



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY

Zapobieganie i wczesne wykrywanie raka płuc w województwie zachodniopomorskim

Opracowany zgodnie z Rekomendacją nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca.

Podstawa prawna:

Art. 48 a ust. 1 i 5 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2024 r. poz. 146).

Szczecin, czerwiec 2024 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu	3
I.1. Opis problemu zdrowotnego	3
I.2. Dane epidemiologiczne	5
I.3. Opis obecnego postępowania	15
I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	16
II. Cele Programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	21
II.1. Cel główny	21
II.2. Cele szczegółowe	21
II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu	21
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencje planowane w ramach Programu	21
III.1. Populacja docelowa	21
III.2. Kryteria kwalifikacji do Programu oraz kryteria wyłączenia z Programu	23
III.3. Planowane interwencje	24
III.4. Sposób udzielania świadczeń	28
IV.5. Sposób zakończenia udziału w Programie	29
IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej	29
IV.1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów	29
IV.2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	32
V. Sposób monitorowania i ewaluacji	34
V.1. Monitorowanie	34
V.2. Ewaluacja	35
VI. Budżet Programu	36
VI.1. Koszty jednostkowe	36
VI.2. Koszty całkowite	39
VI.3. Źródła finansowania	39
VII. Bibliografia	40
VIII. Załączniki	41
Załącznik 1 Oświadczenie uczestnika programu	41
Załącznik 2 Test uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma	42
Załącznik 3 Test motywujący do zaprzestania palenia wg Schneider	43
Załącznik 4 Ankieta satysfakcji pacjenta	44

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny nie tylko w Polsce, ale także w wielu krajach Europy i całego świata. Skalę tego problemu określa liczba nowych zachorowań - około 170 tys. oraz liczba zgonów - ponad 100 tys. zgonów rocznie. Szacuje się, że pod koniec drugiej dekady XXI wieku na każde 100 tys. polskiej populacji co roku u około 440 osób zdiagnozowano nowotwór, a ponad 3 tysiące osób żyło z chorobą nowotworową zdiagnozowaną w ciągu ostatnich 10 lat. Nowotwory są drugą w kolejności przyczyną zgonu w Polsce (po chorobach układu krążenia) odpowiadając za około ¼ zgonów.¹ Na podstawie danych z lat 1999, 2010 i 2019 stwierdzono, że najbardziej istotnymi problemami zdrowotnymi w Polsce niezmiennie były: choroba niedokrwienna serca, udar i nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (pierwsze trzy miejsca w rankingu wg wartości bezwzględnej DALY dla Rzeczypospolitej Polskiej, bez podziału na płeć i grupy wiekowe).²

Według wartości wskaźnika DALY zaobserwowano, że w Polsce w 2019 r. najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu chorób układu krążenia (21 % całkowitej wartości DALY) oraz nowotworów (19 % DALY). Liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła o ponad 26% na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. WHO kwalifikuje nowotwory jako choroby cywilizacyjne, czyli takie, które nasilają się globalnie i są wynikiem zmian stylu życia i stanu środowiska. Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności, jak i z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze.³

Nowotwór to nieprawidłowa tkanka charakteryzująca się nadmiernym rozrostem, niepodporządkowującym się prawidłowym funkcjom organizmu. Niekontrolowane przez mechanizmy fizjologiczne mnożenie się komórek prowadzi do uszkodzenia narządu macierzystego.

W tkance prawidłowej istnieje stała równowaga pomiędzy mnożeniem się i obumieraniem komórek. W ciągu całego naszego życia zdrowe komórki dzielą się i zastępują stare, obumarłe komórki nowymi. W tkance nowotworowej mechanizmy kontrolujące przestają działać, zaczyna dominować proces namnażania (prolifracji). Dzielące się wciąż komórki tracą zdolność do różnicowania się i dojrzewania. (*Definicja nowotworu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej www.ptok.pl*)

Rak płuc (ICD-10: C34 – nowotwór złośliwy oskrzela i płuca) stanowi chorobę nowotworową wywołaną przez proliferację złośliwych komórek nowotworowych, narastających w drogach oddechowych bądź tkance płucnej. Zaburzenia te powstają najczęściej na skutek działania czynników rakotwórczych. Wyróżnić można trzy typy raka płuca: rak niedrobnokomórkowy, rak drobnokomórkowy, rzadkie nowotwory płuca.⁴

Do czynników ryzyka rozwoju raka płuca zalicza się:

- czynniki genetyczne i demograficzne:
 - predyspozycja rodzinna, obecność raka płuca w historii rodziny,

¹ Krajowy Rejestr Nowotworów, Nowotwory Złośliwe w Polsce, <https://onkologia.org.pl/pl/epidemiologia/nowotwory-zlosliwe-w-polsce>, dostęp: 02.10.2023 r.

² Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026.

³ Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

⁴ Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca.

- wiek pow. 50 r. ż,
- stała lub okresowa ekspozycja na radon, azbest, metale ciężkie oraz promieniowanie jonizujące
 - przebyte lub obecne przewlekłe choroby płuc:
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- zwłóknienie płuc
 - czynniki związane z odżywianiem i stylem życia:
- wieloletnie czynne palenie tytoniu,
- bierne palenie tytoniu,
- ekspozycja na opary powstałe w procesie przygotowywania potraw (wędzenie).

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka płuca jest czynne i bierne palenie tytoniu. Dym tytoniowy zawiera kilka tysięcy związków chemicznych, spośród których kilkadziesiąt to substancje o udowodnionym silnym działaniu rakotwórczym. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest proporcjonalne do długości czasu palenia tytoniu, liczby wypalanych papierosów i wieku rozpoczęcia palenia. Szacuje się, iż osoba paląca papierosy ma około 60- krotnie zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuca. W krajach europejskich co piąty przypadek raka jest powodowany przez palenie papierosów. Nałóg ten jest przyczyną ponad 80 proc. zachorowań na raka krtani i płuca, co drugi nowotwór gardła, co trzeci jamy ustnej i przełyku, co czwarty nowotwór wątroby, co piąty rak żołądka. Średnio blisko 35 proc. wszystkich zgonów z powodu nowotworów można przypisać paleniu tytoniu.⁵

Najważniejszą przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu jest palenie i zażywanie tytoniu. Wskaźnik ten dla Polski kształtuje się na poziomie 14,6 % i jest o 3,3 p. p wyższy niż średnia UE. Odsetek palących i zażywających tytoń w Polsce obecnie jest nieco wyższy niż średni poziom europejski (średnia UE -19,2%, Polska -22,8 %).⁶

Rak płuca jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów złośliwych – przeżycie 5-letnie w Polsce wynosi 14,4%. Nowotwory płuca w bardzo wczesnych stadiach zaawansowania zazwyczaj nie powodują objawów i bywają czasami wykrywane w badaniach radiologicznych wykonanych z innych przyczyn. W kolejnych fazach objawy choroby w dużej mierze zależą od stadium rozwoju oraz lokalizacji ognisk nowotworowych. U chorych mogą pojawić się takie objawy jak: ograniczenie wydolności oddechowej lub duszność, kaszel, krwioplucie, bóle w klatce piersiowej, nawrotowe i przedłużające się zapalenia płuc. Ponadto, może pojawić się ogólne osłabienie organizmu oraz utrata masy ciała.

Strategia leczenia nowotworów płuca i tchawicy zależy od trzech podstawowych czynników: typu nowotworu, stopnia zaawansowania i wydolności chorego oraz jego chorób współistniejących.

W dużym uproszczeniu przy wyborze leczenia obowiązują następujące zasady:

- leczenie nowotworu w miejscowym lub regionalnym stopniu zaawansowania (np. niedrobnokomórkowy rak płuca w I-III stopniu zaawansowania) prowadzi się przede wszystkim z udziałem metod leczenia miejscowego (chirurgii lub radioterapii), czasami uzupełnionych chemioterapią,

⁵ Krajowy Rejestr Nowotworów, Palenie Tytoniu, <https://onkologia.org.pl/pl/palenie-tytoniu>, dostęp: 02.10.2023 r.

⁶ Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

- rak drobnokomórkowy płuca charakteryzuje się bardzo dużą agresywnością biologiczną, częstym tworzeniem przerzutów odległych oraz względnie wysoką wrażliwością na chemioterapię, która odgrywa wiodącą rolę w leczeniu tego nowotworu,
- chorzy na nowotwory w stadium rozsiewu (IV stopień zaawansowania) powinni być leczeni z intencją paliatywną, której zasadniczym celem jest przedłużenie życia przy zachowaniu jego dobrej jakości. Działania uboczne leczenia nie powinny znacząco pogarszać jakości życia.⁷

Reasumując, we wczesnej fazie rozwoju nowotwór nie daje żadnych objawów, a te w późniejszych fazach nie są jednoznaczne i zależą w dużej mierze od stadium oraz lokalizacji ognisk nowotworowych. Średnia 5-letnich przeżyć dla stadium I raka płuca wynosi między 60% a 80%, z kolei dla stadium IV czas przeżycia nie przekracza roku.

Regionalny Program Zdrowotny przyczyni się do poprawy wiedzy wśród pacjentów oraz kadry medycznej w zakresie profilaktyki i leczenia raka płuc poprzez indywidualną edukację zdrowotną i szkolenia skierowane do medyków zaangażowanych w realizację Programu. Wpłynie także na zwiększenie dostępu do badań diagnostycznych NDTK płuc.

I.2. Dane epidemiologiczne

Dostępne dane epidemiologiczne globalne i regionalne potwierdzają skalę problemu, jakim jest rak płuca. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rak płuca jest najczęstszym nowotworem na świecie (rocznie ok. 1,8 mln zachorowań, prawie 13% wszystkich nowych zachorowań). Mężczyźni stanowią 68% wszystkich chorych. Rak płuca jest co roku przyczyną zgonu około 1,2 miliona osób (17% wszystkich zgonów nowotworowych). Szacuje się, że około 85-90% zgonów z powodu raka płuca jest ściśle związanych z paleniem tytoniu, a odsetek niepalących wśród osób z rakiem płuca wynosi około 10-15%.⁸

W przeciągu ostatnich 20 lat w Polsce liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów wzrosła⁹, czego głównym powodem jest starzenie się populacji oraz wzrost narażenia na czynniki ryzyka wynikające ze stylu życia (niewłaściwa dieta, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu).

Liczba zgonów spowodowana chorobami nowotworowymi wzrosła aż o 25% od 1999 r. Spośród nich największy udział mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, które odpowiadają łącznie za ok. 12% wszystkich zgonów w kraju. Według prognoz, liczba zgonów, chorobowość i zapadalność na nowotwory będą wzrastać do 2028 r., podczas gdy w UE, poza liczbą zgonów, prognozuje się, że wskaźniki te będą miały tendencję spadkową.¹⁰

Analiza dynamiki najważniejszych problemów zdrowotnych wykazała, że od 1999 r. najwyższe wartości wskaźnika DALY osiągnęły odpowiednio: choroba niedokrwienna serca, udar oraz nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Potwierdza to analiza dynamiki zgonów, ponieważ wymienione problemy były również najważniejszymi ich przyczynami. Według prognoz na lata 2019-2028 sytuacja ta nie ulegnie zmianie i te trzy problemy zdrowotne wciąż odpowiedzialne

⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów, Nowotwory Złośliwe w Polsce, <https://onkologia.org.pl/pl/nawotwory-pluca-i-oplucnej-diagnostyka#page-main-image>, dostęp: 04.10.2023 r.

⁸ Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia.

⁹ Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022 - 2026

¹⁰ Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026

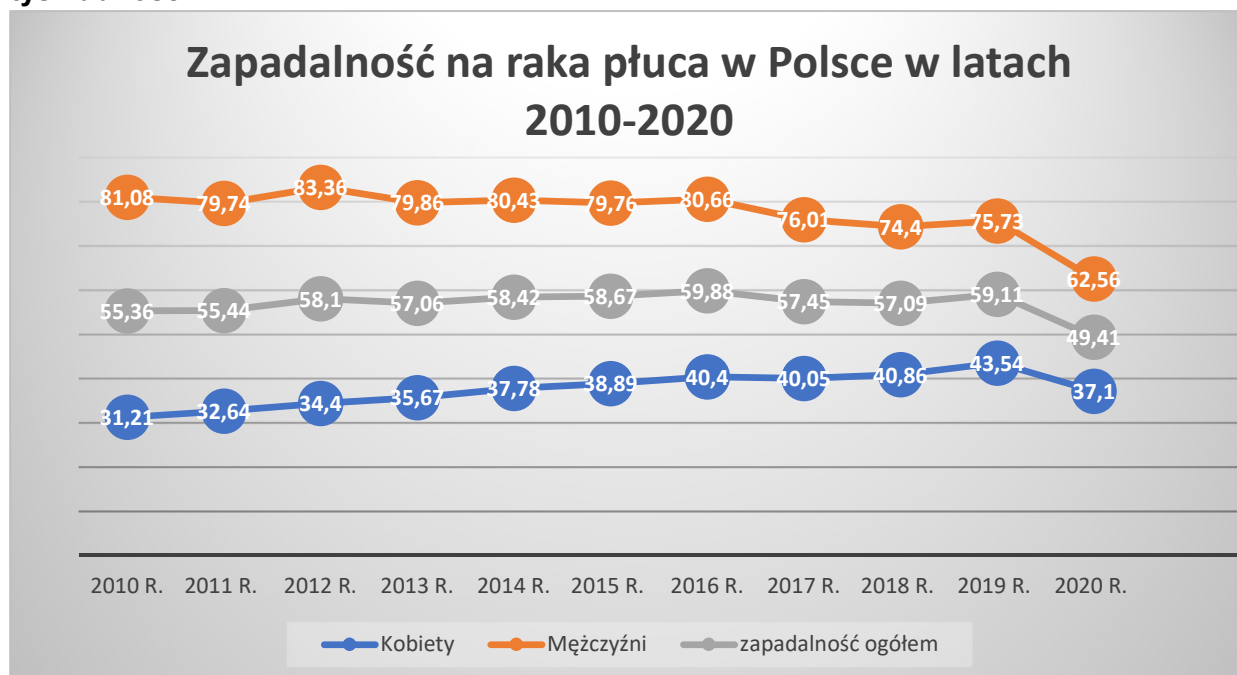
będą za największą liczbę zgonów. Do 2009 r. wskaźnik DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc zajmował trzecie miejsce. W ostatnich dziesięciu latach ten problem zdrowotny okazał się dla mieszkańców województwa na tyle dotkliwy, że w rankingu przesunął się na drugą pozycję, wyprzedzając udary.

W Polsce nowotwory złośliwe po chorobach układu sercowo – naczyniowego stanowią drugą przyczynę zgonów, powodując w 2020 roku 21,8% zgonów mężczyzn i 20% zgonów kobiet. Rak płuca jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym oraz najczęstszą przyczyną zgonu zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2020 roku na raka płuca zachorowały 18 952 osoby, współczynnik na 100 tys. ludności kształtował się na poziomie 49,41. Zachorowania na ten nowotwór występują niemal dwukrotnie częściej w populacji mężczyzn (11 606 zachorowań, współczynnik na 100 tys. wynosił 62,56) niż w populacji kobiet (7 346 zachorowań, współczynnik na 100 tys. wynosił 37,1). W 2020 r. z powodu raka płuca odnotowano 22 213 zgonów (22 % ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych). Liczba zgonów pośród mężczyzn na raka płuca sięgnęła 14 211, co stanowi około 64 % wszystkich zgonów z powodu tego nowotworu w danym roku, natomiast wśród kobiet na nowotwór płuca zmarło 8 002 osoby. Liczba zgonów spowodowanych rakiem płuc wśród kobiet przewyższyła liczbę zgonów spowodowanych rakiem piersi (6 956). Najwięcej zachorowań i zgonów w polskiej populacji odnotowuje się w województwach w których występują duże aglomeracje miejskie oraz duża liczba ośrodków przemysłowych i produkcyjnych.¹¹ W roku 2020 największą liczbę zgonów zarejestrowano w województwie: mazowieckim (3 086), śląskim (2 568) i wielkopolskim (2 221).

W województwie zachodniopomorskim w 2020 r. z powodu raka płuc odnotowano 927 zachorowań, zmarło 1 150 osób, co plasuje województwo na 5 miejscu w kraju.

¹¹ Wczesne wykrywanie raka płuca z wykorzystaniem NDTK. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust.1 ustawy), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2019.

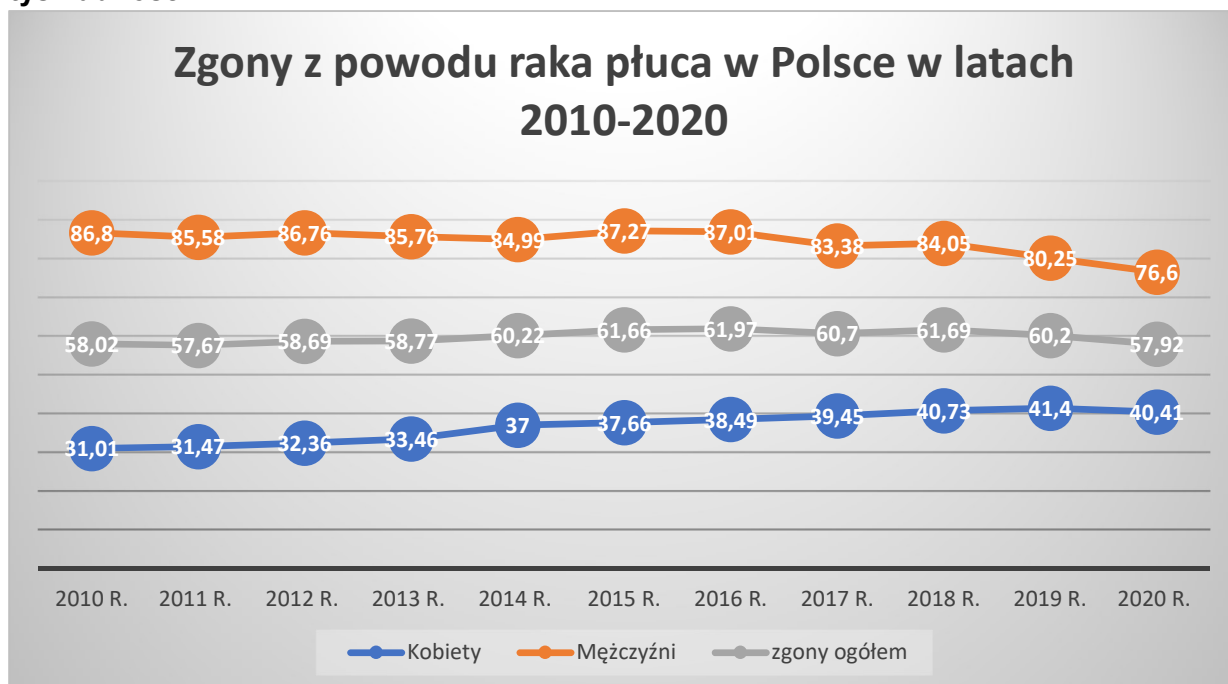
Wykres 1. Zapadalność na raka płuca w Polsce w latach 2010-2020 – wskaźnik na 100 tys. ludności



Źródło: opracowanie własne, <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z dnia 09.10.2023 r.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) zapadalność na raka płuca w populacji ogólnej utrzymuje się w zakresie 50-60 osób na 100 tys. populacji w latach 2010 - 2020. Najniższy wskaźnik zapadalności na raka płuca dla ogółu populacji obserwujemy w roku 2020 (49,41). Najwyższy natomiast 59,88 odnotowano w 2016 roku. Zapadalność na raka płuca znacznie różni się w populacji kobiet i mężczyzn. Współczynnik zapadalności u mężczyzn jest znacznie wyższy niż u kobiet, choć obserwuje się obecnie powolny jego spadek przy jednoczesnym wzroście w populacji kobiet. W efekcie zapadalność w populacji mężczyzn w latach 2010-2020 spadła z 81,08 przypadków na 100 tys. osób w roku 2010 do 62,56 przypadków na 100 tys. osób w roku 2020. Odwrotną sytuację mamy w populacji kobiet gdzie zapadalność wzrosła z poziomu 31,21 przypadków na 100 tys. ludności w roku 2010 do 43,54 przypadków na 100 tys. osób w roku 2019. W roku 2020 obserwujemy natomiast spadek wskaźnika o 6,44 przypadków na 100 tys. osób w porównaniu do roku wcześniejszego. Obserwowany w 2020 r. spadek zachorowań prawdopodobnie jest spowodowany odraczaniem diagnoz związanych z pandemią COVID-19 i ograniczeniami w realizacji programów wczesnego wykrywania nowotworów.

Wykres 2. Zgony z powodu raka płuca w Polsce w latach 2010-2020 – wskaźnik na 100 tys. ludności



Źródło: opracowanie własne, <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z dnia 22.01.2024 r.

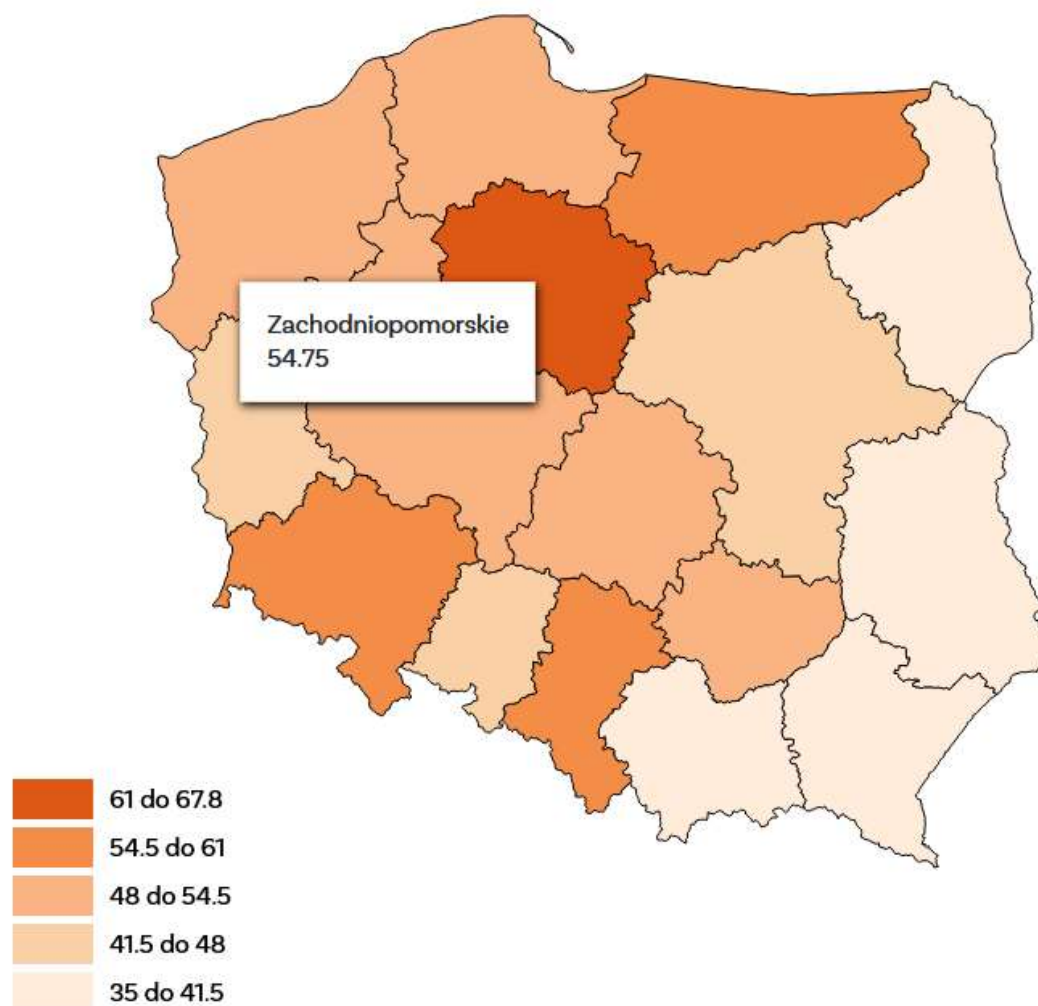
Według danych KRN w Polsce w okresie dziesięciu lat (od roku 2010 do roku 2020) w populacji ogólnej z powodu raka płuca zmarło łącznie 231 517 osób. W analizowanym okresie w populacji ogólnej najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w 2016 roku (61,97). Najmniej zgonów zarejestrowano w roku 2011 gdzie wskaźnik na 100 tys. ludności prezentował się na poziomie 57,67. W badanych latach w populacji mężczyzn zaobserwować można spadek zgonów z powodu raka płuca. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w 2010 roku (86,8) najniższą natomiast w 2020 roku (76,6). Odwrotna sytuacja prezentuje się w populacji kobiet, gdzie mamy wzrost wskaźnika zgonów z 31,01 w 2010 r. do 40,41 w 2020 r. Na przestrzeni prezentowanych 10 lat wskaźnik zgonów kobiet na 100 tys. wzrósł o 9,4.

W kraju najwięcej zgonów (23 812) odnotowano w roku 2016, najmniej natomiast (22 213) w roku 2020.

Tabela 1 . Zapadalność na raka płuca w Polsce w latach 2015-2020 wg województw

Powiaty	Zapadalność na raka płuca - wskaźnik na 100 tys. ludności					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dolnośląskie	62,64	64,54	66,26	68,22	78,93	58,17
Kujawsko – Pomorskie	72,18	82,70	75,09	77,95	82,53	67,95
Lubelskie	49,64	51,08	53,12	47,56	51,32	40,55
Lubuskie	55,71	57,50	55,97	45,50	46,49	45,93
Łódzkie	56,36	64,46	58,47	63,51	64,10	51,33
Małopolskie	50,70	47,18	44,42	46,51	47,17	39,84
Mazowieckie	53,77	50,46	51,87	48,69	53,83	44,53
Opolskie	50,16	46,05	52,36	56,49	50,49	45,07
Podkarpackie	44,16	45,28	44,60	42,28	40,89	35,56
Podlaskie	46,29	43,37	44,30	34,67	40,02	36,38
Pomorskie	71,46	69,09	68,15	70,02	69,72	52,46
Śląskie	62,47	62,13	59,37	59,50	62,66	58,41
Świętokrzyskie	60,24	64,73	58,25	62,13	61,02	51,62
Warmińsko-Mazurskie	73,77	72,12	70,25	71,55	65,57	57,94
Wielkopolskie	60,74	63,58	60,46	58,79	59,73	51,19
ZACHODNIOPOMORSKIE	68,97	82,51	60,76	61,84	59,18	54,75

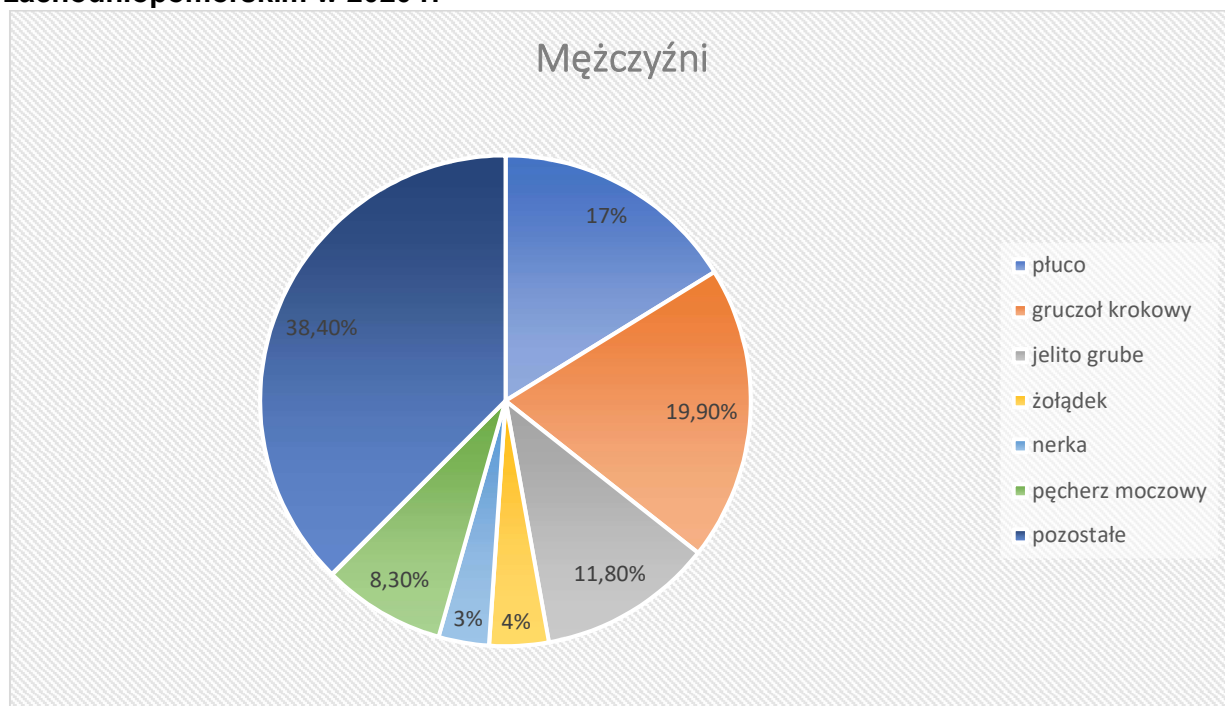
W analizowanym okresie najwyższy wskaźnik zapadalności na raka płuca odnotowano w 2019 roku w województwie kujawsko-pomorskim. Najniższy natomiast w roku 2018 w województwie podlaskim. W województwie zachodniopomorskim najwyższy wskaźnik zapadalności przypadł na rok 2016 (82,51) a najniższy był w roku 2020 (54,75).

Mapa 1. Zachorowania na raka płuca na 100 tys. osób w Polsce w 2020 r. (wg województw)

Źródło: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z dnia 09.10.2023 r.

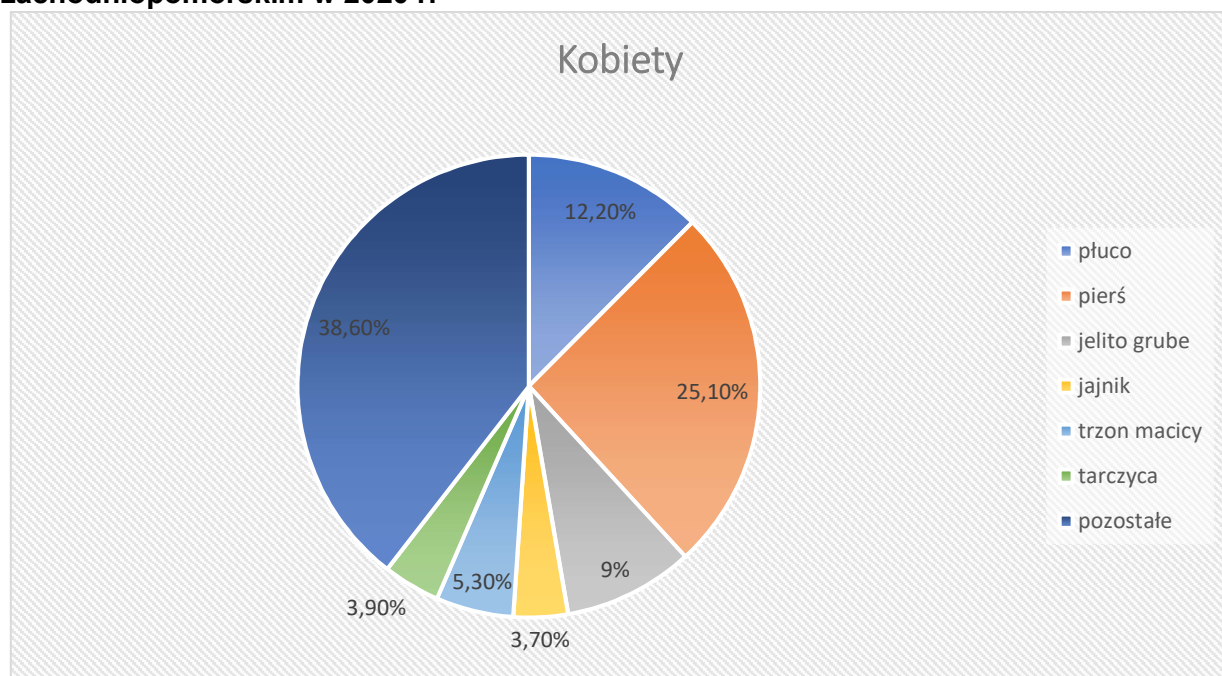
Pod względem zachorowań na raka płuca województwo zachodniopomorskie plasuje się na 5 miejscu w kraju ze wskaźnikiem 54,75 (razem z województwem pomorskim, wielkopolskim, łódzkim i świętokrzyskim). Największy wskaźnik odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim, najniższy natomiast w województwie podkarpackim.

Wykres 3. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w woj. zachodniopomorskim w 2020 r.



Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów (s.40)

Wykres 4. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w woj. zachodniopomorskim w 2020 r.

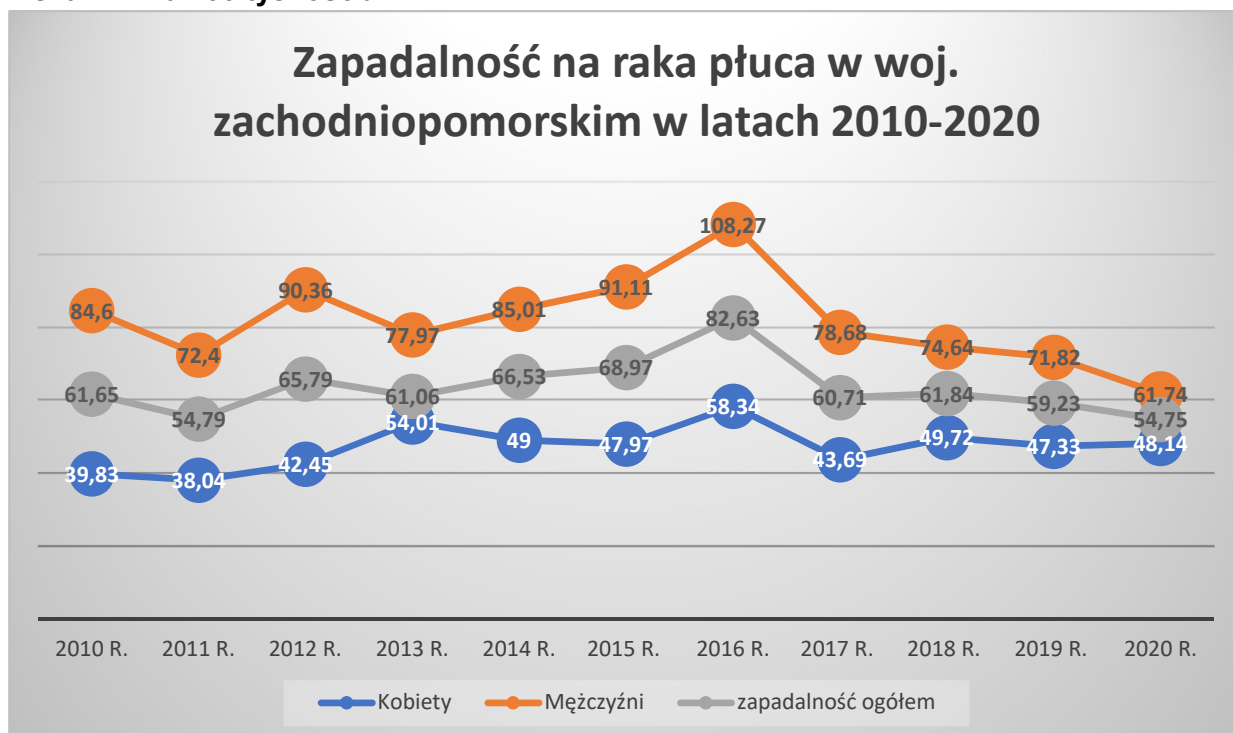


Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów (s.40).

W województwie zachodniopomorskim w 2020 r. na pierwszym miejscu wśród zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn znalazły się nowotwory gruczołu krokowego (19,9%),

wyprzedzając nowotwory płuc (17%) i jelita grubego (11,8%). W strukturze zachorowań na nowotwory złośliwe w populacji kobiet na pierwszym miejscu był rak piersi (25,1%), następnie płuco (12,2%) i rak jelita grubego (9%).

Wykres 5. Zapadalność na raka płuca w woj. zachodniopomorskim w latach 2010-2020 – wskaźnik na 100 tys. osób.

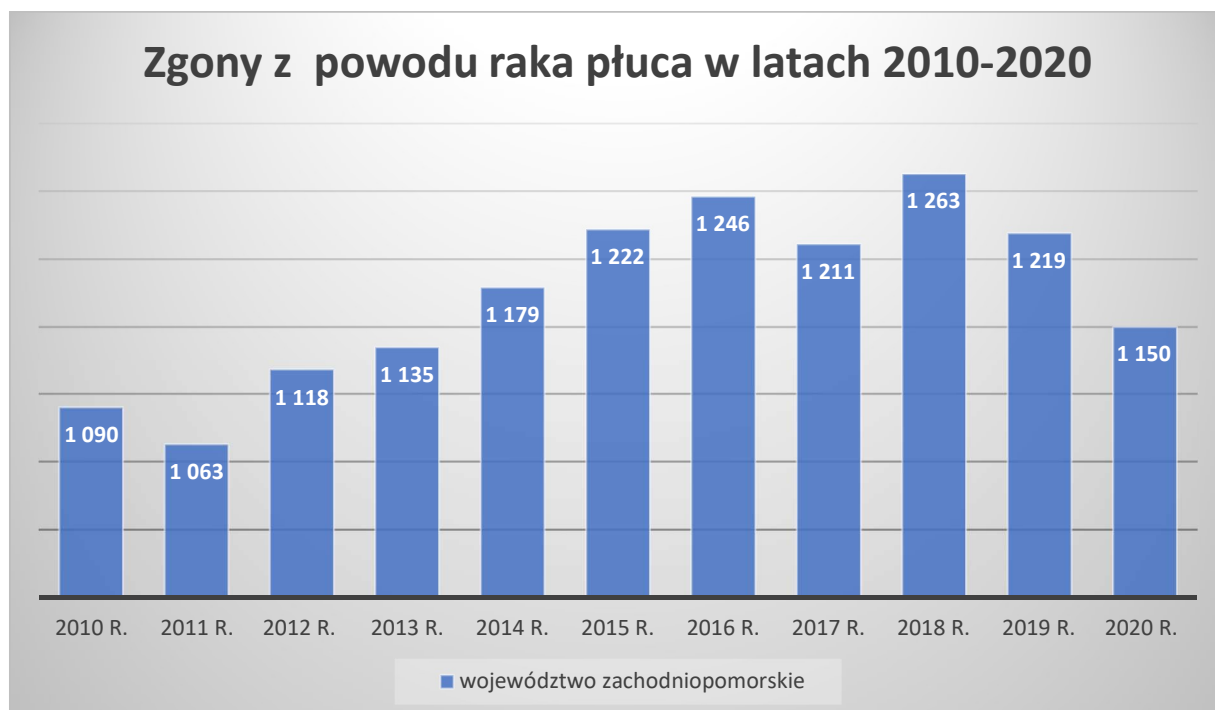


Źródło: opracowanie własne, <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z dnia 22.01.2024 r.

W województwie zachodniopomorskim wskaźnik zapadalności na raka płuca dla ogółu mieszkańców w roku 2020 wynosił 54,75 przypadków na 100 tys. mieszkańców i był to najniższy obserwowany wskaźnik w latach 2010-2020. Najwyższy wskaźnik na poziomie 82,63 odnotowano w 2016 roku. Podobnie jak w kraju współczynnik zapadalności u mężczyzn jest znacznie wyższy niż u kobiet. Po roku 2016 zapadalność w populacji mężczyzn zmalała z 108,27 przypadków na 100 tys. mieszkańców do 61,74 przypadków na 100 tys. mieszkańców w 2020 roku. Tendencję spadkową obserwujemy również w populacji kobiet, mianowicie po roku 2016 zapadalność na raka płuca spadła z 58,34/100 tys. osób do 48,14 przypadków na 100 tys. osób w roku 2020.

Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet), przy czym około 50 % zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65 roku życia.

Jak wynika z danych prezentowanych na powyższym wykresie, w latach 2016-2020 w województwie zachodniopomorskim zachorowalność kobiet na raka płuca spadała. Najwyższy współczynnik zachorowań odnotowano w roku 2016 (58,34) a najniższy w roku 2011 (38,04). Natomiast w populacji mężczyzn w analizowanym okresie obserwujemy znaczący spadek zachorowań o niecałe 29%. Zarówno zachorowania jak i zgony z powodu raka płuca w całym analizowanym okresie występują znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Wykres 6. Liczba zgonów z powodu raka płuca w woj. zachodniopomorskim w latach 2010 -2020

Źródło: opracowanie własne, <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z dnia 09.10.2023 r.

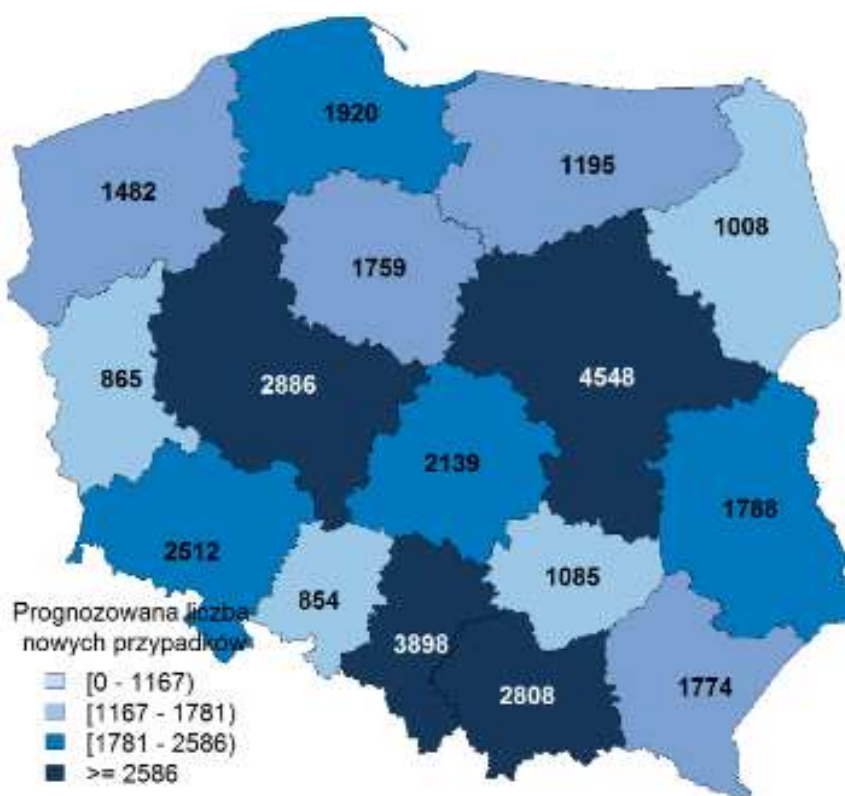
Zgodnie z danymi KRN w województwie zachodniopomorskim na przestrzeni dziesięciu lat (od roku 2010 do roku 2020) w populacji ogólnej z powodu raka płuca zmarło łącznie 12 896 osób, co stanowiło 5,6% zgonów ogółem. Szczyt zgonów na raka płuca przypadł na rok 2018 (1 263), najmniej zgonów zarejestrowano w roku 2011 (1 063). W województwie w analizowanym okresie śmiertelność utrzymuje się na wysokim poziomie. Od roku 2011 do roku 2018 obserwowano tendencję wzrostową. Po roku 2018 śmiertelność z powodu raka płuca nieznacznie zmalała.

Według danych KRN w 2020 roku w województwie zachodniopomorskim rozpoznano 927 nowych zachorowań na raka płuca (co stanowi 14 % wszystkich zachorowań na nowotwory w tym roku), współczynnik na 100 tys. ludności wynosił 54,75. Chorowało 508 mężczyzn i 419 kobiet. W województwie zachodniopomorskim w 2020 r. na choroby nowotworowe ogółem zmarły 4 593 osoby. Zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet rak płuca był najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Łącznie odnotowano 1 150 zgonów, co stanowiło 25 % ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Zmarło 714 mężczyzn (współczynnik na 100 tys. wynosił 86,78) i 436 kobiet (współczynnik na 100 tys. wynosił 50,09). W populacji mężczyzn nowotwór płuca odpowiadał za 28 % zgonów, natomiast w populacji kobiet za 22 % zgonów.

Zachorowania na nowotwory płuca utrzymują się ciągle na wysokim poziomie. Zgodnie z danymi ujętymi w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski przewiduje się, że nowotwór złośliwy płuca w 2029 roku będzie nadal dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań. W 2029 r. w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe płuca. Najwięcej z nich wystąpi w województwach

mazowieckim (4 548) oraz śląskim (3 898). Najmniejsza liczba nowych przypadków zostanie odnotowana w woj. opolskim (854). Największy wzrost liczby nowych przypadków złośliwych płuca zostanie odnotowany w województwach podkarpackim i małopolskim – odpowiednio 23% i 21%, a najmniejszy w województwach łódzkim (10%) i śląskim (12%).¹² Natomiast w województwie zachodniopomorskim prognozowana zmiana liczby nowych przypadków w roku 2029 w stosunku do roku 2016 wynosi 18% i plasuje nasze województwo na 9 miejscu w kraju, razem z woj. kujawsko-pomorskim.

Mapa 2. Prognozowana liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca w Polsce w roku 2029



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski

¹² https://basiw.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_onkologia_Polska.pdf

I.3. Opis obecnego postępowania

W Polsce wśród badań obrazowych w kierunku raka płuca wymienia się: RTG klatki piersiowej, TK klatki piersiowej, PET, MR. We wczesnej diagnostyce raka płuc w populacji bezobjawowej wykorzystywany jest przesiew z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) płuc i przesiew z użyciem RTG płuc.

Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji programów, dotyczących wykrywania raka płuca, rekomenduje przeprowadzanie badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK. Rekomendacja jak i eksperci kliniczni wskazują NDTK jako najlepszą metodę prowadzenia skriningu nakierowanego na raka płuca.

NDTK klatki piersiowej jest badaniem, bez użycia kontrastu, o dawce promieniowania stanowiącej około 10-30% dawki standardowego badania tomograficznego klatki piersiowej. Badanie jest dedykowane wykrywaniu nieuwapnionych guzków, które mogą nasuwać podejrzenie raka płuca w zależności od ich morfologii i wielkości. Oprócz oceny wolumetrycznej w zmianach do 10 mm i większych mogą być stosowane kryteria LungRADS celem standaryzacji opisów NDTK. Kategorie guzków wobec cech złośliwości to kategoria 1, 2, 3, 4A, 4B, 4X. Częstość wykonywania badań kontrolnych NDTK: guzki kategorii 1 i 2 należy kontrolować raz na rok; guzki kategorii 3 wymagają kontrolnego badania za 6 miesięcy; w guzkach kategorii 4 wskazane jest wykonanie kontrolnego badania za 3 miesiące, biopsji albo badania PET/TK w zmianach z frakcją litą większą od 8 mm. W ramach dalszej diagnostyki, mającej na celu potwierdzenie wyniku badania przesiewowego, dostępne i finansowane ze środków publicznych są następujące opcje diagnostyczne: pozytonowa emisyjna tomografia (PET/TK); badania radioizotopowe (scyntygrafia kośćca); inne badania obrazowe (magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego, tomografia komputerowa jamy brzusznej); badania cytologiczne lub histopatologiczne wycinka uzyskanego przy zastosowaniu ultrasonografii przezoskrzelowej (EBUS), bronchoskopii, ultrasonografii przezprzełykowej (EUS), transtorakalnej biopsji zmian obwodowych, mediastinoskopii lub torakotomii.¹³

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, TK klatki piersiowej bez kontrastu (kod ICD-9: 87.410) i z kontrastem (kod ICD-9: 87.411) stanowią świadczenia gwarantowane w ramach AOS. Uwzględniając informację pozyskaną od Konsultanta Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, w każdym aparacie TK zakupionym po roku 2015, istnieje możliwość wykonania badania według protokołu NDTK.

Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (ZOWNFZ) nie realizuje programów profilaktycznych z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych płuc poprzez wykonywanie niskodawkowej tomografii komputerowej płuc. Na terenie województwa prowadzony jest program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP). W regionie jest

¹³ Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca

dwóch realizatorów tego programu – etapu podstawowego w Szczecinie i w Choszcznie (wykaz NZOZ dostępny na stronie Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia https://www.nfzszczecin.pl/acstn_profilaktyka_chorob_odtytoniowych_w_tym_pochp_gdzie_si_e_badac.htm).

Od dnia 1 stycznia 2015 roku pacjenci z podejrzeniem nowotworu są leczeni w ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej, systemu opracowanego i wdrożonego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach zmian legislacyjnych zwanych pakietem onkologicznym. W Polsce prowadzony jest Program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, która wskazuje cel strategiczny 2. Poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Dodatkowo w kraju, w latach 2018-2023 realizowany był *Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)* w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWER.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Program polegał na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca w połączeniu z prewencją wtórną i pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia. Realizatorem programu w województwie zachodniopomorskim był Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

W województwie zachodniopomorskim zgodnie z danymi ze strony internetowej NFZ¹⁴ wynika, iż czas oczekiwania na badanie TK wynosi od 3 dni do 6 miesięcy w zależności od rodzaju i lokalizacji placówki. W sumie w regionie badanie w ramach NFZ można wykonać w 25 jednostkach.

Ponadto, RTG klatki piersiowej wykonywane jest w ramach badań profilaktycznych (okresowych) pracowników zgodnie z art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Do 2009 r. wskaźnik DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc zajmował trzecie miejsce. W ostatnich dziesięciu latach ten problem zdrowotny okazał się dla mieszkańców województwa na tyle dotkliwy, że w rankingu przesunął się na drugą pozycję, wyprzedzając udary.¹⁵

Przeprowadzona analiza epidemiologiczna w pełni uzasadnia wprowadzenie niniejszego programu profilaktycznego w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka płuc. Założeniem Programu jest zapobieganie i wczesne wykrywanie raka płuc w środowiskach defaworyzowanych w obszarach nasilonych problemów zdrowotnych.

¹⁴ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/>

¹⁵ Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, Załącznik 16. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Stadium w którym zdiagnozowano nowotwór stanowi istotny czynnik prognostyczny w ocenie przeżycia. 75% pacjentów z rakiem płuca (postać lokalna i przerzutowa) zgłasza się już z widocznymi objawami, które występują w zaawansowanych stadiach wskutek czego niemożliwe jest jego efektywne leczenie. W stadiach wykrycia raka płuc I i II możliwe jest leczenie chirurgiczne, a średni wskaźnik przeżycia wynosi odpowiednio 60-80% i 40-50%. Wykrycie raka płuca we wczesnym stadium rozwoju daje szersze możliwości prowadzenia terapii. Wdrożenie programu polityki zdrowotnej dla osób potencjalnie zagrożonych wystąpieniem chorób nowotworowych układu oddechowego z pewnością stanowić będzie skuteczne narzędzie do wczesnej diagnozy oraz podjęcia leczenia przez mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Możliwość wczesnego wykrycia choroby ma znaczny wpływ na stan pacjenta oraz jego rokowania, co odzwierciedla się również w kosztach leczenia, a także możliwościach dłuższego funkcjonowania chorego na rynku pracy.¹⁶

Wczesne wykrywanie raka płuc jest zasadne z uwagi na bardzo niekorzystne rokowania. Rokowanie u chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania klinicznego. Odsetek przeżyć 5-letnich w stopniu zaawansowania IA i IB NDRP wynosi odpowiednio 49 i 45%. Odsetek przeżyć 5-letnich w stopniu zaawansowania IIA i IIB wynosi odpowiednio 30 i 31%, a w stopniu IIIA i IIIB odpowiednio 14 i 5%. Jedynie około 1% chorych z NDRP w stadium zaawansowania IV przeżywa 5 lat. Zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów można osiągnąć poprzez ograniczenie zarówno czynnego jak i biernego palenia. Dlatego tak niezwykle ważna jest profilaktyka pierwotna i wtórna. Profilaktyka wtóra obejmuje badania przesiewowe, nakierowane na wykrywanie zmian nowotworowych w bardzo wczesnych stadiach. NDTK w grupie aktywnych palaczy pozwala wykryć wczesne postaci raka płuca i wdrożyć odpowiednie postępowanie. W efekcie przewiduje się, że badanie NDTK w grupie nałogowych palaczy pozwoli zmniejszyć umieralność z powodu raka płuca o średnio 20%.¹⁷

Rekomendacje kliniczne, wytyczne i konsensus polskich ekspertów wskazują NDTK jako najlepszą metodę prowadzenia skryningu nakierowanego na raka płuca w populacji osób 55-74 lat u których okres palenia wynosi co najmniej 30 paczkolet. Wyniki odnalezionych metaanaliz wskazują na redukcję śmiertelności z powodu raka płuca przy użyciu skryningowego NDTK.

Podsumowując, przesiew pod kątem wykrycia raka płuca z użyciem NDTK cechuje się korzystnym profilem bezpieczeństwa dla uczestników.¹⁸ Uczestnictwo w przesiewie wiąże się z przyjęciem dawki promieniowania jonizującego o wartości do 3 mSv (zazwyczaj 1,5-2,0 mSv), co jest wartością zbliżoną do średniej rocznej dawki promieniowania naturalnego przyjmowanego przez mieszkańca Polski.

Niniejszy program obejmuje działania w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktycznych badań diagnostycznych w celu wczesnego wykrycia choroby, ograniczenia skutków choroby,

¹⁶ Wczesne wykrywanie raka płuca z wykorzystaniem NDTK. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust.1 ustawy), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2019.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ Tamże.

opóźnienia postępu choroby. Działania programu wpisują się w profilaktykę II fazy, która polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby, poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowaniu.¹⁹

Program jest przewidziany do realizacji w okresie wybranych 3 lat w czasie trwającej unijnej perspektywy finansowej do 2027 roku. Będzie wdrażany w terminach określonych w harmonogramie naboru wniosków w trybie konkursowym w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ 2021-2027).

Program jest zgodny z celami, priorytetami, wytycznymi i rekomendacjami dokumentów strategicznych:

Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. tj.:

- Cele określone w obszarze Pacjent: Cel 1.1 Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnym do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, Cel 1.4 Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.
Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw zdrowotnych.
Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych.

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ). W analizie epidemiologicznej wykazano, że wśród pięciu najdotkliwszych problemów zdrowotnych, które odznaczały się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY znajdują się nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc, plasując się na czwartym miejscu. Rekomendowanym kierunkiem działań jest zapewnienie spójności i ciągłości pomiędzy działaniami promującymi zdrowie i działaniami profilaktycznymi a działaniami medycyny naprawczej. W analizie czynników ryzyka wykazano, iż obecnie problem palenia tytoniu jest jednym z najistotniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. Tytoń jest czynnikiem ryzyka odpowiadającym za najwyższą utratę lat życia w zdrowiu, udział czynnika DALY jest o ok. 35% wyższy niż udział wysokiego ciśnienia krwi znajdującego się na drugim miejscu. Dlatego tak cenne jest podjęcie odpowiednich działań ukierunkowanych na ten problem. Niezwykle ważnym elementem jest efektywna edukacja zdrowotna polskiego społeczeństwa – należy uświadamiać, jakie zachowania mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia danego problemu zdrowotnego. Szczególnie ważna jest profilaktyka wtórna - badania przesiewowe, które polegają na wczesnym wykrywaniu chorób w celu zapobiegania konsekwencjom chorób poprzez ich wczesne leczenie.

W załączniku 16. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego na podstawie danych za 2019 r. – wskazano, iż choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa, a wśród nich szczególnie nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Rekomenduje się upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania

¹⁹ ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. (s. 76)

wyrobów tytoniowych, w tym realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych. Dalej prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację z zakresu palenia tytoniu i wyrobów powiązanych. Ponadto wskazano, iż województwo posiada 25 tomografów komputerowych zlokalizowanych w 12 powiatach. Liczba tomografów komputerowych/100 tys. ludności wynosi 1,47 przy średniej krajowej 2,02. Dostępność do tej aparatury dla mieszkańców województwa jest najniższa w kraju.

Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026. W analizie czynników ryzyka i profilaktyki wskazano, iż czynnikiem ryzyka odpowiadającym za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn łącznie jest tytoń (ok. 5,7 tys. DALY na 100 tys. ludności). Zaleca się podejmowanie skutecznych działań z zakresu profilaktyki palenia tytoniu (ze szczególnym zwróceniem uwagi na programy skierowane do młodzieży oraz kobiet, u których problem ten narasta). Ponadto, zwrócenie uwagi na ważność profilaktyki wtórnej - badań przesiewowych w celu wykrycia choroby we wczesnym stadium zaawansowania.

Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022 - 2026 rekomenduje stałe wzmacnianie opieki onkologicznej celem poprawy i zapewnienia dostępu do najwyższej jakości świadczeń diagnostyczno – terapeutycznych.

Program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 wskazuje na cele strategiczne:

- 1) obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
- 2) poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Część 2. Inwestycje w edukację - prewencja pierwotna - styl życia; Działanie 3. Poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby nowotworowe.

Część 3. Inwestycje w pacjenta - prewencja wtórna; Działanie 11. Rozszerzenie zakresu i wprowadzenie nowych metod badań przesiewowych.

Założeniem Programu jest wczesne wykrywanie raka płuc i uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki raka płuca wśród uczestników programu. Działania programu będą ukierunkowane na badania przesiewowe z wykorzystaniem NDTK wśród osób z historią konsumpcji tytoniu ≥ 30 paczkolet, działania informacyjno- edukacyjne na temat profilaktyki raka płuc wśród osób kwalifikujących się do badania NDTK, a także na prowadzenie szkoleń w zakresie raka płuca dla personelu medycznego.

Reasumując, program wnosi wartość dodaną poprzez zwiększenie dostępu do badań przesiewowych pacjentom potencjalnie zagrożonym wystąpieniem choroby nowotworowej i tym samym umożliwia wczesne jej wykrycie oraz nakreśli dalszą diagnostykę po jego zakończeniu.²⁰

²⁰ Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027, MFIPR, 15.03.2023

Dodatkowo przewiduje edukację prozdrowotną, szkolenie pracowników ochrony zdrowia które nie są w pełni zapewnione w ramach świadczeń obecnie gwarantowanych ze środków publicznych NFZ.

Ponadto, uzasadniając potrzebę wdrożenia Programu należy przytoczyć także dokumenty strategiczne o charakterze regionalnym, które porządkują wielodyscyplinarne koncepcje rozwoju regionu, w tym naznaczają kierunki działania w obszarze ochrony zdrowia.

Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego identyfikuje obszary priorytetowe, dla których sformułowano cele strategiczne polityki rozwoju województwa zachodniopomorskiego, wyznaczające ścieżkę do osiągnięcia zamierzonej wizji rozwoju regionu w perspektywie do roku 2030. W ramach III Celu strategicznego: *Sprawny samorząd* wyznaczono cel kierunkowy: *Zapewnienie wydajnych i efektywnych systemów usług publicznych*. Zadaniem samorządu lokalnego jest zabezpieczenie dostępności do podstawowego koszyka usług, szczególnie w obszarze edukacji, zdrowia, administracji, kultury czy rekreacji. Intencjonalnie wdrożony system usług na rzecz kondycji zdrowotnej i kulturowej, funkcjonowanie (komplementarnego z publicznymi) systemu usług lokalnych, odpowiadającego na konkretne potrzeby środowiska, np. osób z niepełnosprawnością, innych osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem, w tym ubóstwem.²¹ Skierowanie Programu zapobiegania i wczesnego wykrywania raka płuca do grupy osób defaworyzowanych jest komplementarne z założeniami zapewnienia dostępności usług.

W ramach Polityki Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego określa się, że w perspektywie czasowej do 2030 r. system ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego zapewni poprawę stanu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa z ukierunkowaniem na poprawę jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia. Celem Polityki jest m.in.: Promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń zdrowotnych, w ramach którego planuje się: wzmacnianie zdrowia publicznego w obszarach priorytetowych problemów zdrowotnych, rozwijanie samorządowych programów polityki zdrowotnej w zakresie istotnych problemów zdrowotnych mieszkańców regionu, a także zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej osobom w wieku aktywności zawodowej. Obszary te wyznaczają kierunki działania i potwierdzają potrzebę wdrażania działań prozdrowotnych i profilaktycznych dla mieszkańców regionu. Uzupełnieniem Polityki Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego jest Program Realizacyjny - Ochrona Zdrowia, który kataloguje planowane interwencje w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ). Jednym z zaplanowanych projektów jest Regionalny Program Zdrowotny – Zapobieganie i wczesne wykrywanie raka płuc wśród mieszkańców w grupach osób defaworyzowanych. Założeniem programu jest zwiększenie wykrywalności raka płuc oraz poszerzenie wiedzy i świadomości wśród mieszkańców województwa w zakresie występowania wysokiego ryzyka zachorowania na ten nowotwór. W ramach programu

²¹ Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2030, Uchwała Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego nr VIII/100/19 z dnia 28 czerwca 2019 r.: <http://bip.rbip.wzp.pl/arttykul/uchwala-nr-viii10019-sejmiku-wojewodztwa-zachodniopomorskiego>.

zaplanowano: badania NDTK, konsultacje (lekarza pulmonologa radiologa) oraz akcję informacyjno-edukacyjną.

II. Cele Programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

II.1. Cel główny

Celem niniejszego Programu jest uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu raka płuca, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne wśród co najmniej 70% uczestników Programu oraz wykrycie podejrzenia raka płuca u 5% osób badanych w okresie 3 letniej realizacji Programu.

II.2. Cele szczegółowe

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia raka płuca.
- 2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia rakiem płuca.
- 3) Wzrost motywacji do zaprzestania palenia tytoniu u co najmniej 30% osób palących biorących udział w Programie.
- 4) Zdiagnozowanie podejrzenia raka płuc u 5% osób badanych NDTK.

II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu

- 1) Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- 2) Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- 3) Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- 4) Odsetek osób, które podjęły próbę rzucenia palenia tytoniu mierzoną testem motywacji do zaprzestania palenia wg Schneidera.
- 5) Odsetek osób ze zdiagnozowanym podejrzeniem raka płuc.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencje planowane w ramach Programu

III.1. Populacja docelowa

Adresatami Programu są mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku między 55 a 74 r. ż u których konsumpcja tytoniu wynosi ≥ 30 paczkolet a okres abstynencji tytoniowej

≤ 15 lat, znajdujący się w niekorzystnej sytuacji²², co oznacza grupę osób w trudnej sytuacji, w tym osoby doświadczające ubóstwa, wykluczenia społecznego lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub zagrożone takimi zjawiskami. Program jest dostępny dla grup szczególnie wrażliwych i zapewnia ich udział²³. Program skierowany jest do grup defaworyzowanych.²⁴ Uwzględnia osoby, które mogą mieć problemy z uczestnictwem w Programie, wymagające dodatkowego wsparcia.

Do populacji szczególnie wrażliwej zalicza się osoby będące w trudnej sytuacji, m.in. doświadczające wykluczenia społecznego lub dyskryminacji w wielu wymiarach. Wśród osób zagrożonych wykluczeniem znajdują się osoby o gorszych szansach prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, np.: niepełnosprawne, bezrobotne, o niskich dochodach, o niskich kwalifikacjach, korzystające z pomocy społecznej, osoby starsze, migranci, osoby z trudnościami w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej z powodu ograniczeń fizycznych, psychicznych lub braku transportu.

Na koniec 2022 r. województwo zachodniopomorskie liczyło 1 640 622 mieszkańców, w tym 431 441 osób w wieku 55-74 lat. W 2021 r. w województwie zamieszkiwało przeciętnie 381 711 emerytów i rencistów, 57 786 bezrobotnych nowo zarejestrowanych, w tym 20 684 pozostających bez pracy dłużej niż 1 rok, a 44 262 osobom udzielono świadczeń pomocy społecznej, w tym 13 129 z powodu niepełnosprawności. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wynosił 12%, a 6,3% osób oceniło sytuację materialną swojego gospodarstwa domowego jako raczej złą i 0,9% jako złą²⁵.

W 2020 r. w województwie zachodniopomorskim zarejestrowano 927 zachorowań na raka płuca, współczynnik surowy dla obu płci wynosił 54,75 i był wyższy od krajowego (49,41). W tym samym roku odnotowano 1 150 zgonów z powodu raka płuca. Współczynnik surowy dla obu płci wynosił 67,92 i był także wyższy od krajowego (57,92).²⁶

Do scharakteryzowania wielkości populacji docelowej wykorzystano dostępne dane statystyczne (m.in. GUS, BDL, Krajowy Rejestr Nowotworów).

Przy szacowaniu liczebności populacji docelowej Programu uwzględniono liczebność grup osób będących w niekorzystnej sytuacji społecznej, wskaźniki zachorowań i zgonów z powodu nowotworu płuc, prognozowaną zapadalność na raka płuc, a także wysokość środków finansowych możliwych do pozyskania, w szczególności z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021- 2027.

W Polsce według danych z 2019 roku odsetek palących i zażywających tytoń kształtował się na poziomie 22,8%²⁷. Biorąc pod uwagę powyższe dane szacować można iż, osób palących tytoń w wieku 55 -74 lat w województwie zachodniopomorskim jest około 98 368 osób. Biorąc pod uwagę zakładaną alokację Programu, koszty jednostkowe oraz uwzględniając dodatkowe czynniki, populacja osób palących defaworyzowanych do objęcia Programem wynosi 8 000

²² Art. 2 ust. 1 pkt 4, rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013

²³ Podrozdział 7.2. pkt 4, Wytoczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027, MFIPR, 13.03.2023

²⁴ Szczegółowy Opis Priorytetów programu FEPZ 2021-2027, Działanie FEPZ.06.21

²⁵ <https://bdl.stat.gov.pl/>; dostęp 10.08.2023

²⁶ Krajowy Rejestr Nowotworów

²⁷ Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

osób co stanowi około 8% szacowanej populacji docelowej. Szacowana populacja będzie mogła skorzystać w Programie z badań przesiewowych, działań informacyjno-edukacyjnych oraz lekarskiej wizyty podsumowującej.

Dodatkowo, w Programie planuje się wsparcie szkoleniowe kierowane do 30 osób personelu medycznego w szczególności zaangażowanego w realizację Programu, m.in. lekarzy specjalistów w zakresie onkologii, radiologii, chirurgii, pulmonologii oraz pielęgniarek i edukatorów zdrowia.

III.2. Kryteria kwalifikacji do Programu oraz kryteria wyłączenia z Programu

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w Programie należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia. Szczegółowe zestawienie kryteriów włączenia i wyłączenia prezentuje poniższa tabela.

Tabela 2. Kryteria włączenia i wyłączenia w Programie.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia personelu medycznego	personel medyczny zaangażowany w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, technicy RTG, koordynatorzy opieki medycznej	- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; - wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Działania informacyjno-edukacyjne	kryteria włączenia takie same, jak w przypadku badań z wykorzystaniem NDTK	- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat; - osoby, u których zdiagnozowano raka płuca przed zgłoszeniem do Programu;
Badanie z wykorzystaniem NDTK	osoby spełniające łącznie następujące kryteria: - posiadające status mieszkańca woj. zachodniopomorskiego - wiek między 55 a 74 rokiem życia; - historię konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥ 30 paczkolet; - okres abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat - znajdujące się w niekorzystnej, trudnej sytuacji	- osoby, u których zdiagnozowano raka płuca przed zgłoszeniem do Programu; - osoby, które miały wykonywaną tomografię komputerową klatki piersiowej w ciągu 3 miesięcy poprzedzających datę planowanego badania NDTK; - osoby z przeciwwskazaniami do wykonania badania NDTK;

	(opisanej w rozdz. III dot. populacji)	
Lekarska wizyta podsumowująca	- osoby, które uzyskały wynik badania NDTK realizowanego w ramach Programu	nie dotyczy

Dodatkowym kryterium włączenia do udziału w Programie jest podpisanie przez uczestnika świadomej zgody na udział w Programie oraz wypełnienie niezbędnych ankiet i deklaracji. Włączenie do Programu będzie warunkowane kolejnością zgłoszeń (do osiągnięcia limitu liczby osób ustalonego w Programie).

III.3. Planowane interwencje

Program przewiduje działania diagnostyczne i edukacyjne skierowane do pacjentów z grupy defaworyzowanych w wieku między 55 a 74 r. ż palących tytoń oraz działania szkoleniowe dla personelu medycznego zaangażowanego w realizację Programu.

W ramach przedmiotowego Programu zostaną przeprowadzone następujące działania:

Moduł 1: Działania informacyjno-promocyjne

Realizator Programu będzie prowadzić działania informacyjno-promocyjne, m.in. przygotowanie materiałów informacyjno-promocyjnych (np. plakaty, ulotki) i dystrybucja materiałów do podmiotów leczniczych w województwie zachodniopomorskim celem rozpowszechnienia tych informacji wśród pacjentów. Drukowane formy przekazu będą rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ i poradniach chorób płuc. Informacje o Programie zostaną zamieszczone na stronie internetowej realizatora, portalach społecznościowych, ogłoszeniach prasowych, komunikatach radiowych. W akcje mogą zostać zaangażowane media lokalne: telewizja regionalna, rozgłośnie radiowe, prasa. Informacja o Programie w miarę możliwości przekazywana będzie do jednostek samorządu terytorialnego, parafii, organizacji pozarządowych, placówek POZ, urzędów pracy i innych placówek umożliwiających dotarcie do grup defaworyzowanych.

Prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego jest przewidziane do finansowania w ramach kosztów pośrednich Programu, określonych w Wytycznych²⁸.

Moduł 2: Szkolenia personelu medycznego

Realizator Programu przeprowadzi z najwyższą jakością i efektywnością szkolenia dla personelu medycznego w zakresie profilaktyki i leczenia raka płuc. Przewidziani uczestnicy szkolenia to około 30 osób personelu medycznego, który będzie zaangażowany w realizację Programu m.in. lekarze specjaliści (radiolog, patolog, pulmonolog, chirurg klatki piersiowej,

²⁸ Wytyczne dotyczące kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027, Minister Funduszy i Polityki Regionalnej, Podrozdział 3.12 pkt 3.

onkolog kliniczny, radioterapeuta), pielęgniarki, technicy RTG , fizjoterapeuci, asystenci medyczni, edukatorzy zdrowotni). Forma szkolenia będzie dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. konferencja szkoleniowa, szkolenia w formie e-learningu, materiały audiowizualne. Prezentowane treści będą miały na celu podniesienie i pogłębienie poziomu wiedzy na temat wczesnej diagnostyki raka płuca opierając się na zgromadzonych doświadczeniach. Szkolenia powinny uwzględniać tematykę dotyczącą wypracowania najskuteczniejszych metod leczenia pacjentów z rakiem płuca, opisu wyników NDTK w oparciu o jednolite standardy, omawianie trudnych wyników NDTK, audyt kliniczny, opieka nad pacjentami po leczeniu raka płuca, rehabilitacja pacjentów po leczeniu raka płuca. Personel medyczny zostanie zapoznany z zalecanymi przez Rekomendacje nr 10/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. metodami profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca. Do współpracy mogą zostać zaproszeni specjaliści zewnętrzni, eksperci, konsultanci, lekarze specjaliści z Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Szkolenie będzie rozpoczęte i zakończone wypełnieniem ankiet oceniających szkolenie oraz poziom wiedzy przed szkoleniem i uzyskanej podczas szkolenia.

Moduł 3: Kwalifikacja uczestników do Programu

Osoba zainteresowana udziałem w Programie będzie mogła zarejestrować się pod numerem telefonu wskazanym przez realizatora. Podczas wstępnej rejestracji pacjentowi zostanie wskazany termin indywidualnego spotkania edukacyjnego. Kwalifikacja do Programu odbędzie się na podstawie ww. kryteriów włączenia, podczas wizyty konsultacyjnej połączonej z edukacją pacjenta, prowadzonej przez pielęgniarkę, edukatora zdrowia. Do Programu zostanie zakwalifikowanych 8 000 pacjentów. W przypadku wyczerpania limitu miejsc, będzie utworzona lista rezerwowa pacjentów, którzy mogą być zakwalifikowani do Programu w przypadku rezygnacji lub konieczności wycofania z udziału w Programie pacjentów wcześniej zakwalifikowanych.

Program uwzględnia dofinansowanie dojazdów pacjentów na spotkania edukacyjne, badanie NDTK oraz lekarską wizytę podsumowującą do miejsca realizacji świadczenia.

Moduł 4. Działania informacyjno-edukacyjne

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych realizator przeprowadzi indywidualną edukację prozdrowotną w formie pogadanki dla zakwalifikowanego pacjenta. Pacjent przed przystąpieniem do badania NDTK poddany zostanie edukacji zdrowotnej w zakresie chorób tytoniozależnych z zachowaniem „minimalnej interwencji antynikotynowej” (MIA, tzw. „zasada 5×P” (Pytaj, Poradź, Planuj, Pamiętaj, Pomagaj) tj. Pytaj czy pali tytoń; Poradź aby przestał palić; Planuj rozpoczęcie terapii antynikotynowej; Pomóż w wyborze odpowiedniego postępowania; Pamiętaj pytać czy nadal pali tytoń przy każdej okazji. Personel medyczny (pielęgniarka, edukator zdrowia) przekaze pacjentowi informacje na temat profilaktyki pierwotnej raka płuca. Pogadanka będzie rozpoczęta i zakończona wypełnieniem ankiet oceniającej poziom wiedzy przed przystąpieniem do edukacji i uzyskanej podczas prelekcji. Ponadto, realizator zapewni internetowy serwis edukacyjny dla pacjentów. Realizator przygotuje materiały edukacyjne na temat raka płuca (ulotki, plakaty), poradnictwo antynikotynowe, materiały nt. profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuca zostaną zamieszczone na stronie internetowej realizatora. W przypadku gdy pozyskiwane będą materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać

się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb Programu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej. W miarę możliwości materiały informacyjno-edukacyjne zostaną opracowane w oparciu o następujące źródła informacji dot. skryningu raka płuca, m.in. o:

- ✓ Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca, w tym materiały informacyjne przeznaczone dla pacjenta i materiały informacyjne przeznaczone dla lekarza POZ przygotowane na podstawie materiałów informacyjnych American Health Quality Research
- ✓ Stronę internetową Lung Cancer Alliance Polska
- ✓ <https://rakpluca.edu.pl>
- ✓ Konsensus ekspertów Rzyman 2018
- ✓ Materiały Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie oraz Biuro Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia
- ✓ Materiały Poradni Pomocy Palącym będącej częścią Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów koordynowanego przez Centrum Onkologii w Warszawie ze środków Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, dostępne na stronie internetowej <http://www.jakrzucicpalenie.pl/>
- ✓ Materiały udostępnione przez Światową Organizację Zdrowia pod adresem <https://www.who.int/tobacco/en/>
- ✓ Materiały udostępnione przez Europejski Kodeks Walki z Radiem pod adresem <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/>
- ✓ <https://www.rakpluca.szczecin.pl/akcje/20221003.htm#>

Moduł 5: Badanie z wykorzystaniem NDTK.

- 1) Do badania NDTK nie jest wymagane skierowanie, zgodnie z § 3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.
- 2) Postępowanie będzie prowadzone zgodnie z zasadą ALARA (ang. As Low As Reasonably Achievable). Maksymalna dawka pochłonięta w trakcie NDTK nie powinna przekroczyć 3 mGy dla standardowego pacjenta (wysokość -170 cm, waga – 69,75 kg).
- 3) Zakres badania NDTK obejmuje płuca od ich szczytów do kątów przeponowo - żebrowych.
- 4) Badanie NDTK płuc przeprowadzane będzie bez podania środków kontrastujących dożylnie ani doustnie; maksymalna grubość warstwy wynosi 2,5 mm, a proponowana 1 mm.
- 5) Analiza obrazów będzie wykonywana na konsolach diagnostycznych dedykowanych wykryciu wczesnego raka płuca (guzek).
- 6) Do wykrywania guzków płuca będą wykorzystywane rekonstrukcje typu MIP (ang. Maximum Intensity Projection).
- 7) Wielkość guzka będzie mierzona w oknie płucnym na skanach w płaszczyźnie poprzecznej, w różnych osiach. Istotne w tym przypadku będzie wyliczenie średniego wymiaru guzka oraz z uzyskanego z najdłuższego i najkrótszego pomiaru oraz pomiarów pośrednich. Zalecana jest również w tym przypadku analiza wolumetryczna z użyciem

systemów komputerowych wspierających radiologa w wizualizacji zmian, zmniejszając przy tym różnice między obserwatorami.

- 8) Będą także raportowane dodatkowe istotne zmiany, także poza płucami.

Moduł 6: Lekarska wizyta podsumowująca

- 1) Po badaniu pacjentowi zostanie wyznaczony termin wizyty lekarskiej, w czasie której lekarz omówi wyniki NDTK oraz przekaze zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania przez uczestnika.
- 2) W czasie konsultacji lekarskiej przeprowadzana zostanie edukacja antynikotynowa, która opiera się na przeprowadzeniu z uczestnikiem indywidualnej rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej²⁹ (MIA, tzw. „zasada 5×P” tj. Pytaj czy pali tytoń; Poradź aby przestał palić; Planuj rozpoczęcie terapii antynikotynowej; Pomóż w wyborze odpowiedniego postępowania; Pamiętaj pytać czy nadal pali tytoń przy każdej okazji). Metoda ta jest obecnie standardem postępowania z pacjentem uzależnionym. MIA oraz edukacja mają na celu przekonanie pacjenta, aby rozpoczął terapię. Lekarz poinformuje pacjenta o korzyściach płynących z niepalenia tytoniu.
- 3) Uczestnikom deklarującym aktywne palenie, siła uzależnienia zostanie zmierzona za pomocą Testu Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma, a siła motywacji Testem Motywacji do Zaprzestania Palenia według Schneider.
- 4) W przypadku pozytywnego wyniku badania NDTK lekarz zaleci pacjentowi pilne wykonanie pogłębionej diagnostyki poza Programem, w ramach świadczeń gwarantowanych.
- 5) W przypadku negatywnego wyniku badania NDTK, lekarz poinformuje uczestnika o możliwości powtórzenia badania przesiewowego nie wcześniej niż po 1 roku (poza Programem w ramach świadczeń gwarantowanych).
- 6) Wyniki badań zostaną odnotowane w dokumentacji uczestnika. Na podstawie wyników uczestnikowi zostaną przedstawione możliwości uzyskania adekwatnego dostępnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza Programem wraz z podaniem danych kontaktowych.³⁰

Spójność

Niniejszy program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumentach strategicznych:

- Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.
- Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026
- Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026
- Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022 – 2026
- Program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030

²⁹ https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/RPT/23.05.02_RAPORT_48aa_Tyton.pdf

³⁰ Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca.

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³¹. Program jest skierowany do zdefiniowanej grupy docelowej. Obejmuje dodatkowe działania, ponadstandardowe jak edukację zdrowotną pacjentów, szkolenia personelu medycznego oraz refundację kosztów dojazdu do miejsca realizacji świadczeń, stanowiąc kompletną i logiczną całość.

Program umożliwia pacjentom narażonym na zachorowanie na raka płuc skorzystanie z bezpłatnego badania NDTK płuc oraz edukacji zdrowotnej. Tym samym niniejszy Program obejmuje działania wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co jest zgodne z *Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*.

Profilaktyczne badania NDTK płuc dla pacjentów z grupy ryzyka w ramach Programu wpłyną na lepsze rokowania podczas ewentualnego leczenia onkologicznego.

Działania Programu dotyczące działań edukacyjnych i szkoleniowych nie powielają analogicznych programów zdrowotnych realizowanych przez NFZ, określonych w art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program jest komplementarny z Rekomendacją nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuc.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu.

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wszystkie świadczenia przewidziane w niniejszym Programie oraz materiały wykorzystywane podczas ich realizacji (np. ulotki, broszury) będą dla uczestników bezpłatne.

Świadczenia będą udzielane przez zespół personelu medycznego (m.in.: lekarz specjalista radiolog, pulmonolog, pielęgniarka, technik RTG, edukator zdrowotny) posiadających kwalifikacje opisane w rozdziale IV.2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, w miejscach wskazanych przez beneficjentów realizujących Program, w wyznaczonych dniach i godzinach, zgodnie z określonym przez nich harmonogramem.

Zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej został opisany w rozdziale *III.3. Planowane interwencje*.

Beneficjent realizujący Program przygotowuje we własnym zakresie wzór dokumentacji medycznej, którą będzie wykorzystywał w celu właściwej realizacji Programu. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.)

III.5. Sposób zakończenia udziału w Programie

Zakończenie udziału w Programie powinno nastąpić po lekarskiej wizycie podsumowującej, (najpóźniej do czasu zakończenia Programu), w czasie której lekarz omówi wyniki NDTK oraz przekaze pacjentowi zindywidualizowane zalecenia. Uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału na każdym etapie Programu na swój wyraźny wniosek, potwierdzony na piśmie, który będzie dołączony do dokumentacji programowej.

IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów

Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów korespondują i są ściśle związane z planowanymi interwencjami opisanymi w *podrozdziale III.3*.

Realizator Programu wyłoniony zostanie w procedurze konkursowej w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) w obszarze zdrowia zgodnie z zasadami określonymi w *ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 roku o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079).

Zostanie utworzony zespół koordynacyjno–organizacyjny Programu. Koordynator Programu będzie odpowiedzialny za zaangażowanie środowisk medycznych w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w Programie. Koordynator Programu będzie odpowiadał za praktyczną realizację Programu we współpracy ze wszystkimi osobami zaangażowanymi w realizację działań.

Realizator Programu uruchomi niezbędne prace wdrożeniowe, takie jak: zorganizowanie biura organizacyjno-koordynacyjnego, w tym: przygotowanie materiałów informacyjno-promocyjnych, edukacyjnych i szkoleniowych, opracowanie terminów realizacji działań programu, ankiet satysfakcji oraz niezbędnych innych dokumentów, przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów działań w ramach Programu na podstawie określonych mierników.

Etap 1. Działania informacyjno-promocyjne

Realizator Programu będzie prowadzić działania informacyjno-promocyjne, m.in. przygotowanie materiałów informacyjno-promocyjnych (np. plakaty, ulotki) i dystrybucja materiałów do podmiotów leczniczych w województwie zachodniopomorskim celem rozpowszechnienia tych informacji wśród pacjentów. Drukowane formy przekazu będą rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ i poradniach chorób płuc. Informacje o Programie zostaną zamieszczone na stronie internetowej realizatora, portalach społecznościowych, ogłoszeniach prasowych, komunikatach radiowych. W akcje mogą zostać zaangażowane media lokalne: telewizja regionalna, rozgłośnie radiowe, prasa.

Informacja o Programie w miarę możliwości przekazywana będzie do jednostek samorządu terytorialnego, parafii, organizacji pozarządowych, placówek POZ, urzędów pracy i innych placówek umożliwiających dotarcie do grup defaworyzowanych.

Etap 2. Szkolenia dla personelu medycznego

Realizator Programu przeprowadzi z najwyższą jakością i efektywnością szkolenia dla personelu medycznego w zakresie profilaktyki i leczenia raka płuc. Przewidziani uczestnicy szkolenia to maksymalnie 30 osób personelu medycznego, który będzie zaangażowany w realizację programu lekarze specjaliści (radiolog, patolog, pulmonolog, chirurg klatki piersiowej, onkolog, radioterapeuta), pielęgniarki, technicy RTG, fizjoterapeuci, asystenci medyczni, edukatorzy zdrowia). Forma szkolenia będzie dostosowana do potrzeb personelu medycznego np. konferencja szkoleniowa, szkolenia w formie e-learningu, materiały audiowizualne, telekonferencje. Prezentowane treści będą miały na celu podniesienie i pogłębienie poziomu wiedzy na temat wczesnej diagnostyki raka płuca opierając się na zgromadzonych doświadczeniach. Szkolenia powinny uwzględniać tematykę dotyczącą wypracowania najskuteczniejszych metod leczenia pacjentów z rakiem płuca, opisu wyników NDTK w oparciu o jednolite standardy, omawianie trudnych wyników NDTK, audyt kliniczny, opieka nad pacjentami po leczeniu raka płuca, rehabilitacja pacjentów po leczeniu raka płuca. Personel medyczny zostanie zapoznany z zalecanymi przez Rekomendacje nr 10/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. metodami profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca. Do współpracy mogą zostać zaproszeni specjaliści zewnątrzni, eksperci, konsultanci, lekarze specjaliści z Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Szkolenie będzie rozpoczęte i zakończone wypełnieniem ankiet oceniających szkolenie oraz poziom wiedzy przed szkoleniem i uzyskanej podczas szkolenia.

Etap 3: Kwalifikacja uczestników do Programu

Kwalifikacja do Programu odbędzie się na podstawie ww. kryteriów włączenia, podczas wizyty konsultacyjnej połączonej z edukacją pacjenta, prowadzonej przez pielęgniarkę lub edukatora zdrowia. Kwalifikacja ta będzie poprzedzona wcześniejszą wstępną rejestracją telefoniczną pacjenta, podczas której pacjentowi zostanie wyznaczony termin spotkania edukacyjnego. Osoby spełniające kryteria uczestnictwa w Programie kolejno będą kwalifikowani do dalszych procedur (badanie NDTK, podsumowująca wizyta lekarska). Do Programu zostanie zakwalifikowanych 8 000 pacjentów. W przypadku wyczerpania limitu miejsc, będzie utworzona lista rezerwowa pacjentów, którzy mogą być zakwalifikowani do Programu w przypadku rezygnacji lub konieczności wycofania z udziału w Programie pacjentów wcześniej zakwalifikowanych.

Program uwzględnia dofinansowanie dojazdów pacjentów na: spotkania edukacji zdrowotnej, badanie NDTK oraz lekarską wizytę podsumowującą do miejsca realizacji świadczenia.

Etap 4. Działania informacyjno-edukacyjne

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych realizator przeprowadzi minimum 15 minutową indywidualną edukację prozdrowotną w formie pogadanki dla zakwalifikowanego pacjenta. Pacjent przed przystąpieniem do badania NDTK poddany zostanie edukacji zdrowotnej w zakresie chorób tytonio -zależnych z zachowaniem „minimalnej interwencji antynikotynowej” (MIA, tzw. „zasada 5×P” (Pytaj, Poradź, Planuj, Pamiętaj, Pomagaj)). MIA polega na stosowaniu

zasady 5P: pytaj czy pali tytoń, poradź aby przestał palić, planuj rozpoczęcie terapii antynikotynowej, pomóż w wyborze odpowiedniego postępowania, pamiętaj pytać czy nadal pali tytoń przy każdej okazji. Kolejno pacjent przystąpi do wypełnienia testu motywującego do zaprzestania palenia tytoniu wg Schneider. Personel medyczny (pielęgniarka, edukator zdrowia) przekaze pacjentowi informacje na temat profilaktyki pierwotnej raka płuc. W ramach edukacji zdrowotnej pacjent zostanie poinformowany m. in. o skutkach zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu, korzyściach wynikających z zaprzestania palenia oraz o możliwych sposobach leczenia uzależnienia od nikotyny. Zachęcany będzie do zapoznania się z poradnictwem antynikotynowym. Pogadanka będzie rozpoczęta i zakończona wypełnieniem ankiet oceniającej poziom wiedzy przed przystąpieniem do edukacji i uzyskanej podczas prelekcji. Działania edukacyjne ukierunkowane na zmianę stylu życia i zaprzestanie palenia będą przyczyniać się do poprawy stanu zdrowia, a tym samym zmniejszenia zapadalności

i umieralności na nowotwór płuc.

Ponadto, realizator zapewni internetowy serwis edukacyjny dla pacjentów. Formy działań powinny być jak najlepiej dostosowane do grupy docelowej. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być: wykład, szkolenie online, konferencja. Realizator przygotuje materiały edukacyjne na temat raka płuc, poradnictwa antynikotynowego. W przypadku gdy pozyskiwane będą materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb Programu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej.

W miarę możliwości materiały informacyjno-edukacyjne zostaną opracowane w oparciu o legalne, sprawdzone źródła informacji dot. skryningu raka płuca.

Etap 5. Badanie NDTK

Pacjenci zakwalifikowani do Programu po przebytej edukacji zdrowotnej kierowani są bezpośrednio do wykonania badania NDTK. Po badaniu pacjentowi wyznaczony zostanie termin podsumowującej wizyty lekarskiej podczas której lekarz zbierze wywiad i omówi wynik badania NDTK. Każda osoba z podejrzeniem choroby nowotworowej otrzyma informację od lekarza o dalszej diagnostyce i leczeniu w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków NFZ.

Etap 6: Lekarska wizyta podsumowująca.

Po badaniu pacjent otrzyma termin wizyty lekarskiej, w czasie której lekarz omówi wyniki badania NDTK oraz przekaze zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania przez uczestnika Programu. Podczas wizyty podsumowującej lekarz przeprowadzi rozmowę opartą na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej³² (MIA, tzw. „zasada 5×P” Pytaj czy pali tytoń; Poradź aby przestał palić; Planuj rozpoczęcie terapii antynikotynowej; Pomóż w wyborze odpowiedniego postępowania; Pamiętaj pytać czy nadal pali tytoń przy każdej okazji).

³² https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/RPT/23.05.02_RAPORT_48aa_Tyton.pdf

Metoda ta jest obecnie standardem postępowania z pacjentem uzależnionym. Lekarz poinformuje pacjenta o korzyściach płynących z niepalenia tytoniu. Ponadto, pacjentom deklarującym aktywne palenie, siła uzależnienia zostanie zmierzona za pomocą Testu Uzależnienia od Nikotyny wg Fagerströma, a siła motywacji Testem Motywacji do Zaprzeszania Palenia wg Schneider.

W przypadku pozytywnego wyniku badania NDTK, lekarz zaleci pacjentowi pilne wykonanie pogłębionej diagnostyki poza Programem, w ramach świadczeń gwarantowanych. W przypadku negatywnego wyniku badania NDTK lekarz poinformuje uczestnika o możliwości powtórzenia badania przesiewowego nie wcześniej niż po 1 roku.

Na koniec wizyty pacjent otrzyma do wypełnienia ankietę satysfakcji celem oceny Programu.

Etap 7. Monitorowanie

Monitorowanie jakości i celowości zaplanowanych i podejmowanych działań odbywać się będzie w trakcie całego okresu realizacji Programu. Analizie i ocenie zostaną poddane m.in. takie elementy, jak: zgłaszalność do Programu, efekty edukacji, przyczyny rezygnacji z udziału w Programie, podsumowanie ocen stanu zdrowotnego uczestników, analiza ankiet oceny wiedzy przed i po szkoleniach, ankiet satysfakcji pacjenta z udziału w Programie oraz sporządzane okresowe sprawozdania i raporty. Bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu beneficjent przeprowadzi ewaluację, zgodnie z wymogami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Za przebieg wszystkich działań będzie odpowiedzialny koordynator organizacyjny całego Programu.

IV.2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Program będzie realizowany przez beneficjenta, który zostanie wybrany do realizacji Programu w procedurze konkursowej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) w obszarze zdrowia, zgodnie z zasadami określonymi w *ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 roku o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079).

Wybór realizatora Programu nastąpi w oparciu o posiadane zdolności organizacyjne, zasoby medyczne, kadrowe i administracyjne, doświadczenie w realizacji podobnych programów oraz zdolność do utworzenia partnerstwa z innymi podmiotami biorącymi udział w realizacji Programu. Do zadań realizatora należeć będą zadania z zakresu organizacji, koordynacji i realizacji zaplanowanych interwencji.

W celu realizacji programu beneficjent musi spełniać wymagania dotyczące personelu³³, wyposażenia i warunków lokalowych³⁴:

1) Kadra medyczna:

Wielodyscyplinarny zespół: radiolog, patolog, pulmonolog, chirurg klatki piersiowej, onkolog kliniczny, radioterapeuta, pielęgniarka, koordynator z doświadczeniem w diagnostyce i leczeniu raka płuca oraz w badaniach wczesnego wykrywania raka płuc.

- Szkolenia personelu medycznego – przeprowadzi lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie onkologii klinicznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuca, który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach Programu.
- Działania informacyjno-edukacyjne – może prowadzić odpowiednio lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowia lub inny przedstawiciel zawodu medycznego który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia w/w działań. Może być to osoba która uzyskała powyższą wiedzę i umiejętności w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym w ramach niniejszego Programu.
- Badanie NDTK – zgodnie z obowiązującymi przepisami (badanie wykonuje technik RTG, opisu badania dokonuje lekarz radiolog)
- Lekarska wizyta podsumowująca – lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuc lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach niniejszego Programu szkolenia dla personelu medycznego.

2) Wyposażenie pracowni w sprzęt medyczny:

Realizator Programu powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Wymagana jest pracownia umożliwiająca dokonanie pomiarów NDTK z wykorzystaniem aparatu spiralnego minimum 16-rzędowego.

Realizator Programu zapewni wymagane prawem warunki, kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*³⁵

Wszystkie procedury przeprowadzi się z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych, a wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.³⁶

Konieczna jest infrastruktura informatyczna, która pozwoli na bezpieczne przechowywanie pozyskanych w ramach Programu cyfrowych wersji danych NDTK.

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896 z późn. Zm.)

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2022 poz.402)

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, t.j. Dz.U.2016.357 ze zm.

³⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu

Całość Programu będzie podlegać monitorowaniu i ocenie, z uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań, szczególnie w odniesieniu do realizacji założonych celów.

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie Programu będzie prowadzone w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji Programu. Będzie procesem zbierania danych o realizacji Programu oraz kontrolowania przebiegu i postępu działań.

Monitoring Programu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do Programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny.

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- 1) liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- 2) liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym;
- 3) liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z badania NDTK;
- 4) liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;
- 5) liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- 6) liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.³⁷
- 7) liczba osób u których zdiagnozowano zmiany w płucach z podejrzeniem raka płuc.

Informacje dotyczące liczby osób uczestniczących w Programie zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu działań i zakładanej populacji docelowej.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników Programu w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych programu,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w Programie).³⁸

³⁷ Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca.

³⁸ Tamże.

Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych. Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w Programie. Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie zostanie objęta interwencjami Programu. Zostaną przeanalizowane przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania Programu.

Drugie zagadnienie to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w Programie. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą kwestionariusza ankiety satysfakcji z udziału w Programie (wzór w załączeniu). Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom Programu. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Zbiorcze wyniki będą wyrażały odsetek opinii pozytywnych do wszystkich ankiet satysfakcji wypełnionych przez uczestników. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego Programu i zwiększenia poziomu satysfakcji uczestników. Monitorowane będą mierniki efektywności na poszczególnych etapach realizacji Programu przez cały okres jego trwania.

V.2. Ewaluacja

Bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu nastąpi ewaluacja Programu. Ewaluację równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym IZ - Instytucja Zarządzająca FEPZ 2021-2027 lub właściwa instytucja wskazana przez IZ FEPZ 2021-2027. Ewaluacja ta powinna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji Programu (w tym od beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy. Ewaluacja efektów zdrowotnych uzyskanych w wyniku Programu i raport końcowy zostaną sporządzone zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej³⁹

Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu:

- 1) Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- 2) Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- 3) Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- 4) Odsetek osób które podjęły próbę rzucenia palenia tytoniu.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Dz. U. z 2017 r., poz. 2476

5) Odsetek osób ze zmianami w płucach.

W ramach ewaluacji nastąpi odniesienie się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym programem, wyrażonej w:

- 1) liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- 2) liczbie świadczeniobiorców, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- 3) liczbie świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania podejrzenia raka płuca w badaniu NDTK.

Wyniki ewaluacji będzie umieszczony w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego programu.

VI. Budżet Programu

Koszty 3-letniej realizacji regionalnego programu polityki zdrowotnej pn.: *Regionalny Program Zdrowotny -Zapobieganie i wczesne wykrywanie rak płuc w województwie zachodniopomorskim* zaplanowano na kwotę **7 431 600 zł**, z czego współfinansowanie w wysokości ok. 6 316 860 zł (85%) z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021–2027.

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszty Programu ujęto w następujących grupach:

Koszty bezpośrednie:

- 1) Koszty kwalifikacji do Programu i edukacji pacjentów.
- 2) Koszty dojazdów.
- 3) Koszty szkoleń personelu medycznego.
- 4) Koszty badania NDTK.
- 5) Koszty lekarskiej wizyty podsumowującej.
- 6) Koszty zakupu aparatury i sprzętu medycznego.

Koszty pośrednie, w tym: koszty organizacyjno-koordynacyjne, koszty działań informacyjno-promocyjnych i koszty monitorowania.

1. Koszty kwalifikacji do Programu i edukacji pacjentów: 1 040 000 zł

Działania edukacyjne dla pacjentów będą przeprowadzone w dniu badania w formie indywidualnej rozmowy/pogadanki edukacyjnej z przeszkolonym wcześniej personelem medycznym. Każdy pacjent otrzyma materiały edukacyjne m.in. w postaci broszury. Pacjent zostanie poinformowany m.in.: o szkodliwości palenia i jego skutkach.

Szacunkowy koszt kwalifikacji i edukacji, w tym materiały informacyjno-edukacyjne do Programu: 8 000 osób x 130 zł = 1 040 000 zł.

2. Koszty dojazdów: 1 200 000 zł

Przewiduje się dofinansowanie kosztów dojazdu pacjenta na badanie diagnostyczne NDTK płuc poprzedzone edukacją zdrowotną (w tym kwalifikacją) oraz na lekarską wizytę podsumowującą, średnio 2 dojazdy w obie strony dla wszystkich pacjentów. Średnia kwota dofinansowania jednego dojazdu w obie strony do wysokości 75 zł i służy jedynie do oszacowania budżetu Programu, a na bieżąco będzie wyliczana dla każdego pacjenta, w zależności od odległości między miejscem zamieszkania a miejscem udzielania świadczeń.

Średnie szacunkowe koszty dofinansowania dojazdów: 8 000 osób x 150 zł = 1 200 000 zł

3. Koszty szkoleń personelu medycznego: 36 000 zł

Działania szkoleniowe dla personelu medycznego w liczbie łącznej maksymalnie 30 osób (m.in. lekarze specjaliści: radiolodzy, onkolodzy, pulmonolodzy), pielęgniarki, edukatorzy zdrowia). Kwota udziału jednej osoby w szkoleniach w ramach Programu wynosi maksymalnie do 1 200 zł. Kwota ta uwzględnia koszty dofinansowania szkolenia zewnętrznego w zakresie tematyki objętej Programem lub koszty organizacji własnego szkolenia przez realizatora Programu, w tym m.in. wynajem sali, wynagrodzenie wykładowców, koszt noclegu i cateringu uczestników, materiały szkoleniowe, koszty przygotowania certyfikatów ukończenia szkolenia itp. Zakłada się udział w szkoleniach około 30 osób. Koszt szacunkowy: 30 osób x 1 200 zł = 36 000 zł

4. Koszty badania NDTK: 2 400 000 zł

Wykonanie badania NDTK z opisem wykonanym przez lekarza radiologa.

Szacunkowy koszt badania: 8 000 osób x 300 zł = 2 400 000 zł

5. Koszty lekarskiej wizyty podsumowującej: 1 440 000 zł

Podczas wizyty pacjentowi przedstawiony zostanie wynik badania, przekazane zalecenia co do dalszego postępowania.

Szacunkowy koszt wizyty lekarskiej: 8 000 osób x 180 zł = 1 440 000 zł

6. Koszty zakupu aparatury i sprzętu medycznego:

Zakup dotyczy aparatury i sprzętu medycznego zapewniającego odpowiedni standard wykonania badania NDTK. Sprzęt o cechach trwałych będzie wykorzystywany do dalszej diagnostyki pacjentów po zakończeniu Programu.

Tabela 3. Aparatura i sprzęt medyczny.

Lp.	Nazwa sprzętu	Liczba	Szacunkowa cena jednost. (w zł)	Koszt ogółem (w zł)
1.	Aparat USG	1	200 000	200 000
2.	Videotorakoskop	1	160 000	160 000
3.	Videobronchofiberoskop	2	120 000	240 000
4.	Bronchoskop sztywny	1	40 000	40 000
	Razem:		520 000	640 000

7. Koszty pośrednie: 675 600 zł**w tym: koszty organizacyjno-koordynacyjne, koszty działań informacyjno-promocyjnych i koszty monitorowania**

Koszty pośrednie wynoszą do 10% kosztów bezpośrednich Programu. Są to koszty niezbędne do realizacji Programu, których nie można bezpośrednio przypisać do głównego celu Programu, w szczególności koszty organizacji, koordynacji, związane z obsługą Programu, która nie wymaga podejmowania merytorycznych działań zmierzających do osiągnięcia celu Programu. Koszty pośrednie obejmują m.in. koszty organizacyjno-koordynacyjne związane z obsługą realizacji Programu m.in. koszty personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych, koszty personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, działań informacyjno-promocyjnych. Pełny opis rodzajów kosztów pośrednich znajduje się Podrozdziale 3.12. *Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027*⁴⁰.

Działania informacyjno-promocyjne mające na celu wdrożenie Programu będą przeprowadzane przy współudziale i we współpracy w razie potrzeby z innymi podmiotami leczniczymi. Będą polegały na przygotowaniu i dystrybucji informacji o Programie, korespondencji, zaprojektowaniu i wydruku ulotek, plakatów i materiałów informacyjnych, utworzeniu i prowadzeniu strony internetowej.

Monitorowanie Programu obejmie przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów Programu na podstawie określonych mierników, przeprowadzenie analizy badań satysfakcji pacjenta, analiz kwestionariuszy ankiet przeprowadzanych podczas całego okresu realizacji Programu, opracowanie raportów okresowych i innych dokumentów oraz końcowej ewaluacji bezpośrednio po zakończeniu Programu.

Koszty ww. działań będą też uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej oraz planowanych form wsparcia.

Łączne koszty pośrednie są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027* i zostaną przedstawione na etapie składania wniosku o dofinansowanie.

Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SZOP FEPZ 2021-2027, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

⁴⁰ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/112343/Wytyczne_dotyczace_kwalifikowalnosci_2021_2027.pdf

VI.2 Koszty całkowite

Przewidywany łączny koszt realizacji *Regionalnego Programu Zdrowotnego - Zapobieganie i wczesne wykrywanie raka płuc w województwie zachodniopomorskim* wynosi: **7 431 600 zł**

Lp.	RODZAJE KOSZTÓW	KOSZTY (w zł)
	KOSZTY BEZPOŚREDNIE	
1)	Koszty kwalifikacji do Programu i edukacji pacjentów	1 040 000
2)	Koszty dojazdów	1 200 000
3)	Koszty szkoleń personelu medycznego	36 000
4)	Koszty badania NDTK	2 400 000
5)	Koszty lekarskiej wizyty podsumowującej	1 440 000
6)	Koszty zakupu aparatury i sprzętu medycznego	640 000
	Razem koszty bezpośrednie	6 756 000
7)	KOSZTY POŚREDNIE (do 10% kosztów bezpośrednich), w tym koszty organizacyjno-koordynacyjne, koszty informacyjno-promocyjne i koszty monitorowania	675 600
	KOSZTY CAŁKOWITE	7 431 600

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ 2021-2027) zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów FEPZ 2021-2027: Priorytet FEPZ.06 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie FEPZ.06.21 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych i usług opieki długoterminowej, typ projektu 1. Programy profilaktyczne dotyczące chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu skierowane do grup defaworyzowanych. Zgodnie z założeniami FEPZ 2021-2027, maksymalny poziom dofinansowania do wysokości 85% kosztów będzie pochodzić z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, 10% do wydatków kwalifikowalnych ze środków krajowych, a minimalnie 5% całkowitego budżetu projektu powinno stanowić wkład własny beneficjenta.

VII. Bibliografia

1. Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuc.”
2. Wczesne wykrywanie raka płuca z wykorzystaniem NDTK. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust.1 ustawy), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2019 r.
3. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026
5. Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026
6. Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022 – 2026
7. Program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030
8. <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp 09.10.2023 r.
9. Urszula Wojciechowska, Klaudia Barańska, Irmina Michałek, Paweł Olasek, Marta Miklewska, Joanna A. Didkowska, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku
10. Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny). Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust.1 ustawy), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych. Raport nr OT.434.6.2022, Warszawa 2023 r.
11. Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia https://www.power.gov.pl/media/72320/Zalacznik_17_Ogolnopolski_Program_WWRP.pdf
12. Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027, MFiPR, 06.12.2023
13. Wytyczne dotyczące kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027, MFiPR, 18.11.2022
14. Szczegółowy Opis Priorytetów regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ 2021-2027)
15. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018.
16. https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_onkologia_zachodniopomorskie.pdf
17. Prognozy zachorowalności umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku” Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Witold Zatoński
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

VIII. Załączniki

Załącznik 1

**Oświadczenie uczestnika
Regionalnego Programu Zdrowotnego
- Zapobieganie i wczesne wykrywanie raka płuc w województwie
zachodniopomorskim**

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

1. Wyrażam świadomą zgodę na udział w Programie.

2. Oświadczam, że:

- posiadam status mieszkańca województwa zachodniopomorskiego;
- w ciągu ostatnich 3 miesięcy nie miałem wykonanego badania TK płuc;
- nie zdiagnozowano u mnie raka płuc;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

Miejscowość, data i podpis uczestnika Programu

Załącznik nr 2

Test uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma

	Pytanie	Odpowiedź	Punkty
1.	Czy budzi się Pan/Pani w nocy, aby zapalić papierosa?	Tak (przejdź do pytania 3) Nie	3 0
2.	Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan/Pani pierwszego papierosa?	Do 5 minut 6-30 minut 31-60 minut po 60 minutach	3 2 1 0
3.	Czy ma Pan/Pani trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie to jest zakazane?	Tak Nie	1 0
4.	Z którego papierosa jest Pani/Panu najtrudniej zrezygnować?	Z pierwszego rano Z każdego innego	1 0
5.	Ile papierosów wypala Pan/Pani w ciągu dnia?	10 lub mniej 11-20 21-30 31 i więcej	0 1 2 3
6.	Czy częściej pali Pan/Pani papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	Tak Nie	1 0
7.	Czy pali Pan/Pani papierosy nawet wtedy, gdy jest Pani/Pan tak chora(y), że musi leżeć w łóżku ?	Tak Nie	1 0
		Suma punktów	

Poniżej 7 punktów - Jesteś w mniejszym stopniu uzależniony biologicznie od nikotyny. Palenie tytoniu to dla Ciebie głównie przyzwyczajenie i nawyk kojarzony z określonymi sytuacjami. Wydaje się, że masz dużą szansę uporać się z paleniem papierosów. Za pomocą silnej woli, wsparcia ze strony najbliższych oraz preparatów farmakologicznych wspomagających rzucanie palenia powinno Ci się udać. 7 punktów i więcej - Twoje palenie papierosów to połączenie dwóch rodzajów uzależnienia: biologicznego i fizycznego, a to oznacza, że palenie to nie tylko nawyk i przyzwyczajenie, ale także potrzeba dostarczania do organizmu nikotyny. Jeśli próbowałeś już rzucić palenie, to wiesz, że największą trudność stanowiły dla Ciebie występujące po zaprzestaniu palenia objawy zespołu abstynencji. Aby skutecznie rzucić palenie, powinieneś się do tego przygotować: dobrze byłoby, żebyś porozmawiał z osobą, której udało się to zrobić i skorzystał z jej doświadczenia. Jeżeli podejmowałeś już wcześniej bezskuteczne próby, to tym razem poszukaj pomocy u lekarza, który przepisze Ci odpowiednie środki farmakologiczne redukujące objawy odstawienia nikotyny.

Załącznik nr 3**Test motywujący do zaprzestania palenia wg Schneider**

Pytanie:		Odpowiedź	
1	Czy chce Pan/Pani rzucić palenie?	Tak	Nie
2	Czy decyduje się Pan/Pani na to dla siebie (podkreśl „tak”), czy dla kogoś innego, np. dla rodziny (podkreśl „nie”)?	Tak	Nie
3	Czy podejmował Pan/Pani już próby rzucenia palenia?	Tak	Nie
4	Czy orientuje się Pan/Pani, w jakich sytuacjach pali najczęściej?	Tak	Nie
5	Czy wie Pan/Pani, dlaczego pali tytoń?	Tak	Nie
6	Czy może Pan/Pani liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, gdyby chciał(a) rzucić palenie?	Tak	Nie
7	Czy członkowie Pana/Pani rodziny są osobami niepalącymi?	Tak	Nie
8	Czy w miejscu, w którym Pan/Pani pracuje, nie pali się tytoniu?	Tak	Nie
9	Czy jest Pan/Pani zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	Tak	Nie
10	Czy orientuje się Pan/Pani, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdyby miał Pan/Pani problemy z utrzymaniem abstynencji od papierosów?	Tak	Nie
11	Czy wie Pan/Pani, na jakie pokusy i trudności będzie narażony(a) w okresie abstynencji?	Tak	Nie
12	Czy wie Pan/Pani, w jaki sposób samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?	Tak	Nie
Suma:			

Przewaga odpowiedzi na „tak” świadczy o istnieniu odpowiedniej motywacji pozwalającej na planowanie kolejnych kroków minimalnej interwencji antynikotynowej.

Załącznik nr 4**Ankieta satysfakcji pacjenta****I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych działań w ramach Programu (w tym kwalifikacja)**

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

II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza					
poszanowanie prywatności podczas wizyty					
sposób przekazywania informacji					

III. Ocena działań edukacyjnych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
jakość otrzymanych informacji i materiałów					
sposób prowadzenia zajęć edukacyjnych					
poziom wiedzy osób prowadzących zajęcia edukacyjne					
przydatność pozyskanych informacji i materiałów					

IV. Ocena warunków panujących w miejscu realizacji Programu

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 gabinetów					
brak barier dla niepełnosprawnych					

V. Ogólna ocena zadowolenia z uczestnictwa w Programie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
zadowolenie z udziału w Programie					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

