

Program Polityki Zdrowotnej Powiatu Tczewskiego



RECEPTA NA RAKA – PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PŁUC WŚRÓD MIESZKAŃCÓW POWIATU TCZEWSKIEGO

okres realizacji: lata 2023 – 2027

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.

Tczew, 2023

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	3
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	3
1.2. Epidemiologia	4
1.3. Opis obecnego postępowania.....	7
2. Cele programu i mierniki efektywności jego realizacji.....	10
2.1. Cel główny	10
2.2. Cele szczegółowe	10
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu.....	10
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu.....	11
3.1. Populacja docelowa.....	11
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu	12
3.3. Planowane interwencje.....	12
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu.....	15
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie	15
4. Organizacja programu	15
4.1. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	15
4.2. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	18
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu	20
5.1. Monitorowanie	20
5.2. Ewaluacja programu.....	21
6. Budżet programu	22
6.1. Koszty jednostkowe	22
6.2. Koszty całkowite.....	23
6.3. Źródła finansowania programu.....	23
7. Bibliografia.....	23
Załącznik A. Wzór oświadczenia	25
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie	26
Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji dla uczestnika programu	27
Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego.....	28
Załącznik D. Wzór sprawozdania półrocznego/rocznego/końcowego.....	29

1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Rak płuca (ICD-10: C34 – nowotwór złośliwy oskrzela i płuca) stanowi chorobę nowotworową wywołaną przez proliferację złośliwych komórek nowotworowych, narastających w drogach oddechowych bądź miąższu płuca. Wyróżnia się trzy główne typy raka płuca: rak niedrobnokomórkowy, rak drobnokomórkowy, rzadkie nowotwory 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 płuca: przewlekła obturacyjna choroba płuca, zwłóknienie płuca,
- czynniki związane z odżywianiem i stylem życia: wieloletnie czynne palenie tytoniu, bierne palenie tytoniu, ekspozycja na opary powstałe w procesie przygotowywania potraw (wędzenie).

Dominującym czynnikiem etiologicznym w rozwoju raka płuca są rakotwórcze substancje zawarte w dymie papierosowym. Według badań przeprowadzonych w Europie, Japonii i Ameryce Północnej dym tytoniowy jest odpowiedzialny aż za 87-91% zachorowań na raka płuca u mężczyzn i 57-86% u kobiet¹. Średnio blisko 35 proc. wszystkich zgonów z powodu nowotworów można przypisać paleniu tytoniu. Palenie cygar i fajki jest równie groźne, jak palenie papierosów. Palenie bierne stanowi nie mniejszy problem, ponieważ jest również rakotwórcze. Dym unoszący się z żarzącej się końcówki papierosa jest czterokrotnie bardziej toksyczny niż ten, którym zaciąga się palacz. Bierne palenie podnosi ryzyko zachorowania na raka płuca o jedną czwartą. Nikotynowy nałóg pogarsza jakość życia na długo przed śmiercią, powodując schorzenia układu oddechowego (astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuca, zapalenie oskrzeli i płuca) oraz choroby układu krążenia (udar mózgu, chorobę wieńcową, zawał serca). Wieloletni palacze umierają w młodszym wieku niż osoby wolne od nałogu. Według szacunków amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC) palenie papierosów skraca życie mężczyzn o 13,2 lat, kobiet o 14,5 lat. Im intensywniejszy nałóg, tym większe problemy ze zdrowiem. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w ciągu ostatnich 30 lat obserwuje się w Polsce stopniowe ograniczenie spożycia tytoniu.

Zgodnie z Europejskim Ankietowym Badaniem Zdrowia (EHIS), które Główny Urząd Statystyczny przeprowadził w końcu 2014 r. palenie tytoniu jest coraz mniej popularne. W okresie ostatnich 5 lat odsetek osób palących spadł o ponad 3 pkt procentowe (z 29% do 26%).

Palenie tytoniu przez osoby dorosłe w 2009 i 2014 r.

Intensywność palenia tytoniu	2009			2014		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
	w %					
palący codziennie	23,8	31,0	18,0	22,7	28,8	17,2
palący okazjonalnie	5,4	5,9	4,9	3,4	3,7	3,1
niepalący	70,8	63,1	77,1	73,9	67,5	79,7

¹ Europejski Kodeks Walki z Rakiem pod redakcją W. Zatońskiego, Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010, str. 4

Najczęściej palaczami codziennymi są osoby w wieku 30-60 lat, a szczególnie często nałóg palenia występuje wśród pięćdziesięciolatków. W tej grupie wieku pali prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet. Osoby mocno uzależnione, tj. palące co najmniej 20 papierosów dziennie stanowią 55% ogółu palących mężczyzn, natomiast wśród palących kobiet mocno uzależnionych jest 31%.

Zarówno osoby palące, jak i osoby niepalące mogą być narażone na negatywne działanie dymu tytoniowego przebywając wewnątrz różnych pomieszczeń (np. w swoim domu, w pracy, w miejscach publicznych, w barach, restauracjach, itp.). Takie sytuacje potwierdziła prawie co 5 osoba niepaląca, przy czym ponad połowa tej grupy oceniła, że okres narażenia trwa krócej niż 1 godzinę dziennie.

W ostatnich latach na rynku tytoniowym dużą popularność zyskały e-papierosy. Wiele osób potraktowało je jako zdrowszą alternatywę dla tradycyjnych papierosów. Liderem ich użytkowników stała się młodzież – codziennie sięga po nie co czwarty polski nastolatek. Porównując do siebie zwykle papierosy i e-papierosy można szybko ulec wrażeniu, że wapowanie jest mniej szkodliwe. Badania nad ich wpływem na zdrowie wciąż trwają, a ich pozorne bezpieczeństwo sprawia, że sięga po nie coraz więcej osób. Dotychczasowe badania wykazały, że stosowanie e-papierosów może zwiększyć ryzyko zachorowania na raka płuca. Naukowcy z Univeristy of North Carolina wykryli także wzrost stężenia enzymów z grupy proteaz, do którego dochodzi w wyniku wapowania. Jest to zaś stan, który wiąże się z rozwojem rozedmy płuca. Użytkownicy e-papierosów są również narażeni na zwężenie dróg oddechowych w równym stopniu, co nałogowi palacze zwykłych papierosów. Papierosy elektroniczne, zawierające w swoim składzie nikotynę, uzależniają w takim samym stopniu, co tradycyjne papierosy. Nie będą więc sposobem na rzucenie palenia, a tak naprawdę, pomagają one podtrzymać nałóg. Użytkownicy e-papierosów, mogą też nie mieć kontroli nad ilością przyjmowanej nikotyny, co z kolei może skutkować nawet pogłębieniem się nałogu.²

Znacznie mniejsze znaczenie w etiologii raka płuca mają inne czynniki, takie jak: predyspozycja genetyczna czy narażenie na radon, azbest, metale ciężkie, promieniowanie jonizujące, przemysłowe zanieczyszczenie powietrza.

We wczesnej fazie rozwoju nowotwór nie daje żadnych objawów, a te w późniejszych fazach (kaszel, duszność, krwioplucie, bóle w klatce piersiowej, nawrotowe i przedłużające się zapalenia płuca) nie są jednoznaczne i zależą w dużej mierze od stadium oraz lokalizacji ognisk nowotworowych. Średnia pięcioletnich przeżyć dla stadium I raka płuca wynosi między 60% a 80%, z kolei dla stadium IV czas przeżycia nie przekracza roku.

1.2. Epidemiologia

W 2020 roku nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów w Polsce powodując 21,8 % zgonów mężczyzn i 20 % zgonów kobiet. 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, głównie związane z paleniem papierosów³.

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 piersi (o 1046).

W populacji mężczyzn od prawie 15 lat obserwuje się spadek zachorowalności i umieralności na nowotwory płuca, co należy wiązać przede wszystkim ze zmniejszeniem w ostatnich dekadach odsetka palących mężczyzn. Nowotwory złośliwe płuca są drugim nowotworem mężczyzn

² <https://www.lek24.pl/artykuly/e-papierosy-a-wplyw-na-zdrowie-czy-elektroniczne-papierosy-szkodza.html>

³ Krajowy Rejestr Nowotworów, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku

(najczęstszym nowotworem jest nowotwór gruczołu krokowego), nadal jednak są dominującą nowotworową przyczyną ich zgonu, stanowiąc około 26 % i decydując o przebiegu krzywej umieralności reprezentującej wszystkie schorzenia nowotworowe mężczyzn.

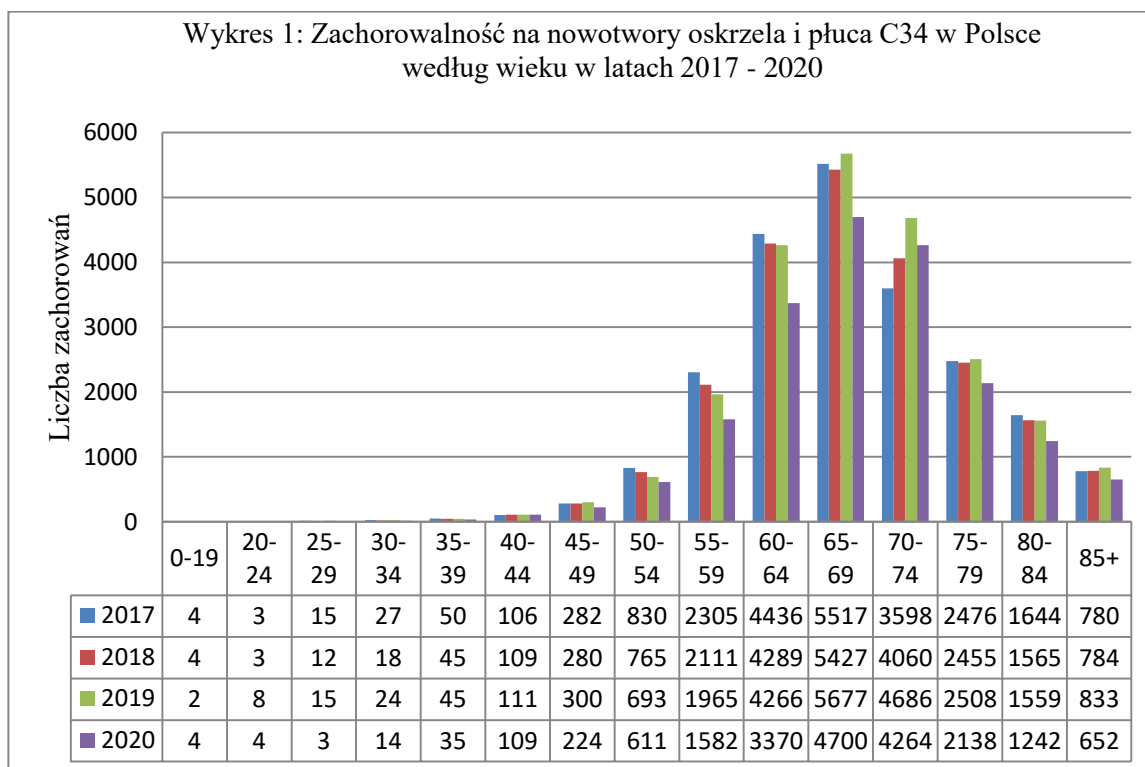
W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersć, płuco i jelito grube. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet (17,6 %), wyprzedzając nowotwory piersi (15,3 %).

W 2020 roku odnotowano 22213 zgonów z powodu tego nowotworu. Najwięcej zachorowań i zgonów w polskiej populacji odnotowuje się w województwach, w których występują duże aglomeracje miejskie oraz duża liczba ośrodków przemysłowych i produkcyjnych.

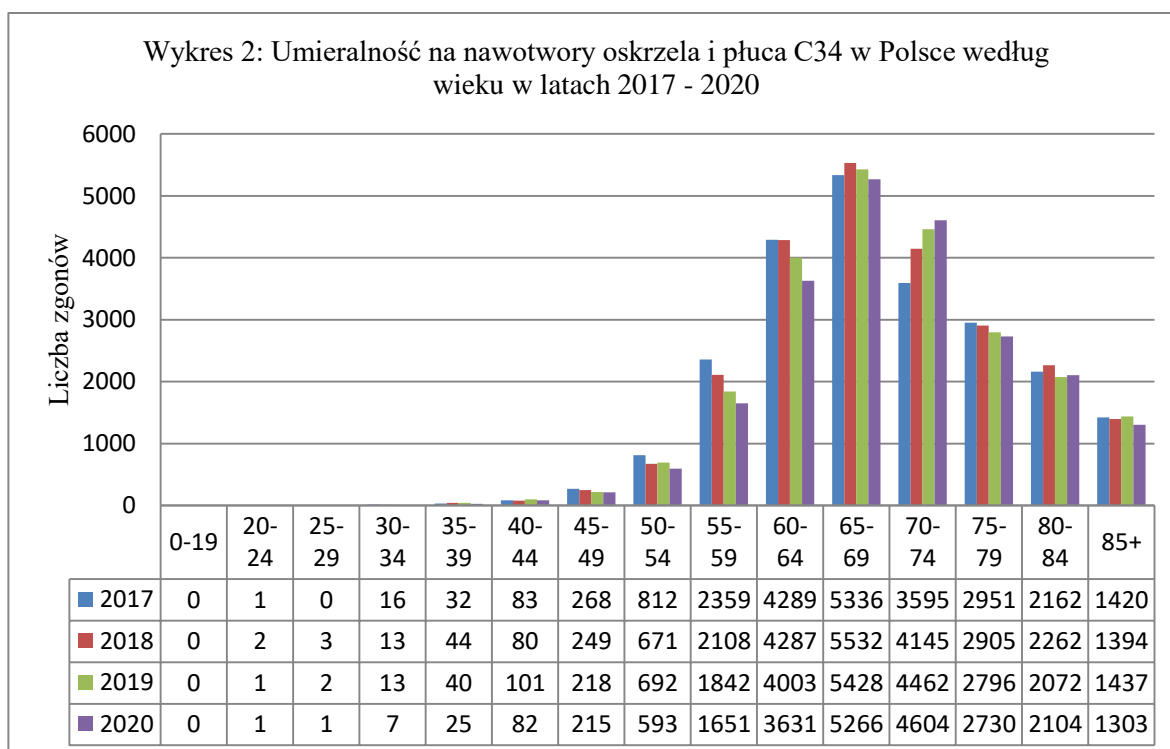
Największą liczbę zgonów w roku 2020 zarejestrowano w województwie: mazowieckim (3086), śląskim (2568) oraz wielkopolskim (2221). Najmniej zgonów z powodu tego typu nowotworu odnotowuje się w województwach: opolskim (478), podlaskim (625) i lubuskim (673). W województwie pomorskim na nowotwór złośliwy płuca zmarło 1411 osób (7 miejsce wśród województw), w tym w powiecie tczewskim 78 osób.

Zachorowania na ten nowotwór występują ponad półtorej razy częściej w populacji mężczyzn (11606 zachorowań w 2020) niż w populacji kobiet (7346 zachorowań w 2020). W roku 2020 liczba zgonów pośród mężczyzn na raka płuca sięgnęła 14211, natomiast wśród kobiet na nowotwór płuca zmarło 8002 osób.

Ryzyko zachorowania jak i zgonu na raka płuca wzrasta z wiekiem do końca szóstej dekady życia, po czym wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych stopniowo zmniejsza się. Natomiast szczyt zachorowań i zgonów na nowotwór ten przypada w Polsce między 60. a 74. rokiem życia. (wykres 1 i 2).



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów



Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

W tabeli poniżej wykazano liczbę zachorowań i zgonów w Polsce dla rozpoznania C34 – nowotwór złośliwy oskrzela i płuca w latach 2017 – 2020, z wyszczególnieniem woj. pomorskiego oraz powiatu tczewskiego.

Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (C34)	Przedział czasowy	Liczba zachorowań/zgonów		
		Polska	Woj. pomorskie	Powiat tczewski
Zachorowania (zachorowalność)	2017	22073	1580	101
	2018	21927	1580	93
	2019	22692	1624	86
	2020	18952	1201	62
Zgony (umieralność)	2017	23324	1465	71
	2018	23695	1446	73
	2019	23107	1449	78
	2020	22213	1411	78

Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Obserwowany w 2020 roku spadek liczby zachorowań wynika prawdopodobnie z odraczania diagnoz z powodu pandemii COVID-19 i związanych z nią ograniczeń i restrykcji, np. przekształcania szpitali i oddziałów w jednostki jednoimienne.

W powiecie tczewskim w latach 2017-2020 nowotwór złośliwy oskrzela i płuca stanowił główną przyczynę zgonów nowotworowych wśród mężczyzn (wyprzedzając nowotwór gruczołu krokowego) oraz wśród kobiet (wyprzedzając nowotwór piersi).

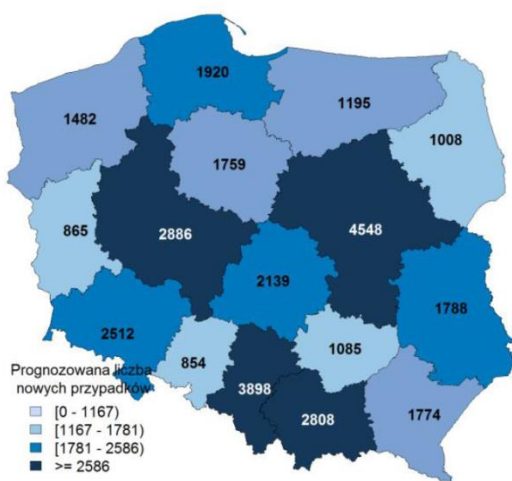
W tabeli poniżej wykazano liczbę zgonów nowotworowych w powiecie tczewskim w latach 2017 – 2020, z wyszczególnieniem zgonów dla rozpoznania C34 – nowotwór złośliwy oskrzela i płuca.

Płeć	Rok	Liczba zgonów nowotworowych	Zgony C34 – nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	Wskaźnik procentowy
Mężczyźni	2017	173	50	28,90
	2018	173	44	25,43
	2019	170	49	28,82
	2020	167	44	26,35
Kobiety	2017	125	21	16,80
	2018	136	29	21,32
	2019	137	29	21,17
	2020	121	34	28,10
Razem dla obu płci		1202	300	24,96

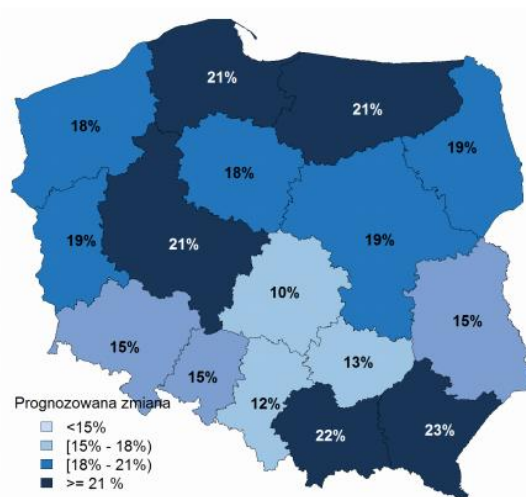
Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Zgodnie z danymi ujętymi w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski przewiduje się, że nowotwór złośliwy płuca w 2029 roku będzie nadal dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań. W 2029 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe płuca, najwięcej z nich wystąpi w województwach mazowieckim: 4548 oraz śląskim: 3898, najmniejsza liczba nowych przypadków zostanie odnotowana w województwie opolskim: 854 (w województwie pomorskim 1920) – wykres 3.

Największy wzrost liczby nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca zostanie odnotowany w województwach podkarpackim i małopolskim – odpowiednio 23% i 22%, a najmniejszy w województwach łódzkim 10% i śląskim 12% (w województwie pomorskim 21%) – wykres 4.⁴



Wykres 3: Prognozowana liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca (C33, C34) w roku 2029



Wykres 4: Prognozowana zmiana liczby nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca (C33, C34) w roku 2029 w stosunku do roku 2016

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

⁴ https://basiw.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_onkologia_Polska.pdf

wykrywania raka płuca Prezes AOTMiT rekomenduje przeprowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej badań przesiewowych z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) wśród osób w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥ 30 paczolat oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat, prowadzenie 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, tj.:

- 1) przesiew z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) – wykorzystująca małe dawki promieniowania NDTK klatki piersiowej umożliwia wykrycie raka płuca we wczesnych stadiach zaawansowania (około 80% wykrytych przypadków znajduje się w stadium IA);
- 2) przesiew z użyciem RTG klatki piersiowej – badanie to jest najczęściej wykonywanym badaniem w praktyce klinicznej w Polsce, chociaż wraz z wprowadzeniem NDTK stopniowo traci na znaczeniu, badanie to nie jest rekomendowane zarówno przez polskich ekspertów, jak i zagraniczne towarzystwa jako narzędzie skringowe w raku płuca;
- 3) 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: 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.

Strategia leczenia nowotworów płuca i tchawicy zależy od trzech podstawowych czynników: typu nowotworu, stopnia zaawansowania i wydolności chorego oraz jego chorób współistniejących. W dużym uproszczeniu przy wyborze leczenia obowiązują następujące zasady:

- ✓ Leczenie nowotworu w miejscowym lub regionalnym stopniu zaawansowania (np. niedrobnokomórkowy rak płuca w I-III stopniu zaawansowania) prowadzi się przede wszystkim z udziałem metod leczenia miejscowego (chirurgii lub radioterapii), czasami uzupełnionych chemioterapią.
- ✓ 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 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.⁵

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357, z późn. zm.) TK klatki piersiowej bez kontrastu (kod ICD-9: 87.410) i z kontrastem (kod ICD-9: 87.411) stanowią świadczenia gwarantowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Jak wskazuje konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, w każdym aparacie

⁵ Krajowy Rejestr Nowotworów, <https://onkologia.org.pl/pl/nowodwory-pluca-i-oplucnej-leczenie#page-main-image> (dostęp: 14 lipca 2023 r.)

TK zakupionym w ciągu ostatnich pięciu lat istnieje możliwość wykonania badania według protokołu NDTK.

Od 1 stycznia 2015 roku pacjenci z podejrzeniem nowotworu są leczeni w ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej, systemu opracowanego i wdrożonego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach zmian legislacyjnych zwanych pakietem onkologicznym.

Zadania z zakresu zwalczania chorób nowotworowych realizowane są w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) ustanowionej uchwałą Nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. poz. 189). NSO stanowi kontynuację zapoczątkowanej reformy polskiej onkologii, koncentrując się na pięciu obszarach, kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Realizacja 23 działań zaproponowanych w NSO stanowi próbę odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych oraz obniżenia kosztów pośrednich wynikających z obciążenia pacjentów chorobami nowotworowymi. Zwiększeniu powinna ulec wykrywalność nowotworów we wczesnych stadiach, a obniżeniu umieralność. Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywiających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Nowe rozwiązania organizacyjne powinny przyczynić się do wyeliminowania negatywnych zjawisk w onkologii, takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie na szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej.

Od 2018 roku realizowany jest Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK), współfinansowany w ramach EFS POWER (POWR.05.01.00-IP.00-010/19). Realizację programu zaplanowano do roku 2023 (w woj. pomorskim etap rekrutacji do programu zakończono w październiku 2021 r.). Po przeprowadzeniu ewaluacji programu możliwa będzie jego kontynuacja w ramach Programów Operacyjnych współfinansowanych ze środków unijnych.

Ze środków NFZ w trybie ambulatoryjnym realizowany jest również Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). W ramach programu osoby powyżej 18. roku życia palące tytoń mogą skorzystać z poradnictwa antynikotynowego, natomiast osoby palące w wieku 40-65 lat oprócz badań przedmiotowych (pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi) i badania fizykalnego mają dodatkowo wykonane badanie spirometryczne (pomiar pojemności płuc i szybkości wydechu). Niestety zgłaszalność do tego programu jest wysoce niezadawalająca.

Należy wspomnieć również o realizowanym w latach 2016-2020 powiatowym programie polityki zdrowotnej w kierunku raka płuc, w ramach którego mieszkańcy powiatu tczewskiego w wieku 55-80 lat z konsumpcją tytoniu ≥ 30 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat mogli skorzystać z badania NDTK oraz konsultacji pulmonologicznej. Na 872 wykonanych badań NDTK u 640 osób wykryto zmiany chorobowe, osoby te zostały skierowane do dalszej diagnostyki i/lub leczenia poza programem.

Powiat Tczewski, biorąc pod uwagę niepokojące dane epidemiologiczne, zdecydował o wdrożeniu niniejszego programu w celu zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuc, co jest zgodne z celami Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030, z celami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem oraz zapisami Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Tczewskim na lata 2018-2025.

Wdrożenie niniejszego programu, opracowanego na podstawie Rekomendacji nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, stanowić będzie skuteczne narzędzie do wczesnego wykrywania zmian chorobowych oskrzela i płuca oraz podjęcia leczenia. Wczesna interwencja na pewno znacząco obniży zarówno koszty leczenia, jak i też koszty społeczne oraz pozytywnie wpłynie na dalsze funkcjonowanie osób, u których zdiagnozowany zostanie nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, zarówno w rodzinie jak i na rynku pracy.

2. Cele programu 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 co najmniej 60% 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.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu

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, 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

3.1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS na dzień 31 grudnia 2022 r. liczba ludności w powiecie tczewskim wynosi 111755, w tym mężczyźni (M) – 54714, kobiety (K) – 57041.

Płeć	Grupy wiekowe									Razem
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 +	
Mężczyzna	9517	6114	7419	9146	7885	6574	5670	1860	529	54714
Kobieta	9119	5779	7002	8818	7723	7010	7160	3154	1276	57041
Razem	18636	11893	14421	17964	15608	13584	12830	5014	1805	111755

Program wczesnego wykrywania raka płuca wśród mieszkańców powiatu, z uwagi na silną zależność wystąpienia schorzenia od palenia tytoniu, nie obejmuje całej populacji, lecz tę jej część, która ma zwiększone ryzyko zachorowania, określone granicznym wiekiem i konsumpcją tytoniu.

Zgodnie z rekomendacją nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa AOTMiT program badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK jest dedykowany osobom w wieku 55 – 74 lat z konsumpcją tytoniu wynoszącą ≥ 30 paczkolet oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat.

Według danych GUS za 2022 rok liczebność mieszkańców powiatu tczewskiego w przedziale 55 – 74 lat wyniosła 26414 osób. Na podstawie Europejskiego Ankietowego Badaniem Zdrowia (EHIS), które Główny Urząd Statystyczny przeprowadził w końcu 2014 roku, można przypuszczać, że w powiecie tczewskim pali około 23 % osób, zatem populacja osób palących w wieku 55 – 74 lat może oscylować w granicach około 6100 osób.

W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników: 1. grupa – osoby korzystające z działań informacyjno-edukacyjnych, badania z wykorzystaniem NDTK i konsultacji lekarskiej podsumowującej oraz 2. grupa – personel medyczny korzystający ze szkoleń.

Biorąc pod uwagę budżet programu można przeprowadzić interwencje dla 1300 osób z 1. grupy uczestników, co stanowi około 21 % szacunkowej populacji osób palących, i dla 22 osób z 2. grupy uczestników.

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

Grupy uczestników	Interwencja	Opis populacji docelowej
1. grupa	Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja taka, jak dla przesiewu z wykorzystaniem NDTK.
	Badanie z wykorzystaniem NDTK	Osoby spełniające łącznie następujące kryteria: – wiek między 55 a 74 rokiem życia, – konsumpcja tytoniu wynosząca ≥ 30 paczkolet, – okres abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat.
	Lekarska wizyta podsumowująca	Osoby, które uzyskały wynik realizowanego w ramach programu badania NDTK.
2. grupa	Szkolenie personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami programu, a w szczególności: – osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne, – lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.

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

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w programie należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

1. grupa uczestników programu

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie

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 paczkołat;
- 3) zadeklarować okres abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat;
- 4) udzielić 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

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 płuca przed zgłoszeniem do programu;
- 2) wykonana tomografia komputerowa klatki piersiowej w ciągu 3 miesięcy poprzedzających datę planowanego badania NDTK; kryterium będzie weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika;
- 3) przeciwwskazania do wykonania badania NDTK;
- 4) uczestnictwo w działaniach informacyjno-edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu ostatnich 2 lat – wyłączenie z działań informacyjno-edukacyjnych; kryterium będzie weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika.

2. grupa uczestników programu

Kryterium włączenia do programu polityki zdrowotnej

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

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 i/lub wiedza i doświadczenia w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

3.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- dla 1. grupy docelowej: działania informacyjno-edukacyjne, badanie z wykorzystaniem NDTK, lekarska wizyta podsumowująca,
- dla 2. 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 1. grupy docelowej programu

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.

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. 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 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 płuca 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. 3 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 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 programie.

W przypadku pozytywnego wyniku badania NDTK lekarz wydaje uczestnikowi wypełnioną kartę DiLO (karta diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawiana w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej w celu przyśpieszenia procedur związanych z diagnostyką i leczeniem osób chorych na nowotwory) umożliwiającą diagnostykę pogłębioną. Wydaniu karty towarzyszy odnotowanie stopnia zaawansowania zmian radiologicznych w dokumentacji uczestnika programu. Uczestnik otrzymuje informację dotyczącą dalszej ścieżki postępowania.

W przypadku negatywnego wyniku badania NDTK lekarz informuje uczestnika o zakończeniu udziału w programie. Wskazuje również możliwość powtórzenia badania przesiewowego nie wcześniej niż po 1 roku oraz miejsce gdzie można takie badanie wykonać. Powtórzenie badania przesiewowego będzie odbywać się poza programem.

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” (*około trzyminutowa rozmowa z pacjentem opierająca się najczęściej na zasadzie „pięciu P” – pytaj pacjenta przy każdym kontakcie, czy pali tytoń; poradź, aby przestał palić; planuj z pacjentem rozpoczęcie terapii antynikotynowej; pomóż w wyborze właściwej terapii antynikotynowej; pamiętaj, aby przy każdej kolejnej wizycie zapytać pacjenta o jego relację do palenia tytoniu*).

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 oraz 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 programem wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa, współpraca z Poradnią Pomocy Pałacym.

Interwencje dla 2. grupy docelowej programu

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

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 2 dni w tygodniu przez co najmniej 4 godziny dziennie, w tym co najmniej 1 raz do godziny 18.00.

Realizator programu musi zapewnić możliwość rejestracji telefonicznej oraz, o ile będzie to możliwe, rejestracji 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

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 oraz kryteria wyłączenia z programu;
- 3) uczestnik złoży pisemną rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie.

Uczestnik może tylko raz przystąpić do udziału w programie.

4. Organizacja programu

4.1. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

Mając na uwadze specyfikę zaplanowanych w ramach programu działań ich realizację podzielono na siedem głównych etapów.

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada będzie pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie jego organizacji, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej, będzie odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych,

przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator programu, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, będzie wchodził w jej skład.

2. Wybór realizatora programu w drodze otwartego konkursu ofert.

Realizator programu będzie wybrany 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 w Biuletynie Informacji Publicznej <https://bip.powiat.tczew.pl/>, na stronie powiatowej <https://www.powiat.tczew.pl/> oraz w siedzibie organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Tczewie, ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew.

Realizatorem programu będzie podmiot wykonujący 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 Powiatu Tczewskiego.

3. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu skierowane do potencjalnych uczestników programu.

Powiat Tczewski, Gminy Powiatu oraz realizator 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, media lokalne).

4. Kwalifikacja uczestników do programu.

Realizator programu będzie prowadził kwalifikację uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale: 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu.

Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

5. Przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie.

Realizator zobowiązany będzie do przeprowadzenia 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.

6. Rozliczenie finansowe programu.

Z realizatorem programu wybranym w drodze konkursu ofert zostanie podpisana umowa, w której określone zostaną warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

7. Monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Recepta na raka – program wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców powiatu tczewskiego
na lata 2023 – 2027

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.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia tabela poniżej.

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac na programem	ZPT	5.06.2023	15.06.2023
2.	Opracowanie projektu programu	SP	16.06.2023	20.07.2023
3.	Konsultacje projektu programu z gminami oraz wprowadzenie ewentualnych zmian	SP	24.07.2023	4.08.2023
4.	Zaakceptowanie projektu programu i jego przyjęcie do realizacji	ZPT, RPT	10.08.2023	29.08.2023
5.	Przesłanie stosownego oświadczenia do AOTMiT	SP	29.08.2023	29.08.2023
6.	Powołanie Rady ds. programu	ZPT	31.08.2023	31.08.2023
7.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	SP	1.09.2023	6.09.2023
8.	Uchwała o ogłoszeniu konkursu na wybór realizatora programu	ZPT	7.09.2023	7.09.2023
9.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatora programu (15 dni)	SP	7.09.2023	7.09.2023
10.	Składanie ofert konkursowych	Oferenci	8.09.2023	22.09.2023
11.	Ocena formalna i merytoryczna ofert	SP	25.09.2023	27.09.2023
12.	Ogłoszenie wyniku konkursu	ZPT	28.09.2023	28.09.2023
13.	Podpisanie umowy z realizatorem programu	ZPT, realizator	2.10.2023	2.10.2023
14.	Prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych	SP, Gminy, Realizator	2.10.2023	30.11.2027
15.	Realizacja programu	Realizator	2.10.2023	30.11.2027
16.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu za 2023 rok	Realizator	1.01.2024	31.01.2024
17.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu za 2024 rok	Realizator	1.01.2025	31.01.2025
18.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu za 2025 rok	Realizator	1.01.2026	31.01.2026
19.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu za 2026 rok	Realizator	1.01.2027	31.01.2027
20.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu za 2027 rok	Realizator	1.01.2028	31.01.2028
21.	Opracowanie raportu końcowego z realizacji programu (2 miesiące)	SP	31.01.2028	31.03.2028
22.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez Zarząd Powiatu	ZPT	6.04.2028	6.04.2028
23.	Przekazanie raportu końcowego z realizacji programu do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści w BIP Organizatora	SP	6.04.2028	7.04.2028

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

RPT – Rada Powiatu Tczewskiego

ZPT – Zarząd Powiatu Tczewskiego

SP – Wydział Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON

Gminy – urzędy gmin z terenu powiatu tczewskiego

4.2. Warunki realizacji programu 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, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach programu;
- 3) w zakresie przeprowadzenia badania NDTK – zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 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 programu 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 programu cyfrowych wersji danych NDTK;
- 3) w przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program, 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 realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;

- 3) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi;
- 4) 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 zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A, przed rozpoczęciem działań w ramach programu;
- 4) uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu;
- 5) 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 oraz kryteria wyłączenia z programu;
- 6) uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Powiatem Tczewskim a realizatorem;
- 7) uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału;
- 8) 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;
- 9) realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej, w tym m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji oraz testy wiedzy uczestników szkolenia oraz personelu medycznego;
- 10) 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

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach: oceny zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie oraz oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu realizator zobowiązany jest do złożenia sprawozdania półrocznego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu, zawierającego m.in.:

- 1) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik C1 do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik C2 do programu;
- 3) analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu – wykorzystując do tego stworzone przez realizatora narzędzie;
- 4) analizę badania poziomu wiedzy uczestników szkolenia dla personelu medycznego – wykorzystując do tego stworzone przez realizatora narzędzie.

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

Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić na bieżąco rejestr osób aplikujących do programu. Zalecane jest prowadzenie rejestru w formie elektronicznej, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

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

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. 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 realizatora programu zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania półrocznego/rocznego/końcowego.

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.

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.

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 półrocznego/rocznego/końcowego.

5.2. Ewaluacja programu

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu 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 będzie określać umowa zawarta z realizatorem.

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 przygotują pracownicy Wydziału Zdrowia, Spraw

Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdania końcowego oraz innych danych otrzymanych od realizatora programu.

Na podstawie m.in. raportu końcowego z realizacji programu Rada Powiatu Tczewskiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

Rada Powiatu Tczewskiego może podjąć również decyzję o zawieszeniu programu lub wcześniejszym zakończeniu jego realizacji w przypadku uruchomienia innych, alternatywnych programów profilaktyki raka płuc finansowanych z funduszy Unii Europejskiej i innych źródeł zagranicznych oraz z funduszy krajowych i regionalnych.

6. Budżet programu

6.1. Koszty jednostkowe

Na potrzeby oszacowania kosztów realizacji programu Wydział Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON przeprowadził rozeznanie kosztów planowanych świadczeń zdrowotnych u potencjalnych realizatorów programu. Zgodnie z przeprowadzonym rozeznaniem ustalono następujące koszty jednostkowe poszczególnych działań/interwencji w ramach programu:

- 1) działalność Rady ds. programu: 1.000,00 zł rocznie;
- 2) działania informacyjno-promocyjne (plakaty, ulotki, Internet, media lokalne): 3.000,00 zł rocznie;
- 3) kwalifikacja uczestnika do programu: 60,00 zł;
- 4) edukacja zdrowotna uczestnika wraz z pre-testem i post-testem: 60,00 zł;
- 5) badanie NDTK wraz z opisem: 300,00 zł;
- 6) konsultacja lekarska podsumowująca: 150,00 zł;
- 7) szkolenie dla personelu medycznego wraz z pre-testem i post-testem (koszt przypadający na 1 uczestnika): 300,00 zł;
- 8) koszty koordynacji/zarządzania programem: 1.000,00 zł miesięcznie (2023 r. 3 m-ce, pozostałe lata po 12 m-cy);
- 9) monitorowanie i ewaluacja programu: 1.000,00 miesięcznie (2023 r. 3 m-ce, pozostałe lata po 12 m-cy).

Koszt udziału uczestnika z 1. grupy docelowej wynosi 570,00 zł, uczestnika z 2. grupy 300,00 zł. Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć około 1300 uczestników z 1. grupy docelowej (w 1. roku realizacji 100 osób, w kolejnych 4 latach po 300 osób rocznie) oraz około 22 uczestników z 2. grupy docelowej (w 1. roku realizacji 10 osób, w kolejnych 4 latach realizacji programu po 3 osoby rocznie).

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji programu został zaplanowany na lata 2023-2027. Planowany budżet programu został określony w wysokości 869.600,00 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

Rok realizacji programu	Koszt całkowity
2023	70.000,00 zł
2024	199.900,00 zł
2025	199.900,00 zł
2026	199.900,00 zł
2027	199.900,00 zł
Koszt całkowity:	869.600,00 zł

Procentowy udział poszczególnych kosztów realizacji programu:

- 1) działania informacyjno-promocyjne (15.000,00 zł) – 1,72 % budżetu programu;
- 2) działalność Rady ds. programu (5.000,00 zł) – 0,57 % budżetu programu;
- 3) przeprowadzenie interwencji dla 1. grupy docelowej (741.000,00 zł) – 85,21 % budżetu programu;
- 4) przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej (6.600,00 zł) – 0,76 % budżetu programu;
- 5) koordynacja/zarządzanie programem (51.000,00 zł) – 5,86 % budżetu programu.
- 6) monitorowanie i ewaluacja programu (51.000,00 zł) – 5,86 % budżetu programu.

6.3. Źródła finansowania programu

Program będzie finansowany ze środków własnych Powiatu Tczewskiego oraz budżetów Gmin powiatu tczewskiego. Program może być również finansowany z innych środków zewnętrznych pozyskanych przez Powiat Tczewski.

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

7. Bibliografia

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020 pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

5. Ministerstwo Zdrowia, Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.
6. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Cancer in Poland in 2018, U. Wojciechowska, J. Didkowska, I. Michałek, P. Olasek, A. Ciuba, MZ Warszawa 2020.
7. Europejski Kodeks Walki z Rakiem pod redakcją W. Zatońskiego, Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.
8. Krajowy Rejestr Nowotworów, <https://onkologia.org.pl/pl>.
9. Główny Urząd Statystyczny, Baza demografia, <https://demografia.stat.gov.pl>.
10. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski, https://basiw.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_onkologia_Polska.pdf.
11. Rak płuca <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/84436,rak-pluca>.
12. E-papierosy a wpływ na zdrowie. Czy elektroniczne papierosy szkodzą?
<https://www.lek24.pl/artykuly/e-papierosy-a-wplyw-na-zdrowie-czy-elektroniczne-papierosy-szkodza.html>.
13. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1 grudnia 2015 r.

Załącznik A. Wzór oświadczenia

Imię i nazwisko uczestnika

Wiek uczestnika

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

Okres palenia tytoniu uczestnika wynosi co najmniej 30 paczolat (paczolata liczy się jako iloczyn liczby wypalanych paczek papierosów na dobę oraz lat nałogu)

TAK

NIE

Jestem aktywnym palaczem tytoniu TAK NIE Jeśli nie, to nie palę od lat.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili przystąpienia do programu polityki zdrowotnej pn. Recepta na raka – program wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców powiatu tczewskiego, dalej zwanego „programem” mieszkam na terenie powiatu tczewskiego 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 Powiatu Tczewskiego i Gmin

Oświadczam, że nie uczestniczyłam(em) w działaniach informacyjno-edukacyjnych związanych z profilaktyką raka płuc i oskrzela, w tym szkodliwością palenia tytoniu, w ciągu ostatnich 2 lat.

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. numer PESEL, rodzaj otrzymanego świadczenia) Powiatowi Tczewskiemu.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika

* Miejsce zamieszkania – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego tej osoby, w którym skoncentrowane są jej 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 pn. Recepta na raka – program wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców powiatu tczewskiego.

Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w programie polityki zdrowotnej pn. Recepta na raka – program wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców powiatu tczewskiego.

Powodem mojej rezygnacji jest*:

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

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis uczestnika

* wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji dla uczestnika programu

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w programie polityki zdrowotnej pn. Recepta na raka – program wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców powiatu tczewskiego.

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 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

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

1) W jakim stopniu program spełnił Pana(i) oczekiwania?

1 2 3 4 5

2) Jak ocenia Pan(i) poziom świadczeń udzielanych Panu(i) w ramach programu przez:

✓ osobę kwalifikującą/zapisującą do programu?

1 2 3 4 5

✓ osobę wykonującą badanie NDTK w ramach programu?

1 2 3 4 5

✓ lekarza podczas wizyty podsumowującej badanie NDTK

1 2 3 4 5

3) Jak ocenia Pan(i) sposób przekazania informacji dotyczących profilaktyki raka płuc, w tym szkodliwości palenia tytoniu?

1 2 3 4 5

4) Jak ocenia Pan(i) organizację programu?

1 2 3 4 5

5) W jakim stopniu odpowiadała Panu(i) atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1 2 3 4 5

6) Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości udziału w programie? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- z miejsca pracy,
- z Internetu,
- od rodziny, znajomych,
- inne (jakie?)

7) Uwagi do programu

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik D. Wzór sprawozdania półrocznego/rocznego/końcowego

Sprawozdanie półroczne/roczne/końcowe
z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Recepta na raka – program wczesnego wykrywania raka
płuc wśród mieszkańców powiatu tczewskiego

Dane realizatora:(nazwa, adres)

Nr umowy:.....

Sprawozdanie za okres:

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

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
2.1.	w tym liczba aktywnych palaczy	
2.2.	w tym liczba byłych palaczy	
3.	Liczba uczestników, którzy uczestniczyli w działaniach informacyjno- edukacyjnych	
3.1	w tym liczba uczestników, którzy wypełnili pre-test wiedzy	
3.2.	w tym liczba uczestników, którzy wypełnili post-test wiedzy	
4.	Liczba uczestników, którzy uzyskali wysoki poziom wiedzy	
5.	Liczba uczestników, którzy skorzystali z badania NDTK	
6.	Liczba uczestników, u których w badaniu NDTK wykryto zmiany	
6.1.	w tym zmiany chorobowe w zakresie płuca i oskrzela	
6.2.	w tym zmiany chorobowe w zakresie innych narządów	
7.	Liczba uczestników, którzy odbyli lekarską wizytę podsumowującą	
8.	Liczba uczestników, którzy zostali skierowani do dalszej diagnostyki i/lub leczenia poza programem	
8.1.	w tym liczba uczestników, którym lekarz wydał kartę DiLO	
9.	Liczba uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie	

II. Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym – grupa II docelowa

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu	
2.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy uczestniczyli w szkoleniach, z podziałem na zawody medyczne (np. 1 lekarz, 2 pielęgniarki, itp.)	
2.1.	w tym liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test wiedzy	
2.2.	w tym liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy wypełnili post-test wiedzy	
3.	Liczba przedstawicieli personelu medycznego, którzy uzyskali wysoki poziom wiedzy	

III. Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)

Lp.	Nazwa wskaźnika	Planowany poziom	Wartość wskaźnika
1.	Odsetek uczestników (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	co najmniej 60 % (cel główny)	
2.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test	100 % (cel szczegółowy nr 1)	
3.	Odsetek uczestników, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili pre-test	60 % (cel szczegółowy nr 2)	
4.	Odsetek uczestników, u których przeprowadzono badanie NDTK względem wszystkich uczestników	80 % (cel szczegółowy nr 3)	

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

.....
.....

V. Część opisowa, zawierająca m.in. informację o przeprowadzonych działaniach w ramach realizacji programu, w tym działaniach informacyjno-promocyjnych oraz edukacyjnych, informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących:

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

VI. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – grupa 1.

.....

VII. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – grupa 2. (przedstawiciele personelu medycznego)

.....

.....
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie