

Uchwała Nr LXXV/1636/2023

Rady Miasta Rzeszowa

z dnia 28 lutego 2023 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa na lata 2021-2025”.

Na podstawie art. 7 ust.1 pkt. 5 oraz art. 18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40), w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 48 ust. 1 i ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022 r. poz. 2561 z późn.zm.) po zaopiniowaniu projektu programu polityki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji

Rada Miasta Rzeszowa uchwała, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa na lata 2021-2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
2. Program, o którym mowa w ust.1 uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Rzeszowa.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący

Rady Miasta Rzeszowa



Andrzej Dec

Uzasadnienie
do Uchwały Nr LXXV/1636/2023 Rady Miasta Rzeszowa
w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej „Program wczesnego
wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
na lata 2021-2025”

Zgodnie z art.7 ust. 1 pkt 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. podejmowanie działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Istotnym problemem zdrowotnym wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa są nowotwory złośliwe. Rak jelita grubego stanowi drugą co do częstości przyczynę zgonów w grupie nowotworów złośliwych w populacji mieszkańców Rzeszowa.

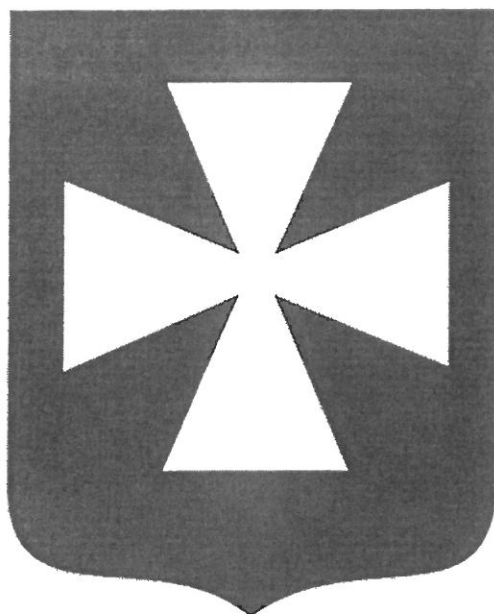
Głównym celem programu polityki zdrowotnej pn: „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa na lata 2021-2025” jest zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania polipów gruczolakowatych oraz nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa w populacji docelowej poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz wykonywanie badań przesiewowych.

Zaplanowane interwencje w ramach programu obejmują: edukację zdrowotną pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, badanie przesiewowe (kolonoskopia diagnostyczna, w tym w razie potrzeby kolonoskopia z biopsją, kolonoskopia z polipektomią).

Istotny jest również fakt, że program ma na celu dotarcie do osób, które z różnych przyczyn nie uczestniczyły dotychczas w programie ogólnopolskim.

Program, uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 25 marca 2021 r. W programie uwzględniono uwagi Agencji.

Załącznik do Uchwały Nr LXXV/1636/2023
Rady Miasta Rzeszowa
z dnia 28 lutego 2023 r.



**Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego
wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
na lata 2021-2025**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn zm.]

Rzeszów, 2020

1. Nazwa programu:

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa w latach 2021-2025

2. Okres realizacji programu: 2021 - 2025

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 Rzeszowa

Wydział Zdrowia

ul. Kopernika 16

35-002 Rzeszów

Tel: (17) 875 46 08

E-mail: vurban@erzeszow.pl

6. Data opracowania programu: grudzień 2020

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	10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
1. Cel główny:	15
2. Cele szczegółowe:	15
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	16
1. Populacja docelowa	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	17
3. Planowane interwencje:	18
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	25
1. Monitorowanie	25
2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	27
1. Koszty jednostkowe	27
2. Koszty całkowite	27
3. Źródło finansowania	27
Załączniki	28

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 powodu¹. 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 2017 roku odnotowano łącznie ponad 18,3 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego (w tym ok. 5% w woj. podkarpackim) oraz ponad 12,2 tys. zgonów z ich powodu (w tym ok. 4,5,8% w woj. podkarpackim)⁴. W mieście

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; dostęp: 11.12.2020r.]

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.

⁴ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op. cit.

Rzeszowie w roku 2017 rak jelita grubego został zdiagnozowany u 102 osób, w tym 55 mężczyzn oraz 47 kobiet⁵.

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% przypadków⁶. 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-Jeghersa⁷. Istotny czynnik ryzyka rozwoju raka jelita grubego stanowi wiek – ok. 70% zachorowań występuje powyżej 65 roku życia⁸. 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 zwierzęcego⁹. 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 męskiej¹⁰. Do chorób w sposób znacząco zwiększający ryzyko zachorowania zalicza się także wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wcześniejsze zachorowanie na raka jelita grubego¹¹.

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 jelita¹².

⁵ Patro A., Kozioł K., Pióro T, Nowotwory złośliwe w województwie podkarpackim w 2017r., Rzeszów 2020.

⁶ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

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

⁸ Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.

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

¹⁰ 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.

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

¹² Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

Postępowanie lecznicze w raku jelita grubego również zależy 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 odbytnicy¹³. Radioterapia, obok leczenia chirurgicznego, uwzględniana jest w postępowaniu terapeutycznym u pacjentów z rakiem odbytnicy. Dodatkowo metoda ta stosowana jest również jako forma terapii paliatywnej¹⁴.

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%¹⁵. 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%¹⁶. 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 pokarmowego¹⁷.

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

¹³ Ibidem.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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 EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773-783

¹⁶ 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.

¹⁷ 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 pomenopauzalnym¹⁸.

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 wcześniej może ustrzec go przed rozwojem choroby¹⁹. 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 Grubego²⁰, opisanego szerzej w części dot. obecnego postępowania w omawianym problemie zdrowotnym

¹⁸ Siępsiak M., Połom A., Andrych K., Profilaktyka raka jelita grubego, *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-5.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie [pbp.org.pl; dostęp: 11.12.2020r.].

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”²¹. 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 zachorowalności²².

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 grubego²³.

Województwo podkarpackie w 2017 roku zajmowało jedenaste miejsce pod względem liczby zarejestrowanych nowych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (5,3% ogółu przypadków zarejestrowanych w kraju) - odnotowano ponad 8,7tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a standaryzowany współczynnik zachorowalności wyniósł 283,27/100 tys. ludności w przypadku kobiet oraz 393,54/100 tys. ludności w przypadku mężczyzn. Wśród ogółu zarejestrowanych w analizowanym okresie nowotworów złośliwych u mężczyzn najczęstsze były nowotwory złośliwe: gruczołu krokowego (20,4%), płuca (14%), skóry (11,5%) oraz jelita grubego (11%). U kobiet najczęściej zgłaszano nowotwory złośliwe sutka (18,3%), skóry (13,8%) oraz jelita grubego (9,3%). Nowotwory jelita grubego w roku 2015

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

²² Dane International Agency for Research on Cancer [gco.iarc.fr.; dostęp: 11.12.2020].

²³ J. Didkowska, U. Wojciechowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie [onkologia.org.pl; dostęp: 11.12.2020].

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
w latach 2021-2025

stanowiły w województwie podkarpackim 10,2% ogółu odnotowanych nowotworów złośliwych (w Polsce było to odpowiednio 11,1%). Najczęściej diagnozowano raka okrężnicy, a standaryzowany współczynnik zachorowalności na ten nowotwór w województwie był niższy niż w przypadku całego kraju (18,62/100 tys. ludności vs. 20,38/100 tys. ludności)²⁴. Szczegóły zaprezentowano za pomocą tabeli I.

Tab. I. Zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce oraz w województwie podkarpackim w roku 2017.

Lokalizacja	Polska			Województwo podkarpackie		
	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany
Ogółem	164 875	100,00%	323,50	8 777	100,00%	205,89
Rak jelita grubego ogółem (C18-C21)	18 309	11,1%	--	899	10,2%	--
Rak okrężnicy (C18)	10 905	6,6%	20,38	531	6%	18,62
Rak zgięcia esiczo-odbytniczego (C19)	1 501	0,9%	2,83	62	0,7%	2,19
Rak odbytnicy (C20)	5 617	3,4%	10,72	295	3,4%	10,66
Rak odbytu i kanału odbytu (C21)	286	0,2%	0,56	11	0,1%	0,35

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

Nowotwory złośliwe w roku 2017 stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgonów (25,6%) w populacji województwa podkarpackiego, po chorobach układu krążenia (43,2%). W analizowanym okresie odnotowano ponad 4,4 tys. zgonów z powodu nowotworów złośliwych, a standaryzowany współczynnik umieralności wyniósł 114,51/100 tys. ludności w przypadku kobiet oraz 210,31/100 tys. ludności w przypadku mężczyzn. Najczęstszą przyczyną zgonu wśród mężczyzn były nowotwory płuca (26,6%), jelita grubego (13,1%) oraz gruczołu krokowego (9,8%). W populacji kobiet najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworów złośliwych był nowotwór złośliwy sutka (13,4%), rak płuca (12,3%), oraz jelita grubego (11,7%). Zgony z powodu nowotworów jelita grubego w roku 2017 stanowiły w województwie podkarpackim 12,5% ogółu zgonów onkologicznych (w Polsce było to odpowiednio 12,3%). Najczęstszą przyczyną zgonu w tej grupie pozostawał rak okrężnicy, a standaryzowany współczynnik umieralności z jego powodu w województwie był niższy od ogólnokrajowego (11,36/100 tys. ludności vs. 13,59/100 tys. ludności)²⁵. Szczegóły zaprezentowano za pomocą tabeli II.

²⁴ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op. cit.

²⁵ Ibidem.

Tab. II. Zgony z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego w Polsce oraz w województwie podkarpackim w roku 2017.

Lokalizacja	Polska			Województwo podkarpackie		
	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany	Liczba	% ogółu	Współczynnik standaryzowany
Ogółem	99 644	100,00%	181,83	4 407	100,00%	153,72
Rak jelita grubego ogółem (C18-C21)	12 270	12,3%	--	552	12,5%	--
Rak okrężnicy (C18)	7 754	7,8%	13,59	338	7,7%	11,36
Rak zgięcia esiczo-odbytniczego (C19)	738	0,7%	1,3	27	0,6%	0,90
Rak odbytnicy (C20)	3 538	3,6%	6,28	170	3,9%	5,82
Rak odbytu i kanału odbytu (C21)	240	0,2%	0,43	17	0,4%	0,55

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

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem nowotworu jelita grubego mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz stacjonarnego, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz ze stwierdzonym nowotworem od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby²⁶. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu oraz chirurgii onkologicznej²⁷. 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 szpitalnych²⁸. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej²⁹. Chorzy na nowotwór jelita grubego mogą być kierowani do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego świadczących usługi w ramach profilu chorób układu

²⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn zm.].

²⁷ Ibidem.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].

trawiennego, po upływie co najmniej 12 miesięcy od zakończenia leczenia operacyjnego, CTH lub RTH³⁰.

Na poziomie krajowym problematyka chorób nowotworowych podjęta została w postaci Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 (NPZChN)³¹. 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^{32,33}. 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 kwalifikacji³⁴:

- 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),

³⁰ 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].

³¹ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” [poz. 1165].

³² Ibidem.

³³ Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie... op. cit.

³⁴ 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 2016-2020³⁵ nie zawierał w swoich celach i działaniach bezpośrednich odniesień do chorób nowotworowych układu pokarmowego, jednakże jego cele operacyjne nawiązywały do wymienionych już w niniejszym dokumencie czynników ryzyka tych schorzeń, w tym m.in. do³⁶: otyłości (cel operacyjny 1), palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu (cel operacyjny 2), czy wieku (cel operacyjny 5). Być może w nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pojawi się cel operacyjny nawiązujący bezpośrednio do profilaktyki nowotworowej.

Zadania w zakresie profilaktyki wtórnej nowotworu jelita grubego finansowane były przez Urząd Miasta Rzeszowa w latach 2005-2020. W okresie tym wykonano ponad 2tys. badań kału na krew utajoną oraz ponad 1tys. badań kolonoskopowych³⁷. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy, posiadających pozytywną opinię AOTMiT, można wymienić „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021”, czy też „Program polityki zdrowotnej – wczesnego wykrywania raka jelita grubego na lata 2020-2022” realizowany przez miasto Kalisz³⁸.

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

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).

³⁶ Ibidem.

³⁷ Dane własne Urzędu Miasta Rzeszowa [<http://s.bip.erzeszow.pl/>; dostęp: 22.12.2020r.].

³⁸ Informacje AOTMiT [aotm.gov.pl; dostęp: 12.12.2020r.].

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
w latach 2021-2025

wykrycia raka jelita grubego, pomimo niezaprzeczalnych danych o wysokiej efektywności tego typu działań³⁹. W mieście Rzeszowie tylko jeden podmiot został wybrany na realizatora Ogólnopolskiego Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego⁴⁰, 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 Rzeszowa planuje wdrożenie „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa w latach 2021-2025”.

³⁹ Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, KZD.430.007.2016

⁴⁰ Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie... op. cit.

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

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁴¹:
 - *Priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
b) nowotworów złośliwych;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025⁴²:
 - *Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;*
- Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024⁴³: *Cel główny: Dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce oraz:*
 - *Priorytet 2: Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów. Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów,*
 - *Priorytet 5: Edukacja onkologiczna;*
- Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa podkarpackiego⁴⁴:
 - *Priorytet nr II: Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia, cel 5: Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych.*

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

⁴² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

⁴³ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op. cit.

⁴⁴ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, aktualizacja marzec 2019 [bip.rzeszow.uw.gov.pl; dostęp: 12.12.2020r.]

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 Rzeszowa z populacji docelowej poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji co najmniej 500 osób w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego lub w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym, w okresie od 2021 do 2025 roku.

2. Cele szczegółowe:

- 1) 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, poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2021-2025.
- 2) Zwiększenie wykrywalności zmian w obrębie jelita grubego, w tym szczególnie polipów gruczolakowatych oraz wczesnego stadium raka jelita grubego, w populacji docelowej poprzez zapewnienie realizacji co najmniej 100 badań przesiewowych rocznie w ramach Programu w okresie 2021-2025.

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

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego⁴⁵ Miasto Rzeszów zamieszkuje ok. 196 tys. osób, w tym ok. 54 tys. osób w wieku 50-75 lat, ok. 27 tys. osób w wieku 40-49 lat oraz ok. 76,7 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. 55 tys. osób (w tym 54 tys. osób w wieku 50-75 lat oraz ok. 1 tys. osób z młodszych grup wiekowych ze wskazanym wyżej obciążeniem rodzinnym).

Średnia zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, zgodnie z danymi za rok 2017 pochodzącymi z Programu Ogólnopolskiego, wynosi 12,9%⁴⁶. W związku z powyższym populację docelową zainteresowaną wzięciem udziału w Programie zaplanowanym do realizacji przez Urząd Miasta Rzeszowa oszacowano na poziomie ok. 7 100 osób. Badania przesiewowe w programie (etap II) w latach 2021-2025 obejmą swoim zasięgiem 500 uczestników, a więc ok. 7% populacji docelowej. Oszacowania populacji docelowej dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych Miasta Rzeszowa, możliwości organizacyjnych podmiotów wykonujących badania kolonoskopowe na terenie miasta, a także

⁴⁵ Bank danych lokalnych, stan na 31.12.2019 [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 14.12.2020r.].

⁴⁶ 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,
- zameldowanie na pobyt czasowy lub stały na terenie miasta Rzeszowa;
- 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,
- zameldowanie na pobyt czasowy lub stały na terenie miasta Rzeszowa;
- 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 nieznanym 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 Rzeszowa,
- 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), w tym opracowanie krótkiego spotu zapraszającego do programu – emitowanego na ekranach LCD w autobusach miejskich;
- prowadzona podczas konsultacji lekarskich przed wykonywaniem badań przesiewowych oraz podczas zapisów do programu przez przeszkolone pielęgniarki, np. ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego/onkologicznego.

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

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

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

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

Analiza wytycznych wskazuje, że za najlepszą obecnie metodę wykrywania nowotworu jelita grubego uznaje się kolonoskopię, jako formę skринingu 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 skринingu 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 kolonoskopowego⁴⁷.

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 młodszym⁴⁸. 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)

⁴⁷ Biała Księga - Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich, Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces, Raport powstały pod patronatem PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa 2011.

⁴⁸ Hongha T. Vu, MD, Carol A. Burke, MD, Postęp w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, *Advances in Colorectal Cancer Screening Current Gastroenterology Reports* 2009; 11: 406-412.

opracowany został dokument pn. „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024”⁴⁹. Cel 18 tego dokumentu odnosi się do zwiększania skuteczności badań przesiewowych w kierunku jelita grubego. Drogą to osiągnięcia tego celu jest edukacja osób z populacji docelowej w zakresie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz skuteczności badań przesiewowych, zwiększenie udziału osób uczestniczących w programie przesiewowej kolonoskopii, a także poprawa wskaźników jakości przesiewowej kolonoskopii. Kilka lat wcześniej, w roku 2011, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego opracowano tzw. „Zieloną Księgę” tj. dokument pn. „Druga Księga – Zwalczenie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce”⁵⁰. Do zwiększania skuteczności profilaktyki wtórnej raka jelita grubego odnosi się cel szczegółowy 2 tego opracowania. Także ten dokument odnosi się do konieczności prowadzenia skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka jelita grubego, monitorowania zgłaszalności i dokonywania oceny czynników determinujących zgłaszalność na badania przesiewowe, wypracowania skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych oraz skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych. Zaplanowane w ramach niniejszego programu interwencje wpisują się w cele i działania obu wymienionych wyżej dokumentów strategicznych.

Efektywność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego potwierdzona została w licznych badaniach naukowych. Rozwój tego nowotworu rozpoczyna się zazwyczaj bezobjawowo, a leczenie w przypadku wczesnego wykrycia pozwala na osiągnięcie dobrych rezultatów, co stanowi główne przesłanki uzasadniające konieczność wykonywania badań skriningowych. Postawiona odpowiednio wcześnie diagnoza zwiększa szansę na wyzdrowienie pacjentów oraz pozwala na zmniejszenie obciążenia finansowego systemu ochrony zdrowia. Również NIK w swoim raporcie podkreśla konieczność zwiększania efektywności systemu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce, w tym głównie w związku z obserwowaną wysoką skutecznością tego typu działań. Analiza danych NFZ, dotyczących pacjentów z rozpoznaniem w latach 2010-2012 rakiem jelita grubego wykazała, że na koniec 2015 r. żyło 76,9% pacjentów, u których rozpoznano raka jelita grubego podczas badań przesiewowych i jedynie 47,1% pacjentów, u których rozpoznanie nastąpiło w innym trybie⁵¹.

⁴⁹ Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024, 10.06.2014r. [pto.med.pl; dostęp: 12.12.2020r.].

⁵⁰ Druga Księga - Zwalczenie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce, Strategia działania dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa-Kraków 2011.

⁵¹ Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia... op. cit.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

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

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

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

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

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (IV kwartał 2020r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Podkarpackiego (I-II kwartał 2021r.);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Rzeszowa (III – IV kwartał 2021 r.)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-III kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I-III kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2021/2022/2023/2024/2025);
 - 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 2026):
 - 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 2026).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Rzeszowa. Realizatorem w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 295 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: fiberkolonoskopia 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 uczestników, których w związku z wynikiem badania przesiewowego skierowano do dalszej diagnostyki poza programem,
- ocena liczby osób niezakwalifikowanych do programu w związku z brakiem konieczności wykonania badań przesiewowych,
- 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 – coroczna oraz końcowa 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,

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
w latach 2021-2025

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

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

V. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

- 100zł – koszt konsultacji lekarskiej wraz z badaniem proktologicznym oraz kwalifikacją do badania przesiewowego w etapie II
- 700zł - koszt badania przesiewowego (kolonoskopia diagnostyczna w znieczuleniu ogólnym z możliwością pobrania wycinków do badania histopatologicznego)
- 5 000zł – akcja informacyjno-edukacyjna
- 2 000 – koszt monitoringu i ewaluacji

2. Koszty całkowite

Tab. III. Koszty całkowite w podziale na podgrupy docelowe

Lp.	Rok realizacji PPZ	2021	2022	2023	2024	2025
1	Szacunkowa liczba konsultacji lekarskich z badaniem proktologicznym (etap I)	120	120	120	120	120
2	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie I (100zł x poz. 1)	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000
3	Szacunkowa liczba badań przesiewowych - kolonoskopii diagnostycznych (etap II)	100	100	100	100	100
4	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie II (700zł x poz. 3)	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
5	Koszt cząstkowy akcji informacyjno-edukacyjnej	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
6	Koszt monitoringu i ewaluacji	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
7	Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 4 + poz. 5 + poz. 6)	89 000	89 000	89 000	89 000	89 000

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Rzeszowa. 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. 2020 poz. 1398 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].

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
w latach 2021-2025

Załączniki

Załącznik 1

Kwestionariusz ankiety kwalifikującej do uczestnictwa w „Programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa w latach 2021-2025” (wzór)

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

Oświadczam, że:

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

Data Podpis pacjenta

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

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

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

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

III. Przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii	TAK	NIE
Duży tętniak aorty		
Niedawno przebyty zawal 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

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
w latach 2021-2025

Załącznik 2

Karta uczestnika badań przesiewowych w „Programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa w latach 2021-2025” (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 Rzeszowa w latach 2021-2025” (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 Rzeszowa
		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)

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa
w latach 2021-2025

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa w latach 2021-2025” (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 zyczliwość 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:

