Projekt

UCHWAŁA NR XLVIII/1356/22
RADY MIASTA KROSNA

z dnia 30 czerwca 2022 r.

w sprawie uchwalenia Programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krosna na lata 2022 – 2023

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559 z późn. zm.), w związku z art. 92 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2022 r., poz. 528 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

uchwala się, co następuje:

§ 1. Uchwala się Programy polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krosna na lata 2022 – 2023 w brzmieniu załączników nr 1 - 2 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Krosna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XLVIII/1356/22
Rady Miasta Krosna
z dnia 30 czerwca 2022 r.

Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Krosna na lata 2022-2023

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

Krosno, 2022

1) **Nazwa programu**:

Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Krosna na lata 2022-2023

2) **Okres realizacji programu**: 2022-2023

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

4) **Kontynuacja/trwałość programu**:

Miasto Krosno realizowało „Program profilaktyki chorób nowotworowych – profilaktyki raka piersi" dedykowany mieszkankom Krosna w roku 2012.

5) **Dane kontaktowe**:

Urząd Miasta Krosna
38-400 Krosno
ul. Lwowska 28a
tel. 13 43 675 43
fax 13 43 628 65
um@um.krosno.pl

6) **Data opracowania programu**: marzec 2022

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 4
1. Opis problemu zdrowotnego: 4
2. Dane epidemiologiczne: 6
3. Opis obecnego postępowania 7
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: 10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 12
1. Cel główny: 12
2. Cele szczegółowe: 12
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 13
1. Populacja docelowa 13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 13
3. Planowane interwencje: 15
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej 19
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów: 21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 23
1. Monitorowanie 23
2. Ewaluacja 23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 24
Załączniki 27

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

1. Opis problemu zdrowotnego:

W ostatnich latach natężenie chorób nowotworowych znacznie się zwiększyło, w związku z czym stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym. Wśród chorób nowotworowych o lokalizacjach kobiecych wymienia się nowotwory piersi, szyjki i trzonu macicy, jajnika, pochwy oraz sromu.

Najczęściej diagnozowanym jest rak piersi, definiowany jako niekontrolowany i niepohamowany rozwój nieprawidłowych komórek gruczołu piersiowego. U zdecydowanej większości chorych rozwój raka wynika ze sporadycznych mutacji w komórkach somatycznych. Wśród czynników ryzyka wymienia się: wiek (ok. 80% zachorowań występuje po 50 r.ż.), wczesny czas pokwitania (przed 12 r.ż.) oraz późną menopauzę (>54 r.ż.), stosowanie hormonalnej antykoncepcji lub długotrwałej hormonalnej terapii zastępczej menopauzy, występowanie niezłośliwych zmian w piersiach, późne rodzenie pierwszego dziecka (>30 r.ż.), dodatni wywiad rodzinny, a także czynniki związane ze stylem życia (niska aktywność fizyczna, nadwaga, spożywanie alkoholu)[1]. Rak piersi w długim okresie może przebiegać bezobjawowo, a jeśli już pojawia się jego pierwszy objaw – jest to zwykle guzek lub zgrubienie w obrębie piersi. Ponadto objawem raka mogą być zmiany na skórze takie jak: pogrubienie skóry, zaczerwienienie, owrzodzenie, wciągnięcie brodawki, wyciek z brodawki sutkowej lub dolegliwości bólowe.

Każdy z wymienionych objawów wymaga zgłoszenia się do lekarza i rozpoczęcia diagnostyki. Pierwszy krok to zwykle badanie palpacyjne piersi i węzłów chłonnych pachy i nadobojcza. W dalszym postępowaniu wykonuje się zazwyczaj mammografię (podstawowe badanie obrazowe w tym przypadku) oraz ultrasonografię, uznawaną za badanie uzupełniające oraz wartościowe dopełnienie mammografii, wskazane szczególnie w przypadku piersi o dużej gęstości, typowych dla młodych kobiet. Badanie piersi w szczególnych sytuacjach klinicznych można wykonać również za pomocą rezonansu magnetycznego. Niezbędnym elementem diagnostyki raka piersi jest rozpoznanie mikroskopowe. Pobranie materiału do badania powinno odbywać się drogą biopsji gruboigłowej, najlepiej wykonanej pod kontrolą mammografii lub ultrasonografii. W przypadku raków przedinwazyjnych podstawowym sposobem leczenia jest chirurgiczne

[1] Kozłowski J., Wilkołaska E., Rak piersi to nie wyrok, Materiały edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin 2012.

usunięcie guza z marginesem zdrowych tkanek w połączeniu z uzupełniającą radioterapią. Pacjentki z rakiem naciekowym I lub II stopnia poddawane są zwykle leczeniu chirurgicznemu (usunięcie guza pierwotnego), leczeniu pachowych węzłów chłonnych oraz pooperacyjnej radioterapii. W przypadku raka naciekowego III stopnia dodatkowo stosowana jest hormonoterapia oraz chemioterapia. Terapia o charakterze paliatywnym podejmowana jest w odniesieniu do pacjentek z rozsianym, nieuleczalnym rakiem piersi (stopień IV)[2]. Wśród metod zapobiegania rakowi piersi najpowszechniej stosowane są te właściwe dla profilaktyki II stopnia, a więc służące wczesnemu wykryciu choroby, w tym cykliczne kontrolne badania ginekologiczno-położnicze u kobiet po 20 r.ż. (badanie przedmiotowe i podmiotowe sutków, nauczanie kobiet samodzielnego, palpacyjnego badania piersi) oraz mammograficzne badania przesiewowe w populacji kobiet >45r.ż[3]. W ramach profilaktyki I stopnia można podejmować działania służące zwiększaniu wiedzy kobiet o czynnikach ryzyka raka piersi, w tym szczególnie modyfikowalnych, celem ich ograniczania lub eliminowania w tej populacji.

Edukacja zdrowotna to podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach życia społecznego[4]. Edukacja pacjentki onkologicznej powinna być prowadzona w trakcie udzielania większości świadczeń na rynku usług zdrowotnych. W odniesieniu do aspektów zdrowia kobiet za głównego realizatora edukacji zdrowotnej uznaje się położną oraz lekarza ginekologa, w przypadku kobiecych chorób nowotworowych także lekarza onkologa[5]. Procedury związane z wczesnym wykrywaniem nowotworów kobiecych spełniają podstawowe kryteria badań przesiewowych, również w aspekcie ich finansowej zasadności. Koszty ponoszone w związku z chorobami nowotworowymi kobiet mają wielopłaszczyznowy charakter, dotyczą osobistej jakości życia pacjentki, sfery rodziny, pracy, wreszcie kosztów całego systemu opieki zdrowotnej. W tym kontekście rola edukacji zdrowotnej i profilaktyki z opisanego zakresu jest niekwestionowana.

---

[2]Winczura P., 2, Senkus-Konefka E., Jassem J., Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi, Nowotwory Journal of Oncology 2013, volume 63, number 1, 58–65

[3]Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym Gin Prakt 2005; 84, 3: 14-15.

[4]Słońska Z., Edukacja zdrowotna i inne działania na rzecz zdrowia, W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, wyd. IGNIS, Warszawa 1999.

[5]Sobczyk K., Woźniak-Holecka J., Szałabska D.: Rola położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej w realizacji edukacji zdrowotnej kobiet. III Międzynarodowa Konferencja Naukowa Bezpieczeństwo Zdrowotne, Giżycko 13-15.04.2016

2. Dane epidemiologiczne:

Nowotwory są drugą główną przyczyną zgonów – na świecie prawie 1 na 6 zgonów spowodowany był rakiem. Wśród pięciu najważniejszych czynników ryzyka nowotworów wskazuje się: wysoką wartość wskaźnika BMI, niskie spożycie owoców i warzyw, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu. Ponadto wśród istotnych czynników ryzyka znajdują się zakażenia wirusami HCV i HPV, odpowiadające na 25% przypadków raka w krajach o niskim i średnim PKB[6].

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i około 14% zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mieszkanek krajów wysoko cywilizowanych, takich jak USA, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej. Najmniej zachorowań na raka piersi notuje się w południowej Azji i Afryce[7].

Nowotwory są także drugą przyczyną zgonów w Polsce powodując w 2019 roku 25,7% zgonów mężczyzn i 23,2% zgonów kobiet. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad wrosła ponad dwukrotnie, osiągając wskaźnik 171,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory i 100,3 tys. zgonów z ich powodu. Dominujące wśród kobiet nowotwory piersi charakteryzowały się w ciągu minionego półwiecza stale rosnącą zachorowalnością. Trendy umieralności na raka piersi zmieniały się kilkukrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost umieralności został zahamowany w połowie lat 90 ubiegłego wieku, a w latach 1996–2010 notowano spadek umieralności. W okresie 2010–2019 nastąpiła niekorzystna zmiana trendu. U kobiet w 2019 roku najczęściej rejestrowane były nowotwory złośliwe: piersi – 22,9%, płuca – 9,9%, trzonu macicy – 7,0%, okrężnicy – 5,9%, jajnika – 4,3%, tarczycy – 4,1% i szyjki macicy – 2,8%[8].

Według danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych zapadalność rejestrowana dla rozpoznań raka piersi w roku 2016 wyniosła 24,1 tys. przypadków w Polsce, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 62,8. Z kolei w województwie podkarpackim zapadalność wyniosła 0,9 tys. Liczbę chorych na raka piersi w Polsce oszacowano na 243,8 tys. a w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców - 0,2 tys.

[6]Dane WHO, Cancer factsheets, www.who.int (dostęp: 05.03.2022).
[7] Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Caetano dos Santos F., Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf (dostęp 05.03.2022).
[8] Ibidem.

Liczba chorych w województwie podkarpackim w wartościach bezwzględnych wyniosła 9,5 tys. a w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców 111,9 tys. Rak piersi był w 2018 r. odpowiedzialny za 18,65% hospitalizacji wśród kobiet z województwa podkarpackiego[9].

Nowotwory piersi najbardziej zagrażały zdrowiu mieszkanek powiatów: m. Krosno, gdzie wartość wskaźnika była wyższa od wartości dla Polski. Najniższe wartości współczynnika odnotowywane były w powiecie lubaczowskim i powiecie kolbuszowskim. Szacuje się, że prognozowana 5-letnia chorobowość onkologiczna w województwie podkarpackim wzrośnie w latach 2016-2029 o 6 tys. przypadków (oznacza to wzrost o 27%)[10].

3. Opis obecnego postępowania

Pacjentki dotknięte problemem nowotworu piersi mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz stacjonarnego, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowanie są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz chorzy ze stwierdzeniem nowotworu od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby[11]. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu oraz chirurgii onkologicznej[12]. 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)[13]. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej[14].

W związku z faktem, iż nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiej populacji, stwarzającym problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa, od roku

[9] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa podkarpackiego, https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/mpz_onkologia_podkarpackie.pdf (dostęp 06.03.2022).
[10] Ibidem.
[11] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135]
[12] Ibidem.
[13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].

2006 realizowany jest Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN). Celem głównym obecnej edycji (2014-2023) 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. Według planu finansowego nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach NPZChN wyniosą rocznie max. 250 000 tys. zł. Program obejmuje następujące priorytety[15]:

- Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów (działania informacyjne, promocyjne i edukacyjne ze szczególnym uwzględnieniem wczesnego wykrywania nowotworów piersi, płuca, jelita grubego i szyjki macicy);
- Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów (zwiększanie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania nowotworów, w tym prowadzenie profilaktyki wtórnej oraz wdrażanie procedur zapewnienia jakości diagnostyki nowotworów);
- Wsparcie procesu leczenia nowotworów (podejmowanie kierunków interwencji mających na celu zwiększenie dostępności do metod leczenia nowotworów oraz dążenie do opracowania i wdrożenia procedur zapewnienia jakości w ich terapii);
- Edukacja onkologiczna (rozwój i upowszechnianie nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym przedstawicieli zawodów medycznych);
- Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów (podjęcie działań mających na celu poprawę działania systemu zbierania i gromadzenia danych o nowotworach).

Na bazie omówionego wyżej NPZChN w ramach środków publicznych finansowane są badania przesiewowe w kierunku raka piersi oraz raka szyjki macicy. Z badania mammograficznego w ramach programu profilaktyki raka piersi mogą korzystać pacjentki w wieku 50-69 lat, które nie wykonały tego typu diagnostyki w ciągu ostatnich 2 lat. W przypadku kobiet z grupy ryzyka badanie wykonuje się corocznie[16].

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca samobadanie piersi jako jedną z kluczowych metod profilaktyki raka piersi. Badanie palpacyjne piersi powinno mieć miejsce w 2-3 dniu po zakończeniu miesiączki u kobiet w wieku ≥20 lat. W razie stwierdzenia niepokojących objawów kobieta powinna niezwłocznie zgłosić je lekarzowi ginekologowi.

[15]Uchwała NR 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2023 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" Warszawa, dnia 1 grudnia 2015 r. (poz. 1165).

[16] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 188].

PTD rekomenduje również, iż należy uczyć pacjentki prawidłowej techniki badania, a także poinformować o spodziewanych korzyściach, jak i ograniczeniach tej metody. Wynika to z faktu, że badanie to rzadko jest wykonywane poprawnie - tylko 2-3% kobiet wykonuje je prawidłowo w okresie roku po przejściu instruktażu[17].

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca ponadto wykonywanie badania piersi w czasie okresowych badań lekarskich co 36 miesięcy, u kobiet w wieku <40 lat i co 12 miesięcy w wieku ≥ 40 lat. Począwszy od 40. roku życia badanie piersi należy łączyć z badaniem mammograficznym. Badanie przedmiotowe piersi powinno być uzupełnione o zebranie informacji dotyczących zachorowań na raka piersi w rodzinie. Najlepszą metodę przesiewową zmniejszającą w skali populacyjnej umieralność z powodu raka piersi stanowi mammografia. Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym powinno się ją wykonywać co 2 lata w przedziale od 45. do 50. roku życia i co rok po osiągnięciu 50. roku życia[18]. Wykonanie pierwszej mammografii od 40. roku życia zaleca również American Cancer Society[19].

W roku 2014 przy współpracy gremium ekspertów (m.in. Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz Polskiej Unii Onkologii) opracowany został dokument pn. „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2023”[20]. Cel 17 tego dokumentu odnosi się do zwiększania skuteczności badań przesiewowych w kierunku raka piersi, poprzez poprawę zgłaszalności do przesiewowych badań mammograficznych i jakości tych badań przy pomocy doskonalenia kontroli jakości mammografii.

Z kolei 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”[21]. Do zwiększania skuteczności profilaktyki wtórnej raka piersi odnosi się cel szczegółowy 2 „Strategii zwalczania raka piersi”, który jako narzędzia osiągnięcia wyznaczonego celu zakłada: prowadzenie skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka piersi, monitorowanie zgłaszalności i dokonywanie oceny czynników determinujących zgłaszalność na badanie przesiewowe oraz

[17]Spaczyński M. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym. Gin Prakt. 2005; 84 (3): 14-15.
[18]Ibidem.
[19] American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms: http://www.cancer.org/ (dostęp z 05.03.2022).
[20] Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2023, 10.06.2014r., pto.med.pl (dostęp 05.03.2022).
[21] Druga Księga - Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce, Strategie działania dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa-Kraków 2011.

wypracowanie skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w skryningu, utrzymanie wysokiej jakości badań profilaktyki wtórnej, a także wdrożenie mechanizmu skutecznego prowadzenia osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem stanu wymagającego interwencji. Zaplanowane w ramach niniejszego programu interwencje wpisują się w cele i działania obu wymienionych wyżej dokumentów strategicznych.

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy, posiadających pozytywną opinię AOTMiT, można wymienić m.in. PPZ pn.

- „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki chorób piersi i gruczołu sutkowego"
- „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Gminy Kalisz Pomorski na lata 2021-2025"

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Oczekuje się, że edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki raka piersi przyczyni się do poprawy zgłaszalności pacjentek na badania przesiewowe. Program zakłada również edukację pacjentek w zakresie czynników ryzyka raka piersi oraz zwiększania motywacji pacjentek do samobadania piersi i zgłaszania się na badania przesiewowe, co powinno przyczynić się do podniesienia poziomu świadomości zdrowotnej populacji kobiet objętych działaniami programu, a w konsekwencji doprowadzić do poprawy ich stanu zdrowia w perspektywie długofalowej.

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

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[22] – *priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: (...) b) nowotworów złośliwych.*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025[23], *cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne.*
- Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2023:

[22]Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
[23]Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz. U. 2021 r. poz. 642].

- *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;*
- *Priorytet 2: Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów,*
- *Priorytet 3: Wsparcie procesu leczenia nowotworów, a zwłaszcza cel szczegółowy w ramach priorytetu;*
- *Priorytet 5: Edukacja onkologiczna.*

- Priorytetami Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026[24]:
  - *Obszar działań: Czynniki ryzyka i profilaktyka: Zwiększenie świadomości w zakresie konieczności uczestniczenia w badaniach profilaktycznych;*
  - *Obszar działań: Ambulatoryjna opieka specjalistyczna: Rozszerzenia świadczeń KON-Pierś na pozostałe ośrodki onkologiczne.*

[24] Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia pierwszego Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026, http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/U78/2021/365/4777.pdf (dostęp 05.03.2022).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Głównym celem programu jest poprawa o 1,5%[25] (do poziomu charakterystycznego dla Polski) zgłaszalności na badania profilaktyczne w kierunku raka piersi mieszkanek Krosna w wieku 40-49 lat oraz 70-74.

2. Cele szczegółowe:

1) Zwiększenie o 30% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka piersi, w tym czynników ryzyka jego powstawania oraz wczesnych objawów, w populacji docelowej kobiet (min. 50 osób rocznie) poprzez działania edukacyjne.
2) Wzrost umiejętności w zakresie wczesnego wykrywania zmian w obrębie piersi u kobiet z populacji docelowej w wieku 40-49 lat potwierdzonych testem praktycznym (próg zdawalności testu to 60%), poprzez naukę samobadania piersi realizowaną w formie instruktażu.
3) Zwiększenie o 10% wykrywalności zmian w obrębie piersi poprzez zapewnienie realizacji badań MRTG rocznie u kobiet w grupie wiekowej 40-49 lat oraz 70-74 w ramach Programu[26].
4) Objęcie dalszą opieką i skierowane na indywidualną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną poza programem osób (ok. 5%), u których w badaniu mammograficznym wykryto nieprawidłowości.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1) porównanie liczby pacjentek zgłaszających się na badania mammograficzne trzy lata przed programem i w ramach programu na podstawie danych uzyskanych od realizatora (wd. wzrost 1,5%);

---

[25] Zgodnie z danymi NFZ o realizacji programów wg stanu na 1 czerwca 2022 r. na terenie gminy miejskiej Krosno (TERC 1861011) programem profilaktyki raka piersi NFZ objętych zostało 33,79% osób, zaś wartość dla Polski była wyższa i wyniosła 35,33%.

[26] Wg danych pozyskanych w ramach realizowanego we Wrocławiu od 1995 r. „Programu edukacyjno-diagnostycznego wczesnego wykrywania raka piersi – Samobadanie piersi", wykrywalność raka piersi w latach 2007-2010 wzrosła o 10% w grupach kobiet w wieku poniżej 50 r.ż. i powyżej 70 r.ż. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f15H59VxVdIJ:https://bip.um.wroc.pl/attachments/download/93713+& (dostęp 15.06.2022).

2) odsetek liczby wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy pacjentek z zakresu profilaktyki raka piersi (wd. wzrost o 30%),
3) zaliczenie testu umiejętności praktycznych w zakresie samobadania piersi przeprowadzonego przez położną na zakończenie instruktażu wraz z odnotowaniem wyniku w karcie udziału pacjentki w programie (min. 60% prawidłowych odpowiedzi);
4) odsetek wyników nieprawidłowych mammografii (ok. 10%);
5) odsetek osób (ok. 5%) z wykrytymi dzięki badaniu mammograficznym nieprawidłowościami, które objęto dalszą opieką i skierowano na indywidualną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną poza programem.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do kobiet w wieku 40-49 lat (3 500 osób) oraz 70-74 (ok. 2000 osób) zamieszkałych na terenie Miasta Krosna. Populację docelową zainteresowaną wzięciem udziału w Programie oszacowano na poziomie ok. 200 kobiet w roku 2022 i 200 kobiet w roku 2023. Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych jednostki samorządu terytorialnego oraz na podstawie danych dotyczących zgłaszalności kobiet do ogólnopolskich programów profilaktycznych[27, 28]. Miasto Krosno nie wyklucza kontynuacji programu w latach kolejnych.

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

2.1. Edukacja zdrowotna

2.1.1. Kryteria włączenia:

- wiek 40-49 lat oraz 70-74 lat w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna;

[27] Raport NIK „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych" (Kzd-4101-03/2013).
[28] na podstawie danych Centralnego Ośrodka Koordynującego za rok 2015

- wyrażenie pisemnej zgody na interwencje zawarte w programie.

2.1.2. Kryteria wyłączenia:

- brak

2.2. Instruktaż samobadania piersi

2.2.1. Kryteria włączenia

- wiek 40-49 lat w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna;
- wyrażenie pisemnej zgody na interwencje zawarte w programie.

2.2.2. Kryteria wyłączenia:

- brak

2.3. Kwalifikacja do badań przesiewowych

2.3.1. Kryteria włączenia

- wiek 40-49 lat oraz 70-74 lat w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna;
- wyrażenie pisemnej zgody na interwencje zawarte w programie;
- uzyskanie minimum jednej odpowiedzi „Tak" w ankiecie kwalifikującej do programu (załącznik 2).

2.3.2. Kryteria wyłączenia:

- wykonywanie badania mammografii w okresie 12 m-cy poprzedzających udział w programie[29],
- pozostawanie pod opieką poradni ginekologicznej lub/i onkologicznej w związku ze zmianami w obrębie piersi.

2.4. Badanie mammograficzne

2.4.1. Kryteria włączenia:

- wiek 40-49 lat oraz 70-74 lat w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna;
- wyrażenie pisemnej zgody na badanie mammograficzne.

2.4.2. Kryteria wyłączenia:

- wykonywanie badania mammografii w okresie 12 m-cy poprzedzających udział w programie,

[29] Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

- pozostawanie pod opieką poradni ginekologicznej lub/i onkologicznej w związku ze zmianami w obrębie piersi.

2.5. Kontrolna wizyta lekarska:

2.5.1. Kryteria włączenia:

- wiek 40-49 lat oraz 70-74 lat w danym roku trwania programu;
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna;
- otrzymanie nieprawidłowego wyniku mammografii;

2.5.2. Kryteria wyłączenia:

- brak.

3. Planowane interwencje:

1) Etap I – Akcja informacyjno-promocyjna

- Edukacja zdrowotna adresatów programu, zaplanowana i prowadzona przez doświadczonego lekarza ginekologa, lub/i położną lub pielęgniarkę. Edukacja zdrowotna mieszkanek Miasta Krosna dotyczyć będzie całej populacji docelowej i obejmie 45-minutowe wykłady o tematyce profilaktyki nowotworu piersi. Tematyka wykładów będzie dotyczyć m.in. czynników ryzyka, etiologii, epidemiologii, objawów, diagnostyki, metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej nowotworu piersi, motywowania do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi oraz wczesne rozpoznawanie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej. W trakcie zajęć edukacyjnych poruszone zostaną również aspekty dotyczące korzyści, ale i zagrożeń związanych z realizacją badania palpacyjnego piersi. Uczestniczki posiądą wiedzę na temat skuteczności i bezpieczeństwa wszystkich metod diagnostycznych na poszczególnych etapach postępowania profilaktycznego w odniesieniu do raka piersi.

  W ramach zajęć edukacyjnych prowadzący powinien poruszyć następujące aspekty:

  - zakres edukacji w profilaktyce raka piersi,
  - znaczenie wczesnego wykrywania zmian w gruczole piersiowym,
  - motywowanie pacjentek do wykonywania samobadania piersi oraz badań przesiewowych,
  - konieczność korzystania z poradnictwa genetycznego u kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym.
- Akcja edukacyjna będzie realizowana poprzez przeprowadzenie min. 2 wykładów rocznie, odbywających się w wynajętych salach dostępnych w ramach infrastruktury

miasta, tj. urzędy, szkoły, centra kultury itp., posadowionych na terenie Krosna lub w siedzibie podmiotu realizującego program. Ponadto w ramach akcji edukacyjnej zostaną wydrukowane i rozkolportowane ulotki i plakaty. W przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej w pandemią COVID-19, dopuszcza się formę realizacji wykładów online.

- Akcja informacyjna realizowana za pomocą:
  - metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w wybranych podmiotach leczniczych oraz Urzędzie Miasta Krosna;
  - 1 – 2 akcji promocyjnych rocznie w czasie trwania programu;

  prowadzona przez realizatorów w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, zainteresowanymi zakładami pracy na terenie Krosna oraz z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto w grupie kobiet 40-49 lat podjęte zostaną działania informacyjno-promocyjne dotyczących możliwości skorzystania z bezpłatnych badań mammograficznych w ramach „Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi".

2) Etap II – Instruktaż samobadania piersi - Instruktaż samobadania piersi w odniesieniu do kobiet w wieku 40-49 lat – prowadzony indywidualnie lub w małych grupach[30] przez pielęgniarkę lub położną POZ, przy użyciu fantomów (fantomy zapewnia realizator programu), zakończony testem umiejętności. Pacjentki będą mogły umawiać się na instruktaż telefonicznie lub osobiście w wyłonionych w drodze konkursu placówkach realizujących program. W trakcie rejestracji należy przekazać pacjentkom niezbędne informacje dotyczące właściwego przygotowania do badania, bowiem samobadanie piersi należy wykonywać raz w miesiącu (optymalnie w te same dni każdego miesiąca), najlepiej tydzień po miesiączce, gdy piersi nie są obolałe lub obrzmiałe, samobadanie powinno być przeprowadzane dokładnie, bez pośpiechu i powinno obejmować oglądanie piersi w lustrze oraz badanie dotykowe, zarówno w pozycji stojącej, jak i leżącej[31].

3) Etap III - Kwalifikacja do badania przesiewowego MRTG, obejmująca ankietę przeprowadzoną przez pielęgniarkę/położną celem przydzielenia uczestniczek do IV etapu tj. mammografii (załącznik 2). Na tym etapie bezwzględnie należy przedstawić pacjentce

[30] W zależności od sytuacji epidemiologicznej.

[31] http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/Samobadanie-piersi-jak-samodzielnie-badac-piersi_38119.html (dostęp 05.03.2022).

informację na temat potencjalnego ryzyka i korzyści wykonania badań przesiewowych w kierunku raka piersi.

4) Etap IV - Badanie przesiewowe (MRTG):

- uzyskanie od pacjenta zgody na udział w Programie,
- przekazanie informacji o sposobie przygotowania się do badania MRTG,
- przekazanie uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4);
- sporządzenie przez lekarza krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjentki i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu.

5) Etap V – Kontrolna wizyta lekarska:

W przypadku otrzymania nieprawidłowego wyniku badania MRTG pacjentka będzie kierowana na wizytę lekarską, na której zostanie:

- omówione dalsze postępowanie,
- w razie konieczności wydanie skierowania do poradni ginekologicznej lub/i onkologicznej, w którym uczestniczki będą mogły podjąć dalszą diagnostykę szczegółową oraz leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika;
- wskazanie najbliższego miejscu zamieszkania pacjentki podmiotu mającego umowę z NFZ na świadczenia z zakresu ginekologii/onkologii.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów piersi. Podobne wytyczne można znaleźć w zaleceniach innych organizacji i towarzystw naukowych, takich jak:

- American Cancer Society;
- American Institute of Cancer Research;
- Amerykańskie Towarzystwo Radiologiczne (ACR);
- International Agency for Research on Cancer *(*IARC*);*
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO);
- International Society of Gynecological Pathologists (ISGYP);
- Amerykańskie Towarzystwo Patologów (CAP, College of American Pathologists);
- Polskie Towarzystwo Onkologiczne;
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej;
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.

Jednym z podstawowych elementów strategii mających na celu zwalczanie nowotworów, np. Narodowego Programu Zdrowia, Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, czy Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych jest poprawa stanu edukacji, zarówno lekarzy jak i całego społeczeństwa, w dziedzinie profilaktyki i wczesnego rozpoznawania tych schorzeń. Poziom wiedzy onkologicznej w Polsce jest niewystarczający, szczególnie w zakresie czynników ryzyka, profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób, a wzrost świadomości zdrowotnej mógłby przynieść wymierne korzyści w obrębie poprawy wskaźników zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób nowotworowych.

Strategia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych zwraca uwagę na konieczność szkolenia lekarzy POZ, onkologów i lekarzy innych specjalności w zakresie wytycznych dotyczących prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, promowania uczestnictwa w badaniach skriningowych, zmniejszania działania czynników ryzyka, większej skuteczności zwalczania i wykrywania nowotworów[32]. Należy też pamiętać o mobilizującej roli lekarzy (zwłaszcza POZ) w zwiększaniu wskaźników zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca samobadanie piersi jako jedną z kluczowych metod profilaktyki raka piersi. Badanie palpacyjne piersi powinno mieć miejsce w 2-3 dniu po zakończeniu miesiączki u kobiet w wieku ≥20 lat. W razie stwierdzenia niepokojących objawów kobieta powinna niezwłocznie zgłosić je lekarzowi ginekologowi. PTD rekomenduje również, iż należy uczyć pacjentki prawidłowej techniki badania, a także poinformować o spodziewanych korzyściach, jak i ograniczeniach tej metody. Badanie to rzadko jest wykonywane poprawnie - tylko 2-3% kobiet wykonuje je prawidłowo i zaledwie w okresie roku po przejściu instruktażu[33]. Należy mieć ponadto na uwadze, że samobadanie piersi nie stanowi testu przesiewowego, można je traktować jedynie jako uzupełnienie działań profilaktycznych, co należy uwzględnić w trakcie zajęć edukacyjnych dla kobiet biorących udział w programie. Odpowiednio przeprowadzona edukacja, powinna omawiać zarówno korzyści jak i zagrożenia wynikające z realizacji badania palpacyjnego piersi oraz wskazywać na skuteczność i bezpieczeństwo wszystkich metod diagnostycznych na poszczególnych etapach postępowania[34].

---

[32] Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2023, https://pto.med.pl/content/.../file/Strategia_Walki_z_Rakiem_w_Polsce_final_draft.pdf (dostęp 05.03.2022)
[33] Spaczyński M. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym. Gin Prakt. 2005; 84 (3): 14-15.
[34] http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2018/OP-0018-2018.pdf (dostęp 05.03.2022)

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca wykonywanie badania piersi w czasie okresowych badań lekarskich co 36 miesięcy u kobiet w wieku <40 lat i co 12 miesięcy w wieku ≥ 40 lat. Począwszy od 40. roku życia badanie piersi należy łączyć z badaniem mammograficznym. Badanie przedmiotowe piersi powinno być uzupełnione o zebranie informacji dotyczących zachorowań na raka piersi w rodzinie. Najlepszą metodę przesiewową zmniejszającą w skali populacyjnej umieralność z powodu raka piersi stanowi mammografia. Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym, powinno się ją wykonywać co 2 lata w przedziale od 45. do 50. roku życia i co rok po osiągnięciu 50. roku życia[35]. Wykonanie pierwszej mammografii od 40. roku życia zaleca również American Cancer Society [36].

Procedury związane z wczesnym wykrywaniem nowotworu piersi spełniają podstawowe kryteria badań przesiewowych, również w aspekcie ich finansowej zasadności. Koszty ponoszone w związku z rakiem piersi mają wielopłaszczyznowy charakter, dotyczą osobistej jakości życia pacjentki, sfery rodziny, pracy, wreszcie kosztów ponoszonych przez cały system opieki zdrowotnej. W tym kontekście rola edukacji zdrowotnej i profilaktyki z opisanego zakresu jest niekwestionowana.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

W ramach akcji promocyjnej programu zostaną przekazane informacje dotyczące przychodni realizujących program (adresy, terminy, nr tel. kontaktowych), terminów i miejsca wykładów w zakresie profilaktyki raka piersi, kwalifikacji do badań mammograficznych oraz instruktażu samobadania piersi. Zaplanowane w ramach programu szkolenia w zakresie samobadania piersi będą realizowane łącznie z kwalifikacją do badań przesiewowych, indywidualnie przez pielęgniarkę lub położną. O kwalifikacji do programu będzie decydować uzyskanie zgody uczestnika na udział w programie. Terminy kwalifikacji oraz badań przesiewowych w ramach programu będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora. Wzór zaświadczenia o udziale w programie (kartę zgody uczestnika programu) określono w załączniku 1.

[35] Ibidem

[36] American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms: http://www.cancer.org/ (dostęp 05.03.2022)

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

W przypadku braku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie stanu zdrowia na podstawie badania mammograficznego uczestniczka programu odbiera wynik badania i kończy udział w programie.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie stanu zdrowia na podstawie badania przesiewowego uczestniczka:

- jest kierowana na wizytę lekarską, gdzie otrzymuje od lekarza specjalisty zalecenia na piśmie 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,
- w razie konieczności otrzymuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego,
- 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 konsekwencjach 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 (I kwartał 2022 – II kwartał 2022);
2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II-III kwartał 2022);
3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Krosna (III-IV kwartał 2022);
4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających kryteria wskazane w dalszej części projektu do III kwartału 2022/2023;
5) podpisanie umowy na realizację programu do III kwartału 2022/2023;
6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2022/2023):

- akcja informacyjna (plakaty, ulotki, informatory, media, portale społecznościowe itp.);
- edukacja w zakresie profilaktyki nowotworu piersi;
- instruktaż samobadania piersi;
- badania MRTG piersi;
- analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;

7) ewaluacja (IV kwartał 2023):

- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów;
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2024).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Krosna. W programie realizatorem 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 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 295 z późn zm.];
- zapewnienie wykonywania interwencji medycznych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarza ginekologa-położnika lub lekarza radiologa, położną lub pielęgniarkę;
- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie przez lekarza ginekologa-położnika lub lekarza radiologa, położną lub pielęgniarkę w przypadku kobiet w wieku 40-49 lat;
- dostęp do mammografu (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz. U. 2016, poz. 357];
- posiadanie fantomów do przeprowadzenia instruktażu samobadania piersi;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmioty realizujące badania przesiewowe w Programie będą zobowiązane 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 realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Programie są zobowiązane 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. 2017 poz. 1318 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1845 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

- analiza liczby osób, które uczestniczyły w wykładach edukacji zdrowotnej (na podstawie list obecności, a w sytuacji prowadzenia wykładów online na podstawie logowania na platformę edukacyjną);
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w instruktażu samobadania piersi (na podstawie list obecności);
- analiza liczby osób zakwalifikowanych do badania MRTG (na podstawie liczby zgód na badanie);
- analiza liczby osób z nieprawidłowym wynikiem badania MRTG, zgłaszających się na kontrolną wizytę lekarską;
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- Coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 4);
- Analiza przyczyn rezygnacji z programu;
- Przekazywanie pisemnych uwag do realizatora programu;

2. Ewaluacja - ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- Liczba osób, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu profilaktyki raka piersi;
- Liczba osób, które uzyskały nieprawidłowe wyniki badania MRTG;
- Liczba osób, które uzyskały zaliczenie testu umiejętności praktycznych w zakresie samobadania piersi przeprowadzony przez pielęgniarkę/położną na zakończenie instruktażu i odnotowany w karcie udziału pacjentki w programie;
- Porównanie liczby pacjentek zgłaszających się na badanie mammograficzne trzy lata przed programem i w ramach programu.
- Identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe (w złotych):

- **2 500 zł** – koszt akcji informacyjno-edukacyjnej/rok
- **10 zł** – koszt ankiety kwalifikującej do badania MRTG
- **40 zł** – koszt uczestnictwa w instruktażu samobadania piersi
- **100 zł** – koszt badania mammografii
- **100 zł** – koszt kontrolnej wizyty lekarskiej
- **1 000** - koszt ewaluacji i monitoringu

2. Planowane koszty całkowite (w złotych):

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w złotych) z wyłączeniem kosztu zakupu fantomów.

Lp.	Grupa docelowa	Mieszkanki Miasta Krosna	
1	Rok realizacji	2022	2023
2	Liczba kobiet uczestniczących w ankiecie kwalifikującej	220	220
3	Koszt cząstkowy za udział w ankiecie kwalifikującej (10zł x poz. 2)	2 200	2 200
4	Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej	2 500	2 500
5	Koszt cząstkowy za instruktaż samobadania piersi (40zł x 100 kobiet w wieku 40-49 lat)	4 000	4 000
6	Liczba kobiet skierowana na MRTG*	200	200
7	Koszt cząstkowy za badanie MRTG(100zł x poz.6)	20 000	20 000
8	Liczba kobiet z nieprawidłowym wynikiem MRTG	10	10
9	Koszt cząstkowy za kontrolną wizytę lekarską (100zł x poz.8)	1 000	1 000
10	Koszt ewaluacji i monitoringu	1 000	1 000
11	Koszt całkowity (poz. 3+poz.4+poz.5+poz. 7+poz. 9+poz. 10)	**30 700**	**30 700**

*90% kobiet biorących udział w procedurze kwalifikacyjnej[37]

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

Rok realizacji	Akcja informacyjno -edukacyjna*	Koszt monitoringu i ewaluacji	Ankieta kwalifikująca	Instruktaż samobadania piersi	Badania MRTG	Kontrolna wizyta lekarska	Koszt całkowity
2022	2 500	1 000	2 200	4 000	20 000	1000	**30 700**
2023	2 500	1 000	2 200	4 000	20 000	1000	**30 700**
Razem	**5 000**	**2 000**	**4 400**	**8 000**	**40 000**	**2 000**	**61 400**

***** koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej oraz akcji informacyjnej

[37] Dziedziczny rak piersi stanowi około 5-10% wszystkich nowotworów tej lokalizacji, Niwińska A. Clinical aspects of genetic predisposition to breast cancer-clinical oncologist's point of view. Nowotwory 2002; 4: 317-323

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Urzędu Miasta Krosna. Miasto będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Podkarpacki 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. 2021 poz. 1285 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia:

1. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms: http://www.cancer.org/ (dostęp z 05.03.2022).
2. Dane WHO, Cancer factsheets, www.who.int (dostęp: 05.03.2022).
3. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Caetano dos Santos F., Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf (dostęp 05.03.2022).
4. Druga Księga - Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce, Strategie działania dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa-Kraków 2011.
5. http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2018/OP-0018-2018.pdf (dostęp 05.03.2022)
6. http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/Samobadanie-piersi-jak-samodzielnie-badac-piersi_38119.html (dostęp 05.03.2022).
7. https://pto.med.pl/content/.../file/Strategia_Walki_z_Rakiem_w_Polsce_final_draft.pdf (dostęp 05.03.2022)
8. Kozłowski J., Wilkołaska E., Rak piersi to nie wyrok, Materiały edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin 2012.
9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa podkarpackiego, https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/mpz_onkologia_podkarpackie.pdf (dostęp 06.03.2022).
10. Niwińska A. Clinical aspects of genetic predisposition to breast cancer-clinical oncologist's point of view. Nowotwory 2002; 4: 317-323
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 188].
12. Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia pierwszego Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026, http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/U78/2021/365/4777.pdf (dostęp 05.03.2022).
13. Raport NIK „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych" (Kzd-4101-03/2013).
14. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym Gin Prakt 2005; 84, 3: 14-15.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz. U. 2021 r. poz. 642].
19. Słońska Z., Edukacja zdrowotna i inne działania na rzecz zdrowia, W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, wyd. IGNIS, Warszawa 1999.
20. Sobczyk K., Woźniak-Holecka J., Szałabska D.: Rola położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej w realizacji edukacji zdrowotnej kobiet. III Międzynarodowa Konferencja Naukowa Bezpieczeństwo Zdrowotne, Giżycko 13-15.04.2016
21. Spaczyński M. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym. Gin Prakt. 2005; 84 (3): 14-15.
22. Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2023, 10.06.2014r., pto.med.pl (dostęp 05.03.2022).
23. Uchwała NR 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2023 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" Warszawa, dnia 1 grudnia 2015 r. (poz. 1165).
24. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135]
25. Winczura P., 2, Senkus-Konefka E., Jassem J., Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi, Nowotwory Journal of Oncology 2013, volume 63, number 1, 58–65

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Miasta Krosna na lata 2022-2023” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Miejsce zamieszkania
Imię		…….
Nr PESEL*		…….

II. Zgoda na badanie MRTG

Zostałam poinformowana o znaczeniu profilaktyki raka piersi oraz zasadach przeprowadzenia badania. Oświadczam, że zapoznałam się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na mammografię.**

…….....
(data i podpis pacjentki)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez …… moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu w celu i zakresie niezbędnym do uczestnictwa w „Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Miasta Krosna na lata 2021-2025”.
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:
1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest …….;
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu monitorowania i ewaluacji Programu;
3. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Realizator Programu;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów wprowadzonych Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, o ile prawo to nie zostało ograniczone na podstawie odrębnych przepisów;
6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w Programie. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w Programie.

…….....
(data i podpis pacjentki)

III. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Podpis

Załącznik 2

Kwestionariusz ankiety kwalifikujący do badania MRTG w programie pn. „Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Miasta Krosna na lata 2022-2023” (wzór)

		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego
Wiek		…… / …… / …… *(dzień/miesiąc/rok)*
Imię		
Nazwisko		
Nr badania		

Oświadczam, że:

- w ciągu ostatnich 12 m-cy nie wykonywano u mnie mammografii
- nie zdiagnozowano u mnie nigdy nowotworu piersi

Data ..... **Podpis pacjentki** .....

I. Czynniki ryzyka	TAK	NIE
Nowotwór piersi u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (babka, matka, rodzeństwo, dzieci)		
Obciążenia genetyczne (mutacje genu BRCA1 i BRCA2)		
Stosowanie długotrwałej hormonalnej terapii zastępczej lub antykoncepcji		
Pojawienie się miesiączki we wczesnym wieku (poniżej 12 r.ż.) lub rozpoczęcie menopauzy w późniejszym okresie życia (powyżej 50 r.ż.)		

II. Objawy potencjalnie pozwalające na podejrzenie nowotworu piersi	TAK	NIE
Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach (np. wciągnięcie skóry lub brodawki, zmiana wielkości lub kształtu piersi, zmiany skórne wokół brodawki, wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty), zaczerwienienie i zgrubienie skóry („skórka pomarańczowa”)?		
Czy występują u Pani bóle piersi niewiadomego pochodzenia?		
Czy wystąpiło u Pani powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym w okresie ostatnich 6 miesięcy?		

Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na przynajmniej jedno pytanie w części I lub II odpowiedziały TAK

III. Przeciwwskazania do wykonania mammografii	TAK	NIE
Ciąża		
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
TAK/NIE*		

* niewłaściwe skreślić

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Miasta Krosna na lata 2022-2023” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu za okres sprawozdawczy od ……..…….. do ……	Adresat: Urząd Miasta Krosna
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów)	Liczba uczestniczek wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej	Liczba badań MRTG	Liczba instruktaży samobadania piersi	Liczba wykrytych nieprawidłowości	Liczba rezygnacji z programu

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

(miejscowość) *(data)*

…….....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Miasta Krosna na lata 2022-2023” (wzór)

I. Ocena rejestracji

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

II. Ocena wizyty lekarskiej

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

III. Ocena edukacji zdrowotnej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość edukatora?					
przygotowanie merytoryczne edukatora?					
atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

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

V. Ocena instruktażu samobadania piersi

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość edukatora?					
poszanowanie prywatności podczas instruktażu?					
przygotowanie merytoryczne edukatora?					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr .....
Rady Miasta Krosna
z dnia 30 czerwca 2022 r.

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na lata 2022-2023

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

Krosno, 2022

1. **Nazwa programu**:
   Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w latach 2022-2023

2. **Okres realizacji programu**: 2022-2023

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

4. **Kontynuacja/trwałość programu**:

   Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

5. **Dane kontaktowe**:
   Urząd Miasta Krosna
   ul. Lwowska 28a
   38-400 Krosno
   Tel: (13) 47 43 220
   e-mail: monika.szymbara@um.krosno.pl

6. **Data opracowania programu**: marzec 2022

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 9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: 11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 13
1. Cel główny: 13
2. Cel szczegółowy: 13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu: 13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 14
1. Populacja docelowa 14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 15
3. Planowane interwencje: 16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania 20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 23
1. Monitorowanie 23
2. Ewaluacja 23
V. Budżet programu polityki zdrowotnej 25
1. Koszty jednostkowe 25
2. Koszty całkowite 25
3. Źródło finansowania 25
Załączniki 26

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[1]. 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 11,1% zachorowań na nowotwory ogółem (w województwie podkarpackim 10,2%) oraz pozostając przyczyną ponad 12,3% zgonów z przyczyn nowotworowych (w województwie podkarpackim 12,5%)[2].

Rak jelita grubego to nowotwór złośliwy występujący w obrębie okrężnicy (C18), zgięcia esiczo-odbytniczego (C19), odbytnicy (C20), a także odbytu i kanału odbytu (C21)[3]. Nowotwory o tej lokalizacji (C18-C21) znajdują się na czwartym miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów złośliwych w Polsce wśród mężczyzn (12,3% ogółu w 2017r.), po nowotworach gruczołu krokowego (C61, 19,7%), nowotworach złośliwych oskrzela i płuca (C34; 16,7%) oraz czerniaku złośliwym i innych złośliwych nowotworach skóry (C43-C44; 10%). W przypadku kobiet zajmują miejsce trzecie (9,9% ogółu), po nowotworach złośliwych sutka (C50; 22,5%) oraz czerniaku złośliwym i innych złośliwych nowotworach skóry (C43-C44; 10,9%). W 2019 roku odnotowano łącznie ponad 18,5 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego (w tym ok. 5,6% w woj. podkarpackim;

[1] Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" [poz. 1165].
[2] Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów [onkologia.org.pl]
[3] 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.

1031 przypadków) oraz ok. 12,4 tys. zgonów z ich powodu (w tym ok. 4,6% w woj. podkarpackim; 569 przypadków)[4].

Rak jelita grubego powstaje zazwyczaj na podłożu polipów gruczolakowatych. Zdecydowaną większość przypadków stanowią nowotwory sporadyczne, czynniki genetyczne dziedziczne mają udział w etiologii jedynie 5-10% przypadków[5]. 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[6]. Istotny czynnik ryzyka rozwoju raka jelita grubego stanowi wiek – ok. 70% zachorowań występuje powyżej 65 roku życia[7]. 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[8]. 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[9]. 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[10].

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[11].

---

[4] Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów… op. cit.
[5] Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy… op.cit.
[6] Nowacki M et al.: Rak jelita grubego. [W:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Krzakowski M. (red.) Warszawa 2009; 423-428.
[7] Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.
[8] WCRF-AICR. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR 2007.
[9] 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.
[10] Łacko A.: Rak jelita grubego, Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 2, 2011, s. 137-145.
[11] Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy… op.cit.

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 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[12]. Radioterapia, obok leczenia chirurgicznego, uwzględniana jest w postępowaniu terapeutycznym u pacjentów z rakiem odbytnicy. Dodatkowo metoda ta stosowana jest również jako forma terapii paliatywnej[13].

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%[14]. 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 podkarpackiego było to odpowiednio 46,6% i 39,3%[15]. 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[16].

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

[12] Ibidem.
[13] 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.
[14] 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
[15] 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.
[16] Zlobec I, Lugli A: Prognostic and predictive factors in colorectal cancer. J Clin Pathol 2008; 61: 561-569.

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 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[17].

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[18]. 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[19], opisanego szerzej w części dot. obecnego postępowania w omawianym problemie zdrowotnym

[17] Siepsiak M., Połom A., Andrych K., Profilaktyka raka jelita grubego, Farmacja Współczesna 2015; 8: 1-5.
[18] Ibidem.
[19] Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie [pbp.org.pl].

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”[20]. 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[21].

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 2017 sięgała już ponad 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[22].

Województwo podkarpackie w 2019 roku zajmowało jedenaste miejsce pod względem liczby zarejestrowanych nowych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (5,4% ogółu przypadków zarejestrowanych w kraju) - odnotowano ponad 9,1tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. Wśród ogółu zarejestrowanych w analizowanym okresie nowotworów złośliwych u mężczyzn najczęstsze były nowotwory złośliwe: gruczołu krokowego (19,5%), płuca (12,5%) oraz jelita grubego (12,2%). U kobiet najczęściej zgłaszano nowotwory złośliwe sutka (19,4%), jelita grubego (10,2%) oraz trzonu macicy (8%). Należ zwrócić uwagę, że w województwie podkarpackim rak jelita grubego w populacji kobiet jest drugim najczęściej występującym w tym okresie nowotworem, podczas gdy w Polsce w tym samym okresie zajmował miejsce trzecie. Województwo podkarpackie znajduje

[20] L. Herszényi, Z. Tulassay. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2010;14: 249-258.
[21] Dane International Agency for Research on Cancer [gco.iarc.fr.; dostęp: 11.12.2020].
[22] 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].

się na 9 miejscu w kraju pod względem wartości standaryzowanego współczynnika zachorowalności mężczyzn na nowotwory złośliwe jelita grubego (72,2/100 tys. ludności). W przypadku kobiet jest to miejsce piąte (42,6/100 tys. ludności)[23].

Nowotwory złośliwe w roku 2019 stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgonów (25,2%) w populacji województwa podkarpackiego, po chorobach układu krążenia. W analizowanym okresie odnotowano 4 447 zgonów z powodu nowotworów złośliwych, a standaryzowany współczynnik umieralności wyniósł 71,42/100 tys. ludności w przypadku kobiet oraz 134,59/100 tys. ludności w przypadku mężczyzn. Najczęstszą przyczyną zgonu wśród mężczyzn były nowotwory płuca (23,2%), jelita grubego (13,3%) oraz gruczołu krokowego (11,5%). W populacji kobiet najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworów złośliwych był nowotwór złośliwy sutka (14,8%), rak płuca (12,4%) oraz jelita grubego (12%). Województwo podkarpackie znajduje się na 13 miejscu w kraju pod względem wartości standaryzowanego współczynnika zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego (48,1/100 tys. ludności), w przypadku kobiet jest to 14 miejsce (20/100 tys. ludności)[24].

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 finansowanie 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[25]. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu oraz chirurgii onkologicznej[26]. 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[27]. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń

[23] Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów… op. cit.
[24] Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów… op. cit.
[25] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [DZ. U. 2021 poz. 1285 z późn zm.].
[26] Ibidem.
[27] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej[28]. 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[29].

Na poziomie krajowym problematyka chorób nowotworowych podjęta została w postaci Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 (NPZChN)[30]. 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[31,32]. 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[33]:

- 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),

[28] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].
[29] 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].
[30] Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" [poz. 1165].
[31] Ibidem.
[32] Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie… op. cit.
[33] Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu… op.cit.

- wiek 25–49 lat, z dodatnim wywiadem rodzinnym (dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością występujący w rodzinie).

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025[34] nie zawiera w swoich celach i działaniach bezpośrednich odniesień do chorób nowotworowych układu pokarmowego, jednakże jego cele operacyjne nawiązują do wymienionych już w niniejszym dokumencie czynników ryzyka tych schorzeń, w tym m.in. do[35]: otyłości (cel operacyjny 1), palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu (cel operacyjny 2), czy wieku (cel operacyjny 5).

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[36]. W mieście Krośnie żaden podmiot nie został wybrany na realizatora Ogólnopolskiego Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego w roku 2022, co w konsekwencji przekłada się na ograniczoną dla mieszkańców miasta dostępność do 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, Urząd Miasta Krosna planuje wdrożenie „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w latach 2022-2023”. Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

[34] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
[35] Ibidem.
[36] Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, KZD.430.007.2016

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[37]:
    - *Priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: b) nowotworów złośliwych;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025[38]:
    - *Cel operacyjny 5*: *Wyzwania demograficzne;*
- Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024[39]: *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;*
- Wojewódzkim planem transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2023 [40]**:**
    - *Obszar działań czynniki ryzyka i profilaktyka: Zwiększanie świadomości w zakresie konieczności uczestnictwa w badaniach profilaktycznych.*

[37] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
[38] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
[39] Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu… op. cit.
[40] Wojewódzki plan transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026 [bip.rzeszow.uw.gov.pl]

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 Miasta Krosna z populacji docelowej poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji co najmniej 192 osób w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego lub w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym, w okresie od 2022 do 2023 roku.

2. Cel szczegółowy:

Zwiększenie wiedzy 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 oraz wypełniających pre-test i post-test, poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2022-2023.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

1) Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych w związku z realizowaną w trakcie konsultacji lekarskiej edukacją zdrowotną
2) Liczba wykrytych polipów gruczolakowatych jelita grubego
3) Liczba wykrytych i potwierdzonych histopatologicznie nowotworów jelita grubego
4) Stopnie zaawansowania histopatologicznego nowotworu w momencie wykrycia

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców Miasta Krosna 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 gruczolakowatą), 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[41] Miasto Krosno zamieszkuje ok. 45,9 tys. osób, w tym ok. 15,1 tys. osób w wieku 50-75 lat, ok. 7 tys. osób w wieku 40-49 lat oraz ok. 16,5 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. 15,5 tys. osób (w tym 15,1 tys. osób w wieku 50-75 lat oraz ok. 0,4 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%[42]. W związku z powyższym populację docelową zainteresowaną wzięciem udziału w Programie zaplanowanym do realizacji przez Urząd Miasta Krosna oszacowano na poziomie ok. 2 tys. osób. Badania przesiewowe w programie (etap II) w latach 2022-2023 obejmą swoim zasięgiem 192 uczestników, a więc ok. 9,6% populacji docelowej. Oszacowania populacji docelowej dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych Miasta Krosna, możliwości organizacyjnych podmiotów wykonujących badania kolonoskopowe na terenie miasta, a także

[41] Bank danych lokalnych, stan na 31.12.2020 [bdl.stat.gov.pl; dostęp].
[42] Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie… op. cit.

doświadczeń 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 Miasta Krosna,
- polskie obywatelstwo,
- 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 Miasta Krosna,
- polskie obywatelstwo,
- 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 nieznanej 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 Urzędzie Miasta Krosna,
- prowadzona przez Realizatora 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 oraz podczas zapisów do programu przez przeszkolone pielęgniarki.

2) Etap I - Konsultacja lekarska realizowana przez lekarza specjalistę przy współudziale pielęgniarki, 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, w tym w razie potrzeby kolonoskopia z biopsją, kolonoskopia z polipektomią), obejmujące:

- uzyskanie od pacjenta zgody na wykonanie badania kolonoskopowego,
- wykonanie kolonoskopii w sedacji lub 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 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 jednostopniowego. 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[43].

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[44]. 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) opracowany został dokument pn. „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024”[45]. 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

[43] Biała Księga - Zwalczanie 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.
[44] 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.
[45] Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024, 10.06.2014r. [pto.med.pl].

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"[46]. 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 rozpoznanym 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[47].

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

[46] Druga Księga - Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce, Strategie działania dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa-Kraków 2011.
[47] Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia… op. cit.

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 (I kwartał 2022r.);

2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Podkarpackiego (II-III kwartał 2022r.);

3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Krosna (III – IV kwartał 2022 r.)

4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-III kwartał 2022/2023);

5) podpisanie umowy na realizację programu (I-III kwartał 2022/2023);

6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2022/2023);

- 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 (I kwartał 2024):

- 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 2024).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Krosna. 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 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 711 z późn zm.];
- 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. 2013 poz. 1522] – załącznik nr 2, część II Badania endoskopowe, warunki realizacji świadczeń: fiberokolonoskopia 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. 2020 poz. 849], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 702], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

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 wykluczonych z udziału w programie z powodu niespełnienia kryteriów kwalifikacji,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, które zgłosiły się do Realizatora i odbyły konsultację lekarską,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, wśród których podjęto działania edukacyjne,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, u których wykonano badanie przesiewowe (kolonoskopię diagnostyczną, w tym kolonoskopię z biopsją i/lub polipektomią),
- ocena liczby osób niezakwalifikowanych do programu w związku z brakiem konieczności wykonania badań przesiewowych,
- ocena liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;

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 – <u>coroczna</u> oraz <u>końcowa</u> prowadzona w oparciu o dane dotyczące:

- liczby osób z podejrzeniem nowotworu skierowanych na dalszą diagnostykę i/lub leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika,
- 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,

- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych w związku z realizowaną w trakcie konsultacji lekarskiej edukacją zdrowotną,
- 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 Miasta Krosna.

V. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

- 100zł – koszt konsultacji lekarskiej wraz z badaniem proktologicznym oraz kwalifikacją do badania przesiewowego w etapie II
- 500zł - koszt badania przesiewowego (kolonoskopia diagnostyczna w sedacji lub znieczuleniu ogólnym z możliwością pobrania wycinków do badania histopatologicznego)
- 2 500zł – akcja informacyjno-edukacyjna
- 1 000 – koszt monitoringu i ewaluacji

2. Koszty całkowite

Tab. III. Koszty całkowite w podziale na podgrupy docelowe

Lp.	Rok realizacji PPZ	2022	2023
1	Szacunkowa liczba konsultacji lekarskich z badaniem proktologicznym (etap I)	108	108
2	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie I (100zł x poz. 1)	10 800	10 800
3	Szacunkowa liczba badań przesiewowych - kolonoskopii diagnostycznych (etap II)	96	96
4	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie II (500zł x poz. 3)	48 000	48 000
5	Koszt cząstkowy akcji informacyjno-edukacyjnej	2 500	2 500
6	Koszt monitoringu i ewaluacji	1 000	1 000
7	**Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 4 + poz. 5 + poz. 6)**	**62 300**	**62 300**

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Krosna. Miasto będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Podkarpacki 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. 2021 poz. 1285 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 Miasta Krosna w latach 2022-2023” (wzór)

Płeć (K/M)		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego
Wiek		…… / …… / …… *(dzień/miesiąc/rok)*
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 nieznanej 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 Miasta Krosna w latach 2022-2023” (wzór)

Część A

I. Dane uczestnika programu

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

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 Miasta Krosna w latach 2022-2023” (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: Urząd Miasta Krosna
		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 .....

(miejscowość) *(data)*

…….....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w latach 2022-2023” (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?					
uzyskanie podstawowych informacji nt. warunków udziału w programie?					
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:

Uzasadnienie

do projektu uchwały w sprawie uchwalenia Programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krosna na lata 2022 – 2023

Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należy do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z art. 7 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn.zm.).

Miasto Krosno realizując zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia, od wielu lat podejmuje działania w celu poprawy zdrowia oraz jakości życia mieszkańców poprzez organizowanie akcji profilaktycznych oraz finansowanie programów polityki zdrowotnej, które uzupełniają zakres świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Działania te są pozytywnie odbierane przez mieszkańców Miasta Krosna.

W związku z powyższym opracowano następujące programy polityki zdrowotnej:

1. Program wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek Krosna na lata 2022-2023;

2. Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na lata 2022-2023.

Programy otrzymały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Środki finansowe w wysokości 93 000,00 zł na realizację w/w programów zostaną zabezpieczone na podstawie uchwały w sprawie wyrażenia zgody na zaciągnięcie zobowiązania podczas sesji Rady Miasta Krosna w dniu 30 czerwca 2022 r.