwartał 2018);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Powiatu w Legionowie (I kwartał 2023);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2023/2024/2025/2026/2027);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2023/2024/2025/2026/2027);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I kwartał 2023/2024/2025/2026/2027):
  - akcja informacyjno-edukacyjna,
  - konsultacje lekarskie z badaniami proktologicznymi kwalifikujące do badań przesiewowych,
  - badania przesiewowe (kolonoskopie diagnostyczne),
  - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2027):
  - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
  - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do uczestników programu,
  - ocena efektywności prowadzonych działań na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2028).

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

Koordynatorem programu będzie Starostwo Powiatowe w Legionowie. Realizatorem w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2022 poz. 633];
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2016 poz. 357] – załącznik nr 2, część II Badania endoskopowe, warunki realizacji świadczeń: fiberozonoskopia oraz kolonoskopia z biopsją;
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym lekarzy specjalistów w dziedzinie gastroenterologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, posiadających udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot realizujący badania przesiewowe w Programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), 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 [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2018 poz. 1000].

## V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

### 1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań Realizatora w określonych przez Koordynatora okresach sprawozdawczych (załącznik 3):

- ocena liczby osób z populacji docelowej, które zgłosiły się do Realizatora i odbyły konsultację lekarską,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, u których wykonano badanie przesiewowe (kolonoskopię diagnostyczną),
- ocena liczby uczestników, których w związku z wynikiem badania przesiewowego skierowano do dalszej diagnostyki poza programem,
- ocena liczby osób niezakwalifikowanych do programu w związku z brakiem konieczności wykonania badań przesiewowych;

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- całoroczna analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta skierowanej do uczestników programu (załącznik 4);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do koordynatora programu.

### 2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona w oparciu o dane dotyczące:

- liczby wykrytych polipów gruczolakowatych jelita grubego,
- liczby wykrytych i potwierdzonych histopatologicznie nowotworów jelita grubego,
- stopni zaawansowania histopatologicznego nowotworów w momencie ich wykrycia,
- liczby osób, wśród których nie zweryfikowano podejrzeń zmian nowotworowych,
- liczby osób wykluczonych z udziału w programie z powodu niespełnienia kryteriów kwalifikacji,
- liczby osób, wśród których podjęto działania edukacyjne
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych w związku z realizowaną w trakcie konsultacji lekarskiej edukacją zdrowotną,

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego  
w latach 2023-2027

- wartości współczynnika zapadalności i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego w powiecie legionowskim w perspektywie wieloletniej,
- ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej w oparciu o dane epidemiologiczne dotyczące wskaźników zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego.

## V. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

- 70zł – koszt konsultacji lekarskiej wraz z badaniem proktologicznym oraz kwalifikacją do badania przesiewowego w etapie II
- 600zł - koszt badania przesiewowego (kolonoskopia diagnostyczna w znieczuleniu ogólnym z możliwością pobrania wycinków do badania histopatologicznego)
- 5000zł – akcja informacyjno-edukacyjna

### 2. Koszty całkowite

Tab. III. Koszty całkowite w podziale na podgrupy docelowe

Lp.	Rok realizacji PPZ	2023	2024	2025	2026	2027
1	Szacunkowa liczba konsultacji lekarskich z badaniem proktologicznym (etap I)	240	240	240	240	240
2	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie I (70zł x poz. 1)	16 800	16 800	16 800	16 800	16 800
3	Szacunkowa liczba badań przesiewowych - kolonoskopii diagnostycznych (etap II)	200	200	200	200	200
4	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie II (600zł x poz. 3)	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
5	Koszt cząstkowy akcji informacyjno-edukacyjnej	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
6	Koszt monitoringu i ewaluacji	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
7	<b>Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 4 + poz. 5 + poz. 6)</b>	<b>142 800</b>	<b>142 800</b>	<b>142 800</b>	<b>142 800</b>	<b>142 800</b>

Tab. IV. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna* oraz monitoring i ewaluacja	Konsultacje lekarskie	Badania przesiewowe	<b>Koszt całkowity</b>
2023	6 000	16 800	120 000	<b>142 800</b>
2024	6 000	16 800	120 000	<b>142 800</b>
2025	6 000	16 800	120 000	<b>142 800</b>
2026	6 000	16 800	120 000	<b>142 800</b>
2027	6 000	16 800	120 000	<b>142 800</b>

\* opracowanie i druk plakatów/ulotek oraz informatorów dla pacjentów, publikacja ogłoszeń w mediach

### **3. Źródło finansowania**

Program w założeniu finansowany ze środków własnych powiatu legionowskiego. Powiat będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].



## Załączniki

### Załącznik 1

#### Kwestionariusz ankiety kwalifikujący do uczestnictwa w „Programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego w latach 2023-2027” (wzór)

Płeć (K/M)		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego     ..... / ..... / ..... (dzień/miesiąc/rok)
Wiek		
Imię		
Nazwisko		
Nr badania		

Oświadczam, że:

- w ciągu ostatnich 10 lat nie wykonywano u mnie badania kolonoskopowego
- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie otrzymałam/em zaproszenia imiennego do udziału Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego
- nie zdiagnozowano u mnie nigdy nowotworu jelita grubego

Data ..... Podpis pacjenta .....

I. Wywiad rodzinny	TAK	NIE
HNPCC lub FAP		
Nowotwór jelita grubego u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci)		

Uwaga: Osoby w wieku 25-39 lat kwalifikują się do udziału w programie, jeżeli na pierwsze pytanie odpowiedziały TAK, natomiast osoby w wieku 40-49 lat – jeżeli na co najmniej jedno z ww. pytań odpowiedziały TAK

II. Objawy potencjalnie pozwalające na podejrzenie nowotworu jelita grubego	TAK	NIE
Obecność krwi w stolcu (nie dotyczy objawów choroby hemoroidalnej)		
Biegunka lub zaparcie o nieznanym przyczynie (w ciągu ostatnich kilku miesięcy)		
Spadek masy ciała lub anemia bez znanej przyczyny		

Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na wszystkie ww. pytania odpowiedziały NIE

III. Przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii	TAK	NIE
Duży tętniak aorty		
Niedawno przebyty zawał serca (w ciągu ostatnich 3 miesięcy)		
Zator płucny		
Ciężkie zapalenie płuc		
Podejrzenie perforacji jelita lub niedrożność mechaniczna jelita		
Ciąża w II lub III trymestrze		
Inne .....		

Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na wszystkie ww. pytania odpowiedziały NIE

Kwalifikacja do uczestnictwa w badaniu przesiewowym	Pieczęć placówki	Pieczęć i podpis lekarza
TAK/NIE*		

\* niewłaściwe skreślić

Załącznik 2

**Karta uczestnika badań przesiewowych w „Programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego w latach 2023-2027” (wzór)**

Część A

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		..... / ..... / .....
Nr PESEL *		(dzień/miesiąc/rok)

II. Zgoda na wykonanie badania przesiewowego w kierunku RJG (kolonoskopia diagnostyczna zgodnie ze zleceniem lekarskim)

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu pozytywnego testu i korzyściach oraz konsekwencjach wykrycia polipów gruczolakowatych lub nowotworu jelita grubego. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego.**

.....  
(data i podpis pacjenta)

Część B

Potwierdzenie wykonania kolonoskopii diagnostycznej

Data wykonania kolonoskopii	Wynik badania (prawidłowy/nieprawidłowy)	Wynik biopsji (jeżeli dotyczy)	Podpis lekarza

Skierowanie do dalszej diagnostyki/leczenia	Podpis pacjenta
TAK/NIE**	

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

\*\* niewłaściwe skreślić

Załącznik 3

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego w latach 2023-2027” (wzór)**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestników przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od ..... do .....	Adresat: Starostwo Powiatowe w Legionowie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Etap I

Liczba wizyt lekarskich w Programie	Liczba wykonanych badań per rectum	Liczba kwalifikacji do badań przesiewowych	Liczba osób, u których uzyskano wzrost wiedzy w związku z edukacją zdrowotną (na podstawie pre-testu post-testu)

I. Etap II

Liczba wykonanych kolonoskopii	Liczba wyników nieprawidłowych	Liczba pacjentów z wykrytymi polipami gruczolakowatymi	Liczba pacjentów z podejrzeniem nowotworu

Liczba pobranych wycinków do badania histopatologicznego	Liczba potwierdzonych histopatologicznie nowotworów	Liczba stwierdzonych nowotworów w poszczególnych stopniach zaawansowania	Liczba osób skierowanych na dalszą diagnostykę/leczenie

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego w latach 2023-2027” (wzór)**

I. Ocena sposobu umówienia terminu konsultacji lekarskiej i badania przesiewowego

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyty lekarskiej i przeprowadzania badania przesiewowego

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--