

Akceptuję

.....

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-900, e-mail: zdrowie@mazovia.pl

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego



Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2023-2026

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program został opracowany na podstawie Rekomendacji 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.

Warszawa 2023 r.

Spis treści

Słowniczek.....	4
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.2. Dane epidemiologiczne	9
1.3. Opis obecnego postępowania	11
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
2.1. Cel główny	15
2.2. Cele szczegółowe.....	15
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	16
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	16
3.1 Populacja docelowa.....	16
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3.3. Planowane interwencje.....	17
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	20
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	20
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	21
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	23
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	25
5.1. Monitorowanie	25
5.2. Ewaluacja	27
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	27
6.1. Koszty jednostkowe	27
6.2. Koszty całkowite	29
6.3. Źródła finansowania	29
Bibliografia	30
Załącznik A. Wzór oświadczeń	31

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie	32
Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji dla uczestników programu	33
Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego	34
Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*	35

Słowniczek

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Aparat TK - aparat tomografii komputerowej.

DALY (Disability Adjusted Life-Years) - utracona długość życia skorygowana niepełnosprawnością. Wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

DiLO - karta diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawiana w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej w celu przyspieszenia procedur związanych z diagnostyką i leczeniem osób chorych na nowotwory.

Dysplazja - nieprawidłowości w wyglądzie komórek oraz zaburzenia w strukturze tkanki wskazujące na wczesny krok w kierunku transformacji nowotworowej, zaburzenia budowy komórek, ich dojrzewania i różnicowania oraz ich struktury.

Koszty bezpośrednie - koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie - koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

Kryteria włączenia - warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

Kryteria wyłączenia - warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

Lobektomia - zabieg operacyjny polegający na wycięciu płata narządu, np. płuca.

NDTK – niskodawkowa tomografia komputerowa.

Organizator - Województwo Mazowieckie.

Paczkolata – iloczyn liczby wypalanych paczek papierosów na dobę oraz lat nałogu.

Personel medyczny – zgodnie z rekomendacją nr 10/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., jest to personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.

Program - Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego.

Realizator - wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Resekcja - specjalny rodzaj zabiegu polegający na usunięciu narządu lub części narządu, np. płuca.

Uczestnik - osoba spełniająca kryteria włączenia do programu i bezpośrednio korzystająca z co najmniej jednej interwencji przewidzianej w programie.

WHO - Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization).

Wysoki poziom wiedzy wśród personelu medycznego – jako wysoki poziom wiedzy wśród personelu medycznego uznaje się wynik post testu o wartości 100%.

Wysoki poziom wiedzy wśród uczestników - jako wysoki poziom wiedzy wśród uczestników uznaje się wynik post testu o wartości od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Rak płuc (ICD-10: C34) jest nowotworem złośliwym oskrzela i płuca. Stanowi chorobę nowotworową wywołaną przez proliferację złośliwych komórek nowotworowych, rozrastających się w drogach oddechowych bądź mięszu płuca. Wyróżnia się trzy główne typy raka płuca: rak niedrobnokomórkowy, rak drobnokomórkowy, rzadkie nowotwory płuca.

Nowotwory płuca wywodzą się z komórek wyściełających drogi oddechowe i są określane jako nowotwory oskrzelopochodne. Ich miejscem powstawania są oskrzela główne, mniejsze oskrzela prowadzące do płatów, segmentów płuca lub drobne oskrzeliki prowadzące do pęcherzyków płucnych. Gdy chodzi o nowotwory pochodzące z dużych oskrzeli, mówimy o nowotworach zlokalizowanych centralnie (położonych w pobliżu śródpiersia), natomiast guzy pochodzące z drobnych oskrzelików mają zazwyczaj położenie „obwodowe”, czyli zlokalizowane na obwodzie płuca. Do powstania nowotworu dochodzi na skutek przemiany komórek prawidłowego nabłonka dróg oddechowych w wyniku zaburzeń (w większości mutacji) w strukturze i funkcji genów ważnych dla wzrostu komórki i jej podziałów. Zaburzenia te powstają najczęściej na skutek działania czynników rakotwórczych.

Rak płuca, czyli oskrzelopochodny nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka dróg oddechowych, stanowi zdecydowaną większość nowotworów płuca i jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce zarówno pod względem liczby zachorowań, jak i liczby zgonów. Do rzadszych nowotworów płuca (ok. 1%) należą chłoniaki oraz nowotwory nienabłonkowe.

Nowotwory płuca w bardzo wczesnych stadiach zaawansowania zazwyczaj nie powodują objawów i bywają czasami wykrywane w badaniach radiologicznych wykonanych z innych powodów. Do typowych objawów nowotworów klatki piersiowej należy duszność, przewlekły kaszel, ból w klatce piersiowej, krwiotłucie lub nawracające zapalenia płuc. Ten ostatni objaw wynika z gorszej drożności dużych oskrzeli i tendencji do zalegania wydzieliny, która łatwo ulega infekcjom. Dla guzów zlokalizowanych w górnej części płuca (nowotworów szczytu płuca) charakterystycznym objawem są bóle barku promieniujące do palców ręki po tej samej stronie. Charakterystycznym objawem guzów zlokalizowanych po lewej stronie może być chrypka wynikająca z uszkodzenia nerwu krtaniowego.

W guzach zlokalizowanych centralnie może dojść do tzw. zespołu żyły głównej górnej, objawiającego się obrzękiem głowy i szyi, czasami również kończyny górnej, oraz obfitym systemem naczyń żylnych uwidaczniających się na skórze klatki piersiowej.

Większość nowotworów klatki piersiowej przebiega bardzo agresywnie i w związku z tym u niektórych osób pierwsze objawy choroby mogą wynikać z obecności przerzutów odległych. Do najczęstszych objawów wynikających z rozsiewu choroby należą powiększone węzły chłonne nadobojczykowe, objawy neurologiczne wynikające z przerzutów do mózgu, bóle kostne lub złamania kości wynikające z przerzutów do kości czy dolegliwości wynikające z rozsiewu do narządów jamy brzusznej. U wielu osób obecne są również objawy ogólnoustrojowe nowotworu, takie jak utrata masy ciała, utrata apetytu czy niedokrwistość.

Do względnie rzadkich objawów nowotworów płuca należą objawy wynikające z nieprawidłowej czynności hormonalnej guza, takie jak zaburzenia krzepnięcia krwi, objawy neurologiczne lub uszkodzenia nerwów obwodowych, nieprawidłowy poziom elektrolitów w surowicy krwi, zmiany skórne czy ginekomastia (powiększenie gruczołów piersiowych u mężczyzn).

Uproszczony podział wyróżnia dwie duże grupy: niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) - ok. 80% przypadków zachorowań i drobnokomórkowego raka płuca (DRP), stanowiącego około 15% wszystkich rozpoznań raka płuca. Bardziej szczegółowy podział raka płuca obejmuje następujące podtypy:

- rak płaskonabłonkowy – jest to zazwyczaj centralnie zlokalizowany nowotwór wykazujący silny związek z wieloletnim paleniem tytoniu. Ten typ histologiczny jest spotykany u około 40-50% chorych na raka płuca w naszym kraju. Jego rozwój jest zazwyczaj poprzedzony stanami przednowotworowymi, takimi jak dysplazja (zmiany wyglądu i funkcji) nabłonka oddechowego;
- rak gruczołowy – jest to częściej obwodowo występująca postać raka płuca, charakteryzująca się w badaniu mikroskopowym tendencją do tworzenia struktur przypominających gruczoły oraz obecnością śluzu. W Polsce stanowi ok. 30% rozpoznań mikroskopowych raka płuca i jego częstość rośnie, najprawdopodobniej wskutek powszechnego stosowania filtrów w papierosach. Rak gruczołowy może występować u osób niepalących lub o niewielkiej ekspozycji na dym tytoniowy, częściej u kobiet w wieku 30-40 lat;
- rak wielkokomórkowy – jest to nowotwór przypominający typem wzrostu dwa powyższe typy mikroskopowe, zbudowany z dużych komórek niewykazujący cech typowych dla raków płaskonabłonkowych ani raków gruczołowych. Stanowi ok. 5-10% rozpoznań mikroskopowych i może być zlokalizowany zarówno centralnie, jak i obwodowo.

Ze względu na podobny przebieg kliniczny i w większości podobne leczenie trzy powyższe typy ujmowane są wspólnie pod nazwą niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP). Precyzyjne określenie typu histologicznego nowotworu pozostaje obecnie bardzo ważnym elementem postępowania u chorych na raka płuca, gdyż warunkuje odpowiedni wybór leczenia systemowego.

Rak drobnokomórkowy jest to nowotwór zbudowany z drobnych komórek o charakterystycznych jądrach komórkowych. Charakteryzuje go bardzo agresywny przebieg kliniczny. W Polsce stanowi

około 15% rozpoznań raka płuca. Wykazuje silny związek z paleniem tytoniu.

Inne, rzadsze typy to:

- rak z elementami mięsaka – jest to stosunkowo rzadko rozpoznawany nowotwór nabłonkowy (do 3% rozpoznań), wykazujący cechy charakterystyczne dla nowotworów tkanek miękkich (mięsaków). Charakteryzuje się agresywnym przebiegiem klinicznym;
- rakowiak (karcynoid) – jest to rzadki nowotwór neuroendokryny, zlokalizowany zazwyczaj w dużych oskrzelach lub w tchawicy (choć spotykane są też lokalizacje obwodowe), o zazwyczaj łagodnym przebiegu (rakowiak typowy) lub wykazujący możliwość tworzenia przerzutów (rakowiak atypowy);
- raki z drobnych gruczołów ślinowych – jest to grupa nowotworów wywodzących się z drobnych gruczołów ślinowych, zlokalizowanych najczęściej w tchawicy lub w dużych oskrzelach. Przebieg kliniczny tych nowotworów jest zróżnicowany i zależy od ich indywidualnych cech budowy;
- rak nieokreślony – jest to rak nieposiadający charakterystycznych cech morfologicznych ani barwienia immunohistochemicznego, co umożliwiłoby klasyfikację do jednego z powyższych typów mikroskopowych. Stanowi poniżej 10% rozpoznań mikroskopowych raków płuca.

Do czynników ryzyka rozwoju raka płuca zalicza się:

- czynniki genetyczne i demograficzne:
 - predyspozycja rodzinna, obecność raka płuca w historii rodziny;
 - wiek (>50 lat);
 - 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)¹;
- arsen: wytopianie rud miedzi, ołowiu lub cynku, produkcja środków owadobójczych, górnictwo;
- azbest: wydobywanie azbestu, produkcja tekstyliów z azbestu i okładzin hamulcowych, produkcja cementu, roboty budowlane, prace izolacyjne, prace stoczniowe;
- beryl: produkcja ceramiki, produkcja sprzętu elektronicznego i lotniczego, górnictwo;
- etery chlorometylowe: produkcja chemiczna;
- chrom: produkcja chromianów, chromowanie galwaniczne, garbowanie skóry, produkcja

¹ Na podstawie rekomendacji 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; https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/10_2020.pdf.

pigmentów;

- nikiel: wydobywanie niklu, rafinacja, galwanizacja, produkcja stali nierdzewnej i żaroodpornej, wielopierścieniowe aromaty, produkcja aluminium, związki węglowodorowe, produkcja koksu, produkcja stopów żelazochromu, wytopianie rud zawierających nikiel, pokrycia dachowe;
- radon: górnictwo;
- krzemionka: przemysł ceramiczny i szklarski, przemysł odlewniczy, przemysł granitowy, wytop rud metali, górnictwo i wydobywanie².

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka płuca jest aktywne 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. U osób palących ryzyko to jest wyższe niż u osób niepalących, przy czym np. przy jednej paczce wypalanych papierosów dziennie przez ponad 30 lat wzrasta 20-60-krotnie u mężczyzn i 14-20-krotnie u kobiet.

Nie ma „bezpiecznej” ilości wypalanego tytoniu, ryzyko zachorowania na raka płuca jest wyższe nawet u „okazjonalnych palaczy” w porównaniu z osobami, które nigdy nie sięgają po papierosa. U osób, które zaprzestały palenia tytoniu, ryzyko zachorowania na raka płuca stopniowo maleje. Jednak po wielu latach abstynencji tytoniowej poziom ryzyka zachorowania na raka płuca byłych palaczy, jest ok. dwukrotnie wyższy, niż w przypadku osób niepalących. Palenie papierosów zawierających niski poziom nikotyny wiąże się z podobnym ryzykiem zachorowania, jak palenie tych o wyższej zawartości nikotyny, przy czym zastosowanie filtrów również nie chroni przed zachorowaniem na raka płuca. Biernie palenie tytoniu także wiąże się z wyższym ryzykiem zachorowania na raka płuca w porównaniu z osobami nienarażonymi na dym tytoniowy. Szacuje się, że ok. 20-50% osób „niepalących”, które chorują na raka płuca, to bierni palacze tytoniu.

Pozostałe czynniki ryzyka zachorowania na raka płuca posiadają zdecydowanie mniejsze znaczenie w skali populacji. Należą do nich: ekspozycja na promieniowanie jonizujące (np. u osób wcześniej poddanych radioterapii na obszar klatki piersiowej lub pracowników kopalń narażonych na promieniowanie naturalne), ekspozycja na azbest, rakotwórcze substancje chemiczne oraz niektóre metale ciężkie (kadm, ołów, nikiel, arsen). Udowodniono również wzrost ryzyka zachorowania na raka płuca przy długotrwałej ekspozycji na spaliny węgla i paliw płynnych.

Rola czynników genetycznych jest dotychczas słabo poznana. Częste występowanie raka płuca w niektórych rodzinach jest związane z genetycznie uwarunkowaną skłonnością do nadmiernej aktywacji związków rakotwórczych zawartych w dymie tytoniowym lub zbyt wolnego usuwania tych związków z organizmu. Dziedziczna jest również skłonność do wolnej naprawy uszkodzeń DNA w komórkach nabłonka oddechowego po zadziałaniu czynników rakotwórczych.

Podsumowując, można stwierdzić, że dziedzicznie uwarunkowana jest przede wszystkim szczególna

² https://www.innowo.org/files/ugd/5ab4e5_6b77478583094f6b90b0c72da27dc90b.pdf (dostęp: 21.11.2022 r.)

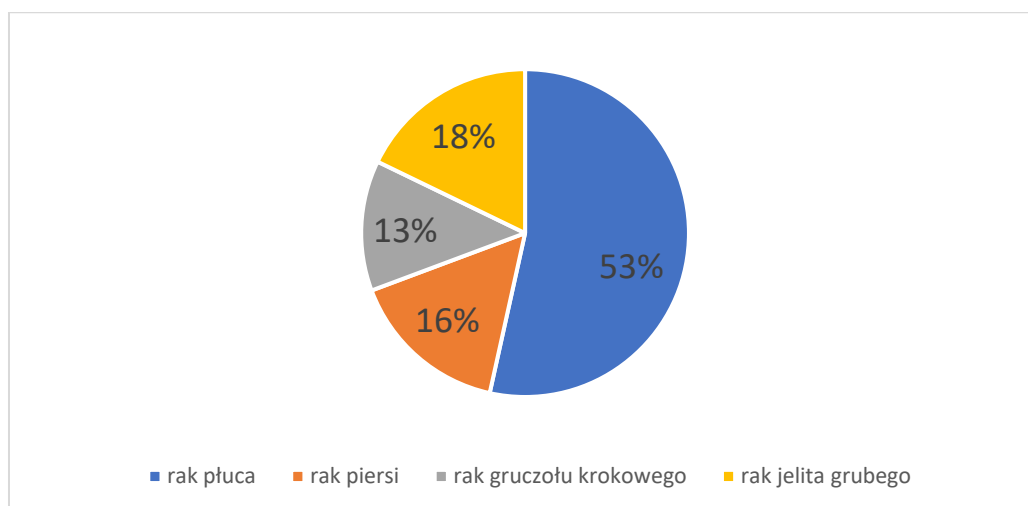
podatność na rakotwórcze działanie tytoniu. Dziedziczenie to jest skutkiem obecności polimorfizmów (wariantów populacyjnych) wielu genów i nie ma obecnie wiarygodnych testów genetycznych pozwalających na określenie wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca³.

1.2. Dane epidemiologiczne

Rak płuca jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych oraz najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworu złośliwego w Polsce. W 2020 r. w Polsce raportowano 18 814 nowych przypadków zachorowań na raka płuca oraz 22 213 zgonów z powodu raka płuca.

Obserwowane od wielu lat trendy zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce są determinowane zarówno strukturą wieku populacji, jak i zmianami zachodzącymi w ekspozycji polskiej populacji na czynniki rakotwórcze. Szczególnie niepokojący jest wpływ częstości palenia tytoniu na trend występowania raka płuca w populacji kobiet. W 2020 roku po raz kolejny liczba kobiet, które zmarły w wyniku raka płuca przekroczyła liczbę kobiet, które zmarły z powodu raka piersi⁴.

W 2018 r. w Polsce rak płuca był przyczyną większej liczby zgonów niż łącznie trzy kolejne najczęściej występujące nowotwory złośliwe, tj. rak piersi, rak gruczołu krokowego i rak jelita grubego.



Wykres 1. Udział zgonów z powodu najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce w 2018 r.

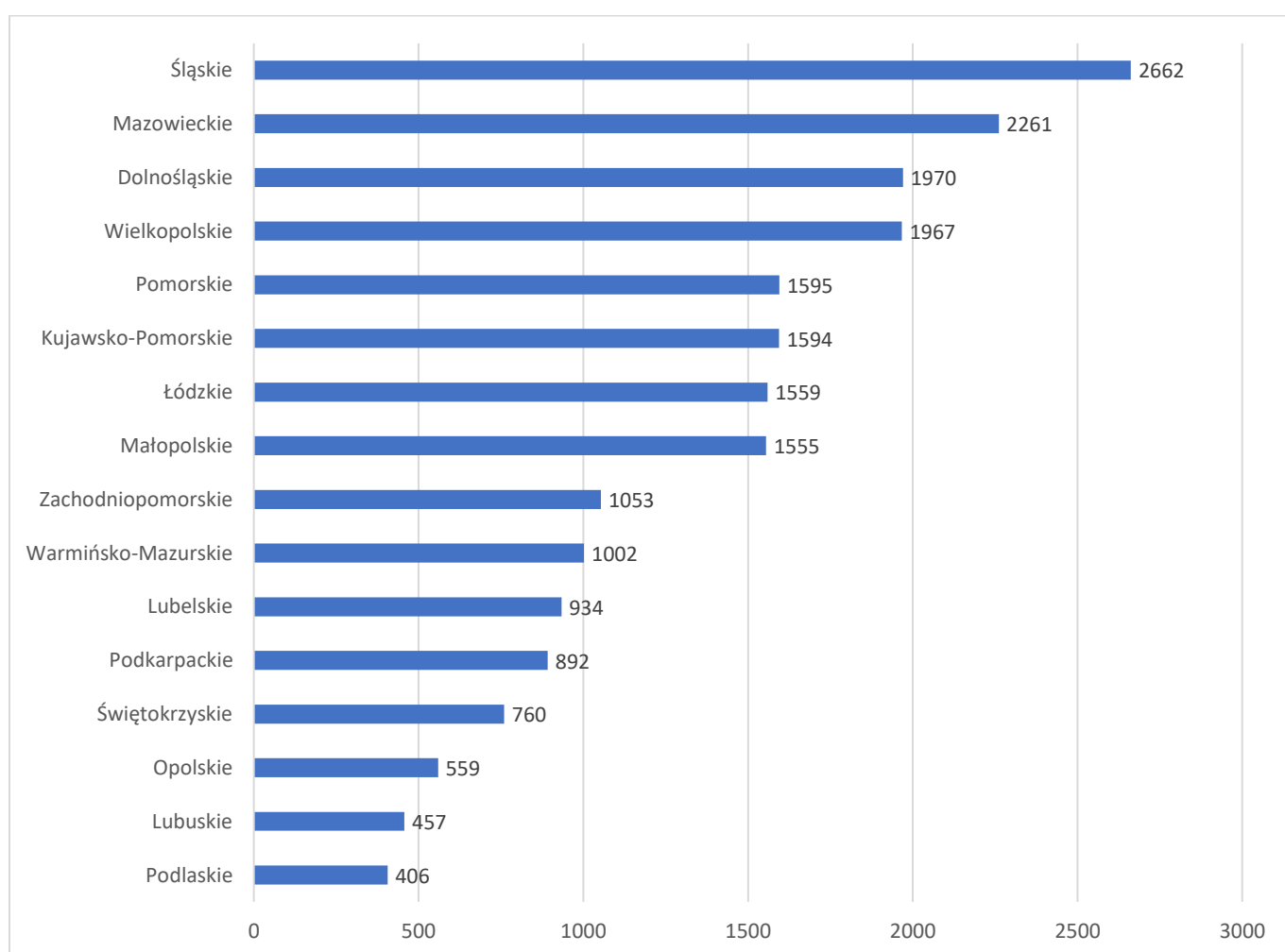
Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) liczba leczonych chorych z rakiem płuca w Polsce systematycznie rośnie. W ciągu 5 lat (lata 2012-2017) przybyło ok. 10% nowych pacjentów, przy czym należy pamiętać, że są to wszyscy chorzy z rakiem płuca bez względu na stopień zaawansowania i typ nowotworu, a więc w większości leczeni za pomocą metod chirurgicznych, chemioterapii i radioterapii. Zgodnie z oszacowaniami GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) w 2020 r. Polska zajmowała czwarte miejsce pod względem zachorowalności na raka płuca wśród krajów Unii Europejskiej. Pod względem umieralności zajmowała drugie miejsce⁵.

³ Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nawotwory-pluca-oplucnej-tchawicy/> (dostęp: 13.09.2022 r.)

⁴ U. Wojciechowska, K. Barańska, I. Michałek, P. Olasek, M. Miklewska, J.A. Didkowska, Nowotwory złośliwe w Polsce, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2022.

⁵ <http://pkmp.org.pl/e-biblioteka/raport-raportu-wyzwania-diagnostyki-patomorfologicznej-i-molekularnej-oraz-leczenia-raka-pluca>

Rak płuca jest również pierwszą przyczyną zgonu w populacji chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową. Standaryzowane współczynniki umieralności osiągały wartość 44.2/100000 u mężczyzn oraz 17.5/100000 u kobiet, co odpowiadało w roku 2018 odpowiednio 15 619 oraz 8076 zgonom z powodu tego nowotworu. Wprowadzenie do leczenia nowoczesnych terapii opartych na inhibitorach kinaz tyrozynowych lub inhibitorach immunologicznych punktów kontrolnych, podawanych w monoterapii lub skojarzeniu z chemioterapią, doprowadziło do nieznacznego zmniejszenia w ciągu ostatnich 10 lat liczby zgonów wśród mężczyzn (16 855 zgonów w 2008 roku oraz 15 619 w roku 2018), czemu odpowiadała redukcja standaryzowanego współczynnika umieralności z 61.3/100000 w 2008 roku do 44.2/100 000 w roku 2018. W przeciwieństwie do mężczyzn, u kobiet z rozpoznany rakiem płuca obserwowano niezmienny wzrost liczby zgonów oraz wartości standaryzowanego współczynnika umieralności do roku 2014, a następnie w kolejnych latach nieznaczny spadek tych parametrów (w 2008 roku 5 623 zgony, standaryzowany współczynnik umieralności 15.46/100000.)⁶.



Wykres 2. Liczba nowych zachorowań na raka płuca w 2019 w zależności od województwa

Ze względu na braki w rejestrowaniu zachorowań na raka płuca w źródłach krajowych oraz złe rokowanie, uznaje się, że zagrożenie, jakie niesie ze sobą rak płuca w Polsce odzwierciedla

(dostęp: 21.11.22 r.)

⁶ Wpływ pandemii Covid-19 na system opieki onkologicznej – Narodowy instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (data dostępu: 01.07.2022)

współczynnik umieralności (SDR Standardized Death Rate), jako miara natężenia zjawiska, umożliwiającą porównanie w czasie i według miejsca zamieszkania, wskazując nierówności w stanie zdrowia. Zgodnie z danymi ujętymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii przewiduje się, że nowotwór złośliwy płuca w 2029 roku będzie nadal dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań. W 2029 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc. Najwięcej z nich wystąpi w województwach mazowieckim (4 548) oraz śląskim (3 898). Najmniejsza liczba nowych przypadków zostanie odnotowana w województwie opolskim (854). Największy wzrost liczby nowych przypadków nowotworów złośliwych płuc zostanie odnotowany w województwach podkarpackim i małopolskim (odpowiednio 23% i 21%), a najmniejszy w województwach łódzkim (10%) i śląskim (12%). Wartość współczynnika umieralności na raka płuca w grupie wieku powyżej 35 roku życia będzie spadać wśród mężczyzn, a wzrastać wśród kobiet (tu nawet o 80%). W grupie wieku 35–69 lat wśród kobiet prognozuje się utrzymanie rosnącego trendu współczynnika umieralności, z kolei wśród mężczyzn znaczny spadek współczynnika. W grupie wieku powyżej 70. roku życia przewiduje się wzrost współczynnika SDR zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.⁷ Dotychczas obserwowane trendy zachorowalności i umieralności zostały zaburzone przez pandemię COVID-19. Obostrzenia pandemiczne spowodowały odsunięcie diagnozy w czasie, a także zmniejszenie liczby zgłoszeń nowych zachorowań do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów.⁸

1.3. Opis obecnego postępowania

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 Prezes AOTMiT rekomenduje przeprowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK wśród osób w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥ 30 paczkolet oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat, prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę raka płuca wśród osób kwalifikujących się do badania NDTK, a także prowadzenie szkoleń dotyczących raka płuca dla personelu medycznego.

W Polsce funkcjonują trzy ścieżki wczesnego wykrywania raka płuca w populacji bezobjawowej: przesiew z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), przesiew z użyciem RTG oraz podstawowa opieka zdrowotna (brak przesiewu). W ramach dalszej diagnostyki, mającej na celu potwierdzenie wyniku badania przesiewowego, dostępne i finansowane ze środków publicznych są następujące opcje diagnostyczne: tomografia komputerowa klatki piersiowej z podaniem środka kontrastującego, 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

⁷Wyzwania diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej oraz leczenia raka płuca – Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej, Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju

⁸U. Wojciechowska, K. Barańska, I. Michałek, P. Olasek, M. Miklewska, J.A. Didkowska, Nowotwory złośliwe w Polsce, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2022

zastosowaniu bronchoskopii, ultrasonografii przezoskrzelowej (EBUS), bronchoskopii, ultrasonografii przezprzełykowej (EUS), transtorakalnej biopsji zmian obwodowych, mediastinoskopii lub torakotomii. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. 2016 poz. 357, z późn. zm.) TK klatki piersiowej bez podania środka kontrastującego (kod ICD-9: 87.410) i z kontrastem (kod ICD-9: 87.411) stanowią świadczenia gwarantowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS).

Jak wskazuje konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, w każdym aparacie TK zakupionym w ciągu ostatnich pięciu lat istnieje możliwość wykonania badania według protokołu NDTK.

Przy podejrzeniu nowotworu płuca podstawą właściwego postępowania jest ustalenie rozpoznania mikroskopowego potwierdzającego lub wykluczającego to rozpoznanie. Biopsja guza płuca wymaga zazwyczaj starannego zaplanowania ze względu na jego trudno dostępną lokalizację. W biopsji cienkoigłowej lub szczołeczkowej określa się obecność lub brak komórek nowotworowych (materiał cytologiczny), podczas gdy biopsja gruboigłowa lub kleszczykowa umożliwia ustalenie bardziej precyzyjnego rozpoznania na podstawie obrazu tkanki. Najczęstsze sposoby ustalenia rozpoznania mikroskopowego guza płuca to:

- Biopsja guza wewnątrzoskrzelowego z wykorzystaniem bronchoskopii (zabiegu wprowadzenia narzędzi do oskrzeli, wykonywanego w znieczuleniu miejscowym),
- Biopsja guza zewnątrzoskrzelowego lub węzłów chłonnych śródpiersia z wykorzystaniem dostępu przezoskrzelowego lub przezprzełykowego,
- biopsja cienko- lub gruboigłowa przez ścianę klatki piersiowej,
- biopsja węzłów chłonnych poprzez bezpośrednie wprowadzenie narzędzi do śródpiersia,
- biopsja ognisk przerzutowych poza klatką piersiową.

W guzach położonych centralnie możliwe jest również uzyskanie rozpoznania cytologicznego w badaniu wydzieliny z dróg oddechowych. Przy braku innych możliwości rozpoznanie mikroskopowe ustala się w biopsji po zabiegu otwarcia klatki piersiowej (torakotomii).

Kolejnym etapem postępowania jest ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu (zasięgu nowotworu w organizmie). Jest to podstawa podejmowania decyzji dotyczących leczenia raka płuca. Podstawowymi badaniami służącymi do tego celu są: badanie przedmiotowe (fizykalne), zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej. W wybranych sytuacjach klinicznych wykonuje się również inne, takie jak: USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu oraz scyntygrafia kości. Wartościowym badaniem u niektórych pacjentów jest również pozytonowa tomografia emisyjna (PET), polegająca na obrazowej analizie gromadzenia się radioizotopu w organizmie, w tym przede wszystkim w guzie nowotworowym. Badania obrazowe powinny być uzupełnione badaniami oceniającymi stan miejscowy nowotworu: bronchoskopią z zastosowaniem dodatkowych technik nawigacyjnych i biopsyjnymi, mediastinoskopią (wziernikowanie śródpiersia z pobraniem znajdujących się tam węzłów chłonnych)

lub torakoskopią. W trakcie wszystkich tych procedur istnieje możliwość pobrania fragmentów tkanek do badania mikroskopowego w celu potwierdzenia lub wykluczenia ich zajęcia przez nowotwór.

W celu określenia stopnia zaawansowania nowotworu stosuje się obecnie obowiązującą klasyfikację TNM przygotowaną przez Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań nad Rakiem Płuca (International Association for the Study of Lung Cancer). Cecha T oznacza wielkość guza pierwotnego (tumor), cecha N stopień zajęcia regionalnych węzłów chłonnych (nodes), cecha M obecność przerzutów odległych (metastases). W zależności od pogrupowania tych kategorii wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania raka płuca, które w pewnym uproszczeniu oznaczają następujące sytuacje kliniczne:

- I° – nowotwór ograniczony do mięszu płuca, nienaciekający struktury śródpiersia i niezajmujący regionalnych węzłów chłonnych,
- II° – nowotwór ograniczony do mięszu płuca z przerzutami do węzłów chłonnych wewnątrz płuca,
- III° – nowotwór naciekający ważne struktury śródpiersia, kręgosłup lub ścianę klatki piersiowej lub tworzący przerzuty do węzłów chłonnych śródpiersia lub węzłów chłonnych nadobojczykowych,
- IV° – rozsiew do jamy opłucnej lub do narządów odległych (najczęściej do mózgu, wątroby, nadnerczy, kości i płuca).

Strategia leczenia nowotworów płuca zależy od trzech podstawowych czynników: typu nowotworu, stopnia zaawansowania i ogólnego stanu chorego, w tym przede wszystkim stanu czynnościowego układu oddechowego i sercowo-naczyniowego oraz 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;
- 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.

Zasadniczą metodą leczenia raka niedrobnokomórkowego płuca w I i II stadium oraz u wybranych chorych w III stopniu zaawansowania jest resekcja chirurgiczna. Zakres zabiegu operacyjnego podyktowany jest wielkością guza i jego stosunkiem do krytycznych struktur anatomicznych (dużych naczyń, oskrzeli i tchawicy, osierdzia, kręgosłupa i przełyku) oraz wiekiem chorego i jego wydolnością.

Najczęstszym zabiegiem jest usunięcie płata płuca (lobektomia), rzadziej wykonuje się resekcje

w mniejszym zakresie (resekcja segmentu płuca lub tzw. resekcja klinowa). Przy małych obwodowych guzach płuca możliwe jest wykonanie zabiegów bez szerokiego otwarcia klatki piersiowej i naruszenia ciągłości żeber. W uzasadnionych rozległością nowotworu przypadkach stosuje się wycięcie całego płuca – pneumonektomię.

U osób, które nie kwalifikują się do leczenia chirurgicznego z powodu stanu ogólnego, wieku lub chorób współistniejących, należy rozważyć radykalną radioterapię (radioterapię z zastosowaniem wysokich dawek promieniowania, której celem jest wyleczenie chorego). U chorych z przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego w I stopniu zaawansowania istnieje również możliwość zastosowania radioterapii stereotaktycznej, w której wysoką dawkę promieniowania podaje się na mały obszar w kilku frakcjach z bardzo wysoką precyzją.

Większość chorych w III stopniu zaawansowania niedrobnokomórkowego raka płuca powinna otrzymać leczenie skojarzone z udziałem radioterapii i chemioterapii (w wybranych sytuacjach również chirurgii). Leczenie skojarzone polega na zastosowaniu radioterapii, w trakcie której podaje się dwa cykle chemioterapii (leczenie równoczesowe) lub chemioterapii, a następnie napromieniania (leczenie sekwencyjne).

Chorzy na raka niedrobnokomórkowego płuca w IV stopniu zaawansowania powinni otrzymać leczenie paliatywne z udziałem chemioterapii. Do najczęściej stosowanych cytostatyków w leczeniu tego nowotworu należą pochodne platyny, antymetabolity, alkaloidy barwinka oraz taksoidy. Wybór schematu leczenia zależy od typu histologicznego nowotworu i wydolności narządowej chorego. Istotnym elementem leczenia paliatywnego jest radioterapia, stosowana zazwyczaj w celu przeciwdziałania objawom wzrostu nowotworu w klatce piersiowej: krwiopłucia, duszności lub bólu.

Radioterapię paliatywną stosuje się również w przypadkach bolesnych przerzutów do kości, przerzutów do mózgu czy przerzutów do węzłów chłonnych lub nacieku ściany klatki piersiowej.

W przypadkach wystąpienia wysięku nowotworowego w jamie opłucnej powodującego duszność stosuje się nakłucie opłucnej lub częściej drenaż jamy opłucnej. Często wykonuje się również zabieg pleurodezy, polegający na podaniu drażniącego środka do jamy opłucnej i sklejeniu blaszek opłucnej celem ograniczenia przestrzeni, w której mógłby gromadzić się płyn. Istnieje również możliwość założenia specjalnego tunelowego cewnika opłucnowego z zastawką ułatwiającą okresowe upuszczanie płynu.

Chorzy na raka drobnokomórkowego powinni otrzymać chemioterapię, o ile umożliwi to ich stan ogólny i wydolność narządowa. U osób chorujących na raka drobnokomórkowego płuca we wczesnym stopniu zaawansowania stosuje się napromienianie na obszar klatki piersiowej w skojarzeniu z chemioterapią. Po zakończeniu chemioterapii u wielu osób stosuje się profilaktyczne napromienianie mózgu w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu w tej lokalizacji. W bardzo wąskiej grupie chorych w I stopniu zaawansowania (bez zajęcia węzłów chłonnych przez nowotwór) można również rozważyć resekcję chirurgiczną, która poprzedza leczenie cytostatykami. W razie niepowodzenia chemioterapii pierwszej linii rozważa się ponowne leczenie cytostatykami, których wybór zależy od wydolności chorego i czasu, jaki upłynął od zakończenia chemioterapii pierwszej linii do wystąpienia nawrotu.

Celem rehabilitacji po leczeniu nowotworów klatki piersiowej jest szybki powrót do sprawności fizycznej chorego i pełnej samodzielności. Po leczeniu operacyjnym rehabilitację prowadzi się już w pierwszej dobie, stopniowo zwiększając zakres czynności ruchowych i ćwiczeń oddechowych w późniejszym okresie. Wczesna i właściwa rehabilitacja zmniejsza natężenie bólu związanego z przecięciem żeber i nerwów międzyżebrowych w trakcie operacji.

Postępowanie w trakcie i po leczeniu zachowawczym powinno obejmować zapobieganie powikłaniom po tym leczeniu oraz umożliwiać zmniejszenie dolegliwości.

Do ważnych aspektów opieki po leczeniu należy poradnictwo psychologiczne i wczesne wdrożenie leczenia przeciwdepresyjnego u chorych, którzy wymagają takiego leczenia. Od 2018 roku w Polsce rozwijana jest sieć ośrodków Lung Cancer Unit, które wdrażają program koordynowanej opieki nad chorymi na raka płuca. Są to wyspecjalizowane jednostki mające na celu zapewnienie pacjentom kompleksowej diagnostyki oraz indywidualnego procesu leczenia onkologicznego. Tego typu ośrodki tworzą zespoły różnych specjalistów, tj. lekarzy różnych specjalności, m.in. specjaliści chorób płuc, specjaliści chirurgii klatki piersiowej, onkolodzy, chirurdzy onkologiczni, specjaliści od chemioterapii i radioterapii, psychologowie kliniczni, rehabilitanci. Taki model organizacji opieki nad pacjentami onkologicznymi funkcjonuje w wielu krajach. Jako pierwszy to rozwiązanie w 2019 roku wprowadził Uniwersytecki Szpital w Białymstoku.⁹

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Celem głównym programu jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu raka płuca, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników programu.

2.2. Cele szczegółowe

Cel szczegółowy nr 1

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 100% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia raka płuca.

Cel szczegółowy nr 2

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60% uczestników programu w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia rakiem płuca.

Cel szczegółowy nr 3

Przeprowadzenie badania NDTK wśród 80% uczestników programu.

⁹W przeciwieństwie do mężczyzn, u kobiet z rozpoznaniem raka płuca obserwowano niezmienny wzrost liczby zgonów oraz wartości standaryzowanego współczynnika umieralności (dostęp: 13.09.2022 r.)

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) Odsetek osób (uczestnicy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test (dotyczy celu głównego).
- 2) Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (100%), względem wszystkich osób z personelu medycznego, którzy wypełnili pre test (dotyczy celu szczegółowego nr 1).
- 3) Odsetek uczestników, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników, które wypełniły pre-test (dotyczy celu szczegółowego nr 2).
- 4) Odsetek uczestników, u których przeprowadzono badanie NDTK względem wszystkich uczestników (dotyczy celu szczegółowego nr 3).

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

3.1 Populacja docelowa

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników: I grupa – osoby korzystające z działań informacyjno-edukacyjnych, badania z wykorzystaniem NDTK, konsultacji lekarskiej podsumowującej; II grupa – personel medyczny korzystający ze szkoleń.

Budżet programu wynosi 4 000 000 zł. Biorąc pod uwagę budżet programu w trakcie jego trwania można przeprowadzić interwencje dla 5921 (4662 dla I grupy i 1250 dla II grupy) osób z populacji docelowej.

W zależności od liczby chętnych do udziału w programie, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu lub zmniejszeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

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

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-4. Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium określonego w pkt 1-4 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – I grupa

Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia do programu, musi:

- 1) być w wieku między 55 a 74 rokiem życia,
- 2) zadeklarować konsumpcję tytoniu wynoszącą ≥ 30 paczkolet
- 3) zadeklarować okres abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat,
- 4) udzielić świadomej zgody na udział w programie,

Weryfikacja kryteriów ww. punktów odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku –

zgodnego z treścią zawartą w załączniku A do programu.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej - I grupa

Niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu.

Ponadto wyłączenie z programu powodują następujące wskazania:

- 1) zdiagnozowany rak płuc przed zgłoszeniem do programu,
- 2) wykonana tomografia komputerowa klatki piersiowej w ciągu 3 miesięcy poprzedzających datę planowanego badania NDTK,
- 3) uczestnictwo w innym programie o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Kryterium będzie weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika.

Kryterium włączenia do programu polityki zdrowotnej – II grupa

Zgodnie z Rekomendacją nr 10/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020, do udziału w szkoleniu kwalifikuje się personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami np.: lekarze; pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.

Kryterium wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – II grupa

Zgodnie z Rekomendacją nr 10/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. kryterium wyłączającym jest: ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat, wiedza i doświadczenia w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

3.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- dla I grupy docelowej: działania informacyjno-edukacyjne, badanie z wykorzystaniem NDTK, lekarska wizyta podsumowująca,
- dla II grupy docelowej: szkolenia personelu medycznego.

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu tj. weryfikacji czy osoba aplikująca do programu spełnia wszystkie wymagania. Kwalifikację do programu może przeprowadzić pracownik administracyjny.

Interwencje dla I grupy docelowej programu polityki

Działania informacyjno-edukacyjne

W ramach edukacji zdrowotnej personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat istoty działań profilaktyki pierwotnej. Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest zobowiązana do wypełnienia także post-testu. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji

indywidualnej podczas wizyt lekarskich. Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy w formie testu składającego się z 10 pytań jednokrotnego wyboru, w formie pytań zamkniętych (narzędzie przygotowane przez Realizatora). Dopuszczalne jest przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w grupach. W ramach realizacji tego działania możliwe jest także zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Każdy uczestnik programu powinien odbyć co najmniej 45 minut edukacji.

W ramach działań informacyjnych środki przekazu powinny zostać dobrane do warunków lokalowych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ i poradniach chorób płuc. Będą one finansowane przez realizatora w ramach kosztów pośrednich. W przypadku gdy dostępne są 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 projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:

- 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;
- Strona internetowa Lung Cancer Alliance Polska;
- Wytyczne i zalecenia zespołu ekspertów dotyczące wykrywania wczesnego raka płuca w Polsce; Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie (dawn. Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie) oraz Biuro Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia;
- Materiały Poradni Pomocy Palącym będącej częścią Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów koordynowanego przez Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy 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>.

Badanie z wykorzystaniem NDTK:

Zakres badania NDTK obejmuje płuca od ich szczytów do kątów przeponowo – żebrowych. NDTK płuc przeprowadza się bez podania środków kontrastujących dożylnie ani doustnie; maksymalna grubość warstwy wynosi 2,5 mm, a proponowana 1 mm. Postępowanie 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).

Analiza obrazów powinna być wykonywana na konsolach diagnostycznych dedykowanych wykryciu wczesnego raka płuca (guzek). Do wykrywania guzków płuca należy wykorzystywać rekonstrukcje typu MIP (ang. Maximum Intensity Projection). Wielkość guzka powinna być mierzona w oknie płucnym na skanach w płaszczyźnie poprzecznej, w różnych osiach. Istotne w tym przypadku jest 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. Należy także raportować dodatkowe istotne zmiany, także poza płucami. Skierowanie do badania NDTK nie jest wymagane (§3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej).

Lekarska wizyta podsumowująca

Po przeprowadzeniu badania NDTK, każdy uczestnik jest kierowany na konsultację lekarską w czasie której uczestnikowi lekarz prezentuje opis badania NDTK oraz przekazuje zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania. Uczestnik ma także możliwość otrzymania odpowiedzi na wszelkie pytania związane z jego udziałem w PPZ.

W przypadku pozytywnego wyniku badania NDTK lekarz wydaje uczestnikowi wypełnioną kartę DiLO umożliwiającą diagnostykę pogłębioną. Wydaniu karty towarzyszy odnotowanie stopnia zaawansowania zmian radiologicznych w dokumentacji uczestnika PPZ. Uczestnik otrzymuje informację dotyczącą dalszej ścieżki postępowania.

W przypadku negatywnego wyniku badania NDTK lekarz informuje uczestnika o zakończeniu udziału w PPZ. Wskazuje również zalecenie powtórzenia badania przesiewowego nie wcześniej niż po 1 roku oraz miejsce gdzie można takie badanie wykonać. Powtórzenie badania przesiewowego będzie odbywać się poza PPZ. W czasie konsultacji lekarskiej przeprowadzana jest interwencja antynikotynowa, która opiera się na przeprowadzeniu z uczestnikiem indywidualnej rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej (MIA, tzw. „zasada 5×P”). W ramach spotkania realizowana jest edukacja pacjenta dot. szkodliwości palenia. Uczestnicy deklarujący aktywne palenie zostają dodatkowo poddani dwóm badaniom diagnostycznym: standaryzowany wywiad dotyczący intensywności palenia i siły uzależnienia za pomocą testu Fagerströma; test motywacji do rzucenia palenia (Schneider). Wyniki badań są odnotowywane w dokumentacji uczestnika. Na podstawie wyników uczestnikowi zostaną przedstawione możliwości uzyskania adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza PPZ wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa, współpraca z Poradnią Pomocy Palącym.

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. Dalsza diagnostyka będzie odbywać się poza PPZ.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, TK klatki piersiowej bez podania środka kontrastującego (kod ICD-9: 87.410) i z podaniem środka kontrastującego (kod ICD-9: 87.411) stanowią świadczenia gwarantowane w ramach AOS.

Zgodnie z informacją pozyskaną od Konsultanta Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, w każdym aparacie TK zakupionym w ciągu ostatnich pięciu lat istnieje możliwość wykonania badania według protokołu NDTK.

Interwencje dla II grupy docelowej programu polityki zdrowotnej

Szkolenia personelu medycznego

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy w formie testu w formie pytań zamkniętych (narzędzie przygotowane przez Realizatora). W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia raka płuca. Personel POZ powinien być informowany m.in. o szkodliwych następstwach palenia tytoniu. Formy szkolenia powinny być dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 4 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku, przez 7 godzin dziennie, w tym co najmniej 1 raz do godziny 18.00.

Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3. Planowane interwencje, zgodnie ze wskazaniami medycznymi i klinicznymi mogą zostać przerwane ze względu na przeciwwskazania medyczne lub rezygnację uczestnika.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie,
- 2) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej;
- 3) uczestnik złoży pisemną rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie;

Uczestnik może tylko raz przystąpić do udziału w programie.

Działania realizowane podczas programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

- 1) wybór realizatorów programu w drodze otwartego konkursu ofert;
- 2) działania informacyjno-edukacyjne dotyczące realizacji programu, skierowane do potencjalnych uczestników prowadzone przez wybranych w konkursie realizatorów;
- 3) kwalifikacja uczestników do programu;
- 4) przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie;
- 5) rozliczenie finansowe programu;
- 6) monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Ad 1. Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu ofert i wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt).

Ad 3. Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

Ad. 4. Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

- 1) działania informacyjno – edukacyjne;
- 2) badanie wiedzy w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników - pre test i post test;
- 3) badanie z wykorzystaniem NDTK;
- 4) lekarska wizyta podsumowująca;

5) szkolenia personelu medycznego.

Ad 5. Z realizatorami programu, wybranymi w drodze konkursu ofert, zostaną podpisane umowy, w których określone zostaną warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

Ad 6. W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia

Tabela 1. Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianie.

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ	ZWM	15 lutego 2022 r.	15 lutego 2022 r.
2.	Opracowanie projektu PPZ	ZD	2 marca 2022 r.	23 września 2022 r.
3.	Wycena świadczeń	ZD	27 września 2022 r.	4 października 2022 r.
4.	Konsultacje projektu PPZ z JST oraz wprowadzenie ew. uwag	ZD	5 października 2022 r.	19 października 2022 r.
5.	Zaakceptowanie projektu PPZ	ZWM	4 kwietnia 2023 r.	4 kwietnia 2023 r.
6.	Przesłanie stosownego oświadczenia do AOTMiT	ZD	6 kwietnia 2023 r.	6 kwietnia 2023 r.
7.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	6 kwietnia 2023 r.	10 kwietnia 2023 r.
8.	Uchwała o wdrożeniu PPZ oraz o ogłoszeniu konkursu na wybór realizatorów	ZWM	24 kwietnia 2023 r.	24 kwietnia 2023 r.
9.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów PPZ (15 dni)	ZD	27 kwietnia 2023 r.	27 kwietnia 2023 r.
10.	Składanie ofert konkursowych	Oferenci	27 kwietnia 2023 r.	11 maja 2023 r.
11.	Ocena formalna i merytoryczna ofert	ZD	12 maja 2023 r.	6 czerwca 2023 r.
12.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	13 czerwca 2023 r.	13 czerwca 2023 r.
13.	Podpisywanie umów z realizatorami	ZD, realizatorzy	20 czerwca 2023 r.	20 czerwca 2023 r.
14.	Realizacja PPZ	realizatorzy	27 czerwca 2023 r.	30 listopada 2026 r.
15.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2023 r.	realizatorzy	1 stycznia 2024 r.	31 stycznia 2024 r.
16.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2024 r.	realizatorzy	1 stycznia 2025 r.	31 stycznia 2025 r.
17.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2025 r.	realizatorzy	1 stycznia 2026 r.	31 stycznia 2026 r.
18.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2026 r.	realizatorzy	1 stycznia 2027 r.	31 stycznia 2027 r.
19.	Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ (2 miesiące)	ZD	31 stycznia 2027 r.	31 marca 2027 r.

20.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM	ZWM	2 kwietnia 2027 r.	4 kwietnia 2027 r.
21.	Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	3 kwietnia 2027 r.	16 kwietnia 2027 r.

Tabela 1. Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

PPZ – program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2023-2026;

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji następujący personel medyczny i sprzęt:

Wymagania dotyczące personelu medycznego:

- 1) w zakresie szkolenia personelu medycznego: co najmniej 1 lekarz (optymalnie ze specjalizacją z zakresu chorób płuc lub onkologii klinicznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuc, który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.;
- 2) w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych: co najmniej 1 lekarz lub/i fizjoterapeuta lub/i pielęgniarka lub/i asystent medyczny lub/i edukator zdrowotny lub/i inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy i doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
- 3) w zakresie przeprowadzenia badania NDTK – zgodnie z obowiązującymi przepisami, wykluczając wymóg dot. obecności pielęgniarki podczas badania NDTK, ponieważ badanie wykonywane jest bez podania środka kontrastującego,
- 4) w zakresie lekarskiej wizyty podsumowującej – co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuca lub/i lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

Interwencji w ramach programu musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w programie.

Wymagania dotyczące wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) Wymagana jest pracownia umożliwiająca dokonanie badania NDTK z wykorzystaniem co najmniej 16-rzędowego skanera spiralnego.

- 2) Wymagana jest infrastruktura informatyczna, która pozwoli na bezpieczne przechowywanie pozyskanych w ramach PPZ cyfrowych wersji danych NDTK.
- 3) W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Interwencje w ramach programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

Ponadto, każdy realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 3) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
- 4) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 5) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 6) Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału.
- 7) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi

dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.

- 8) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji oraz testy wiedzy uczestników szkolenia oraz personelu medycznego
- 9) Realizator zobowiązany jest do przygotowania pre-testu i post-testu dla uczestników programu oraz pre-testu i post-testu dla personelu medycznego. Projekt pre-testu oraz post testu zostanie złożony wraz z formularzem ofertowym. Wiedza przekazywana uczestnikom programu przez realizatora, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych. Wiedza przekazywana personelowi medycznemu w ramach szkolenia, musi być zgodna z zalecanymi w rekomendacjach metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia raka płuc.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych. Budynek, w którym odbywać się będą świadczenia powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- 3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik C1 do programu;
- 3) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik C2 do programu;
- 4) analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu – wykorzystując do tego stworzone przez realizatora narzędzie;
- 5) analizę badania poziomu wiedzy uczestników szkolenia dla personelu medycznego – wykorzystując do tego stworzone przez realizatora narzędzie.

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu.

Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osoby ubiegającej się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatorów programu zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z treścią załącznika C1 i C2. Każdy uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie lub
- 3) wykluczeniu z dalszego udziału w programie.

Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub elektronicznej.

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
- 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się, aby analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analiza wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Ad 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem mierników przedstawionych w rozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdanie roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego 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 zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. raportów końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-edukacyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

W związku z opracowywaniem projektu programu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 60 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy¹⁰.

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu wraz z kosztami pośrednimi (zł)
Kwalifikacja uczestnika	113,66 zł
Edukacja zdrowotna uczestnika wraz z pre-testem i post-testem	106,34 zł
Badanie NDTK wraz z opisem	440,00 zł
Konsultacja lekarska podsumowująca	223,66 zł

Tabela 2. Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)

Maksymalny koszt udziału uczestnika z I grupy docelowej wynosi 883,66 zł.

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu wraz z kosztami pośrednimi (zł)
Szkolenie dla personelu medycznego wraz z pre-testem i post-testem (wpisać koszt przypadający na 1 uczestnika)	220,00 zł

Tabela 3. Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z II grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)

Maksymalny koszt udziału uczestnika z II grupy docelowej wynosi 220 zł.

Koszty przedstawione w Tabeli 2, są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć ok. 4662 uczestników z I grupy docelowej, w tym:

- w 2023 r. 1119 uczestników;
- w 2024 r. 1181 uczestników;
- w 2025 r. 1181 uczestników;
- w 2026 r. 1181 uczestników.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć ok. 1250 uczestników z II grupy docelowej, w tym:

- w 2023 r. 500 uczestników;

¹⁰ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 3 podmiotów.

Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2023-2026

- w 2024 r. 250 uczestników;
- w 2025 r. 250 uczestników;
- W 2026 r. 250 uczestników.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2023-2026. Planowany budżet programu został określony w wysokości 4 000 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2023 r.: 1 000 000 zł;
- 2024 r.: 1 000 000 zł;
- 2025 r.: 1 000 000 zł;
- 2026 r.: 1 000 000 zł.

Na przeprowadzenie interwencji dla I grupy docelowej przeznaczono około 93% środków budżetu programu (3 750 000 zł). Na przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej planuje się przeznaczyć około 7% środków budżetu programu (250 000 zł).

6.3. Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony. W przypadku mniejszego zainteresowania udziałem w programie budżet programu może zostać zmniejszony .

Bibliografia

Publikacje:

1. Chorostowska-Wynimko, J. Rak płuca w 2020 r. Lekarz POZ, 6(6), 349-351.
2. Krzysiak, J. (2018). Rak płuc jako problem zdrowia publicznego. Czynniki ryzyka, diagnostyka i profilaktyka
3. Modlińska, A., & Kowalczyk, A. (2016). Rak płuca–epidemiologia, obraz kliniczny oraz społeczne następstwa choroby. Psychoonkologia, 20(2), 57-65
4. Opinia Rady Przejrzystości nr 399/2019 z dnia 9 grudnia 2019 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: rak płuca
5. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, 2020, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH.
6. 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 tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca
7. Wczesne wykrywanie raka płuca z wykorzystaniem NDTK. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy), AOTMiT, Warszawa 2019

Źródła internetowe:

1. Epidemiologia, Mapy Potrzeb Zdrowotnych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3363>
2. Global Health Estimates 2019, WHO, <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
3. Płuco i opłucna, Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nawotwory-pluca-oplucnej-tchawicy/>
4. Polska, Global Burden of Disease Study 2019, <https://www.healthdata.org/poland>
5. Rak płuca, Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynawotworowe/84436,rak-pluca>

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Załącznik A. Wzór oświadczeń

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Wiek uczestnika

.....
Adres (ulica, numer uczestnika/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Okres palenia tytoniu uczestnika wynosi powyżej 30 paczkolet (paczkoleta liczy się jako iloczyn liczby wypalanych paczek papierosów na dobę oraz lat nałogu).

tak nie

Okres abstynencji od palenia tytoniu wynosi maksymalnie 15 lat, tj. nie palę krócej niż 15 lat..

tak nie

Ja niżej podpisany oświadczam, że w chwili aplikowania do „ Programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego*.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 miesięcy nie miałam(em) wykonanej tomografii komputerowej klatki piersiowej.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przekazanie moich danych osobowych (m.in. imię i nazwisko, numer PESEL, rodzaj otrzymanego świadczenia) Samorządowi Województwa Mazowieckiego.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Oświadczam, że otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

Miejscowość, data i podpis uczestnika

.....
Oryginał/kopia**

* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której

Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie

Rezygnacja z udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”

.....

Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”.

Powodem mojej rezygnacji jest*:

.....
.....
.....

.....

Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

** Niepotrzebne skreślić

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji dla uczestników programu

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-6 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

- 1) W jakim stopniu program spełnił Pan(i) oczekiwania?
1 2 3 4 5
- 2) Jak ocenia Pan(i) osobę prowadzącą aplikację/rekrutację do programu?
1 2 3 4 5
- 3) Jak ocenia Pan(i) osobę wykonującą kwalifikację do badania?
1 2 3 4 5
- 4) Jak ocenia Pan(i) osobę wykonującą badanie w ramach programu?
1 2 3 4 5
- 5) Jak ocenia Pan(i) organizację programu?
1 2 3 4 5
- 6) W jakim stopniu odpowiadała Panu(i) atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?
1 2 3 4 5
- 7) Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
 - z miejsca pracy,
 - z Internetu,
 - od rodziny, znajomych,
 - inne (jakie?)
- 8) Inne uwagi:
.....
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Pana(i) udziału w szkoleniu.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, w pytaniach 6-8 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą, a „nie dotyczy” oznacza, że nie brało się udziału w interwencji.

1) W jakim stopniu szkolenie spełniło Pana(i) oczekiwania?

1 2 3 4 5

2) Jak ocenia Pan(i) wiedzę i kompetencje osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?

1 2 3 4 5

3) Jak ocenia Pan(i) przydatność przekazywanych treści?

1 2 3 4 5

4) Jak ocenia Pan(i) poziom merytoryczny szkolenia?

1 2 3 4 5

5) Jak ocenia Pan(i) formę szkolenia?

1 2 3 4 5

6) W jakim stopniu odpowiadała Panu(i) atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w szkoleniu?

1 2 3 4 5

7) Jak ocenia Pan(i) organizację szkolenia?

1 2 3 4 5

8) Czy uważa Pan(i), że szkolenia o takiej tematyce powinny być kontynuowane w następnych latach?

tak nie

9) Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe¹¹ z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”

Dane realizatora:(nazwa, adres)

Nr umowy:.....

Sprawozdanie za okres:

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym – I grupa docelowa

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie	
3.	Liczba uczestników, którzy uczestniczyli w działaniach edukacyjnych	
4.	Liczba uczestników, którzy wypełnili pre-test wiedzy	
5.	Liczba uczestników, którzy wypełnili post-test wiedzy	
6.	Liczba uczestników, którzy uzyskali wysoki poziom wiedzy	
7.	Liczba uczestników, którzy skorzystali z badania NDTK	
8.	Liczba uczestników, którzy odbyli lekarską wizytę podsumowującą	
9.	Liczba uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie	

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach programu w okresie sprawozdawczym – grupa II docelowa

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy uczestniczyli w szkoleniach	
3.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test wiedzy	
4.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy wypełnili post-test wiedzy	
5.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy uzyskali wysoki poziom wiedzy	

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu		
1.	Odsetek uczestników (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.	

¹¹ Niepotrzebne skreślić

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 uczestników, u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili pre-test.	
4.	Odsetek uczestników, u których przeprowadzono badanie NDTK względem wszystkich uczestników.	

Uwagi (w tym powody rezygnacji z udziału w programie):

.....

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących.

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – grupa I.

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – grupa II.

.....

.....
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie