

Program zdrowotny

„Profilaktyka nowotworów dolnego odcinka przewodu
pokarmowego dla osób w wieku 50 – 74 lata
realizowana na terenie województwa wielkopolskiego”

Poznań, 2023

Okres realizacji programu: **3 lata (około 36 miesięcy)**

Autorzy programu:

Autorem regionalnego programu zdrowotnego pt.: „Profilaktyka nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego dla osób w wieku 50 – 74 lata realizowana na terenie województwa wielkopolskiego” jest **Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego**.

Program powstał przy merytorycznym udziale i wsparciu niniejszych osób:

dr n. med. Dariusz Godlewski, lekarz onkolog, specjalista zdrowia publicznego, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. w Poznaniu

dr n. hum. Małgorzata Adamczak, psycholog kliniczny, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. w Poznaniu

mgr Piotr Wojtyś specjalista zdrowia publicznego, epidemiolog, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A., Poznań

mgr Małgorzata Dworzańska, specjalista zdrowia publicznego, dietetyk, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A., Poznań

mgr Natalia Wicha, specjalista zdrowia publicznego, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A., Poznań

Spis treści

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	4
1. Problem zdrowotny	4
2. Epidemiologia	6
3. Obecne postępowanie.....	10
4. Uzasadnienie wdrożenia programu.....	10
II. CELE PROGRAMU	15
1. Cel główny programu	15
2. Cele szczegółowe.....	15
3. Oczekiwane efekty programu.....	16
4. Mierniki efektywności programu	16
III. ADRESACI PROGRAMU	17
1. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie	17
IV. ORGANIZACJA PROGRAMU	18
1. Etapy organizacji programu.....	18
2. Kryteria włączenia i wyłączenia	19
2.1. Kryteria włączenia	19
2.2. Kryteria wyłączenia.....	20
3. Działania organizacyjne	20
3.1. Działania informacyjne i spotkania edukacyjne	20
3.2. Badanie immunochemiczne kału.....	22
3.3. Diagnostyka pogłębiona (kolonoskopia)	23
3.4. Szkolenie dla personelu medycznego.....	24
V. Koszty	25
1. Planowane koszty	26
2. Źródła finansowania, partnerstwo	27
3. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne...	27
VI. Monitorowanie i ewaluacja programu	28
1. Ocena zgłaszalności do Programu	28
2. Ocena jakości świadczeń	29
3. Ocena efektywności programu	29
4. Trwałość efektów zdrowotnych	29
VII. ZAŁĄCZNIKI.....	31
VIII. BIBLIOGRAFIA	36
IX. SPIS RYCIN	37

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe stanowią obecnie jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych, społecznych, a zarazem ekonomicznych na całym świecie. Wyrazem rosnącego zagrożenia są zmiany w liczbie zachorowań i zgonów, jak również w wartościach współczynników zachorowalności oraz umieralności. W 2020 roku Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (*International Agency for Research on Cancer – IARC*)¹ oszacowała 18,1 mln nowych zachorowań na raka oraz 9,9 mln zgonów. Nowotwory złośliwe znajdują się na drugim miejscu, tuż za chorobami układu krążenia, wśród najczęstszych przyczyn umieralności. Nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy są trzecią przyczyną zachorowań na nowotwory złośliwe na świecie i drugą przyczyną zgonów. W 2020 roku rozpoznano na świecie 1,9 mln nowych zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy oraz 0,9 mln zgonów.

W Europie w 2020 roku zanotowano ponad 4 mln nowych zachorowań na raka, z czego 53% to nowotwory złośliwe u mężczyzn i 47% u kobiet. Z kolei w krajach UE zarejestrowano 2,7 mln zachorowań. Średnia zachorowalność w krajach UE wynosiła 258,1/10 (współczynnik standaryzowany na 100 tys.) wśród kobiet oraz 317,1/10 wśród mężczyzn. Wśród mężczyzn w krajach UE najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (23,2%), płuca (14,2%), jelita grubego i odbytnicy (13,2%), pęcherza (8,4%) oraz czerniaka złośliwego (3,8%). Natomiast u kobiet najczęściej diagnozowano nowotwory złośliwe piersi (28,7 %), jelita grubego i odbytnicy (12,2 %), płuca (9,1%), trzonu macicy (5,9%), czerniaka złośliwego (4,1%) oraz trzustki (3,9%). W 2020 roku w krajach UE z powodu nowotworu złośliwego zmarło około 1,26 mln osób. Średnie wartości współczynników umieralności mężczyzn wynosiły 133,7/10 u mężczyzn oraz 84,4/10 u kobiet. Wśród mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe płuca (24,2%), a kolejnymi według przyczyny zgonów były nowotwory jelita grubego i odbytnicy (12,3%), gruczołu krokowego (9,9%), trzustki (6,3%) i pęcherza moczowego (5,3%). U kobiet najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory piersi (16,5%), a kolejnymi nowotwory płuca (15,6%), jelita grubego i odbytnicy (12,4%), trzustki (8,0%) i jajnika (4,9%).

Przewiduje się, że w Europie problem chorób nowotworowych będzie narastał, głównie wskutek zmian demograficznych, a szczególnie w wyniku procesu starzenia się populacji. Oszacowano, że w 2030 roku liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w krajach UE wzrośnie do 4,9 mln

¹ <http://gco.iarc.fr/today/homeglobocan.iarc.fr/Default.aspx> [dostęp z dnia 11.09.2023]

(w tym 0,6 mln nowotworów złośliwych jelita grubego i odbytnicy), zaś liczba zgonów do 2,2 mln (w tym 0,3 mln zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego i odbytnicy). Na tle innych państw europejskich **Polskę** charakteryzuje średnio niska zachorowalność oraz wysoka umieralność z powodu nowotworów złośliwych. Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów² wskazują, iż w 2020 roku w Polsce zdiagnozowano 73 467 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn (w tym 9 088 zachorowań na nowotwory jelita grubego i odbytnicy) oraz 74 277 zachorowań u kobiet (w tym 7 154 zachorowania na nowotwory jelita grubego i odbytnicy). W tym samym okresie zmarło z powodu nowotworów złośliwych 54 370 mężczyzn (7 181 zgonów, których przyczyną były nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy) oraz 45 500 kobiet (5 321 zgonów, których przyczyną były nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy). Współczynnik zachorowalności (standaryzowany względem populacji świata) wynosił 215,6/10 u mężczyzn oraz 195,0/10 u kobiet, zaś współczynnik umieralności odpowiednio 147,8/10 u mężczyzn oraz 90,8/10 u kobiet.

Wśród mężczyzn najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym był nowotwór gruczołu krokowego (19,6%), a kolejnymi nowotwory płuca (15,8%), jelita grubego i odbytnicy (12,4%), pęcherza moczowego (6,6%), żołądka (3,9%) oraz nerki (4,1 %). Wśród kobiet dominowały nowotwory złośliwe piersi (23,8%), płuca (9,9%), jelita grubego i odbytnicy (9,6%), trzonu macicy (7,1%), jajnika (4,0%) oraz tarczycy (3,7%). Głównymi przyczynami zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce były u mężczyzn nowotwory płuca (26,2%), jelita grubego i odbytnicy (13,2%), gruczołu krokowego (10,6%), żołądka (5,7%), pęcherza moczowego (5,9%), trzustki (4,5%) oraz nerki (2,9%), zaś w przypadku kobiet nowotwory złośliwe płuca (17,6%), piersi (15,3%), jelita grubego i odbytnicy (11,7%), jajnika (5,9%), trzustki (5,6%), żołądka (4,2%) oraz trzonu macicy (4,0%).

Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć na świecie i w Polsce CONCORD-3³.

W ciągu piętnastu lat, średnio o 5% wzrosła przeżywalność na nowotwory złośliwe na świecie. W Polsce również przybywa wyleczonych, ale dalej umiera z powodu raka o 10% chorych więcej niż w krajach Europy Zachodniej. Nowotwory są szybko diagnozowane i najskuteczniej leczone w USA, Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii, Finlandii, Islandii, Norwegii oraz Szwecji.

Dla nowotworów jelita grubego, wzrost przeżywalności na przestrzeni 15 lat to ponad 7% (45,3% do 52,9%). Więcej wyzdrowień, pięcioletnich przeżyć zanotowano także w przypadku nowotworów odbytnicy - z 42,5% do 48,4%. Jednak dla analizowanych nowotworów przewodu pokarmowego, przeżywalność w naszym kraju jest ciągle niższa w relacji do krajów Europy Zachodniej. Przykładowo w

² <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp z dnia 11.09.2023]

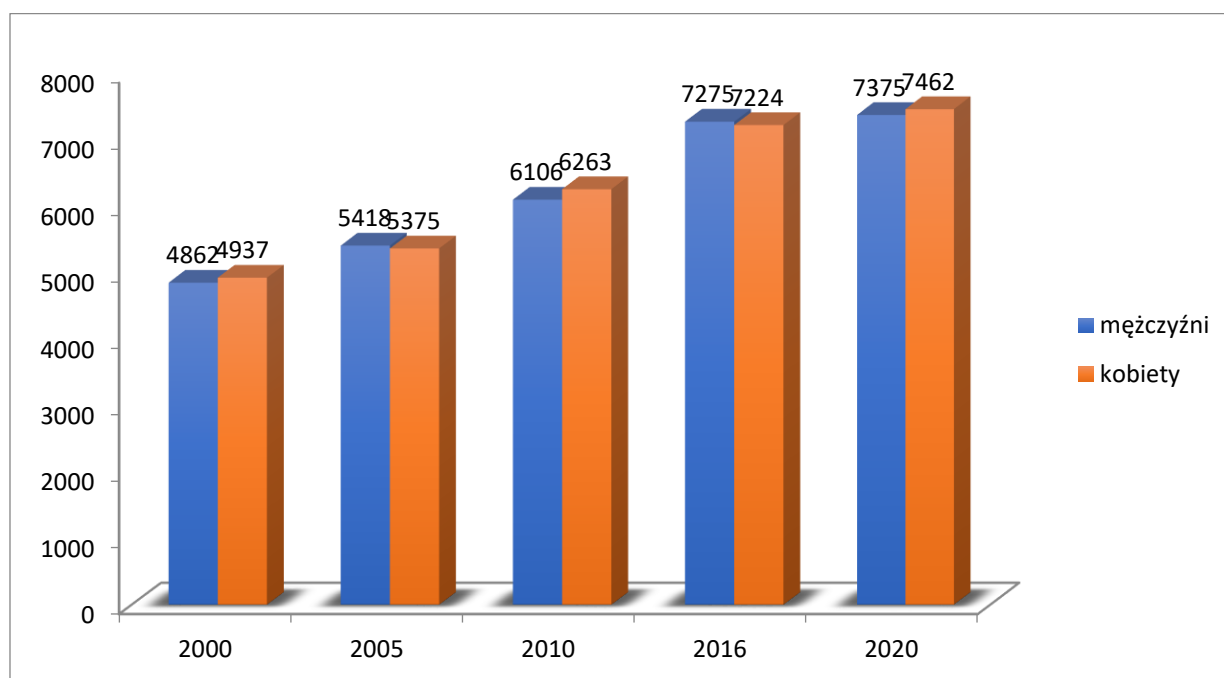
³ Claudia Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo, Hannah K Weir, PhD Prof Michel P Coleman, BM BCh CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14(CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet 2018; 391: 1023-1075.

relacji do Holandii różnica ta jest szczególnie widoczna dla nowotworów jelita grubego i odbytnicy i wynosi około 15%.

2. Epidemiologia

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nowotworów złośliwych w województwie wielkopolskim przedstawia się następująco: liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w 2020 roku wyniosła 14 837 (7 375 zachorowań u mężczyzn oraz 7 462 zachorowania u kobiet), w stosunku do roku 2000 nastąpił 51% wzrost liczby zachorowań u kobiet oraz 52% wzrost liczby zachorowań u mężczyzn - rycina 1. Standaryzowany współczynnik zachorowalności w 2020 roku wynosił 249,1/10 u mężczyzn oraz 226,4/10 u kobiet.

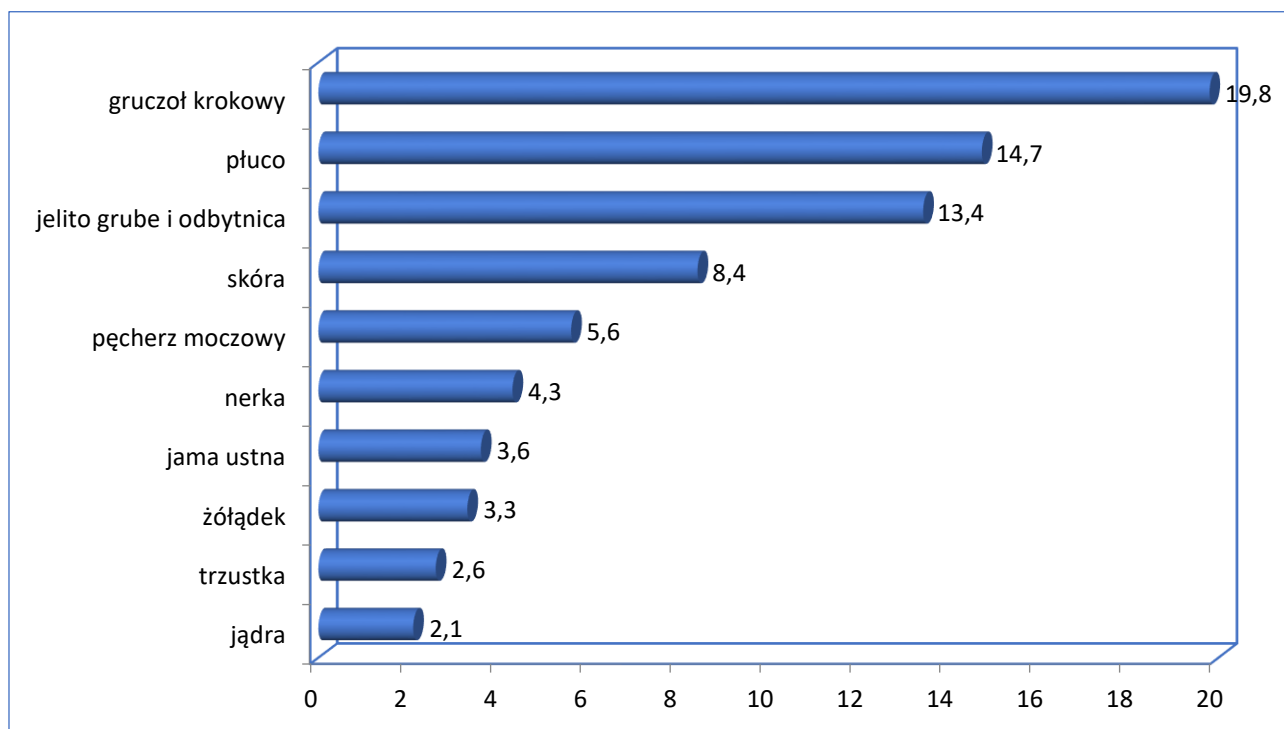
Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.

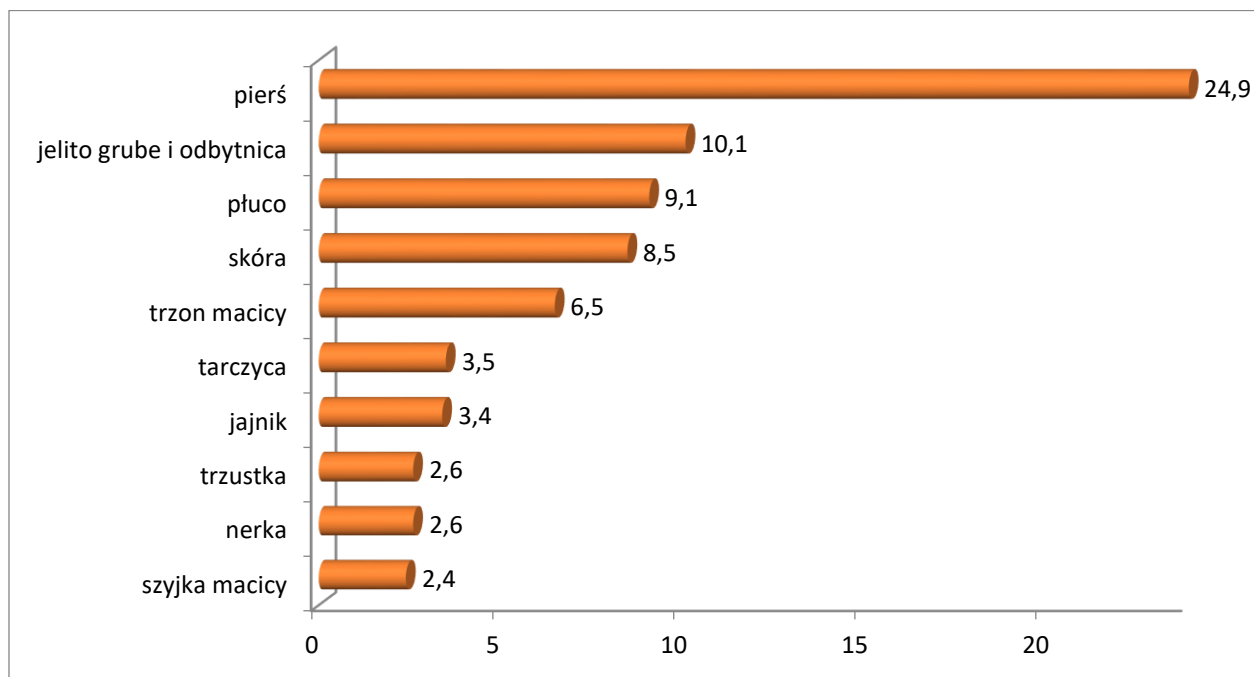
W 2020 roku najczęściej diagnozowanymi nowotworami u mężczyzn w Wielkopolsce były nowotwory: gruczołu krokowego (19,8%), płuca (14,7%), **jelita grubego i odbytnicy (13,4%, 992 zachorowania)**, skóry (8,4%), pęcherza moczowego (5,6%) oraz nerki (4,3%) (rycina 2), u kobiet nowotwory: piersi (24,9%), **jelita grubego i odbytnicy (10,1%, 755 zachorowań)**, płuca (9,1%), skóry (8,5%), trzonu macicy (6,5%) oraz tarczycy (3,5%) (rycina 3).

Rycina 2. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

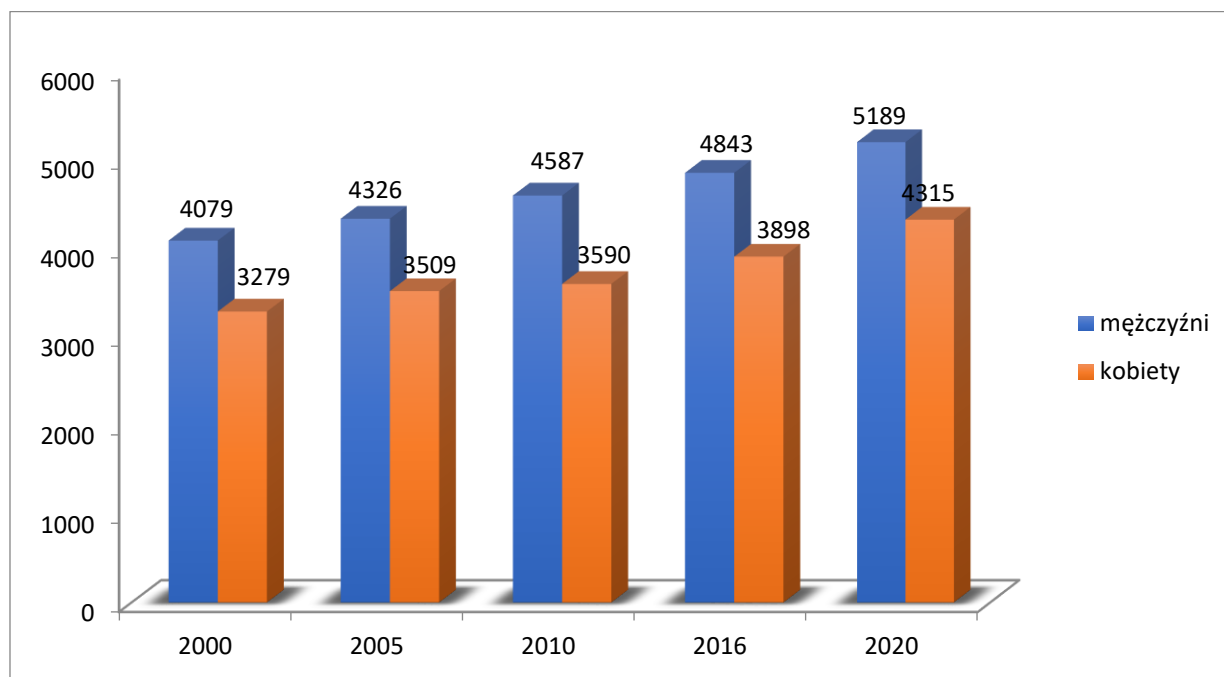
Rycina 3. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

W 2020 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 9 504 zgonów z powodu nowotworów złośliwych (5 189 u mężczyzn oraz 4 315 u kobiet). W stosunku do roku 2000 nastąpił 27% wzrost liczby zgonów u mężczyzn oraz 31% wzrost liczby zgonów u kobiet – rycina 4. Standaryzowany współczynnik umieralności w 2020 roku wynosił u mężczyzn 165,0/10, natomiast u kobiet 100,6/10.

Rycina 4. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim



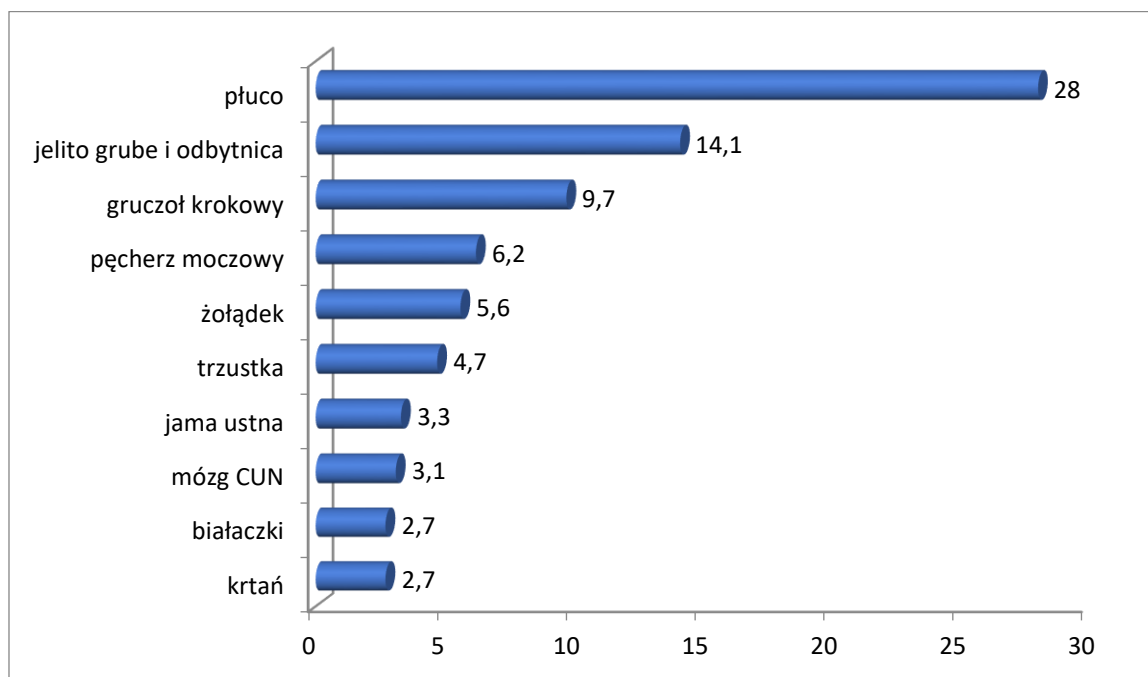
Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Najczęstszymi przyczynami zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn były nowotwory: płuca, jelita grubego i odbytnicy (731 zgonów), gruczołu krokowego oraz pęcherza moczowego - rycina 5. U kobiet najczęstszymi przyczynami zgonów były nowotwory: płuca, piersi, jelita grubego i odbytnicy (503 zgony) oraz trzustki – rycina 6. Prognoza dla roku 2024 przewiduje, że w Wielkopolsce zostanie zdiagnozowanych 2414 nowych zachorowań na nowotwory jelita grubego i odbytnicy (1432 przypadki u mężczyzn oraz 982 zachorowania u kobiet). Dla tego samego roku prognozowanych jest 1350 zgonów z powodu tych nowotworów.

Takie prognozy skłaniają do podjęcia natychmiastowych działań profilaktycznych i przeprowadzenia badań diagnostycznych w kierunku wczesnego wykrywania polipów gruczolakowatych oraz nowotworów jelita grubego i odbytnicy wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, gdzie jest najmniejsza dostępność w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej lub jej dostępność jest ograniczona m.in.: ze względu na brak specjalistów, kolejki

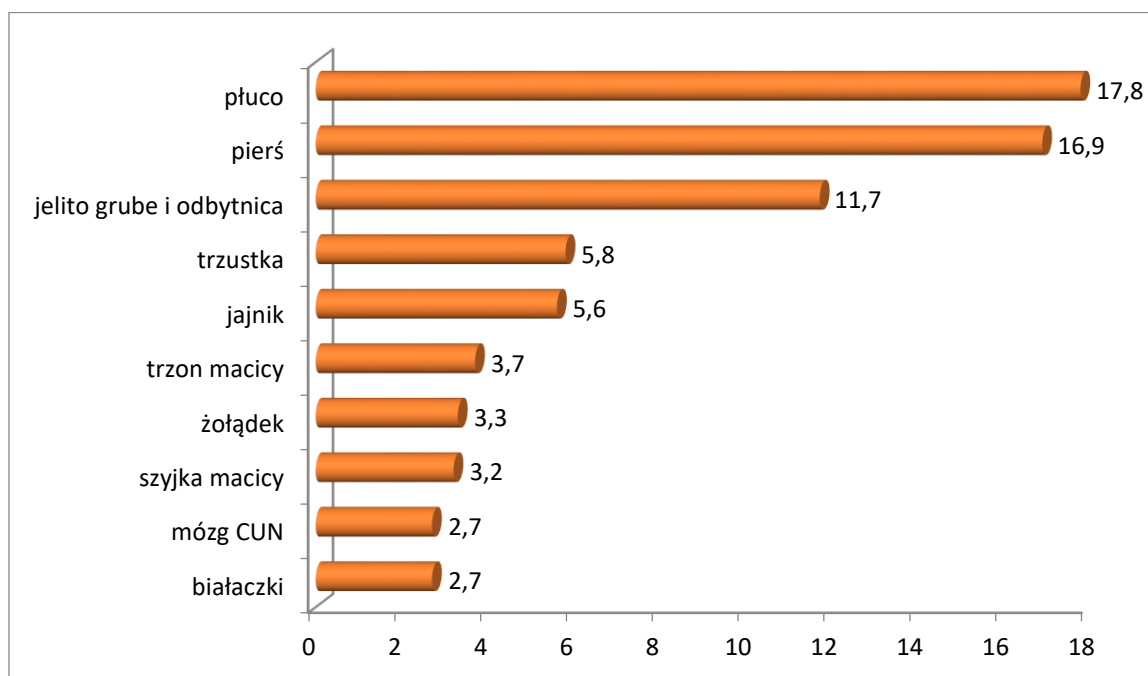
oraz dla osób w szczególnie trudnej sytuacji ze względu na ubóstwo, niepełnosprawność lub inne wykluczenie społeczne.

Rycina 5. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Rycina 6. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

3. Obecne postępowanie

Warunkiem skutecznej strategii zmniejszenia ryzyka zachorowania na nowotwory dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest spełnienie kilku podstawowych warunków rzutujących na efektywność profilaktyki i przekładających się na jej skuteczność.

Pierwszym krokiem w osiągnięciu tego celu jest podniesienie świadomości o konieczności podejmowania zachowań prozdrowotnych i wykonywaniu regularnych badań profilaktycznych finansowanych przez NFZ, Ministerstwo Zdrowia lub ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wśród grupy osób najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania.

Głównym sposobem zapobiegania skutkom zachorowania na raka jelita grubego jest prowadzenie badań przesiewowych nacełowanych na wczesne wykrycie tego problemu zdrowotnego.

Świadczeniem gwarantowanym w przypadku profilaktyki raka jelita grubego jest m.in. badanie kału na krew utajoną (metodą immunochemiczną). Badanie zlecane jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który ma również możliwość wystawienia skierowania na kolonoskopię. W przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, kieruje on pacjenta do określonego specjalisty, wydając kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, tzw. DiLO.⁴

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, osoby w wieku 50-65 lat oraz 40-49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego mogą wykonać przesiewowe badanie kolonoskopowe.

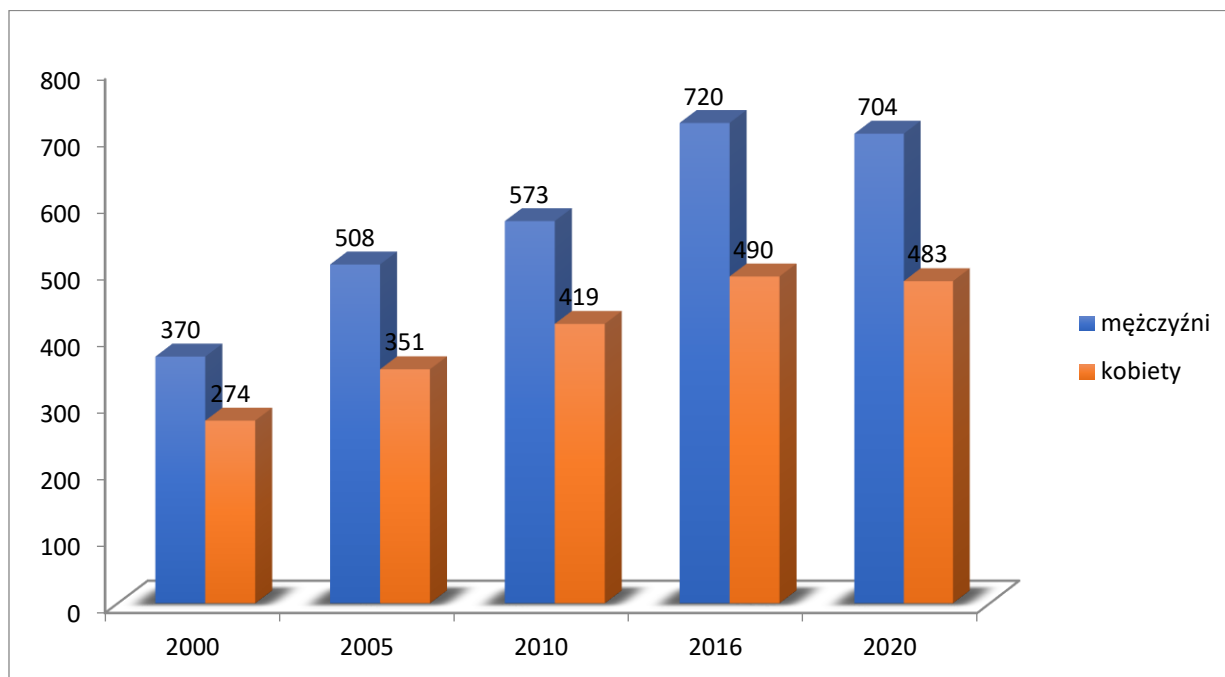
4. Uzasadnienie wdrożenia programu

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nowotworów złośliwych jelita grubego i odbytnicy w grupie osób w wieku 50-74 lata w województwie wielkopolskim stanowi podstawę dla szerszego uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu.

W województwie wielkopolskim liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w grupie wieku 50-74 lata w 2020 roku wyniosła 1 187 (704 zachorowania u mężczyzn oraz 483 zachorowania u kobiet). W stosunku do roku 2000 nastąpił 90% wzrost liczby zachorowań u mężczyzn oraz 76% wzrost u kobiet - rycina 7.

⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 6/2023 z dnia 28 lutego 2023 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców gminy Pszczyna na lata 2023-2027 [PDF], <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2023/OP-0006-2023.pdf>. [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

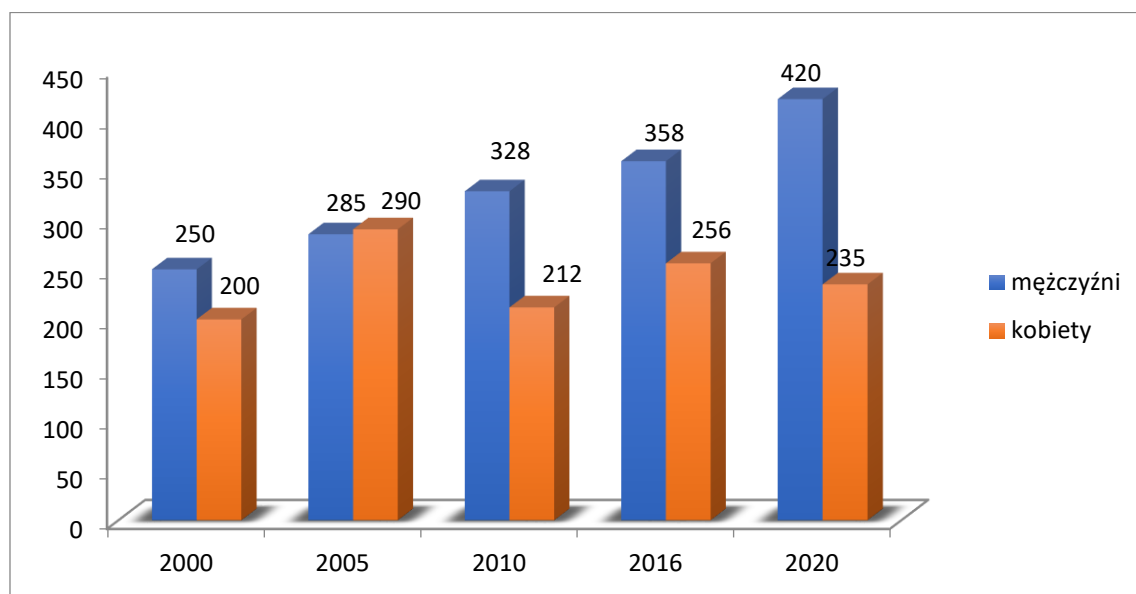
Rycina 7. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w województwie wielkopolskim w grupie wieku 50-74 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

W województwie wielkopolskim na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w grupie wieku 50-74 lata zmarło w 2020 roku 655 osób (420 zgonów u mężczyzn oraz 235 zgonów u kobiet), w stosunku do roku 2000 nastąpił 68% wzrost liczby zgonów u mężczyzn oraz 17% wzrost liczby zgonów u kobiet - rycina 8.

Rycina 8. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w województwie wielkopolskim w grupie wieku 50-74 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Dokument pn. „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.” wskazuje, że jednym z problemów zdrowotnych w Polsce istotnym ze względu na wartość YLL (wskaźnik określający liczbę lat utraconych na skutek przedwczesnej śmierci) w roku 2019 był nowotwór jelita grubego i odbytnicy. Ten typ nowotworu był jednym z pięciu głównych problemów zdrowotnych odpowiadających za ok. 30% wartości DALY (wskaźnik określający lata życia skorygowane niepełnosprawnością) oraz będących przyczyną blisko 50% zgonów w Polsce, mającymi bardzo duży wpływ na ogólną sytuację zdrowotną w Polsce i najbardziej obciążającymi społeczeństwo.

W odniesieniu do tych danych, w dokumencie tym wskazuje się na konieczność podejmowania działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania w kierunku nowotworu złośliwego jelita grubego, w tym: prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych promujących program na terenach o najniższej zgłaszalności na badania kolonoskopowe, udział lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ w akcjach informacyjnych, produkcję i dystrybucję materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych. W odniesieniu do nowotworu jelita grubego, w ramach jednego z wyzwań systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunków działań na terenie województwa wielkopolskiego na podstawie danych za 2019 r. zawartego w Mapie potrzeb zdrowotnych zauważono, że jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych, z powodu których mieszkańcy Wielkopolski korzystają z AOS są nowotwory (3 196 tys.). W 2019 r. sumaryczna liczba zgonów spowodowanych przez nowotwory stanowiła prawie 35% całkowitej liczby zgonów. Choroby nowotworowe stanowią obecnie i będą

stanowić w ciągu następnych 10 lat poważny problem dla zdrowia i życia i z tego powodu należy poprawić poziom realizacji świadczeń w ramach realizowanej ścieżki onkologicznej.⁵

Poza danymi epidemiologicznymi o potrzebie realizacji programu świadczą również przyczyny związane z:

- niską zgłaszalnością na badanie kolonoskopowe, jako pojedyncze badanie przesiewowe;
- ograniczoną dostępnością ośrodków wykonujących kolonoskopię na terenie całego kraju;
- kwestią ekonomiczną.

Od lat Narodowa Strategia Onkologiczna wprowadza kompleksowe zmiany w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Zgodnie z jej założeniami w latach 2000-2021 w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego zrealizowano w Polsce ok. 1 miliona przesiewowych badań kolonoskopowych. Od 2012 roku w ramach programu wysłane są imienne, jednokrotne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55-64 lata.⁵

Pomimo rozpowszechnienia programu i wysyłki imiennych zaproszeń zgłaszalność na badania w latach 2012-2015 nie przekraczała 18%, przy czym w latach 2016-2017 spadła poniżej 14%. Na terenie województwa wielkopolskiego średnia zgłaszalność do Programu w systemie wysyłania zaproszeń w latach 2012-2017 wynosiła 12,82%⁶.

Zestawienie liczby ośrodków i liczby wykonanych badań w latach 2000-2021 w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego realizowanego w systemie oportunistycznym i zapraszanym wskazuje, że w Wielkopolsce w roku 2021 z badań skorzystało jedynie 6536 osób, co stanowi 1% populacji w wieku 50-64 lata zamieszkującej województwo (na podstawie liczby mieszkańców w tym roku wskazanej przez GUS – 630 399 osób).⁷

Czynniki determinujące niską zgłaszalność na badania kolonoskopowe:

- krępująca forma badania (21%),
- strach przed bólem (17%),
- brak poczucia konieczności wykonania badania ze względu na niewystępowanie objawów (16,6%),

⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021

⁶ http://pbp.org.pl/wp-content/uploads/2018/03/Zg%C5%82aszalno%C5%9B%C4%87_2012-2017-1.pdf [dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

⁷ <http://pbp.org.pl/wp-content/uploads/2022/07/Liczba-badan-2000-2021.pdf> [dostęp z dnia 12.09.2023]

- brak możliwości znieczulenia (14,9%).⁸

Zgodnie z rekomendacjami Unii Europejskiej, preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego jest powtarzane regularnie ilościowe badanie kału metodą immunochemiczną (FIT), a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości kontrolna kolonoskopia.⁹

Kolonoskopia po dodatnim wyniku testu FIT wiąże się z 5-10 krotnie większym ryzykiem zdiagnozowania raka jelita grubego lub dużych zmian (polipów) w porównaniu do kolonoskopii przesiewowej nie poprzedzonej dodatnim wynikiem testu¹⁰.

Bezpośrednia przesiewowa kolonoskopia, bez uprzednio wykonanego testu jest możliwa jedynie w ośrodkach, które zgłosiły się do realizacji programu. We wcześniejszych latach program objął jedynie 40% powierzchni Polski, utrudniając dostęp do badania mieszkańcom regionów spoza obszaru wskazanych ośrodków.

Do głównych czynników determinujących podniesienie wskaźnika uczestnictwa w programie, przy zastosowaniu testów FIT są:

- czułość na poziomie 80%,
- swoistość na poziomie 93-95%,
- krótki czas oczekiwania na wynik,
- efektywność kosztowa,
- nieinwazyjność badania,
- łatwość pobrania,
- dostęp do badania w miejscu zamieszkania.⁸

W ramach polskiego badania PICCOLINO Study dowiedziono, że oferowanie kombinacji testu FIT i kolonoskopii jako strategii sekwencyjnej (gdy w przypadku braku odpowiedzi na imienne zaproszenie do przeprowadzenia profilaktycznej kolonoskopii w ciągu 6 tygodni wysyłane jest zaproszenie na test FIT) lub aktywnego wyboru (gdy wysyłane jest imienne zaproszenia zarówno na kolonoskopię, jak i na test FIT z możliwością wyboru pacjenta, na które badanie wolałby się zgłosić) zwiększa udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.¹¹

⁸ Janiak M., Głowacka P., Kopeć A., Staśkiewicz A. Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Via medica* 2016. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016, tom 8, nr 4, 142–151.

⁹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548 [dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

¹⁰ Opinia Rady Przejrzystości nr 26/2022 z dnia 28 lutego 2022 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworu jelita grubego [PDF], [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

¹¹ Program badań przesiewowych raka jelita grubego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej. AOTMiT 2022, za: Pilonis, N.D., et al., Participation in Competing Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Randomized Health Services Study (PICCOLINO Study). *Gastroenterology*, 2021. 160(4): p. 1097-1105

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny programu

Zwiększenie wykrywalności polipów gruczolakowych oraz nowotworów jelita grubego i odbytnicy wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego w wieku 50-74 lat (u około 2% osób biorących udział w badaniu kolonoskopowym) poprzez m. in. działania informacyjno-edukacyjne wśród 10 000 uczestników programu oraz wykonanie badań przesiewowych tj. testu immunochemicznego kału (FIT) u co najmniej 9500 uczestników programu i kolonoskopii u 950 osób z nieprawidłowym wynikiem testu FIT, w okresie trzech lat realizacji projektu.

2. Cele szczegółowe

1. Wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstawania oraz wczesnych objawów u co najmniej 30%¹² osób uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych.
2. Wzrost poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstawania oraz wczesnych objawów u co najmniej 80% personelu medycznego w tym POZ (m.in. lekarzy/lekarek, pielęgniarek/pielęgniarzy, dietetyków/dietetyczek) uczestniczących w szkoleniu.
3. Zwiększenie odsetka wykrytych dodatnich wyników na obecność krwi utajonej w kale u 950 uczestników (10%) za pomocą testu immunochemicznego (FIT).
4. Zwiększenie wykrywalności zmian w obrębie jelita grubego (w tym polipów gruczolakowatych) u co najmniej 285 osób (30%) biorących udział w badaniu kolonoskopowym.
5. Zwiększenie wykrywalności nowotworów jelita grubego we wczesnym stadium zaawansowania u co najmniej 19 osób (2%) biorących udział w badaniu kolonoskopowym.

Przyjęte wartości wzrostu poziomu wiedzy personelu medycznego oraz zwiększenie wykrywalności zmian w obrębie jelita grubego, w tym nowotworów zostały oszacowane na podstawie doświadczeń z dotychczas realizowanych na terenie województwa wielkopolskiego programów zdrowotnych. Pozwalają one na jednoznaczną ocenę efektywności realizacji Programu przy jednoczesnym uwzględnieniu realnej możliwości ich wykonania. Objęcie

¹² Wzrost poziomu wiedzy został oszacowany uwzględniając grupową formę edukacji oraz wiek uczestników, jak i dotychczasowe doświadczenia edukatorów z przeprowadzanych spotkań.

wsparciem kadry medycznej POZ ma na celu wzmocnienie pozytywnego efektu realizowanego Programu oraz jest zgodne z warunkami dotyczącymi realizacji RPZ określonymi w Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027.

Poziom wiedzy uczestników spotkań edukacyjnych oraz kadry medycznej mierzony będzie za pomocą pre- i post- testów, a o wzroście wiedzy będzie świadczył wynik post-testu, o co najmniej jeden punkt wyższy niż wynik pre-testu.

3. Oczekiwane efekty programu

Oczekiwanym efektem programu będzie :

- zwiększenie liczby osób zgłaszających się na badania w zakresie profilaktyki nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego w okresie realizacji programu.
- ułatwienie dostępu do badań profilaktycznych oraz poszerzenie wiedzy uczestników na temat profilaktyki raka jelita grubego, tj.: czynników ryzyka, roli zdrowego trybu życia w profilaktyce, możliwości zapobiegania rozwojowi choroby, poprzez organizację spotkań edukacyjnych nakierowanych na grupę docelową,
- zwiększenie poziomu wiedzy personelu medycznego, w tym POZ tj. lekarzy/lekarek, pielęgniarzy/pielęgniarek, dietetyczek/dietetyków z zakresu profilaktyki nowotworu jelita grubego poprzez przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej,
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu raka jelita grubego, poprzez wykonanie testu immunochemicznego kału (FIT), a w przypadku nieprawidłowego wyniku poprzez udział w kolonoskopii.

4. Mierniki efektywności programu

Mierniki efektywności programu będą obejmowały:

- Liczba osób, u których uzyskano wzrost poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu wiedzy) na temat profilaktyki chorób nowotworowych, w tym czynników ryzyka, profilaktyki pierwotnej, wtórnej, diagnostyki i objawów raka jelita grubego - **3 000 osób (30%)**
- Liczba osób z personelu medycznego, u których uzyskano wzrost poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat profilaktyki chorób nowotworowych, w tym czynników ryzyka, profilaktyki pierwotnej, wtórnej i metod diagnostyki raka jelita grubego – **24 osoby** z personelu medycznego (80%)

- Liczba dodatnich wyników w badaniu immunochemicznym kału (FIT) w odniesieniu do liczby osób, u których zostało wykonane badanie – **950 osób** (10%)
- Liczba osób, u których stwierdzono obecność polipów, które poddane zostały badaniu histopatologicznemu w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które miały wykonaną kolonoskopię – **285 osób** (30%)
- Liczba osób, u których stwierdzono nowotwór jelita grubego we wczesnym stadium zaawansowania w okresie trwania programu w odniesieniu do osób, które miały wykonaną kolonoskopię – **19 osób** (2%)

III. ADRESACI PROGRAMU

1. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie

Populacja województwa wielkopolskiego w roku 2021 wynosiła 3504,6 tys.¹³ osób, z czego 1 027 082 z nich stanowili mieszkańcy w wieku 50-74 lat.¹⁴ Zgodnie z wytycznymi europejskimi optymalny wiek do przeprowadzenia badań przesiewowych wynosi 50-74 lat. Zgodnie z prognozami, wraz z wydłużeniem się długości życia, liczba ta będzie się powiększała, dlatego w późniejszych etapach prowadzonego corocznie programu badań przesiewowych oraz na podstawie doświadczeń z dotychczas prowadzonych na terenie województwa programów, można oczekiwać przyrostu osób biorących udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Program zakłada objęcie wsparciem 10 000 osób.

Ryzyko wystąpienia raka jelita grubego staje się bardziej prawdopodobne wraz z wiekiem. U ponad 90% chorych, rak jelita grubego jest rozpoznawany po 50. roku życia, a średnia wieku dla diagnozy wynosi 72 lata. Wartości wskaźnika zapadalności w grupie 65+ nie spadają poniżej 200/100 tys. ludności, natomiast w grupie wiekowej 54-64 lata wskaźnik zapadalności nie spada poniżej 84/100 tys. ludności¹⁵.

¹³ Stan i struktura demograficzna ludności oraz liczba 27.09.2022 r. budynków i mieszkań w województwie wielkopolskim – wyniki ostateczne NSP 2021 [PDF], <https://poznan.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/ludnosc/stan-i-struktura-demograficzna-ludnosc-i-liczba-budynkow-i-mieszkan-wyniki-ostateczne-nsp-2021,3,1.html>, str.1

¹⁴ Rocznik statystyczny Województwa Wielkopolskiego 2022, dział IV Ludność, s. 35

¹⁵ Rekomendacja nr 59/2022 z dnia 21 czerwca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Program badań przesiewowych raka jelita grubego jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych [PDF], https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2022/046/REK/2022%2006%2021%20BP%20Rekomendacja%2059-2022%20program%20przesiewowy%20RJG_swadczenia%20egz_BIP.pdf [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Etapy organizacji programu

Na początku realizacji programu wybrany zostanie jego realizator. Do realizatora należeć będzie zadanie z zakresu organizacji, koordynacji i przeprowadzenia zaplanowanych interwencji, monitorowanie realizacji projektu, ewaluacja zrealizowanych działań. Realizacja programu będzie odbywać się w kilku etapach. Etap wstępny obejmie pozyskanie danych populacyjnych oraz zakup niezbędnego sprzętu.

Pierwszym etapem realizacji programu będzie akcja informacyjno-edukacyjna wraz z organizacją spotkań edukacyjnych.

W ramach programu podmiot realizujący zorganizuje kampanię informacyjno-edukacyjną na temat programu, za którą będzie w pełni odpowiedzialny. Celem działania informacyjno-edukacyjnego jest poinformowanie ogółu społeczeństwa o realizacji programu, a także o źródłach jego finansowania, problemie zdrowotnym, do którego program się odnosi oraz o kryteriach i sposobie kwalifikacji uczestników do programu. Wszystkie powyższe informacje umieszczone zostaną na stronie internetowej podmiotu realizującego program.

Mieszkańcy województwa wielkopolskiego będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem mediów, lokalnych instytucji samorządowych i pozarządowych oraz przychodni POZ i AOS. Wyboru konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie dokona realizator.

Na spotkaniach edukacyjnych organizowanych na terenie gmin województwa wielkopolskiego prowadzona będzie edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, z uwzględnieniem informacji o pozytywnych skutkach podejmowanych działań profilaktycznych i leczniczych oraz negatywnych konsekwencjach - w przypadku ich zaniechania. Realizacja spotkań edukacyjnych i badań w poszczególnych gminach ma służyć przebadaniu jak największej liczby populacji. Takie działania pozwolą również na dotarcie do osób, które na co dzień nie mają możliwości skorzystania ze specjalistycznych usług medycznych ze względu na miejsce zamieszkania, ubóstwo, brak komunikacji zbiorowej lub innej możliwości dotarcia do poradni specjalistycznej lub ograniczenia wynikające z niepełnosprawności. Edukacja prowadzona będzie przez osoby posiadające stosowne kwalifikacje (m.in. specjalistów zdrowia publicznego, pielęgniarzy, lekarzy). Na każdym spotkaniu zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu wiedzy uczestników, a także rozdawanie specjalnych zestawów do pobrania materiału do badania na obecność krwi utajonej w kale wraz z instrukcją prawidłowego pobrania.

Jako formę uzupełniającą zakłada się prowadzenie formy edukacji indywidualnej osób, które będą zgłaszać się bezpośrednio do siedziby realizatora lub wskazanego przez niego miejsca, a także

prorowadzenie spotkań edukacyjnych w dużych zakładach pracy, w których istnieje możliwość wyedukowania większej liczby osób, co może przełożyć się na wyższą frekwencję w programie. Działania projektowe będą w pierwszej kolejności nakierunkowane na osoby z powiatów, w których nie jest realizowany program przesiewowych badań raka jelita grubego. Na terenie województwa wielkopolskiego, zgodnie z wykazem świadczeniodawców udostępnianym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przesiewową kolonoskopię można wykonać w 20 placówkach zlokalizowanych w 13 powiatach, w tym w 10 placówkach zlokalizowanych jedynie na terenie 4 największych miast (Poznań, Konin, Kalisz, Leszno).¹⁶ Oznacza to, że w 22 powiatach mieszkańcy nie mają możliwości wykonania badania przesiewowego w tym zakresie. Te powiaty należy uznać jako „białe plamy”.

Drugi etap programu zakłada wykonanie badania na obecność krwi utajonej w kale za pomocą badania immunochemicznego kału (test FIT). Mieszkańcy województwa wielkopolskiego, którzy otrzymają zestaw do pobrania materiału będą mieli możliwość oddania go w najbliższej okolicy swojego miejsca zamieszkania. Przed odbiorem materiału biologicznego zostanie zebrany również wstępny wywiad genetyczny dotyczący występowania wśród spokrewnionych członków rodziny zachorowań na nowotwory jelita grubego oraz inne rodzaje nowotworów złośliwych. W przypadku uzyskania pozytywnego wyniku badania immunochemicznego kału uczestnik zostanie skierowany do dalszego etapu programu, którym jest pogłębiona diagnostyka (kolonoskopia).

Osoby, które nieprawidłowo przygotowują próbkę do badania otrzymają informację pisemną wraz z kolejnym zestawem do przygotowania próbki i będą miały jednokrotnie możliwość powtórzenia badania, pod warunkiem samodzielnego dostarczenia próbki do siedziby Realizatora.

Poddane analizie ankiety genetyczne osób, u których będą takie wskazania, będą skutkowały zaproszeniem tych uczestników do wypełnienia ankiety pogłębionej i/lub konsultacji w poradni genetycznej.

Trzeci etap programu obejmie wykonanie kolonoskopii diagnostycznej w znieczuleniu anestezjologicznym lub bez (w sytuacji stwierdzenia przez anestezjologa przeciwwskazań do zastosowania znieczulenia) - jeśli uczestnik wyrazi zgodę na takie badanie, z możliwością pobrania wycinków do oceny histopatologicznej i/lub polipektomią oraz wydanie pacjentowi wyników badania wraz z dalszymi zaleceniami.

2. Kryteria włączenia i wyłączenia

2.1. Kryteria włączenia

¹⁶ Program badań przesiewowych raka jelita grubego w Wielkopolsce (lista placówek) - <https://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/17448/>, data wejścia: 4.12.2023

Do programu będą kwalifikowane osoby w wieku 50-74 lata, które uczą się, pracują lub zamieszkują obszar województwa wielkopolskiego, u których nie rozpoznano wcześniej nowotworów złośliwych jelita grubego i odbytnicy i którzy nie byli leczeni w tym zakresie, a jednocześnie w momencie przystąpienia do Programu jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystają/nie będą korzystała z analogicznych świadczeń realizowanych w ramach środków publicznych, środków krajowych lub unijnych (potwierdzone pisemnym oświadczeniem – wzór w załączniku nr 1).

Do trzeciego etapu programu tj. kolonoskopii diagnostycznej będą kwalifikowały się osoby z dodatnim wynikiem na obecność krwi utajonej w kale w teście immunochemicznym (FIT).

2.2. Kryteria wyłączenia

Z programu nie mogą skorzystać osoby (I i II etap):

- spoza określonej grupy wiekowej 50-74 lata,
- które nie uczą się, nie pracują lub nie zamieszkują na obszarze województwa wielkopolskiego,
- zdiagnozowane i leczone z powodu nowotworów jelita grubego i/lub odbytnicy.

Z programu nie mogą skorzystać osoby (III etap):

- z ujemnym wynikiem na obecność krwi utajonej w kale w teście immunochemicznym kału (FIT),
- z podwójnie nieprawidłowo pobraną próbką testu na obecność krwi utajonej w kale (FIT), uniemożliwiającą wykonanie testu,
- z powodu przeciwwskazań medycznych.

3. Działania organizacyjne

3.1. Działania informacyjne i spotkania edukacyjne

Materiały informacyjno-edukacyjne

Zespół specjalistów z placówki Realizatora opracuje spójne dla programu materiały edukacyjne, zawierające specjalistyczne, a przy tym możliwie uniwersalne treści, z których będą mogli skorzystać uczestnicy bezpośrednio w trakcie swojego udziału w projekcie oraz w późniejszym czasie, co utrwali uzyskane w Programie efekty.

Materiały obejmą wszystkie informacje związane z profilaktyką pierwotną i wtórną nowotworu dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz warunkami przystąpienia do projektu.

Treści edukacyjne znajdują się na ulotce adresowanej do osób z grupy docelowej, a także na dedykowanej programowi stronie internetowej.

Opracowane zostaną także materiały edukacyjne dla personelu medycznego – m.in. kadry medycznej w tym: lekarzy POZ, pielęgniarek i dietetyków, które będą dostępne i dystrybuowane w formie broszury oraz w formie treści dostępnych na stronie internetowej projektu.

Działania promocyjno-informacyjne

Szeroko zakrojone działania promocyjno-informacyjne obejmą m.in. dystrybucję na terenie poszczególnych gmin województwa wielkopolskiego zaproszeń do udziału w programie wraz z ulotką projektową, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów „białych plam”, w których dostęp do badań w tym zakresie jest ograniczony. Pozwoli to na szerokie dotarcie do potencjalnych uczestników programu z miejscowości, w których mieszkają osoby wykluczone z dostępu do specjalistycznych usług (brak poradni i pracowni specjalistycznych w ramach NFZ) lub nie dociera tam transport zbiorowy lub ze względu na ubóstwo lub posiadane ograniczenia wynikające z niepełnosprawności.

Działania te zawierać będą informacje o realizowanym projekcie, kryteriach włączenia i wyłączenia, etapach i zasadach uczestnictwa w projekcie.

Powyższe działania będą adresowane do mieszkańców wszystkich gmin województwa wielkopolskiego oraz kadry medycznej, w tym lekarzy POZ, sprawujących opiekę nad zdrowiem mieszkańców gmin, członków lokalnych społeczności.

Istotą tych działań jest zachęcenie mieszkańców do uczestnictwa w spotkaniu edukacyjnym, zorganizowanym przez realizatora w wybranym miejscu i terminie na obszarze danej gminy.

Organizacja spotkania edukacyjnego

Organizator będzie realizował Program w każdej z gmin województwa wielkopolskiego, co umożliwi dotarcie na spotkanie mieszkańcom całego województwa, również tym, którzy mają problem z udziałem w badaniach ze względu na miejsce zamieszkania, ubóstwo, brak komunikacji zbiorowej lub innej możliwości dotarcia do poradni specjalistycznej lub ograniczenia wynikające z niepełnosprawności. Przy organizacji spotkań planuje się współpracę m.in. z lokalnymi instytucjami samorządowymi, organizacjami pozarządowymi oraz stowarzyszeniami działającymi na terenie danej gminy, umożliwiając rozpowszechnienie informacji o programie wśród lokalnych społeczności.

Spotkania będą miały charakter edukacyjno-informacyjny. Skoncentrowane będą na przekazywaniu wiedzy z zakresu profilaktyki nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego (czynniki ryzyka, objawy, korzyści płynące z działań profilaktycznych i leczniczych), połączonego z rozdaniem materiałów edukacyjnych i zestawów do pobrania materiału (dla osób zakwalifikowanych). Osoba z ramienia Realizatora będzie weryfikowała, czy dana osoba spełnia kryteria kwalifikujące ją do udziału w programie. Edukacja obejmować będzie także tematykę uwarunkowań genetycznych w onkologii, aby uczestnicy mogli właściwie zebrać informacje do ankiety genetycznej.

Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinstruowane jak prawidłowo przygotować i pobrać materiał do badania.

Spotkania będą prowadzone przez absolwentów kierunków medycznych (lekarzy, pielęgniarki) lub specjalistów zdrowia publicznego.

W przypadku braku możliwości uczestnictwa w zaplanowanym spotkaniu, zapewniona zostanie możliwość skorzystania z edukacji indywidualnej odbywającej się w siedzibie Realizatora lub wskazanym przez niego miejscu. Ponadto przewiduje się uzupełnienie spotkań o udział w wydarzeniach prozdrowotnych realizowanych przez lokalne społeczności na terenach poszczególnych gmin (np. festynach zdrowia, białych sobotach), odbywających się na terenie woj. wielkopolskiego.

Planowane jest zorganizowanie spotkania edukacyjnego na terenie każdej z gmin województwa wielkopolskiego, łącznie będzie to **226** dwugodzinnych spotkań edukacyjnych.

Zakłada się, iż około **95%** osób uczestniczących w spotkaniu przekaze próbkę do badania, tym samym korzystając z drugiego etapu programu.

W przypadku braku możliwości dotarcia w wyznaczonym wcześniej terminie w celu oddania próbki, uczestnik będzie miał możliwość dostarczenia próbki bezpośrednio do siedziby Realizatora.

3.2. Badanie immunochemiczne kału

Jako główną metodę badań przesiewowych, rekomenduje się wykonanie badania immunochemicznego kału (testu FIT). Zaplanowano zakup sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania badania.

W celu zniwelowania bariery dostępności związanej z koniecznością dojazdu, odbiory próbek będą odbywały się w danej gminie, w okolicy miejsca zamieszkania uczestników. Przedstawiciele Realizatora odpowiednio rejestrują i przekażą przygotowane przez uczestników próbki do laboratorium. Badanie zostanie przeprowadzone w siedzibie Realizatora.

Wyniki badania będą udostępnione przez portal internetowy.

W przypadku wyniku ujemnego, uczestnik zakończy swój udział w programie, a przy wyniku dodatnim zostanie skierowany na diagnostykę pogłębioną, realizowaną w siedzibie Organizatora. Wyniki dodatnie będą wysyłane do uczestników pocztą z informacją o możliwości wykonania kolonoskopii i instrukcją przygotowania się do niej. Weryfikacja faktu otrzymania wyniku nieprawidłowego przez uczestnika będzie dodatkowo dokonywana telefonicznie, po kilku tygodniach od wysłania wyniku pocztą, w celu uzyskania deklaracji dotyczącej chęci kontynuowania udziału w programie i możliwości wyznaczenia terminu badania kolonoskopowego lub uzyskania informacji o powodach rezygnacji z kontynuacji badań w ramach programu. Dodatkowo lekarze POZ otrzymają pisemną informację o wyniku nieprawidłowym uczestników (pacjentów, nad którymi sprawują opiekę), o ile wskażą oni właściwy POZ podczas przekazywania próbki do badania.

Zakłada się, iż średnio około 10% osób wykonujących badanie immunochemiczne kału testem FIT będzie kwalifikowało się do dalszej diagnostyki w kierunku raka jelita grubego, zakładając poszerzoną grupę wiekową oraz cut-off na poziomie 50 mg/ml.¹⁷ Powyższe założenie zostanie spełnione jedynie w sytuacji, gdy wszystkie osoby z dodatnim wynikiem badania na obecność krwi utajonej w kale zgłoszą się na badanie kolonoskopowe i wykonają je w placówce Realizatora. W przypadku nie zrealizowania zaplanowanej ścieżki uczestnictwa w programie przez wszystkie osoby z nieprawidłowym wynikiem badania kału, możliwe jest wykonanie w programie mniejszej liczby kolonoskopii.

3.3. Diagnostyka pogłębiona (kolonoskopia)

Badanie kolonoskopowe w znieczuleniu ogólnym będzie odbywać się w sali zabiegowej znajdującej się w siedzibie Realizatora i wyposażonej w odpowiedni sprzęt. W ramach programu zatrudnione zostaną osoby wykonujące zawód medyczny, posiadające udokumentowane kwalifikacje i umiejętności wykonywania badań endoskopowych układu pokarmowego, w tym m.in. lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, chirurgii ogólnej lub onkologicznej oraz anestezjodzy.

Uczestnicy

Diagnostyka pogłębiona dotyczyć będzie osób z dodatnim wynikiem na obecność krwi utajonej w kale wykonanym testem immunochemicznym (FIT).

Badanie będzie wykonane po zakwalifikowaniu do niego przez anestezjologa. W przypadku braku zgody lekarza na wykonanie znieczulenia anestezjologicznego uczestnik będzie mógł podjąć decyzję o wykonaniu badania kolonoskopowego z zastosowaniem znieczulenia miejscowego.

W zależności od przebiegu badania lekarz wykonujący badanie oceni czy istnieje konieczność wykonania kolonoskopii z polipektomią i/lub biopsją (pobrany materiał zostanie przekazany do badania histopatologicznego). Polipektomia będzie możliwa przy polipach do 10 mm.

W przypadku braku przeciwwskazań, badanie będzie wykonane w znieczuleniu ogólnym, przy udziale lekarki/lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki/pielęgniara anestezjologicznej/anestezjologicznego.

Pacjent po wykonaniu badania zostanie przewieziony na salę pozabiegową, pozostając pod stałą opieką pielęgniarską.

W sytuacji gdy nie zostanie pobrany materiał do badania histopatologicznego, wyniki badania kolonoskopowego będą wydawane pacjentowi wraz z zaleceniami bezpośrednio po badaniu.

¹⁷ Pilonis, N.D. i in. Participation in Competing Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Randomized Health Services Study (PICCOLINO Study), *Gastroenterology* 2021;160:1097–1105

W przypadku pobrania wycinków i konieczności wykonania badania histopatologicznego pacjent zostanie umówiony do onkologa lub chirurga onkologa w siedzibie Realizatora, w celu odbioru wyniku i ustalenia dalszych zaleceń (badania kontrolne, skierowanie do leczenia szpitalnego).

Dla zwiększenia dostępności do badania i znielowania poziomu rezygnacji z przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki, zapewniony zostanie uczestnikom zwrot kosztów dojazdu na badanie.

Na życzenie uczestnika możliwe jest zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie.

3.4. Szkolenie dla personelu medycznego

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie 2-godzinnego szkolenia stacjonarnego dla personelu medycznego, w tym m.in. dla lekarzy/lekarek POZ, pielęgniarzy/pielęgniarek, dietetyków/dietetyczek, w którym uczestnicy będą mieli szanse podnieść swój poziom wiedzy i umiejętności z zakresu profilaktyki nowotworu jelita grubego.

Program szkolenia zakłada edukację w zakresie:

- epidemiologii chorób nowotworowych dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- czynników ryzyka,
- profilaktyki pierwotnej i wtórnej,
- standardów diagnostycznych i leczniczych,
- opieki nad pacjentem po leczeniu onkologicznym.

W programie szkolenia zostanie zwrócona szczególna uwaga na aspekt profilaktyki pierwotnej, tj.: zwalczanie otyłości i nieprawidłowego żywienia, ograniczenie stosowania szkodliwych używek, w szczególności palenia tytoniu i picia alkoholu, promowanie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia. Dodatkowo program szkolenia obejmie wiedzę na temat barier powodujących niezgłaszanie się pacjentów na badania profilaktyczne oraz sposoby eliminowania tych barier. Szczególnie podkreślone zostanie znaczenie wykonywania okresowych badań profilaktycznych, a także kształtowania wśród pacjentów prawidłowych nawyków żywieniowych, jako elementu niwelującego ryzyko zachorowania na nowotwory dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Podczas szkolenia zaplanowano przeprowadzenie pre – i post-testu wiedzy, sprawdzającego zdobytą podczas szkolenia wiedzę. W szkoleniu będzie uczestniczyć **30 osób** z personelu medycznego, w tym lekarze/lekarki POZ, pielęgniarze/pielęgniarki i dietetycy/dietetyczki.

Jako formę uzupełniającą, zakłada się możliwość utworzenia treści edukacyjnych, do których personel medyczny będzie miał dostęp po zalogowaniu się na portalu projektowym, w dogodnym dla siebie czasie.

V. Koszty

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminie wyboru projektów.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu, który otrzyma dofinansowanie w ramach konkursu. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Wnioskodawca na etapie wniosku o dofinansowanie przygotuje szczegółowy budżet projektu.

Całkowity koszt jaki Instytucja Zarządzająca przeznaczyła na realizację programu pn. „Profilaktyka nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego dla osób w wieku 50 – 74 lata realizowana na terenie województwa wielkopolskiego” wynosi około **6 360 959,00 zł**.

Największy koszt projektu stanowią wynagrodzenia personelu medycznego wykonującego usługi na rzecz uczestników projektu. Ceny jednostkowe poszczególnych świadczeń zostały ustalone na podstawie aktualnych cen rynkowych, z uwzględnieniem prognozowanych wzrostów, wynikających m.in. z przepisów prawa.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych siatka płac kształtowana jest na podstawie przeciętnej pensji brutto w gospodarce narodowej, która stale wzrasta. Uchwalona w 2022 roku nowelizacja tej ustawy gwarantuje coroczną rewaloryzację minimalnych pensji, m.in. diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarek oraz lekarzy.

Jednocześnie, sytuacja na rynku usług medycznych, pokazuje jednoznaczny stały wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym sektorze. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wzrosło o 8,4%. W porównaniu z poprzednim rokiem odnotowano wzrost nominalnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto we wszystkich analizowanych grupach, ale największy wystąpił w sekcji opieka zdrowotna i pomoc społeczna (o 17,2%).¹⁸

¹⁸ GUS. Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r.

1. Planowane koszty

I.p.	Opis kosztu	Liczba	Cena jednostkowa	Suma
Działania informacyjno-promocyjne				494 000,00 zł
1.	Wydruk 25 000 szt. i wysyłka 15 000 szt. materiałów edukacyjno-informacyjnych		100 000,00 zł	100 000,00 zł
2.	Emisja radio/TV		20 000,00 zł	20 000,00 zł
3.	Portal projektowy		50 000,00 zł	50 000,00 zł
4.	Wynagrodzenie za serwis i utrzymanie portalu	36	4 500,00 zł	162 000,00 zł
5.	Wynagrodzenie za tworzenie treści edukacyjnych na portal	36	4 500,00 zł	162 000,00 zł
Spotkania edukacyjne				507 060,00 zł
1.	Organizacja spotkań w gminach – wynagrodzenie edukatora, dojazd i wynajem sali	226	810,00 zł	183 060,00 zł
2.	Wynagrodzenie za realizację edukacji indywidualnej	36	9 000,00 zł	324 000,00 zł
Monitoring i ewaluacja				810 000,00 zł
1.	Wynagrodzenie pracowników odpowiedzialnych za monitoring i ewaluację	36	22 500,00 zł	810 000,00 zł
Diagnostyka podstawowa				1 273 630,00 zł
1.	Sprzęt laboratoryjny i materiały do wykonania badania FIT	1	350 000,00 zł	350 000,00 zł
2.	Wynagrodzenie pracowników laboratorium	36	20 000,00 zł	720 000,00 zł
3.	Organizacja odbioru próbek do badania w gminach – wynajem sali, dojazd, wynagrodzenie osoby odbierającej	226	880,00 zł	198 880 zł
4.	Wysyłka wyników nieprawidłowych	950	5,00 zł	4 750,00 zł
Poradnia genetyczna				720 000,00 zł
1.	Wynagrodzenie pracowników poradni genetycznej	36	20 000,00 zł	720 000,00 zł
Diagnostyka pogłębiona - kolonoskopia				1 944 000,00 zł
1.	Kolonoskop z torem myjącym – 2 zestawy		500 000,00 zł	500 000,00 zł
2.	Badanie kolonoskopowe w znieczuleniu ogólnym - wynagrodzenie personelu medycznego, koszt środków farmakologicznych i materiałów zużywalnych, badania histopatologiczne wycinków/polipów	950	1520,00 zł	1 444 000,00 zł
Szkolenie personelu medycznego				34 000,00 zł
1.	Wynagrodzenie trenera przeprowadzającego szkolenie stacjonarne		2 000,00 zł	2 000,00 zł
2.	Wynajem sali na szkolenie		500,00 zł	500,00 zł
3.	Materiały edukacyjne	30	50,00 zł	1 500,00 zł

4.	Opracowanie merytoryczne, przygotowanie i zamieszczenie materiałów dla personelu POZ na portalu		30 000,00 zł	30 000,00 zł
Koszty bezpośrednie				5 782 690,00 zł
	Pozostałe koszty: • koszty pośrednie 10% kosztów bezpośrednich			578 269,00 zł

Zakup zestawów do pobrania materiału do badania i sprzętu laboratoryjnego do wykonania badania obejmuje dzierżawę na 3 lata lub zakup urządzenia do analizy próbek, zakup niezbędnych odczynników, buforów i kalibratorów do przeprowadzenia zaplanowanej liczby badań oraz 12 500 zestawów do pobrania i przygotowania próbki kału. Koszty związane z poradnictwem genetycznym oraz monitoringiem i ewaluacją stanowią koszty wynagrodzeń personelu.

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić około 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

Wydatki muszą być ponoszone zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

Zakres wykorzystania zakupionych w ramach programu środków trwałych/infrastruktury zarówno w okresie realizacji programu, jak również po jego zakończeniu będzie zgodny z zapisami Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminu wyboru projektów.

2. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, budżetu państwa (jeśli dotyczy) i wkładu własnego wnioskodawcy. Procentowy poziom podziału środków będzie zgodny z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

3. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Program zakłada przeprowadzenie spotkania na terenie każdej z gmin województwa wielkopolskiego, co umożliwi ograniczenie do minimum barier dostępności dla uczestników i umożliwi równy dostęp do badań przesiewowych, nie zawsze dostępnych na danym terenie. Dążenie do maksymalizacji objęcia

badaniami wszystkich osób z grupy docelowej będzie miało również znaczenie przy zmniejszeniu kosztu społecznego ponoszonego na leczenie osób późno zdiagnozowanych. Wskazuje się, że wykonanie badania immunochemicznego kału poprzedzającego badanie kolonoskopowe (w przypadku osób z dodatnim wynikiem na obecność krwi utajonej w kale) jest najbardziej efektywnym kosztowo narzędziem w kierunku wykrywania raka jelita grubego.¹⁹

VI. Monitorowanie i ewaluacja programu

Program zakłada jego monitorowanie i ewaluację. Działania monitorujące oraz ewaluacyjne będą prowadzone na bieżąco, dając możliwość szczegółowego raportowania przebiegu projektu oraz skuteczności programu profilaktycznego.

Monitorowanie realizacji niniejszego Programu zdrowotnego dotyczyć będzie głównie tych elementów Programu, które zmieniają się w czasie pod względem wielkości, a zatem przede wszystkim osiągniętych wskaźników oraz ponoszonych wydatków.

Monitoring dotyczyć będzie również jakości zaplanowanych działań w ramach Programu. W tym zakresie informacje z monitoringu będą miały charakter opisowy. Monitoring będzie prowadzony z uwzględnieniem mierników wskazanych w niniejszym Programie.

Zaplanowane zadania w ramach Programu będą podzielone w taki sposób, aby wszystkie elementy Programu podlegały monitorowaniu i raportowaniu. Koordynator Programu posiadać będzie również informacje dotyczące bieżącego wydatkowania środków. Informacje przekazywane koordynatorowi będą przez niego agregowane i na ich podstawie będzie powstawał raport z postępów w realizacji Programu.

1. Ocena zgłaszalności do Programu

Podmiot realizujący Program zdrowotny zobowiązany jest do prowadzenia rejestru liczby uczestników zgłaszających się do udziału w Programie. W rejestrze powinno zostać odnotowane ile uczestników zostało zakwalifikowanych do Programu. W przypadku braku kwalifikacji do Programu w rejestrze powinna znaleźć się adnotacja o przyczynach i liczbie niezakwalifikowanych do udziału w Programie osób. Analizie poddawana będzie liczba osób zgłaszających się do Programu w stosunku do liczby osób zakwalifikowanych do udziału.

Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie:

¹⁹ Opinia Rady Przejrzystości nr 26/2022 z dnia 28 lutego 2022 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworu jelita grubego [PDF], https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/rada/protokoly/2022_RP/28022022_protokol_RP_9_do_publicacji_REOPTR.pdf [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

- liczby osób, które zgłosiły się do udziału w Programie,
- liczby osób, które zostały zakwalifikowane do Programu,
- liczby osób, które miały wykonane podstawowe badanie profilaktyczne (test FIT),
- liczby osób, które miały wykonaną pogłębioną diagnostykę (kolonoskopia diagnostyczna lub kolonoskopia z biopsją i/lub polipektomią),
- liczby osób, które zrezygnowały z etapu pogłębionej diagnostyki, z analizą przyczyn rezygnacji,
- liczby osób z personelu medycznego, które wzięły udział w szkoleniu.

2. Ocena jakości świadczeń

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie ankiety satysfakcji (w postaci papierowej lub/i elektronicznej) oraz analizy pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników korzystających z badań oraz szkoleń. W ocenie jakości Realizator może również uwzględnić swoje uwagi, jeśli zostaną wykryte na etapie realizacji projektu.

Wzór ankiety satysfakcji po udziale w spotkaniu edukacyjnym stanowi załącznik nr 2, a ankieta satysfakcji po udziale w kolonoskopii załącznik nr 3.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie bazowała na porównaniu stanu uczestnika przed wprowadzeniem działań i po zakończeniu jego udziału w programie. Zostanie ona dokonana na podstawie poniższych wskaźników:

- liczby osób uczestniczących w edukacji, u której doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre- i post-testu) na temat zagadnień związanych z rakiem jelita grubego,
- liczby osób, u których nie stwierdzono zmian w obrębie jelita grubego,
- liczby osób, u których wykryto polipy gruczolakowate jelita grubego,
- liczby osób, u których doszło do zdiagnozowania raka jelita grubego.

Ocena prowadzona będzie na podstawie corocznej oraz końcowej analizy powyższych wskaźników.

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 województwa wielkopolskiego.

4. Trwałość efektów zdrowotnych

Kontynuacja wieloletniego Programu realizowanego w kilku etapach na terenie województwa wielkopolskiego daje możliwość zapewnienia długofalowych działań, które są w stanie przynieść efekty populacyjne w postaci obniżenia współczynników umieralności lub też zachorowalności. Realizacja programu daje możliwość promowania zdrowego stylu życia, a prawidłowo przeprowadzone badania przesiewowe są kosztowo-efektywne i przynoszą wymierne korzyści zarówno społeczne jak i medyczne oraz epidemiologiczne.

Podniesienie wiedzy pracowników podmiotów realizujących usługi zdrowotne stworzy podstawę do kontynuowania podejmowanych działań w trakcie i po zakończeniu realizacji Programu.

VII. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię i Nazwisko, Pesel

.....

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie.

2. Oświadczam, że:

- nie rozpoznano u mnie wcześniej nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy i nie byłem/byłem leczona/-y w tym zakresie,

- jednocześnie w momencie przystąpienia do Programu jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystam/ nie będę korzystać z analogicznych świadczeń realizowanych w ramach środków publicznych, środków krajowych lub unijnych,

- wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
data i czytelny podpis

Załącznik nr 2

ANKIETA SATYSFAKCJI

Szanowni Państwo,

zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, gdyż zależy nam na poznaniu Państwa opinii na temat programu zdrowotnego. Zebrane informacje pomogą nam jeszcze lepiej zorganizować zaplanowane działania oraz poprawić jakość świadczonych przez nas usług.

Ankieta jest anonimowa.

Odpowiedzi proszę wskazywać poprzez zaznaczenie znakiem „x” odpowiedniego pola.

Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Wiek ☐ 50-55 ☐ 56-61 ☐ 62-67 ☐ 68-74

Miejsce zamieszkania:

- ☐ Wieś
- ☐ Miasto do 50 tys.
- ☐ Miasto od 50 tys. do 150 tys.
- ☐ Miasto od 150 tys. do 500 tys.
- ☐ Miasto powyżej 500 tys.

1. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o realizacji programu zdrowotnego?

plakat: ☐ lekarz rodzinny/specjalista: ☐ Internet: ☐ rodzina/znajomi: ☐ media: ☐

ulotka/zaproszenie ☐ inne: ☐ (jakie?)

2. Prosimy dokonać oceny aspektów związanych z realizacją programu profilaktycznego, które wskazane zostały w poniższej tabeli poprzez zaznaczenie znaku „X” w odpowiednim polu.

Jak ocenia Pan(i):	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Ani dobrze, ani źle	Raczej źle	Bardzo źle
przydatność informacji przekazanych na spotkaniu edukacyjnym					
sposób/formę przekazywania informacji przekazywanych na spotkaniu edukacyjnym					
możliwość zadawania pytań i uzyskiwania wyjaśnień od prowadzącego spotkanie					
termin spotkania edukacyjnego					
miejsce spotkania edukacyjnego					

Pana/Pani dodatkowe uwagi lub opinie na temat udziału w programie zdrowotnym	
--	--

3. Czy zdobyte podczas spotkania informacje spowodują zmianę Pana/Pani zachowań zdrowotnych?

zdecydowanie tak ☐
 raczej tak ☐
 nie wiem ☐
 raczej nie ☐
 zdecydowanie nie ☐

data

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Załącznik nr 3

ANKIETA SATYSFAKCJI

Szanowni Państwo,

zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety, gdyż zależy nam na poznaniu Państwa opinii na temat programu zdrowotnego. Zebrane informacje pomogą nam jeszcze lepiej zorganizować zaplanowane działania oraz poprawić jakość świadczonych przez nas usług.

Ankieta jest anonimowa.

Odpowiedzi proszę wskazywać poprzez zaznaczenie znakiem „x” odpowiedniego pola.

Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Wiek ☐ 50-55 ☐ 56-61 ☐ 62-67 ☐ 68-74

Miejsce zamieszkania:

- ☐ Wieś
- ☐ Miasto do 50 tys.
- ☐ Miasto od 50 tys. do 150 tys.
- ☐ Miasto od 150 tys. do 500 tys.
- ☐ Miasto powyżej 500 tys.

1. Prosimy dokonać oceny aspektów związanych z realizacją programu profilaktycznego, które wskazane zostały w poniższej tabeli.

Jak ocenia Pan(i):	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Ani dobrze, ani źle	Raczej źle	Bardzo źle
Organizację odbioru próbek do badania kału					
Czas oczekiwania na wyniki badania kału					
Czas oczekiwania na kolonoskopię					
Wyjaśnienie przez personel procesu przygotowania do kolonoskopii					
Uprzejmość i kulturę osobistą personelu medycznego podczas kolonoskopii					
Zrozumiałość (precyzyjność, fachowość) przekazywania informacji podczas konsultacji lekarskiej oraz badania					
Warunki, w których odbywała się kolonoskopia (wyposażenie i czystość pomieszczeń, dostęp do toalety)					
Pana/Pani dodatkowe uwagi lub opinie na temat udziału w programie zdrowotnym					

Jak silny poziom dyskomfortu odczuwał/a Pan(i) podczas kolonoskopii:	Bardzo silny	Silny	Umiarkowany	Słaby	Prawie wcale/brak
Dyskomfort psychiczny (np. stres)					
Dyskomfort fizyczny (np. ból)					

2. Czy poleciłby/poleciłaby Pan(i) udział w programie profilaktycznym innym osobom?

- ☐ Zdecydowanie tak
☐ Raczej tak
☐ Ani tak, ani nie
☐ Raczej nie
☐ Zdecydowanie nie

Data:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

VIII. BIBLIOGRAFIA

¹ <http://gco.iarc.fr/today/homeglobocan.iarc.fr/Default.aspx> [dostęp z dnia 11.09.2023]

² <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp z dnia 11.09.2023]

³ Claudia Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo, Hannah K Weir, PhD Prof Michel P Coleman, BM BCh CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14(CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018; 391; 1023-1075.

⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 6/2023 z dnia 28 lutego 2023 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców gminy Pszczyna na lata 2023-2027 [PDF], <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2023/OP-0006-2023.pdf>. [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021

⁶ http://pbbp.org.pl/wp-content/uploads/2018/03/Zg%C5%82aszalno%C5%9B%C4%87_2012-2017-1.pdf [dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

⁷ <http://pbbp.org.pl/wp-content/uploads/2022/07/Liczba-badan-2000-2021.pdf> [dostęp z dnia 12.09.2023]

⁸ Janiak M., Głowacka P., Kopeć A., Staśkiewicz A. Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Via medica* 2016. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016, tom 8, nr 4, 142–151.

⁹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548 [dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

¹⁰ Opinia Rady Przejrzystości nr 26/2022 z dnia 28 lutego 2022 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworu jelita grubego [PDF], [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

¹¹ Program badań przesiewowych raka jelita grubego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej. AOTMiT 2022, za: Pilonis, N.D., et al., Participation in Competing Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Randomized Health Services Study (PICCOLINO Study). *Gastroenterology*, 2021. 160(4): p. 1097-1105

¹² Stan i struktura demograficzna ludności oraz liczba 27.09.2022 r. budynków i mieszkań w województwie wielkopolskim – wyniki ostateczne NSP 2021 [PDF], <https://poznan.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/ludnosc/stan-i-struktura-demograficzna-ludnosc-i-liczba-budynkow-i-mieszkan-wyniki-ostateczne-nsp-2021,3,1.html>, str.1

¹³ Rocznik statystyczny Województwa Wielkopolskiego 2022, dział IV Ludność, s. 35

¹⁴ Rekomendacja nr 59/2022 z dnia 21 czerwca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Program badań przesiewowych raka jelita grubego jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych [PDF],
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2022/046/REK/2022%2006%2021%20BP%20Rekomendacja%2059-2022%20program%20przesiewowy%20RJG_swiadczenia%20egz_BIP.pdf [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

¹⁵ Program badań przesiewowych raka jelita grubego w Wielkopolsce (lista placówek) - <https://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/17448/>, data wejścia: 4.12.2023

¹⁶ Pilonis, N.D. i in. Participation in Competing Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Randomized Health Services Study (PICCOLINO Study), *Gastroenterology* 2021;160:1097–1105

¹⁷ GUS. Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r.

¹⁸ Opinia Rady Przejrzystości nr 26/2022 z dnia 28 lutego 2022 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworu jelita grubego [PDF],
https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/rada/protokoly/2022_RP/28022022_protokol_RP_9_do_publikacji_REOPTR.pdf [Dostęp z dnia 12.09.2023 r.]

IX. SPIS RYCIN

Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim

Rycina 2. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 3. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020

Rycina 4. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim

Rycina 5. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 6. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 7. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w województwie wielkopolskim w grupie wieku 50-74 lata

Rycina 8. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w województwie wielkopolskim w grupie wieku 50-74 lata