



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE
DEPARTAMENT OCHRONY ZDROWIA

***Program polityki zdrowotnej
wczesnej diagnostyki
chorób nowotworowych płuc
dla mieszkańców województwa lubuskiego***

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

Okres realizacji: 2021-2023

1. Opis problemu zdrowotnego

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z priorytetowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym ilość i zakres świadczeń zdrowotnych, jak również liczbę i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczenia medyczne. Oprócz kierunkowych/specjalistycznych działań związanych z typowymi dla danej jednostki chorobowej świadczeniami zdrowotnymi, niezbędne jest także równoległe realizowanie programów polityki zdrowotnej, mających na celu zminimalizowanie w przyszłości liczby zachorowań.

Choroby układu oddechowego należą do najważniejszych schorzeń współczesnego świata. Wiąże się to z rosnącą ekspozycją na liczne mikroorganizmy, czynniki toksyczne i alergenów. Już dziś, za sprawą przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), raka, gruźlicy i zakażeń, choroby płuc stały się drugą przyczyną zgonów, ustępując jedynie chorobom układu sercowo-naczyniowego. Jednak w przeciwieństwie do chorób układu krążenia zapadalność na choroby układu oddechowego systematycznie wzrasta. Wiele schorzeń uwarunkowanych jest długotrwałym narażeniem na szkodliwe czynniki środowiskowe (a zwłaszcza dym nikotynowy).

Również zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia wśród największych problemów zdrowia publicznego wymienia się obok chorób krążenia również nowotwory i choroby układu oddechowego, które powodowane są głównie przez palenie wyrobów tytoniowych, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz brak aktywności fizycznej.

Nowotwór płuc jest chorobą polegającą na niekontrolowanym rozroście złośliwych komórek nowotworowych w tkance płuca. Nowotwór płuc może być wywołany przez wiele rakotwórczych czynników środowiskowych, ale przyczyną większości zachorowań na raka płuc jest palenie papierosów. Wśród stanów predysponujących do rozwoju raka płuca wymienia się POChP oraz rozedmę, a także choroby śródmiąższowe przebiegające z włóknieniem płuc. Udowodnione działanie rakotwórcze mają: radon, arsen, chrom, nikiel, pestycydy, azbest. Obecnie radon uważa się za drugi po dymie tytoniowym szkodliwy czynnik środowiskowy w etiologii raka płuca. Na świecie notuje się 1 mln 200 tys. nowych zachorowań rocznie, natomiast w Polsce ok. 20 tys. (16 tys. mężczyzn i ponad 4 tys. kobiet).

2. Dane epidemiologiczne

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Polsce w 2017 roku ogółem na nowotwory złośliwe zachorowało 164 875 osób. Z tego nowotwory złośliwe płuc były główną przyczyną zachorowania u 17% mężczyzn oraz u 9% kobiet. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet.

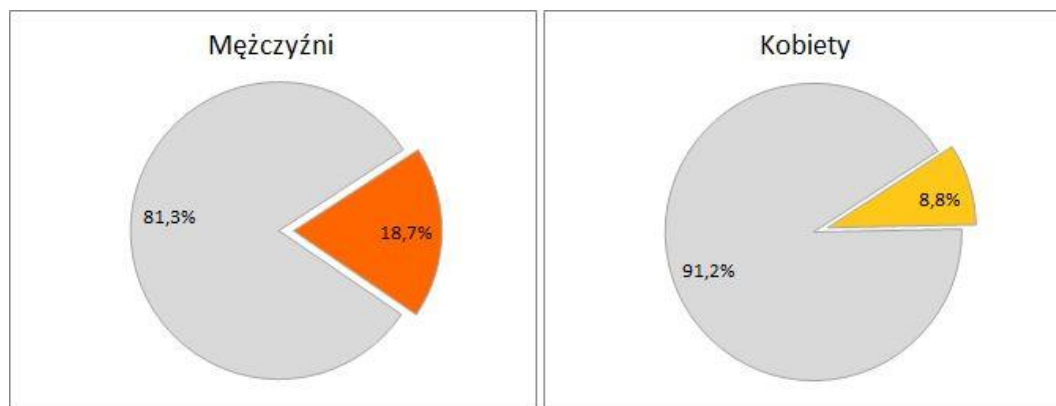
Wykres 1. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 r. Liczba zachorowań



Źródło: <http://onkologia.org.pl/>

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.

Wykres 2. Częstość zachorowań na raka płuca w Polsce w 2013 roku



Źródło: <http://onkologia.org.pl/>

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów ludności Polski przy czym w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego, a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów wzrasta.

Wśród nowotworów złośliwych zdecydowanie największe zagrożenie życia dla mieszkańców Polski stanowi od wielu lat nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca (c33-c34), z powodu którego w 2016 r. zmarły 23 833 osoby (24% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych) (Źródło: *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH, 2018 r.*)

Rak płuca jest drugim, najczęściej występującym nowotworem złośliwym zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn w Polsce (zaraz po raku piersi i raku gruczołu krokowego). **Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2016 roku na raka płuca zachorowało 7 730 kobiet oraz 14 466 mężczyzn, zmarło natomiast 7 635 kobiet i 16 177 mężczyzn. Ponadto liczba zgonów spowodowanych rakiem płuca wśród kobiet przewyższyła liczbę zgonów spowodowanych rakiem piersi** – pomimo że to rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Główną przyczyną tego zjawiska jest obserwowana w Polsce, utrzymująca się liczba kobiet palących papierosy (przy jednoczesnym spadku liczby palących mężczyzn). Ten trend ma swoje odzwierciedlenie w zmniejszającej się liczbie zgonów na raka płuca wśród mężczyzn i wzrastającej wśród kobiet.

Rak płuca również na świecie pozostaje poważnym wyzwaniem zdrowia publicznego – dane epidemiologiczne Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (GLOBOCAN 2018) pokazują, że w 2018 roku ten rodzaj nowotworu występował najczęściej w populacji światowej mężczyzn i jako trzeci w populacji kobiet. Dodatkowo, **prognozy ukazujące trendy epidemiologiczne do 2040 roku wskazują, że w kolejnych latach zarówno zachorowalność, jak i umieralność na raka płuca będą rosnąć.** (Źródło: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, www.pib-nio.pl)

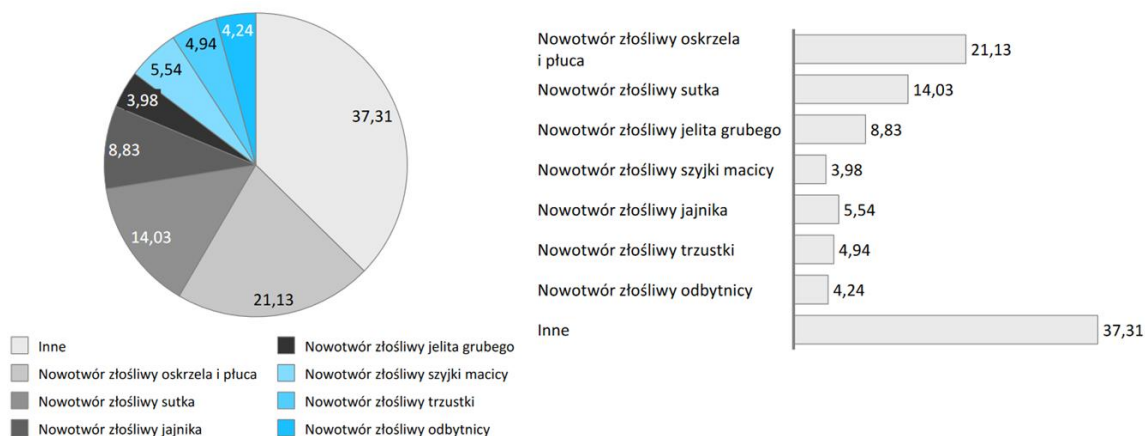
Jednocześnie należy zauważyć, iż zachorowania na nowotwory płuc utrzymują się ciągle na wysokim poziomie, a prognozy zgodnie z danymi ujętymi w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski przewidują, że nowotwór złośliwy płuca w 2029 roku będzie nadal dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań. W 2029 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych rozpoznań nowotworów złośliwych płuc. W realizacji PPZ wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego w latach 2015-2017 wzięło udział 1 349 mieszkańców regionu, a u 106 osób (8% badanej populacji) wykryto zmiany nowotworowe płuc.

W 2015 roku zarejestrowano łącznie u osób mieszkających na terenie województwa lubuskiego 4 161 zachorowań na nowotwory złośliwe, z tego 1 994 u kobiet (47,92%) i 2 167 u mężczyzn (52,08%). Najczęściej rozpoznawanym nowotworem u mężczyzn był nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (17,26%), najczęściej obserwowany w grupie wiekowej 55-74 lat (dane gromadzone przez Lubuskie Biuro Rejestracji Nowotworów na podstawie wypełnionych kart zgłoszeń nowotworu złośliwego (KZNZMZ/N-1a) przez jednostki służby zdrowia.

W województwie lubuskim w latach 2016-2018 bezwzględna liczba zgonów na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca u osób w wieku 65 lat i więcej wyniosła ogółem: 1264, w tym 847 zgonów mężczyzn i 417 zgonów kobiet. (Źródło: www.bazawiedzy.pzh.gov.pl)

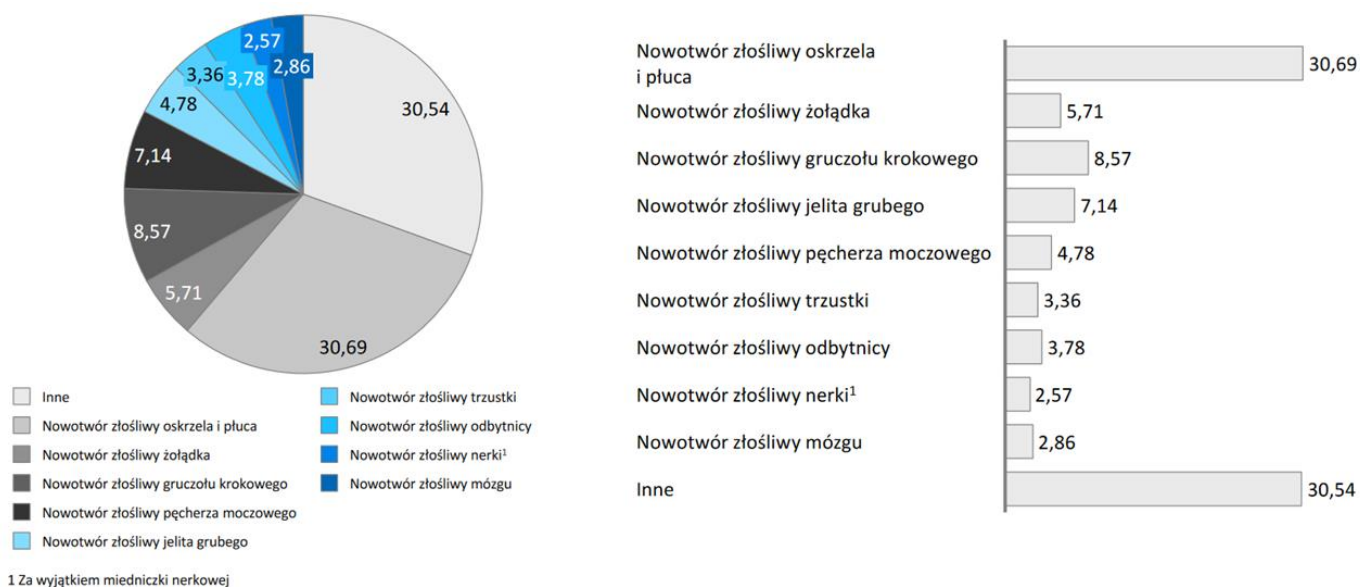
Według danych Lubuskiego Biura Rejestracji Nowotworów w województwie lubuskim w 2014 roku drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet był nowotwór złośliwy oskrzela i płuc. Natomiast u mężczyzn był najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym według odsetka zarejestrowanych zgonów (30,69%).

Wykres 3. Najczęstsze umiejscowienia nowotworów złośliwych u kobiet w województwie lubuskim w roku 2014 według odsetka zarejestrowanych zgonów oraz w procentach



Źródło: Nowotwory złośliwe w województwie lubuskim, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o., Lubuskie Biuro Rejestracji Nowotworów, Biuletyn 2015

Wykres 4. Najczęstsze umiejscowienia nowotworów złośliwych u mężczyzn w województwie lubuskim w roku 2015 według odsetka zarejestrowanych zgonów oraz w procentach



Źródło: Nowotwory złośliwe w województwie lubuskim, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o., Lubuskie Biuro Rejestracji Nowotworów, Biuletyn 2015

3. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu Profilaktyki Zdrowotnej oraz obecne postępowanie

Bez wątpienia jedną z głównych przyczyn zachorowania na raka płuca jest - palenie papierosów, a tym samym narażenie na substancje o działaniu rakotwórczym, które znajdują się w dymie papierosowym. Dlatego ryzyko zachorowania dotyczy zarówno osób aktywnie palących, jak i biernych palaczy, np. członków rodzin, którzy oddychają powietrzem zawierającym toksyczne substancje.

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 mieszkańców województwa lubuskiego. Jest również odpowiedzią na potrzeby epidemiologiczne mieszkańców naszego regionu. Możliwość wczesnego wykrycia - znacząco wpływa na stan pacjenta oraz jego rokowania, co odzwierciedla się również w kosztach leczenia, a także możliwościach dłuższego funkcjonowania chorego na rynku pracy. Ponadto realizacja Programu wynika z przyjętego przez Zarząd Województwa Lubuskiego dokumentu pn. *Kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim na lata 2014-2020*.

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 znaczenia ilość wypalanego tytoniu, ryzyko zachorowania na raka płuca jest wyższe nawet u „sporadycznych palaczy” w porównaniu z osobami, które nigdy nie sięgają po papierosa. U osób, które zaprzestały palenia tytoniu, ryzyko zachorowania na raka płuca stopniowo maleje, by po wielu latach znaleźć się na poziomie ok. dwukrotnie wyższym niż u 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.

Należy zwrócić uwagę na bierne palenie tytoniu, które 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 (*Źródło: <http://onkologia.org.pl>*).

Niepodejmowanie palenia tytoniu lub rezygnacja z tego nałogu jest najskuteczniejszym sposobem na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka płuca. Rezygnacja z nałogu palenia tytoniu jest szczególnie ważna u osób leczonych z powodu nowotworu uwarunkowanego paleniem tytoniu, gdyż ryzyko zachorowania na kolejny nowotwór tytoniozależny, w tym rak płuca, jest szczególnie wysokie. Do typowych objawów nowotworów klatki piersiowej należy

ograniczenie wydolności oddechowej lub duszność, ból w klatce piersiowej, krwiotłucie lub częste zapalenia płuc.

We wczesnej diagnostyce nowotworów oskrzeli i płuc stosowane były do tej pory badania RTG klatki piersiowej oraz badania plwociny, które uznano za nieefektywne metody przesiewowe w wykrywaniu nowotworów płuc. Znacznie bardziej czułą metodą, która umożliwia wykrycie zmian nowotworowych w ich wczesnych stadiach, jest niskodawkowa tomografia komputerowa (LDCT). Zastosowanie metody LDCT w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworu płuc tj. wśród palaczy bądź byłych palaczy, (którzy zaprzestali palenia tytoniu w ciągu ostatnich 15 lat) ze wskaźnikiem 30 paczko-lat, w wieku 55-74 lata, bez wcześniejszych objawów choroby nowotworowej, według amerykańskich rekomendacji wykazuje redukcję zgonów w danej grupie ryzyka.

W przypadku raka płuca badania profilaktyczne powinny być skierowane do bezobjawowej subpopulacji w określonym wieku (> 50.–55. roku życia), i z ustaloną minimalną konsumpcją tytoniu (w zależności od rekomendacji co najmniej 20–30 paczko-lat). Dodatkowe czynniki ryzyka (bierne palenie, ekspozycja na radon, środowiskowe i zawodowe narażenie na karcynogeny, nienowotworowe choroby płuc jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc [POChP], samoistne włóknienie płuc, rak płuca w wywiadzie lub rak stwierdzony u członków najbliższej rodziny), według niektórych rekomendacji mogą być również brane pod uwagę przy wyborze grupy docelowej (Źródło: Rzyman W., Didkowska J., Dziedzic R. et al. *Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. Adv Respir Med. 2018; 86(1): 53–74. doi 10.5603/ARM.2018.0009*).

Narodowy Fundusz Zdrowia nie realizuje programów profilaktycznych z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych płuc poprzez wykonywanie niskodawkowej tomografii komputerowej płuc.

Wskaźniki epidemiologiczne (dotyczące zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe w Polsce) wskazują na konieczność podejmowania i nieustannego kontynuowania szeroko zakrojonych działań mających na celu walkę ze zjawiskiem wzrostu liczby zachorowań. Wprowadzenie na masową skalę badań wczesnego wykrywania raka płuca jest priorytetowym zadaniem dla systemów ochrony zdrowia.

W 2019 roku rozstrzygnięty został konkurs pn. Profilaktyka nowotworów płuc (Konkurs nr POWR.05.01.00-IP.00-010/19), ogłoszony w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne. Realizatorem programu dla makroregionu zachodniego został Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Głównym zadaniem programu jest poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie rozwoju poprzez wykonywanie niskodawkowej tomografii komputerowej w ściśle zdefiniowanej grupie wysokiego ryzyka zachorowania. Teren działań - to makroregion zachodni obejmujący woj: lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie. Oprócz podstawowego celu medycznego jakim jest niskodawkowa tomografia komputerowa, dodatkowo realizacja projektu będzie zawierać element edukacyjny, którego adresatem będzie personel medyczny: lekarze (lek. POZ, pulmonolodzy, radiolodzy, torakochirurdzy), personel

pielęgniarski i medyczny personel pomocniczy. Na dzień opracowania niniejszego dokumentu (1 lipca 2020 r.) beneficjent nie rozpoczął realizacji projektu.

Samorząd Województwa Lubuskiego w związku z realizacją w latach 2015-2017 *Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego* (pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 98/2015 z dnia 25 maja 2015 r.) przebadał 1 349 mieszkańców regionu, z czego u 106 osób (8% badanej populacji) wykryto zmiany nowotworowe płuc. Powyższy program realizowały cztery podmioty lecznicze z terenu województwa (2 podmioty z północy i 2 podmioty z południa regionu), co miało duży wpływ na dogodny dostęp do badań profilaktycznych mieszkańców i niemalże 100% wykorzystanie środków finansowych na realizację świadczeń. Analizując powyższe uważa się, że powodzenie interwencji w ramach podejmowanej polityki zdrowotnej, realizowanej przez samorządy, zależy od swobodnej dostępności do świadczeń oferowanych mieszkańcom regionu (w tym przypadku osób w wieku 50-74 lata), biorąc pod uwagę również odległość od miejsca zamieszkania do miejsca realizatora działań profilaktycznych.

4. Cele Programu

Wzrost poziomu wykrywalności nowotworu płuca we wczesnym etapie jego rozwoju w wybranej populacji w latach realizacji Programu.

5. Cele szczegółowe:

- Zwiększenie dostępności do badań przesiewowych (LDCT) u osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca;
- Wczesne wykrycie zmian nowotworowych i nienowotworowych u jak największej liczby przebadanych osób;
- Wzrost poziomu wiedzy na temat skutków zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu u co najmniej 50% uczestników;
- Wzrost motywacji do zaprzestania palenia u co najmniej 30% osób palących biorących udział w Programie;

6. Oczekiwane efekty

- Wzrost wykrywalności nowotworów płuc we wczesnym etapie u co najmniej 30% uczestników Programu
- Wzrost poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie przyczyn rozwoju choroby nowotworowej płuc i oskrzeli u co najmniej 50% uczestników
- Wzrost poziomu motywacji do zaprzestania palenia u co najmniej 30% palących uczestników programu
- Objęcie badaniami niskodawkowej tomografii komputerowej co najmniej 7059 osób

7. Mierniki efektywności

- Liczba wykonanych badań niskodawkowej tomografii komputerowej (około 7059 badań)
- Odsetek osób, u których wykryto zmiany nowotworowe
- Odsetek osób, u których wykryto zmiany nienowotworowe
- Odsetek osób deklarujących wzrost poziomu wiedzy na temat skutków zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu
- Odsetek osób deklarujących motywację do zaprzestania palenia (wypełnienie ankiety po zakończeniu udziału w Programie).

Wartości mierników zostaną określone według stanu przed realizacją programu i po jego realizacji.

8. Adresaci Programu

Program wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc ze względów metodologicznych oraz zależności wystąpienia choroby od palenia tytoniu nie obejmuje całej populacji, ale tę, która narażona jest na większe ryzyko zachorowania.

Określenie populacji docelowej ma kluczowe znaczenie ze względu na efektywność kosztową badań przesiewowych oraz pożądane zwiększenie wczesnych rozpoznać nowotworów płuc.

W 2018 roku województwo lubuskie według danych Głównego Urzędu Statystycznego zamieszkiwało 312 706 osób w wieku 50-74 lata. Według danych *Raportu Ogólnopolskiego Badania Ankietowego na Temat Postaw Wobec Palenia Tytoniu*, szacuje się, że w Polsce pali około 27% osób będących we wskazanym powyżej przedziale wiekowym. Zatem populacja osób palących w województwie lubuskim może oscylować w granicach około 85 tys. osób.

Biorąc pod uwagę zakładaną alokację oraz koszty jednostkowe Programem objętych powinno zostać około 7059 osób w przedziale 50-74 lata, co stanowi 8,3% populacji docelowej.

Zakłada się, że zaplanowana w ramach programu akcja informacyjno-edukacyjna obejmie swoim zasięgiem całą populację województwa lubuskiego, niemniej jednak skoncentrowane powinny być na populacji docelowej.

Zalecenia włączenia do programu:

Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku:

- 55 -74 lat z konsumpcją tytoniu minimum 30 paczkołat, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;
- 50 -74 lat z konsumpcją tytoniu minimum 30 paczkołat, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których **stwierdza się jeden z czynników ryzyka:**

- ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, pył drzewny;
- ekspozycja na radon;
- indywidualna historia zachorowania na raka: przeżyty rak płuca (lung cancer survivor), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego;
- rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia;
- historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF).

9. Tryb zgłaszania się do udziału w Programie

Do udziału w Programie osoby zainteresowane zgłaszają się bez skierowań, po uprzednim telefonicznym lub osobistym umówieniu na wyznaczony termin. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu są bezpłatne.

Akcja informacyjno-edukacyjna, zachęcająca do udziału w badaniach prowadzona będzie przez realizatorów w ramach kosztów pośrednich.

10. Przebieg realizacji programu

Realizację Programu poprzedzi prowadzona przez beneficjentów/realizatorów wybranych w konkursie akcja informacyjno-edukacyjna skierowana do grupy docelowej nt. warunków udziału w Programie i znaczenia profilaktyki we wczesnej diagnostyce raka płuca.

W ramach Programu pacjent będzie mógł skorzystać z dwóch konsultacji lekarskich oraz wykonać niskodawkową tomografię komputerową klatki piersiowej (wraz z opisem).

I etap

Akcja informacyjno-edukacyjna (ulotki, plakaty, ogłoszenia w mediach, Internet):

- dystrybucja drukowanych form przekazu m.in. w poradniach POZ, AOS w szczególności w poradniach chorób płuc i kardiologicznych,
- akcja informacyjna przekazywana poprzez media (prasa, radio) - przekazywanie szczegółowych informacji na temat możliwości udziału w Programie z podaniem danych kontaktowych do realizatorów badań (ma to szczególne znaczenie w aktualnej sytuacji epidemicznej przy ograniczonym dostępie pacjentów do poradni POZ),
- akcja informacyjno-edukacyjna powinna być procesem ciągłym, rozłożonym w czasie, aby zapewnić płynność realizacji Programu tj. wykonywania konsultacji oraz badań LDCT,
- zastosowane formy przekazu w ramach prowadzonej akcji powinny zawierać elementy edukacyjne dot. czynników ryzyka oraz kryteriów udziału w Programie,
- umieszczenie informacji o Programie w siedzibach realizatorów oraz wszystkich miejscach, gdzie Program jest realizowany (w tym zwłaszcza w podmiotach leczniczych).

II etap

Pacjent po zgłoszeniu u Realizatora chęci uczestnictwa (telefonicznie, elektronicznie lub osobiście) w Programie wypełnia Ankietę dla pacjenta przystępującego do Programu – Kwalifikacyjną (załącznik 2). Na tym etapie następuje ocena spełnienia kryteriów uczestnictwa w Programie – kwalifikacja. Kwalifikacja przeprowadzona zostaje przez Koordynatora Programu. Po zakwalifikowaniu do Programu pacjent otrzymuje termin pierwszej wizyty – konsultacji lekarskiej.

III etap

W ramach pierwszej konsultacji lekarskiej zostanie przeprowadzony szczegółowy wywiad z pacjentem w kierunku określenia czynników ryzyka zachorowania na nowotwór oskrzela i płuca w celu zakwalifikowania do wykonania badania LDCT oraz założona zostanie Indywidualna karta pacjenta (załącznik nr 4).

W ramach edukacji zdrowotnej pacjent zostanie poinformowany m.in. o skutkach zdrowotnych i społecznych palenia i korzyściach wynikających z zaprzestania palenia oraz możliwych sposobach leczenia uzależnienia od nikotyny. 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 nowotwory płuc.

Wskazane jest zastosowanie kwestionariuszy do pozyskania informacji wskazujących dalsze postępowanie z pacjentem wymagającym interwencji antynikotynowych. Pacjent otrzymuje zatem do wypełnienia:

- Test uzależnienia od tytoniu według Fagerstroma (zał. 6)
- Test motywujący do zaprzestania palenia według Schneider (zał. 7)

Na tym etapie pacjent otrzyma skierowanie na badanie LDCT (załącznik nr 5), a także zostanie poinformowany o terminie jego wykonania oraz drugiej konsultacji lekarskiej (wynikowej).

IV etap

Wykonanie badania niskodawkowej tomografii komputerowej wraz z opisem wszystkich zmian stwierdzonych w płucach, śródpiersiu, sercu, naczyniach wieńcowych, ścianie klatki piersiowej.

V etap

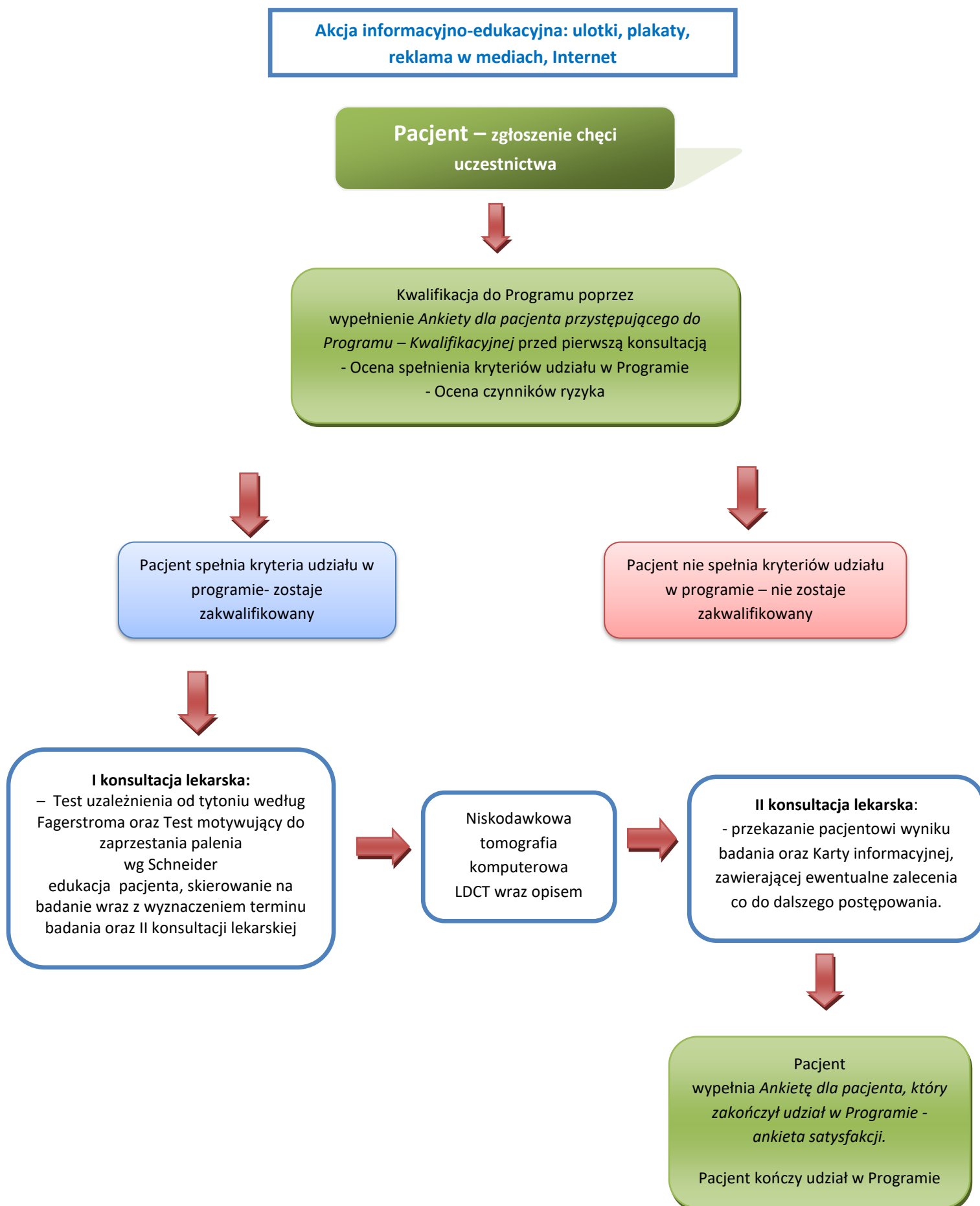
W trakcie drugiej konsultacji lekarz wydaje pacjentowi wynik badania wraz z opisem, wyjaśnia pacjentowi charakter ewentualnie wykrytych zmian i zasad dalszego postępowania – określa zalecenia związane z jego dalszą diagnostyką i/lub leczeniem, przekazując pacjentowi kartę informacyjną, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do Programu.

W przypadku podejrzenia u pacjenta zmian nowotworowych istotne jest poinformowanie o dalszym postępowaniu tj. dalszej diagnostyce i leczeniu w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków NFZ.

Pacjent na tym etapie wypełnia „Ankietę dla pacjenta, który zakończył udział w Programie – ankieta satysfakcji”.

Pacjent wypełnia dwie ankiety – na początku oraz po zakończeniu badania, które stanowią narzędzie do monitoringu oraz ewaluacji realizowanego Programu. Dodatkowo pacjent podczas pierwszej konsultacji lekarskiej wypełnia: *Test uzależnienia od tytoniu według Fagerstroma* oraz *Test motywujący do zaprzestania palenia według Schneider* (dotyczy pacjentów, którzy na początku Programu zadeklarowali aktualne palenie).

11. Schemat przebiegu Programu :



12. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i sprzętu

Program będzie realizowany przez podmioty wyłonione w otwartym konkursie ofert, wykonujące świadczenia objęte Programem. Konkurs zostanie przeprowadzony przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym – Lubuskie 2020. Szczegółowe kwestie zostaną określone w regulaminie konkursu.

- ❖ Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach niniejszego Programu będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- ❖ Preferowani będą wykonawcy posiadający udokumentowane doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych/badań przesiewowych dotyczących wykrywania i profilaktyce raka płuca.
- ❖ Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu to:
 - w przypadku I konsultacji lekarz specjalista pulmonolog lub lekarz w trakcie specjalizacji z pulmonologii,
 - w przypadku II konsultacji lekarz specjalista pulmonolog lub specjalista torakochirurg
 - lekarz specjalista radiolog posiadający m.in. 5-letni staż pracy oraz doświadczenie w analizie badań niskodawkowych z udokumentowaną oceną co najmniej 300 TK klatki piersiowej w ciągu ostatnich 36 miesięcy
- ❖ **Wymogi dotyczące sprzętu:**
 - aparat TK – co najmniej 16-rzędowy.
Niskodawkową tomografię płuc przeprowadza się bez podania środków kontrastujących. Postępowanie zgodnie z zasadą ALARA (*As Low As Reasonably Achievable* – sposób umożliwiający postawienie rozpoznania przy akceptowalnej jakości badania i możliwe najmniejszej dawce promieniowania)
- ❖ Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, muszą spełniać wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa dot. podmiotów leczniczych.

13. Miejsce realizacji Programu

Świadczenia w ramach Programu będą udzielane na terenie województwa lubuskiego w miejscach wskazanych przez realizatorów w wyznaczonych dniach i godzinach.

14. Monitorowanie i ewaluacja Programu

1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów:

- liczba osób zgłaszających się do Programu,
- liczba osób niezakwalifikowanych,
- liczba osób zakwalifikowanych,
- liczba wykonanych badań LDCT

2. Ocena jakości świadczeń w Programie

- Liczba osób zadowolonych z przebiegu Programu (ocena oparta na wypełnionej przez pacjentów „Ankiecie dla pacjenta, który zakończył udział w Programie - ankieta satysfakcji” – zał. Nr 3

3. Ocena efektywności Programu

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie analizy i porównania stanu pierwotnego z końcowym m.in. w zakresie poszczególnych wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie „Mierniki efektywności” odpowiadające celom Programu – ocena efektywności Programu obejmie w szczególności wskaźniki: liczba wykonanych badań niskodawkowej tomografii komputerowej, odsetek osób, u których wykryto zmiany nowotworowe, odsetek osób, u których wykryto zmiany nienowotworowe, odsetek osób deklarujących motywację do zaprzestania palenia oraz odsetek osób deklarujących wzrost poziomu wiedzy na temat skutków zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu (poprzez wypełnienie ankiety – zał. Nr 3).

4. Ocena trwałości efektów Programu

Trwałość efektów Programu zapewni przede wszystkim edukacja w zakresie skutków zdrowotnych i społecznych palenia, korzyści wynikających z zaprzestania palenia oraz możliwych sposobach leczenia uzależnienia od nikotyny. Działania edukacyjne ukierunkowane na zmianę stylu życia i zaprzestanie palenia przyczynią się do poprawy stanu zdrowia, a tym samym zmniejszenia zapadalności i umieralności na nowotwory płuc. Edukacja odegra znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu wiedzy oraz motywacji do zaprzestania palenia oraz świadomości w zakresie konieczności wykonywania badań profilaktycznych.

15. Okres realizacji Programu

Realizację Programu zaplanowano na lata 2021-2023

16. Koszty jednostkowe:

Koszt udziału jednej osoby w Programie:

Pierwsza wizyta/konsultacja lekarska	60 zł
Badanie niskodawkowej tomografii komputerowej z opisem	280 zł
Druga wizyta/ konsultacja lekarska (wynikowa)	60 zł
Razem:	400 zł

Koszty administracyjne – dotyczące m.in. kosztów wynagrodzeń osób nieujętych w kosztach merytorycznych, koszty wynajmu pomieszczeń, materiały biurowe, koszty działań promocyjnych, itp. – stanowią tzw. **koszty pośrednie** (około 25% kosztów bezpośrednich – wskazanych w dokumentacji konkursowej). Szczegółowy katalog kosztów pośrednich określa właściwa Instytucja Zarządzająca na podstawie *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności*

wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020

17. Koszty całkowite Programu

Całkowita alokacja w ramach Działania 6.7 *Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy* przewidziana w konkursie na wdrożenie przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wynosi **3 529 412,00 zł**, w tym koszty pośrednie w wysokości **705 812,00 zł**. Wobec czego kwota przewidziana na realizację badań (koszty bezpośrednie) wynosi około **2 823 600,00 zł** (tj. **7059 badań**).

W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, w ramach którego zostaną wybrani realizatorzy programu (podmioty, z którymi zostanie podpisana umowa o dofinansowanie projektu).

Liczba planowanych interwencji w ramach Programu (2 konsultacje + badanie LDCT)	Koszt jednostkowy	Łącznie
7059	400,00 zł	2 823 600,00 zł
Inne [w ramach kosztów pośrednich]:		
wynagrodzenia, wynajem pomieszczeń, materiały biurowe, promocja i informacja o programie itp.	705 812,00	
Koszt całkowity Programu	3 529 412,00 zł	

18. Źródło finansowania Programu

Projekt, w ramach którego realizowany będzie Program, współfinansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020. Przy realizacji projektów wdrażających program możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 - 2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.).

19. Na realizację projektu będą składały się następujące działania:

Działanie 1: Realizacja programu profilaktycznego:

- Akcja informacyjno-edukacyjna - druk ulotek, plakatów; ogłoszenia prasowe, strona internetowa
- Badania tomografii komputerowej z opisem
- Wizyty kwalifikacyjne i wynikowe
- Obsługa statystyczna programu (bazy danych pacjentów).

Działanie 2: Obsługa projektu:

- Koordynacja medyczna projektu, monitoring realizacji Programu, ewaluacja
- Obsługa administracyjna programu
- Zakup materiałów biurowych.

Bibliografia

1. Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH, 2018 r.
2. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, www.pib-nio.pl
3. Nowotwory złośliwe województwie lubuskim, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o., Lubuskie Biuro Rejestracji Nowotworów, Biuletyn 2015
4. Europejski Kodeks Walki z Rakiem, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009
5. Rzyman W, Didkowska J, Dziedzic R et al. Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. Adv Respir Med. 2018; 86(1): 53–74. doi 10.5603/ARM.2018.0009
6. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji nr 89/2018 z dnia 29 maja 2018 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „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” realizowany przez Ministra Zdrowia
7. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii medycznych i taryfikacji nr 58/2020 z dnia 4 września 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego”
8. www.bazawiedzy.pzh.gov.pl
9. www.onkologia.org.pl
10. www.mp.pl
11. www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych
12. www.onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf

Załącznik nr 1

.....
Miejscowość, data

INFORMACJA DLA PACJENTA

Program profilaktyki zdrowotnej
wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego*

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

**Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu (konsultacje lekarskie, w tym
przeprowadzenie edukacji, badanie LDCT klatki piersiowej):**

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

Zalecenia:.....

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Załącznik nr 2

(1) Ankieta dla pacjenta przystępującego do Programu - Kwalifikacyjna

Szanowni Państwo!

Ankieta ma na celu określenie warunków udziału Pani/Pana w **Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego** oraz weryfikację czynników ryzyka.

Podane w ankiecie informacje posłużą wyłącznie do prawidłowej realizacji Programu i będą wykorzystane w celu ustalenia postępowania w przypadku dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia.

1.	Nazwisko i Imię:	
2.	Wiek:	
3.	Miejsce zamieszkania (miejscowość):	
4.	Narażenie na czynniki ryzyka (<u>podkreślić właściwe</u>): a. ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, pył drzewny b. ekspozycja na radon c. indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca (lung cancer survivor), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego d. rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia e. historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF)	
5.	Palenie tytoniu aktualnie – liczba lat (w przypadku zaprzestania palenia przejść do pytania 7)	
6.	Proszę podać liczbę wypalanych dziennie papierosów?	
7.	a. Proszę podać liczbę lat abstynencji nikotynowej b. Proszę podać liczbę wypalanych dziennie papierosów? (w tamtym czasie)	odpowiedź a. - odpowiedź b. -
8.	Czy u Pani/Pan stwierdzono wcześniej objawy choroby nowotworowej oskrzeli lub płuc?	
10.	Z jakich źródeł Pani/Pan dowiedziała/ł się o Programie? (bezpłatne badania niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej)	

.....
Czytelny podpis pacjenta, data

Kwalifikacja do programu: Uczestnik **spełnia/ nie spełnia*** kryteria udziału w programie
(*zaznaczyć właściwe)

.....
Data i czytelny podpis osoby kwalifikującej do programu

Załącznik nr 3

(2) Ankieta dla pacjenta, który zakończył udział w Programie - ankieta satysfakcji

Szanowni Państwo!

Poniższa ankieta jest anonimowa i ma na celu poznanie Pani/Pana opinii na temat **Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego**, do którego Pani/Pan przystąpiła/ł. Udzielone odpowiedzi będą pomocne przy organizacji innych przedsięwzięć dotyczących ochrony zdrowia, skierowanych do mieszkańców województwa lubuskiego.

Przy właściwej odpowiedzi proszę zaznaczyć X

1. Płeć:

Kobieta ☐

Mężczyzna ☐

2. Wiek:

3. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z przebiegu realizacji Programu?

Tak ☐

Nie ☐

jeśli nie, to proszę krótko uzasadnić:

.....

Nie mam zdania ☐

4. Czy uważa Pani/Pan, że udział w Programach polityki zdrowotnej (wykonanie bezpłatnych badań w celu wczesnej diagnozy chorób) odpowiada na potrzeby mieszkańców naszego regionu?

Tak ☐

Nie ☐

Nie mam zdania ☐

5. Jeśli jest Pani/Pan osobą palącą to czy uzyskała/ł Pani/Pan wyczerpujące informacje na temat skutków zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu i jego wpływie na zachorowania na choroby nowotworowe? (badanie deklarowanego poziomu wiedzy)

Tak ☐

Nie ☐

Ciąg dalszy pytania 5, jeśli odpowiedź brzmiała TAK:

Czy przekazane podczas konsultacji lekarskiej informacje na temat szkodliwości palenia tytoniu będą miały wpływ na Pani/Pana decyzję o rezygnacji z dalszego palenia? (badanie deklarowanej motywacji do zaprzestania palenia)

Tak, podejmę próbę rezygnacji z palenia ☐

Nie przekonały mnie podane argumenty, będę paliła/palił dalej ☐

6. Czy wzięłaby/wziąłby Pani/Pan udział w podobnym Programie polityki zdrowotnej?

Tak ☐

Nie ☐

Nie mam zdania ☐

7. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan udział w podobnym Programie polityki zdrowotnej innym osobom?

Tak ☐

Nie ☐

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Załącznik nr 4

Nr karty:
(nr/m/r.)

INDYWIDUALNA KARTA PACJENTA

w ramach realizacji

*Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc
dla mieszkańców województwa lubuskiego*

Nazwisko i Imię:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Nr tel.:	

Opis przebiegu realizacji Programu:

**I konsultacja, w tym edukacja antynikotynowa (dodatkowo należy określić warunki
włączenia pacjenta do Programu wg. zastosowanych kryteriów):**

Badanie LDCT klatki piersiowej:

II konsultacja:

Informacja/zalecenia dla pacjenta:

(przy właściwej odpowiedzi zaznaczyć X)

1. W badaniu nie stwierdzono zmian chorobowych
2. Stwierdzono zmiany chorobowe – pacjent wymaga dalszej diagnostyki i leczenia

☐☐

.....
data badania

.....
pieczętka podmiotu realizującego Program

.....
pieczętka i podpis lekarza

Załącznik nr 5

Skierowanie na badanie niskodawkowej tomografii komputerowej
w ramach Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc
dla mieszkańców województwa lubuskiego

Nr skierowania:
(nr/m/r.)

nazwisko i Imię:	
data urodzenia:	
adres zamieszkania:	
nr tel.:	

<i>Na badanie prosimy zgłosić się:</i>	
data:	
godz.:	
miejsce:	

Podmiot kierujący:

Lekarz kierujący:

Załącznik nr 6

Test uzależnienia od tytoniu według Fagerstroma

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

Test motywujący do zaprzestania palenia według Schneider

l.p.	Pytanie	Odpowiedź	
		Tak	Nie
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 jest Pan/Pani zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	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.