Projekt "P"

z dnia 23.08.2024
DRUK NR 89

UCHWAŁA NR .....
RADY MIASTA TORUNIA
z dnia ..... 2024 r.

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028"

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 609, z późn. zm.[1]) i art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji w Gminie Miasta Toruń „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Torunia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Torunia

Łukasz Walkusz

Prezydent Miasta Torunia

Paweł Gulewski

PRZEWODNICZĄCA
Miejskiego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Toruniu
mgr Renata Opalińska

Zastępca
Prezydenta Miasta Torunia
Dagmara Zielińska
23.08.2024

Nie wnoszę zastrzeżeń
pod względem prawnym
RADCA PRAWNY
mgr Beata Romanowska
Tr/W/168

[1] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 721.

AKCEPTUJĘ

Prezydent Miasta Torunia

Paweł Gulewski

Toruń, dn. .....

Załącznik
do uchwały nr .....
Rady Miasta Torunia
z dnia ..... r.

Program polityki zdrowotnej

w zakresie
profilaktyki raka płuc

dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń
na lata 2024–2028

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2024 poz. 146)

Toruń, listopad 2023 r.
aktualizacja: marzec 2024 r.

Opracowanie dokumentu na zlecenie Gminy Miasta Toruń
dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
01-738 Warszawa,
ul. Izabelli 16/12
www.pubhealth.pl

Spis treści

Spis tabel:

Spis rycin:

Słowniczek

AOS	ambulatoryjna opieka zdrowotna
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ATS	American Thoracic Society
ATTUD	Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence
CHEST	American College of Chest Physicians
DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
ERS	European Respiratory Society
ESMO	European Society for Medical Oncology
ESR	European Society of Radiology
ESTS	European Society of Thoracic Surgeons
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
JST	jednostka samorządu terytorialnego
KEPL	Konsensus ekspertów Polska
KEUE	Konsensus ekspertów Unia Europejska
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
MPZ	mapy potrzeb zdrowotnych
MZ	Minister Zdrowia
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PTChP	Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
RM	rezonans magnetyczny
SRNT	Society for Research on Nicotine and Tobacco
TK	tomografia komputerowa
USPSTF	U.S. Preventive Service Task Force

Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji

Program został przygotowany 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.

Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146) po uzyskaniu Opinii 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 oraz Raportu nr OT.423.10.2018 pn. „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)", data ukończenia raportu: październik 2019.

Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Rak płuc

Rak płuc (ICD-10: C34 – nowotwór złośliwy oskrzela i płuca) stanowi chorobę nowotworową wywołaną przez proliferację złośliwych komórek nowotworowych, narastających w drogach oddechowych bądź tkance płucnej. Wyróżnić można trzy 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 płuc:
  - przewlekła obturacyjna choroba płuc;
  - zwłóknienie płuc;
- czynniki związane z odżywianiem i stylem życia:
  - wieloletnie czynne palenie tytoniu;
  - bierne palenie tytoniu;
  - ekspozycja na opary powstałe w procesie przygotowywania potraw (wędzenie).

Nowotwory złośliwe są drugą, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, przyczyną zgonów w Polsce i powodują około 25% wszystkich zgonów.

Rak płuca jest nowotworem złośliwym, w którym 85-90% zachorowań jest wywołanych ekspozycją, czynną lub bierną, na kilkadziesiąt substancji rakotwórczych zawartych w dymie tytoniowym. Po drugie substancje karcynogenne połączone są w jednym produkcie z substancją powodującą silne uzależnienie biologiczne, tj. nikotyną. Związki mutagenne wywołują zmiany w genomie w zależności od ich stężenia (intensywność palenia tytoniu) oraz czasu ekspozycji (długość trwania palenia), przy czym zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuca jest mocniej skojarzone z przewlekłością nałogu palenia tytoniu. Po ustaniu ekspozycji na karcynogeny dymu tytoniowego znacznie zwiększone ryzyko powstania raka płuca utrzymuje się do 15 lat od zaprzestania palenia. Jest wtedy kilkakrotnie wyższe w porównaniu do osoby, która nie paliła tytoniu, nigdy też nie osiąga poziomu, który jest u osoby nigdy niepalącej. Szacuje się, że osoba paląca papierosy ma około 60-krotnie (o 6 000%) zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuca. Z dwóch powodów: ścisłej zależności od związków kancerogennych dymu tytoniowego oraz nieodwracalności zmian genomowych w komórkach układu oddechowego, rak płuca jest nowotworem, wobec którego nierozłącznie powinna być stosowana zarówno profilaktyka pierwotna (intensywna polityka antytytoniowa i działania nakierowane na zapobieganie inicjacji palenia tytoniu), jak i wtórna (wykrywanie wczesnego raka płuca u osób z dużym, zdefiniowanym według wieku i liczby paczkolat[1], ryzykiem zachorowania). Wydaje się, że podstawowa opieka zdrowotna, która - zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

[1] **paczkolata**– umowny wskaźnik zagrożenia rozwoju chorób zależnych od dymu tytoniowego stosowany w medycynie. Paczkolata oblicza się poprzez pomnożenie liczby wypalanych paczek papierosów na dobę przez lata nałogu, np.: 1 paczkorok oznacza wypalanie 1 paczki papierosów (20 sztuk) na dobę przez jeden rok.

publicznych - obejmuje świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne i lecznicze rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej oraz chorób wewnętrznych, jest predestynowana do wprowadzenia profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka płuca. Z jednej strony przez prowadzenie antynikotynowej interwencji minimalnej u pacjentów palących, z drugiej, przez identyfikację osób z wysokim ryzykiem rozwinięcia raka płuca i przekazanie informacji dotyczących zasad badań przesiewowych.

Odnalezione badania wskazują, że NDTK w populacji osób z grupy ryzyka jest interwencją lepszą w kierunku wykrywania wczesnych stadiów raka płuca w porównaniu z RTG klatki piersiowej oraz standardową opieką. Ponadto w części badań wykazano, że badanie NDTK jest istotnie statystycznie skuteczniejsze w redukcji śmiertelności z powodu nowotworu w porównaniu z innymi wymienionymi metodami diagnostycznymi.

Problem zdrowotny będący przedmiotem niniejszego programu polityki zdrowotnej wpisywał się w Strategię Rozwoju Kraju 2020, priorytety zdrowotne zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126) w zakresie zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych oraz ograniczania szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu. Obecnie wpisuje się w główne założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642) w zakresie celu operacyjnego 2: profilaktyka uzależnień, zadanie 2 Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, które ma być monitorowane m.in. poprzez wskaźnik jakim jest umieralność z powodu raka płuca.

I.2. Dane epidemiologiczne

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rak płuca jest najczęstszym nowotworem na świecie (rocznie ok. 1,8 mln zachorowań, prawie 13% wszystkich nowych zachorowań). Mężczyźni stanowią 68% wszystkich chorych. Rak płuca jest co roku przyczyną zgonu około 1,2 miliona osób (17% wszystkich zgonów nowotworowych). Szacuje się, że około 85-90% zgonów z powodu raka płuca jest ściśle związanych z paleniem tytoniu, a odsetek niepalących wśród osób z rakiem płuca wynosi około 10-15%. W kilku pracach poświęconych zachorowaniom na raka płuca niezależnego od konsumpcji tytoniu wykazano narażenie na niektóre czynniki rakotwórcze (narażenie zawodowe na czynniki ryzyka, bierne palenie, zanieczyszczenia dymem w domu, smog). W tej odrębnej kategorii raka płuca niezwykle istotne znaczenie ma profil molekularny i genetyczny. Częstość występowania raka płuca wykazuje duże zróżnicowanie regionalne. Ze względu na dużą śmiertelność w tym schorzeniu (wskaźnik umieralność/zachorowalność wynosi 0,87) dane dotyczące umieralności można uznać za przybliżenie zachorowalności. Najwyższą umieralność u mężczyzn (ok. $50/10^5$) notuje się w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (w tym w Polsce) oraz Azji Środkowej i Wschodniej. Najniższą umieralność notuje się w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej (ok. $2/10^5$). U kobiet wzorzec występowania raka płuca jest nieco odmienny i również powiela model rozprzestrzenienia nawyku palenia: zatem najwyższa umieralność jest obserwowana w Ameryce Północnej ($34/10^5$) i Europie Północnej ($24/10^5$), w krajach Europy Środkowej (w tym w Polsce) i Azji umieralność jest nieco niższa (poniżej $20/10^5$), a najniższa w Afryce Zachodniej i na Bliskim Wschodzie (ok. $1/10^5$). Od połowy lat 90. ubiegłego wieku w większości krajów europejskich obserwuje się malejący trend zachorowalności

na raka płuca u mężczyzn. Niestety ta korzystna tendencja nie jest widoczna u kobiet - wręcz przeciwnie obserwowany jest wśród Europejek systematyczny wzrost umieralności z powodu raka płuca. Już w 2013 roku w krajach Unii Europejskiej obserwowano spadek umieralności z powodu raka płuca wśród mężczyzn o 6% w stosunku do 2009 roku, natomiast wśród kobiet wzrost o 7%. Tendencja ta powoduje, że umieralność wśród kobiet zbliża się do obserwowanej w grupie mężczyzn.

W Polsce w 2021 roku rak płuca rozpoznano u około 12 300 mężczyzn (standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi ok. $79/10^5$) i u około 8 200 kobiet (ok $38/10^5$), co stanowi 14,6% i 9,4% wszystkich zachorowań na nowotwory odpowiednio u mężczyzn i kobiet. Liczba odnotowywanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów nowych zachorowań na raka płuca w Polsce wykazuje trend wzrostowy.
W populacji mężczyzn obserwuje się spadek zachorowalności i umieralności na nowotwory płuca, są jednak drugim w częstości występującym nowotworem (15%) i dominującą nowotworową przyczyną zgonów mężczyzn (26%).
W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów są płuca (18% zgonów) i pierś (14,9%). Kolejne to jelito grube oraz trzon macicy.
W 2021 roku liczba kobiet, które zmarły w wyniku raka płuca przekroczyła o 1 389 osób liczbę kobiet, które zmarły z powodu raka piersi.

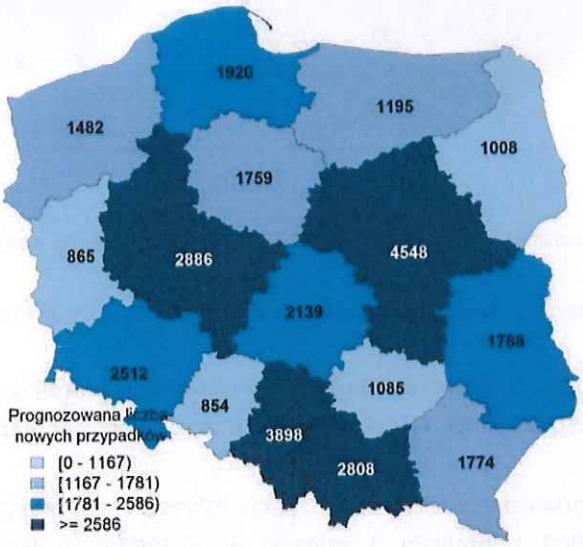
W 2021 roku największy odsetek zgonów nowotworowych wśród mężczyzn stanowiły zgony z powodu raka płuca -26%, wśród kobiet była to też główna nowotworowa przyczyna zgonów – 18%.

Zachorowalność na nowotwory płuc wykazuje tendencję rosnącą od grupy wiekowej średniego wieku – 45-64 lat.
Wśród mężczyzn w tej grupie nowotwory płuca to 15% zachorowań, 28% zgonów – najczęstsza przyczyna, wśród kobiet odpowiednio 8% zachorowań i 19% zgonów – druga przyczyna po nowotworach piersi.

W najstarszej grupie wiekowej (>65 r.ż.) rak płuca stanowi wśród mężczyzn drugą przyczynę zachorowań i zgonów – po nowotworach gruczołu krokowego – 16% zachorowań i 26% zgonów, u kobiet zaś był to trzeci w kolejności nowotwór, stanowiąc 12% zachorowań i 18% zgonów, po nowotworach piersi i jelita grubego.

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 populacji polskiej na czynniki rakotwórcze, głównie związane z paleniem papierosów.
Istotnym czynnikiem ryzyka dla raka płuca pozostają substancje rakotwórcze znajdujące się w dymie papierosowym. Na podstawie badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w Polsce w 2023 roku wykazano, iż odsetek palących mężczyzn i kobiet zrównał się - 21% dorosłych pali regularnie papierosy.
Największą liczbę zgonów wśród mężczyzn z powodów nowotworów złośliwych, w roku 2021, zarejestrowano w województwie: warmińsko-mazurskim ($385/10^5$), śląskim ($371/10^5$) i kujawsko-pomorskim ($371/10^5$). Podobny rozkład geograficzny zaobserwowano wśród kobiet.
Struktura zgonów z powodu nowotworów złośliwych charakteryzuje się we wszystkich województwach stałym wzorcem – nowotwór złośliwy płuca zajmuje pierwsze miejsce wśród mężczyzn, wśród kobiet jest to główna przyczyna zgonów w 11 z 16 województw.

Zgodnie z danymi ujętymi na rycinie 1, pochodzącymi z Mapy 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 płuc. Najwięcej z nich wystąpi w województwach mazowieckim (4 548) oraz śląskim (3 898). Najmniejsza liczba nowych przypadków zostanie odnotowana w województwie opolskim (854). Największy wzrost liczby nowych przypadków nowotworów złośliwych płuc zostanie odnotowany w województwach podkarpackim i małopolskim – odpowiednio 23% i 21%, a najmniejszy w województwach łódzkim (10%) i śląskim (12%).

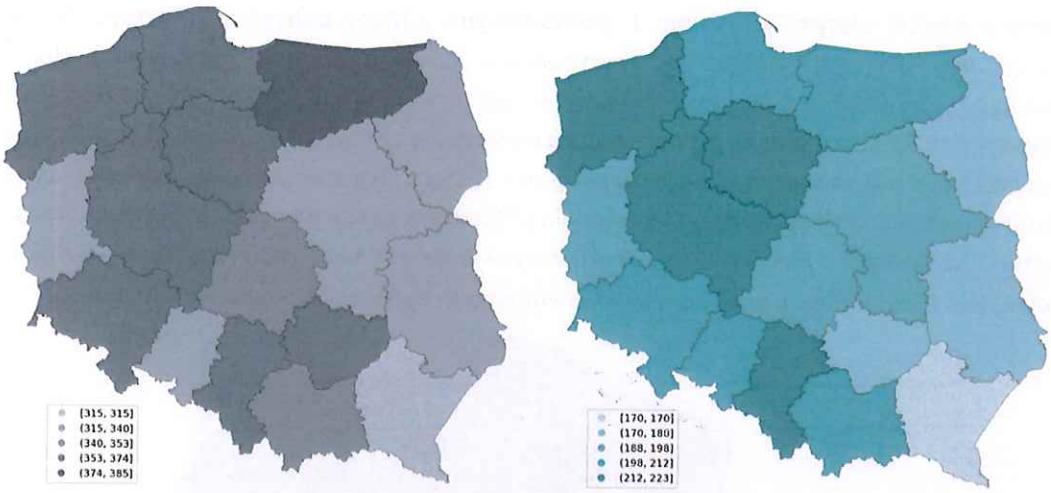


Rycina 1. Prognozowana liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca w roku 2029
źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski

Niska przeżywalność chorych na raka płuca związana jest z długotrwałym bezobjawowym przebiegiem choroby i rozpoczynaniem diagnostyki już w zaawansowanego stadium. Nowotwory złośliwe płuc są bardzo późno rozpoznawane we wszystkich województwach. Największy udział IV stadium zaobserwowano w woj. dolnośląskim (62%).

Epidemiologia województwo kujawsko-pomorskie

Województwo kujawsko-pomorskie cechują jedne z najwyższych w Polsce wskaźników standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 tys. osób, zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet, co prezentuje rycina 2.

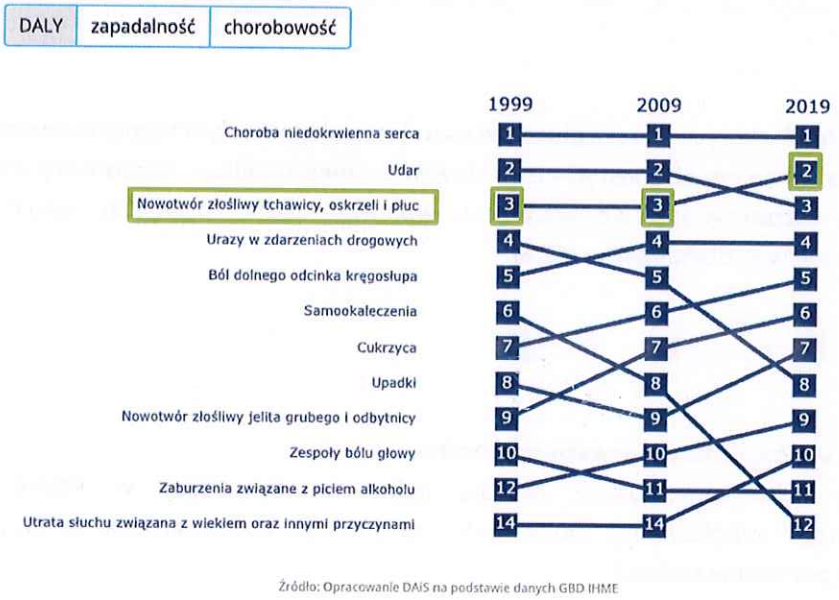


Rycina 2. Rozkład geograficzny współczynnika ESP2013 umieralności na nowotwory złośliwe w 2021 – M - lewa, K-prawa

źródło: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf

Według map potrzeb zdrowotnych dla woj. kujawsko-pomorskiego na poniższej rycinie (rycina 3) zaprezentowano współczynnik DALY dla 10 najczęściej występujących problemów zdrowotnych dla województwa.

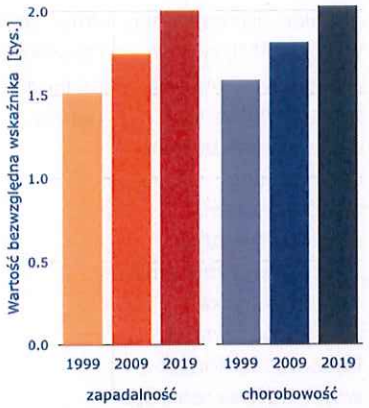
W przypadku nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc nastąpił wzrost liczby przypadków. W roku 1999 i 2009 zajmowały 3 miejsce w pierwszej dziesiątce problemów zdrowotnych najistotniejszych dla populacji kobiet i mężczyzn województwa kujawsko-pomorskiego, zaś w 2019 roku zajmowały już 2 miejsce w tym zestawieniu (rycina 3).



Rycina 3. Ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY dla populacji kobiet i mężczyzn, woj. kujawsko-pomorskim

źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/

Wartości wskaźników dla problemu zdrowotnego „nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc w latach 1999-2019 wskazano na rycinie 4.
Zapadalność na ten nowotwór wzrosła z poziomu 1 514,01 w 1999 roku, do 2 004,37 w roku 2019, a chorobowość w analogicznym okresie z 1 588,55 do 2 028,61.



Rycina 4. Wartości wskaźników zapadalności i chorobowości dla problemu zdrowotnego *Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc* dla populacji kobiet i mężczyzn, woj. kujawsko-pomorskim
źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/

Choroby nowotworowe są i będą wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej dla województwa kujawsko-pomorskiego w najbliższych latach, analizowane i wykazane w dwóch rekomendowanych kierunkach działań (tabela 1).

Tabela 1. Epidemiologia i prognoza demograficzna

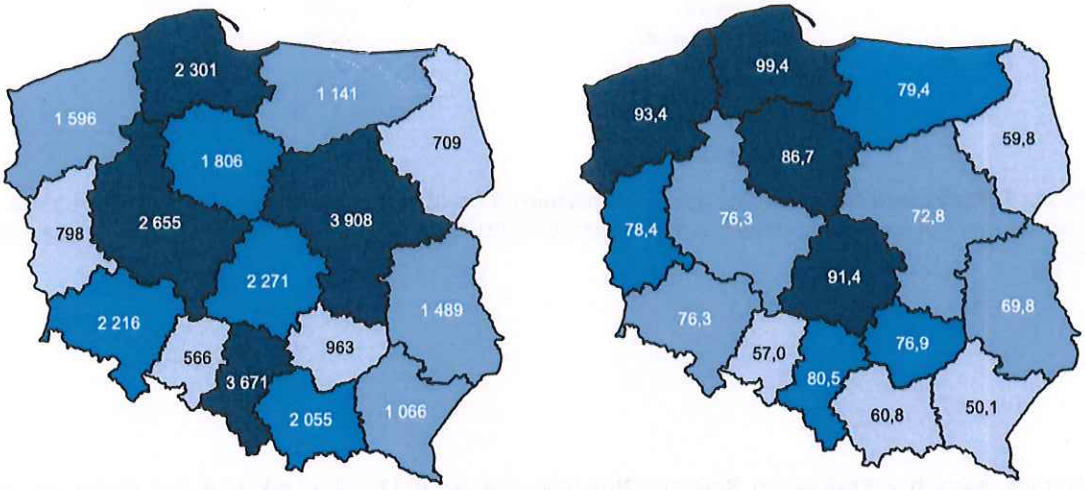
zakres	LP.	informacja/diagnoza	wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	rekomendowane kierunki działań
epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.2.	Wśród nowotworów największą wartość wskaźnika DALY w województwie odnotowano dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy. Nowotwory te były odpowiedzialne również za największą liczbę zgonów w tej podgrupie chorób. W latach 1999-2019 odnotowano znaczny wzrost liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworami ogółem.	Wśród nowotworów największe znaczenie dla populacji województwa miały nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy. W ostatnich latach rośnie również znaczenie nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w populacji mężczyzn oraz nowotworu złośliwego sutka w populacji kobiet.	nie dotyczy

zakres	LP.	informacja/diagnoza	wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	rekomendowane kierunki działań
czynniki ryzyka i profilaktyka	3.6.	Kolejnymi czynnikami ryzyka wpływającymi na DALLY i zgony w województwie były: wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI, ryzyka żywieniowe, wysokie stężenie glukozy na czczo, wysoki poziom cholesterolu, zanieczyszczeni powietrza, ryzyka zawodowe, zaburzenia czynności, niska aktywność fizyczna. Ponadto: Samorząd województwa realizuje lub planuje realizować programy m.in. w zakresie profilaktyki: nadwagi i otyłości, zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), przewlekłych bólów kręgosłupa, osteoporozy, wczesnego wykrywania nadciśnienia tętniczego , przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych oraz badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej, zapobiegania upadkom przez seniorów i zapobiegania ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi, uzależnień od alkoholu.	Istnieje potrzeba pojęcia działań mających na celu realizację programów profilaktycznych dotyczących pozostałych czynników ryzyka mających wpływ na DALLY i zgony.	Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALLY i zgony poprzez realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, programów polityki zdrowotnej, programów profilaktyki zdrowotnej dotyczących wymienionych czynników ryzyka.

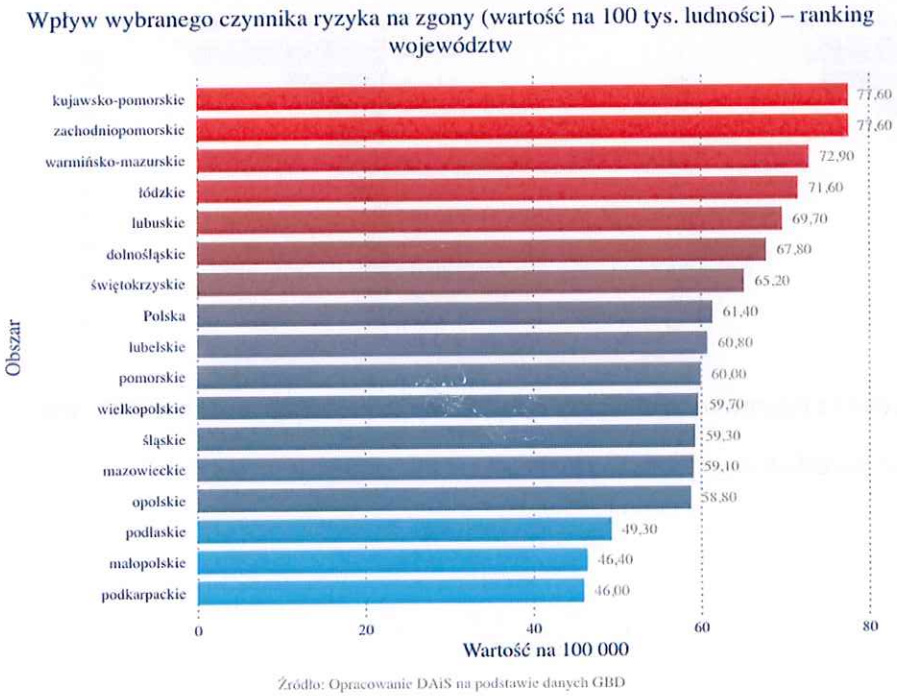
źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/

Według map potrzeb zdrowotnych dla woj. kujawsko-pomorskiego, województwo cechował wyższy niż średnia dla kraju poziom zapadalności rejestrowanej z powodu grupy przyczyn: "płuco" – czwarty, najwyższy współczynnik dla województwa ogółem w Polsce, ale także dla konkretnych grup wiekowych objętej niniejszym programem.

Mapy poniżej (rycina 5) prezentują wskaźnik zapadalności rejestrowanej w wartościach bezwzględnych (lewa) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (prawa). W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność wyniosła 1806 przypadków (29,2 tys. w Polsce), wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wyniósł dla województwa 86,7 i był wyższy niż średnia dla Polski (76,0).



Rycina 5. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. ludności - Płuco
źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa kujawsko-pomorskiego



Województwo kujawsko-pomorskie ma najwyższy w Polsce współczynnik zgonów z powodu nowotworu płuc, wynikające z obecności w populacji czynnika ryzyka jakim jest palenie tytoniu. Wynosi on 77,60/100 tys. ludności, przy średniej dla kraju 61,4, co daje odchylenie na poziomie 26,38%

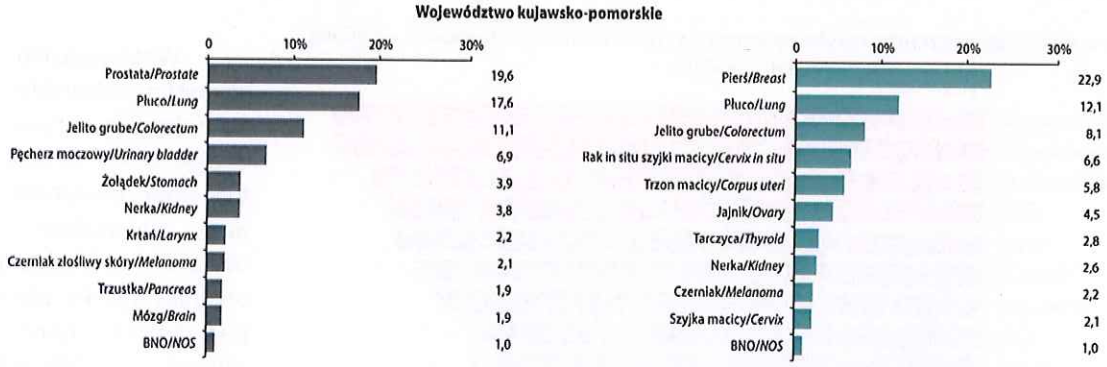
Powyższe zobrazowano na rycinach 6 i 7.

Rycina 6. Wpływ palenia tytoniu na zgony na 100 tys. ludności – nowotwór płuca
źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/

Województwo	Odchylenie od PL
kujawsko-pomorskie	26,38%
zachodniopomorskie	26,38%
warmińsko-mazurskie	18,73%
łódzkie	16,61%
lubuskie	13,52%
dolnośląskie	10,42%
świętokrzyskie	6,19%
lubelskie	-0,98%
pomorskie	-2,28%
wielkopolskie	-2,77%
śląskie	-3,42%
mazowieckie	-3,75%
opolskie	-4,23%
podlaskie	-19,71%
małopolskie	-24,43%
podkarpackie	-25,08%

Rycina 7. Wpływ palenia tytoniu na zgony, odchylenie od średniej wartości dla Polski– nowotwór płuca
źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/

Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2021 roku, rak płuc był drugą najczęściej stwierdzaną przyczyną zachorowań na nowotwory zarówno u mężczyzn jak i kobiet w województwie kujawsko-pomorskim (rycina 8).



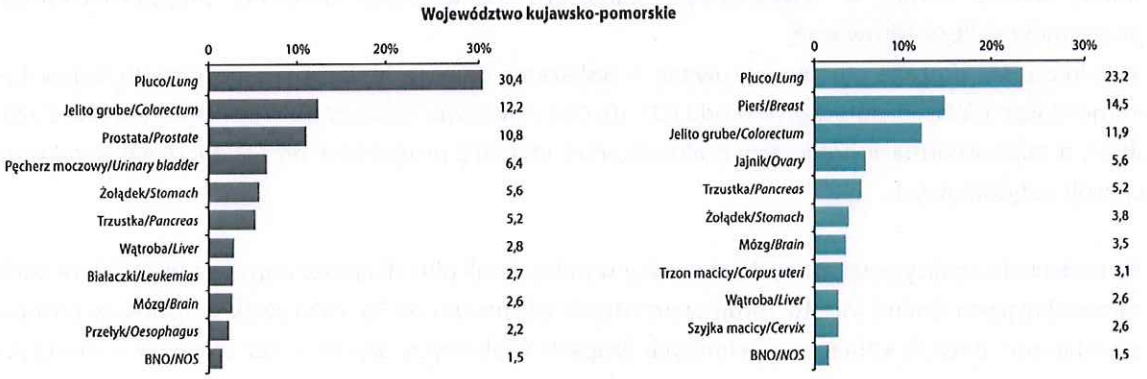
Rycina 8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 roku – L - mężczyźni, P - kobiety
źródło: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf

Uwzględniając wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce, w 2021 roku województwo kujawsko-pomorskie, w populacji kobiet jak i mężczyzn, zajmowało pierwsze miejsce, z ponad 1,5 krotnymi wartościami średnich współczynników dla całej Polski (rycina 9).

	Mężczyźni *Males*				Kobiety *Females*		
		ASW	ESP2013			ASW	ESP2013
1	Kujawsko-pomorskie	46,4	105,8	1	Kujawsko-pomorskie	27,4	57,8
2	Pomorskie	39,8	95,8	2	Pomorskie	26,4	57,4
3	Warmińsko-mazurskie	41,3	93,8	3	Warmińsko-mazurskie	20,8	46,2
4	Zachodniopomorskie	37,4	85,3	4	Zachodniopomorskie	22,4	45,2
5	Dolnośląskie	36,0	84,7	5	Dolnośląskie	19,1	42,1
6	Świętokrzyskie	38,0	84,6	6	Śląskie	18,2	38,4
7	Śląskie	35,4	81,1	7	Mazowieckie	17,6	38,1
8	Wielkopolskie	34,7	80,8	8	Wielkopolskie	16,6	36,2
9	Opolskie	32,3	76,1	9	Łódzkie	17,0	35,8
10	Mazowieckie	32,8	75,5	10	Lubuskie	15,8	34,8
11	Łódzkie	31,6	71,6	11	Opolskie	15,8	34,5
12	Lubuskie	30,5	70,0	12	Świętokrzyskie	15,3	32,1
13	Podkarpackie	28,9	69,4	13	Lubelskie	14,6	30,9
14	Podlaskie	28,6	66,9	14	Małopolskie	13,9	29,9
15	Małopolskie	29,2	66,6	15	Podlaskie	14,0	29,3
16	Lubelskie	29,9	65,6	16	Podkarpackie	11,7	25,2
	Polska	**34,4**	**79,2**		**Polska**	**18,0**	**38,5**

Rycina 9. Lista kolejności województw według wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w 2021 roku
źródło: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf

Niestety w województwie kujawsko-pomorskim nowotwory płuc utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn (rycina 10).



Rycina 10. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku – L - mężczyźni, P - kobiety
źródło: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf

Uwzględniając wartości standaryzowanych współczynników umieralności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w 2021 roku (rycina 11) województwo kujawsko-pomorskie w populacji kobiet jak i mężczyzn, zajmowało pierwsze miejsce w Polsce.

	Mężczyźni *Males*				Kobiety *Females*		
		ASW	ESP2013			ASW	ESP2013
1	Kujawsko-pomorskie	44,0	108,1	1	Kujawsko-pomorskie	21,4	50,0
2	Warmińsko-mazurskie	39,1	96,7	2	Zachodniopomorskie	22,0	49,9
3	Zachodniopomorskie	39,9	96,1	3	Pomorskie	19,4	44,3
4	Lubuskie	38,9	94,7	4	Wielkopolskie	18,0	40,5
5	Pomorskie	37,4	92,6	5	Warmińsko-mazurskie	17,9	40,2
6	Łódzkie	37,8	90,4	6	Dolnośląskie	16,8	39,6
7	Wielkopolskie	37,4	89,8	7	Lubuskie	16,1	39,1
8	Dolnośląskie	35,4	89,2	8	Mazowieckie	16,1	38,0
9	Mazowieckie	36,5	87,4	9	Łódzkie	16,3	35,7
10	Śląskie	35,4	86,6	10	Śląskie	15,9	35,6
11	Świętokrzyskie	36,3	83,7	11	Opolskie	13,5	31,0
12	Podlaskie	33,2	80,6	12	Małopolskie	13,6	30,4
13	Małopolskie	31,9	78,7	13	Lubelskie	12,9	28,1
14	Lubelskie	32,0	76,2	14	Podlaskie	12,7	27,3
15	Opolskie	31,6	75,5	15	Świętokrzyskie	11,4	25,1
16	Podkarpackie	26,2	64,0	16	Podkarpackie	9,7	22,0
	Polska	**35,8**	**86,8**		**Polska**	**16,1**	**36,5**

Rycina 11. Lista kolejności województw według wartości standaryzowanych współczynników umieralności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w 2021 roku
źródło: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf

Gmina Miasto Toruń

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia wystąpił do Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o przygotowanie informacji dotyczącej zapadalności, chorobowości i śmiertelności dla populacji osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń, w szczegółowych zakresach stanowiących tematykę przygotowywanych programów polityki zdrowotnej.

W odniesieniu do raka płuc wnioskowano o wskazanie danych, będących w posiadaniu Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ, dotyczących kodu ICD-10: C34-nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, za lata 2020-2023, a także informacji dotyczącej realizacji przez OW NFZ programów profilaktycznych w zakresie chorób odtytoniowych.

Na podstawie analizy przekazanych informacji wynika, iż rak płuc diagnozowany jest w populacji osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w przedziale wiekowym od 35. roku życia. Największy odsetek zapadalności dotyczy kobiet w najstarszych grupach wiekowych, wyraźnie też widać, iż u mężczyzn zwiększona liczba rozpoznań tej choroby pojawia się dopiero w grupie 10 lat starszej.

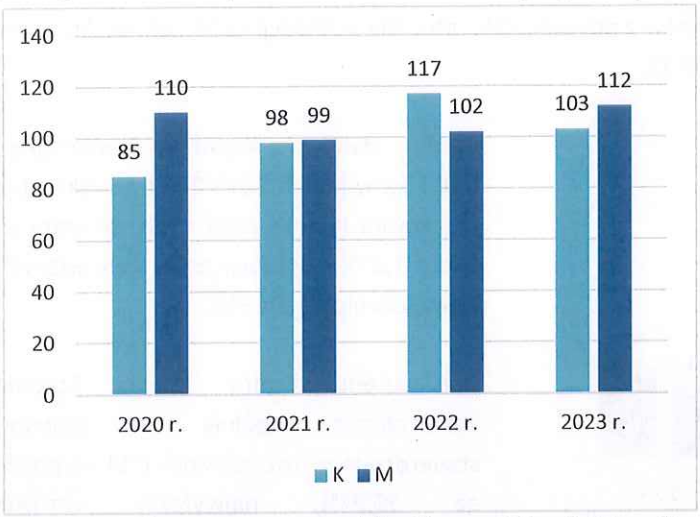
Do przygotowania informacji przyjęto założenie, że przypadkiem zapadalności jest brak leczenia u pacjenta z danym rozpoznaniem w latach poprzednich.

Dane przekazane przez NFZ przyjmowały założenie, że przypadkiem zapadalności jest brak leczenia z danym rozpoznaniem pacjenta w latach poprzednich:

- dla roku 2020 analizowano okres 2019 roku;
- dla roku 2021 analizowano okres 2019-2020;

- dla roku 2022 analizowano okres 2019-2021;
- dla roku 2023 analizowano okres 2019-2022.

Na wykresie obok przedstawiono dane dotyczące zapadalności w poszczególnych latach łącznie ze wszystkich grup wiekowych, w podziale na kobiety i mężczyzn (rycina 12).



Rycina 12. Skumulowana zapadalność na C34 wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na płeć za lata 2019-2023

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ

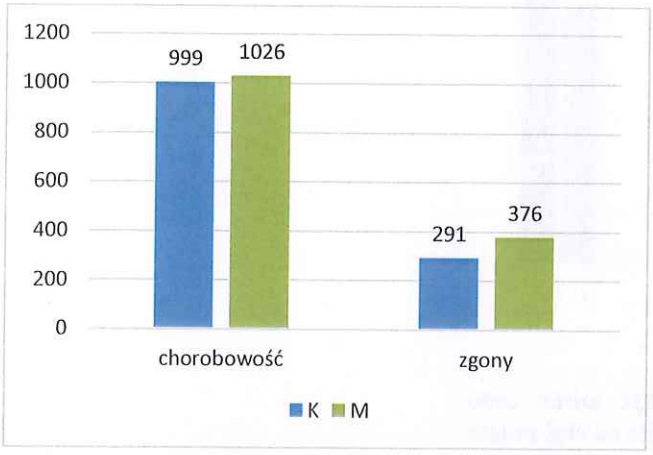
Tabela 2 przedstawia dane dotyczące zapadalności w podziale na płeć i grupy wiekowe za lata 2019-2023 (tabela 2).

Tabela 2. Zapadalność na C34 wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na grupy wiekowe na rok 2023

zapadalność								
lata	2020		2021		2022		2023	
płeć / grupa wiekowa	K	M	K	M	K	M	K	M
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0
18-25	0	0	0	0	0	0	0	0
26-30	0	0	0	0	0	0	0	0
31-35	0	0	0	0	0	0	0	0
36-40	0	1	0	0	2	0	1	0
41-45	0	0	1	1	0	0	2	0
46-50	0	0	3	1	1	0	1	0
51-55	2	2	3	2	4	5	2	7
56-60	10	8	8	8	10	4	4	7
61-65	15	29	21	17	17	11	15	18
66-70	17	24	24	30	19	22	20	24
71-75	24	21	15	22	26	31	31	30
76+	17	25	23	18	38	29	27	26
Razem	**85**	**110**	**98**	**99**	**117**	**102**	**103**	**112**
Suma lata	**195**		**197**		**219**		**215**	

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ

Chorobowość opisana poniżej będzie oznaczała liczbę osób ze stwierdzonym w danym okresie rozpoznaniem ICD-10 dotyczącym nowotworu płuca, a zgony to liczba osób, które w danym okresie zmarły z powodu tej jednostki chorobowej.
Wartości dotyczące chorobowości i zgonów z powodu raka płuc dla populacji osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń wskazano na rycinie 13.



Rycina 13. Liczba chorych i zgonów na C34 wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na płeć za lata 2019-2023
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ

Według danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ w latach 2019-2023 na raka płuc chorowało łącznie 2025 osób, co stanowi około 1,07% populacji osób stanowiących grupę docelową dla PPZ.

Dla terenu Gminy Miasta Torunia śmiertelność ogólnie z powodu stwierdzonego rozpoznania C34 wynosiła aż 32,94%, najwyższe wartości bezwzględne występowały w najliczniejszych, najstarszych grupach wiekowych obu płci, z tym, że wyraźnie zaznacza się tu wyższa śmiertelność wśród mężczyzn.

Według danych pozyskanych bezpośrednio z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ w latach 2019-2022 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego były realizowane 2 programy lekowe w tym zakresie. Były to:

- B.6 – Program lekowy – Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc – okres realizacji do 30.06.2021 r.
- B.63 – Program lekowy – Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc z zastosowaniem afatynibu – do 30.06.2018 r.
- B.63 – Program lekowy – Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu – do 30.06.2019 r.
- B.6 – Program lekowy – Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuc – okres realizacji do 31.12.2022 r.
- B.6 – Program lekowy – Leczenie chorych na raka płuc oraz międzybłoniaka opłucnej– program obecnie w realizacji.

W/w pogramy zmieniały swoją nazwę, z dniem 1.07.2019 r. zostały połączone i są realizowane kompleksowo, obecnie w ramach 3 ośrodków – są to:

- Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy,
- Kujawsko - Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy,
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu.

Zestawienie podsumowujące liczbę osób korzystających z programów w zakresie leczenia chorych na raka płuc z terenu Gminy Miasta Toruń zawarte jest w poniższej tabeli (tabela 3).

Tabela 3. Uczestnicy programów profilaktyki raka płuc zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na grupy wiekowe w latach 2015-2023

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Razem grupa wiekowa
płeć / grupa wiekowa	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
18-25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
26-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
31-35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
36-40	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
41-45	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
46-50	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	**5**
51-55	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	**4**
56-60	2	2	1	1	2	0	1	0	1	0	0	4	1	5	1	3	2	2	**28**
61-65	2	1	0	0	3	1	1	2	1	1	3	1	4	4	4	6	6	6	**46**
66-70	1	1	1	3	0	2	0	2	1	1	3	3	6	4	4	11	5	5	**53**
71-75	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	1	1	2	4	7	8	13	**42**
76+	1	1	0	1	0	0	0	1	2	1	5	4	2	4	6	3	11	2	**44**
Razem rok	**6**	**6**	**2**	**8**	**5**	**6**	**2**	**7**	**6**	**4**	**12**	**14**	**14**	**19**	**20**	**31**	**34**	**29**	
SUMA K+M	**12**		**10**		**11**		**9**		**10**		**26**		**33**		**51**		**63**		**225**

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ

I.3. Opis obecnego postępowania

Po przeprowadzeniu weryfikacji PPZ w zakresie wykrywania raka płuca w populacji bezobjawowej określono trzy podstawowe postępowania funkcjonujące w Polsce: przesiew z użyciem NDTK, przesiew z użyciem RTG oraz podstawowa opieka zdrowotna (brak przesiewu).

W ramach dalszej diagnostyki, mającej na celu potwierdzenie wyniku badania przesiewowego, dostępne i finansowane ze środków publicznych są następujące opcje diagnostyczne:

- 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.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413 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 AOS.

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

Proponowany program przesiewowy jest, w założeniu, kompatybilny i komplementarny ze świadczeniami gwarantowanymi w ramach działań NFZ oraz Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) na lata 2016-2024. Zakłada bowiem wdrożenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka płuca oraz jest nacelowany na poprawę wskaźnika przeżywalności oraz zmniejszenie wskaźnika umieralności, poprzez działania profilaktyczne, edukacyjne i prozdrowotne, wychodzące poza samo schorzenie, którego program dotyczy.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu raka płuca, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 20% uczestników programu rekrutującej się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Miasto Toruń, w latach 2024–2028.

II.2. Cele szczegółowe

- Uzyskanie wzrostu o 20% liczby świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania podejrzenia raka płuca w ramach programu, wśród osób w wieku 55-74 lata, kwalifikujących się do badania NDTK.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia raka płuca wśród populacji zamieszkującej Gminę Miasto Toruń, w latach 2024–2028.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia rakiem płuca, wśród populacji zamieszkującej Gminę Miasto Toruń, w latach 2024–2028.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

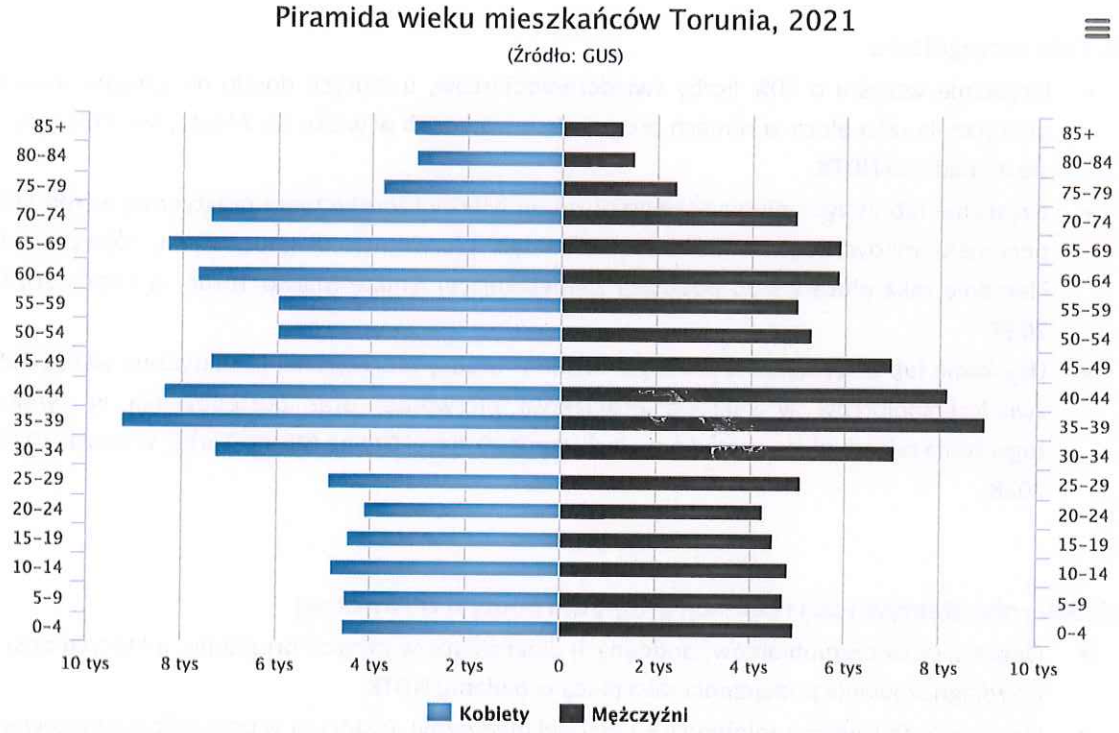
- Odsetek świadczeniobiorców, poddanych diagnostyce w ramach programu, u których doszło do zdiagnozowania podejrzenia raka płuca w badaniu NDTK.
- Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

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

III.1. Populacja docelowa

Gmina Miasto Toruń według danych z ewidencji ludności (stan na 31.03.2024 rok) jest średniej wielkości miastem z liczbą mieszkańców wynoszącą 171 560, z czego 54% stanowią kobiety, a 46% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców zmalała o 6,5%.



Rycina 14. Piramida wieku mieszkańców Torunia, 2021 rok
źródło: GUS

Program wczesnego wykrywania raka płuca ze względów metodologicznych, finansowych oraz silnej zależności wystąpienia schorzenia od palenia tytoniu, nie obejmuje całej populacji, lecz tę jej część, która ma zwiększone ryzyko zachorowania, określone granicznym wiekiem i konsumpcją tytoniu. Program w części diagnostycznej będzie skierowany do mieszkańców Gminy Miasto Toruń w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥30 paczkolat oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤15 lat.

Adresatami programu będą, w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium wieku, zameldowani na stałe lub czasowo na terenie Gminy Miasta Toruń, dla których jako podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy Miasta Torunia.

Szczegółowe zasady kwalifikacji osób do populacji wysokiego ryzyka chorób układu oddechowego, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia, opisane są w dalszej części dokumentu.

Działania edukacyjne i informacyjne kierowane są do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Miasto Toruń.

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2022 roku całkowita populacja osób w wieku 55-74 lata liczy około 51 100 osób. W kolejnych latach trwania programu będą włączane do niej osoby spełniające kryterium wieku (obecnie mający 50-54 lata), co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie około 62 400 osób (tabela 4).

Tabela 4. Docelowa populacja całościowa programu.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
70-74	7427	4962	12389
65-69	8304	5897	14201
60-64	7667	5866	13533
55-59	5992	4994	10986
50-54	5986	5300	11286
Razem	**35376**	**27019**	**62395**

źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: https://www.polskawliczbach.pl/Torun

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Działania diagnostyczne dla mieszkańców:

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

- wiek między 55 a 74 rokiem życia potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- profilaktyka chorób układu oddechowego będzie prowadzona wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Miasta Toruń na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) albo w przypadku, gdy dla podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy Miasta Toruń (za okazaniem stosownego dokumentu lub zaświadczenia);
- oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

Kryteria medyczne włączenia do programu to osoby, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują:

- konsumpcja tytoniu wynosząca ≥30 paczkolat;
- okres abstynencji tytoniowej ≤15 lat

Kryteria wyłączenia z programu:

- zdiagnozowana wcześniej choroba nowotworowa układu oddechowego i pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie Gminy Miasta Toruń;
- brak udokumentowania potwierdzającego rozliczanie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla Miasta Toruń;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 latach w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie;

- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Szkolenia personelu medycznego:

W ramach programu zaplanowano szkolenia personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej, w zakresie działań ukierunkowanych na zwiększanie wykrywalności i poprawę diagnostyki chorób układu oddechowego w kierunku wykrywania raka płuc.

Kryterium włączenia będzie wyrażenie chęci uczestniczenia w zajęciach, a także wykonywanie usług medycznych na terenie Gminy Miasta Toruń.

Do zajęć edukacyjnych zaproszony zostanie personel medyczny rekrutujący się spośród osób, która ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności:

- osoby realizujące działania informacyjnoedukacyjne;
- lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.

Kryterium wykluczającym będzie ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat oraz posiadanie wiedzy i doświadczenia w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2024 do końca 2028.

III.3. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki raka płuc.

1. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie wieku i zameldowania/odprowadzania podatku zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje kryteriów wykluczających z programu.

2. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

3. Szkolenia dla personelu medycznego

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

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.
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.

4. Działania informacyjno-edukacyjne

- Przygotowanie materiałów z informacjami na temat raka płuca.
- Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych 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.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.
- Forma powinna być jak najlepiej dostosowana do grupy docelowej.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- 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
    - Konsensus ekspertów Rzyman 2018
    - Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie oraz Biuro Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia
    - Materiały Poradni Pomocy Palącym będącej częścią Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów koordynowanego przez Centrum Onkologii w Warszawie ze środków Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, dostępne na stronie internetowej http://www.jakrzucicpalenie.pl/
    - Materiały udostępnione przez Światową Organizację Zdrowia pod adresem https://www.who.int/tobacco/en/
    - Materiały udostępnione przez Europejski Kodeks Walki z Radiem pod adresem http://www.kodekswalkizrakiem.pl/

Głównym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka rozwoju raka płuca jest ekspozycja na substancje zawarte w dymie tytoniowym. Z tego powodu przesiewowi pod kątem wykrycia tej choroby towarzyszą interwencje antynikotynowe. Stosowanie kwestionariuszy do pozyskiwania informacji pozwalających

na dalsze kierowanie terapią uzależnienia od nikotyny zalecają dwie rekomendacje – ATS 2017 oraz Rzyman 2018. Zalecany jest kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma oraz test motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider. Dalsze postępowanie z pacjentem jest uzależnione od uzyskanych wyników.
Rekomendacja ATTUD/SRNT 2016 zaleca, aby uczestników programu przesiewu pod kątem raka płuca w czasie każdej wizyty zachęcać do rzucenia palenia. Interwencja antynikotynowa powinna być dostosowana do potrzeb grupy docelowej – w przypadku przesiewu są to osoby z długą historią regularnego palenia. Zalecane jest stosowanie „minimalnej interwencji antynikotynowej" polegającej na stosowaniu **zasady pięciu P (5P):**

- pytaj, czy pali tytoń,
- poradź, aby przestał palić,
- planuj rozpoczęcie terapii antynikotynowej,
- pomóż w wyborze odpowiedniego postępowania,
- pamiętaj pytać czy nadal pali tytoń przy każdej okazji.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.
Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku.
Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenie testu leżą po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe".
Edukacja mogą być realizowana na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, w tym wspólnego gotowania, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

5. Badanie z wykorzystaniem NDTK- niskodawkowej tomografii komputerowej

Objęci nim będą osoby w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥30 paczkolat oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤15 lat. Dokładne kryteria zdefiniowano w rozdziale III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej (strona 26).
Postępowanie zgodnie z zasadą ALARA[2]. Maksymalna dawka pochłonięta w trakcie NDTK nie powinna przekroczyć 3 mGy dla standardowego pacjenta (wysokość -170 cm, masa ciała – 69-75 kg).

[2] ALARA ang. As Low As Reasonably Achievable, oznacza „tak niskie, jak rozsądnie osiągalne". Zasada ta stanowi, że promieniowanie powinno być stosowane w dawce wystarczająco wysokiej, aby osiągnąć pożądany rezultat, a jednocześnie być utrzymywane na możliwie najniższym poziomie, aby zapobiec szkodliwym skutkom promieniowania.
Dotyczy to na przykład promieni rentgenowskich: promieniowanie musi być wystarczająco silne, aby przeniknąć do tkanek ciała i wytworzyć obraz. Jednocześnie jednak promieniowanie musi być jak najmniejsze, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi i personelowi medycznemu uczestniczącemu w zabiegu.

Zakres badania NDTK obejmuje płuca od ich szczytów do kątów przeponowo-żebrowych. NDTK płuc przeprowadza się bez podania środków kontrastujących dożylnie ani doustnie; maksymalna grubość warstwy wynosi 2,5 mm, a proponowana 1 mm.
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 uzyskanego z najdłuższego i najkrótszego pomiaru. 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.

6. Lekarska wizyta podsumowująca

Po przeprowadzeniu badania NDTK, uczestnik jest kierowany na konsultację lekarską, w czasie której uczestnikowi lekarz prezentuje wyniki NDTK oraz przekazuje zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania. Uczestnik otrzymuje także odpowiedzi na wszelkie pytania związane z jego udziałem w PPZ.
W przypadku pozytywnego wyniku badania NDTK lekarz wydaje uczestnikowi wypełnione DiLO. Wydaniu karty towarzyszy odnotowanie stopnia zaawansowania zmian radiologicznych w dokumentacji uczestnika PPZ.
W przypadku negatywnego wyniku badania NDTK lekarz informuje uczestnika o możliwości powtórzenia badania przesiewowego, nie wcześniej niż po 1 roku, już w ramach diagnostyki poza programem polityki zdrowotnej.
W czasie konsultacji lekarskiej przeprowadzana jest interwencja antynikotynowa, która opiera się na przeprowadzeniu z uczestnikiem indywidualnej rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej (MIA, tzw. „zasada 5×P"). W ramach spotkania realizowana jest edukacja pacjenta dot. szkodliwości palenia.
Uczestnicy deklarujący aktywne palenie zostają dodatkowo poddani dwóm badaniom diagnostycznym:

- standaryzowany wywiad dotyczący intensywności palenia i siły uzależnienia za pomocą testu Fagerströma;
- test motywacji do rzucenia palenia (Schneider).

Wyniki badań są odnotowywane w dokumentacji uczestnika. Na podstawie wyników uczestnikowi zostaną przedstawione możliwości uzyskania adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza PPZ wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa, współpraca z Poradnią Pomocy Palącym.

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumenty należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.
Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia, już poza PPZ, dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz POZ w zależności od stanu zdrowia konkretnej osoby podejmie działania adekwatne do potrzeb.

Konieczne jest informowanie świadczeniobiorców o szkodliwości palenia tytoniu oraz motywowanie do zaprzestania lub ograniczenia palenia. W ramach interwencji należy także zaznaczyć, iż wdrożenie

omawianej modyfikacji pozwoli również ograniczyć ryzyko wystąpienia innych chorób m.in. udaru mózgu czy nowotworów jamy ustnej. Należy zalecać ograniczenie spożycia alkoholu. Konieczne jest motywowanie uczestnika do zaprzestania lub ograniczenia stosowania innych substancji psychoaktywnych.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).
Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Miasta Toruń w miejscu wskazanym przez Realizatora.
Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2024–2028. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.
Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.
Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ. Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.
Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika, adresowanych do niego, w zależności od wskazań, planowanych interwencji.
Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Sposoby zakończenia udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku osób z populacji wysokiego ryzyka chorób układu oddechowego – w momencie zrealizowania kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.
Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez Realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.
Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez Realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano do realizacji następujące działania:

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu.
   Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu samorządu, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
3. Wybór realizatorów.
   Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.
4. Kampania promocyjna.
   Skierowana do mieszkańców Gminy Miasta Toruń. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucie wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Miasta Toruń, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z chorobami układu oddechowego, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych oraz o ramach organizacyjnych akcji.
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań informacyjno-edukacyjnych, badania z wykorzystaniem NDTK, lekarskiej wizyty podsumowującej.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy). Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez Realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Gminy Miasta Toruń.
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.
   Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Miasta Toruń przez realizatora wyłonionego w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni w miejscu prowadzenia interwencji pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot realizujący program będzie dysponował kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych – zgodnie z potrzebami realizacji zadania sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji oraz sprzętem pomocniczym.

Podmiot/Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W ramach:

- **szkolenia personelu medycznego** realizator zapewni odpowiednią kadrę, mogą być to: lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie onkologii klinicznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuca („ekspert"), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
- **działań informacyjno-edukacyjnych** może być to: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjnoedukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ
- **badanie z wykorzystaniem NDTK** – personel zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- **lekarska wizyta podsumowująca** - lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuca, lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

Realizator będzie też dysponował **sprzętem** niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji - wymagana jest pracownia umożliwiająca dokonanie pomiarów NDTK z wykorzystaniem aparatu spiralnego minimum 16-rzędowego oraz infrastruktura informatyczna, która pozwoli na bezpieczne przechowywanie pozyskanych w ramach PPZ cyfrowych wersji danych NDTK.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2024–2028, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Gminy Miasta Toruń i posiadanych zasobów finansowych

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu odbywać się będzie w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Gminy Miasta Toruń, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z badania NDTK;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

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

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ,
- dane uczestnika: data urodzenia, płeć,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik: data przeprowadzenia edukacji, data i rodzaj wykonanych badań i konsultacji,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizowane i uwzględnione zostaną przyczyny tego stanu,

uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety satysfakcji. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, np. w formie elektronicznej na stronie internetowej realizatora programu. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.
Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie umieszczony w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.
Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.*
Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod katem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

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

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwolą, zostanie przedstawione:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.
W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami Gminy Miasta Toruń, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2024–2028 została przeznaczona kwota około 572 500,00 zł na cały okres trwania programu, do 114 500,00 zł na każdy rok realizacji programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii promocyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

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

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczałtu.

Poniższe wyliczenia są jedynie szacunkowe, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od zawartej umowy z realizatorem na wykonanie interwencji opisanej w ramach niniejszego PPZ, który otrzyma środki na jego realizację w ramach konkursu.
Program zakłada 5 letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Gmina Miasta Toruń zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe obejmują m.in.:

a) koszty pośrednie:

- koszty przeprowadzenia ewaluacji i monitorowania;
- koszty działań informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)

b) koszty bezpośrednie:

- koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt kwalifikacji, przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców (wraz z przygotowaniem pre- i post-testu)
- koszt realizacji badań NDTK wraz z opisem wykonanym przez lekarza radiologa
- koszt przeprowadzenia wizyt lekarskich i podsumowujących dla zakwalifikowanych do części diagnostycznej uczestników programu

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Tabela 5. Zestawienie roczne kosztów jednostkowych PPZ

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
	Koszty pośrednie			
1.	Opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych oraz przeprowadzenie i opracowanie ankiety satysfakcji	1	1 500 zł	1 500 zł
	Koszty bezpośrednie			
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego z przeprowadzeniem pre-testu – post-testu	1	1 500 zł	1 500 zł
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla świadczeniobiorców z przeprowadzeniem pre-testu – post-testu	1	1 500 zł	1 500 zł
3.	Koszt realizacji badań NDTK	200	300 zł	60 000 zł
4.	Koszt przeprowadzenia wizyt lekarskich wstępnych z elementami edukacji	200	100 zł	20 000 zł
5.	Koszt przeprowadzenia wizyt lekarskich podsumowujących z elementami edukacji	200	150 zł	30 000 zł
			SUMA	**114 500 zł**

źródło: opracowanie własne

VI.2. Koszty całkowite

Tabela 6. Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2024	114 500,00 zł
rok 2025	114 500,00 zł
rok 2026	114 500,00 zł
rok 2027	114 500,00 zł
rok 2028	114 500,00 zł
Całość działań	**572 500,00 zł**

źródło: opracowanie własne

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Gminę Miasta Toruń na lata 2024–2028. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 572 500,00 zł** w latach 2024-2028.

VI.3. Źródła finansowania

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń zostanie przyjęty uchwałą Rady Miasta Torunia oraz sfinansowany ze środków budżetu Gminy Miasta Toruń w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149).
Ze względu na fakt, iż samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, ważnym jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Gminy Miasta Toruń do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 40% kosztów realizacji programu ze środków Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 r. poz. 146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. 2017 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości 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. Raport nr OT.423.10.2018 „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)", Warszawa, październik 2019.
3. Rzyman, W., Didkowska, J., Dziedzic, R., Grodzki, T., Orłowski, T., Szurowska, E., ... & Jędrzejczyk, T. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. Advances in respiratory medicine, 86(1), 53-74
4. Pedersen, J. H., Rzyman, W., Veronesi, G., D'amico, T. A., Van Schil, P., Molins, L., ... & Rocco, G. (2017). Reco mmendations from the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) regarding computed tomography screening for lung cancer in Europe. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 51(3), 411-420
5. Kauczor, H. U., Bonomo, L., Gaga, M., Nackaerts, K., Peled, N., Prokop, M., ... & European Society of Radiology (ESR. (2015). ESR/ERS white paper on lung cancer screening. European radiology, 25(9), 2519-2531
6. Vansteenkiste, J., Crinò, L., Dooms, C., Douillard, J. Y., Faivre-Finn, C., Lim, E., ... & Stahel, R. (2014). 2nd ESMO Consensus Conference on Lung Cancer: early-stage non-small-cell lung cancer consensus on diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 25(8), 1462-1474
7. Mazzone, P. J., Silvestri, G. A., Patel, S., Kanne, J. P., Kinsinger, L. S., Wiener, R. S., ... & Detterbeck, F. C. (2018). Screening for lung cancer: CHEST guideline and expert panel report. Chest, 153(4), 954-985
8. Kathuria, H., Detterbeck, F. C., Fathi, J. T., Fennig, K., Gould, M. K., Jolicoeur, D. G., ... & Slatore, C. G. (2017). Stakeholder research priorities for smoking cessation interventions within lung cancer screening programs. An official American thoracic society research statement. American journal of respiratory and critical care medicine, 196(9), 1202-1212
9. NCCN (2020). NCCN Guidelines for Patients: Lung Cancer Screening, Version 1.2020. Pozyskano z: https://www.nccn.org/patients/guidelines/lung_screening/44/index.html
10. Oudkerk, M., Devaraj, A., Vliegenthart, R., Henzler, T., Prosch, H., Heussel, C. P., ... & Baldwin, D. R. (2017). European position statement on lung cancer screening. The Lancet Oncology, 18(12), e754-e766
11. Fucito, L. M., Czabafy, S., Hendricks, P. S., Kotsen, C., Richardson, D., Toll, B. A., & Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)/Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Synergy Co mmittee. (2016). Pairing smokingcessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Cancer, 122(8), 1150-1159
12. Ramsey, S. D., Malin, J. L., Goulart, B., Ambrose, L. F., Kanne, J. P., McKee, A. B., ... & Sullivan, S. D. (2014). Implementing lung cancer screening using low-dose computed tomography: reco mmendations from an expert panel. Journal of oncology practice, 11(1), e44-e49
13. Moyer, V. A. (2014). Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of internal medicine, 160(5), 330-338.
14. Fu, C., Liu, Z., Zhu, F., Li, S., & Jiang, L. (2016). A meta-analysis: is low-dose computed tomography a superior method for risky lung cancers screening population? The clinical respiratory journal, 10(3), 333-341.
15. Gopal, M., Abdullah, S. E., Grady, J. J., & Goodwin, J. S. (2010). Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review and meta-analysis of the baseline findings of randomized controlled trials. Journal of thoracic oncology, 5(8), 1233-1239.
16. Huang, K. L., Wang, S. Y., Lu, W. C., Chang, Y. H., Su, J., & Lu, Y. T. (2019). Effects of lowdose computed tomography on lung cancer screening: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. BMC pulmonary medicine, 19(1), 126.
17. Manser, R., Lethaby, A., Irving, L. B., Stone, C., Byrnes, G., Abramson, M. J., & Campbell, D. (2013). Screening for lung cancer. Cochrane database of systematic reviews, (6)
18. Snowsill, T. M., Yang, H., Griffin, E., Long, H. L., Varley-Campbell, J., Coelho, H., ... & Hyde, C. (2018). Low-dose computed tomography for lung cancer screening in high risk populations: a systematic review and economic evaluation
19. Ali, M. U., Miller, J., Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Kenny, M., Sherifali, D., & Raina, P. (2016). Screening for lung cancer: a systematic review and meta-analysis. Preventive medicine, 89, 301-314

20. Wang, X., Liu, H., Shen, Y., Li, W., Chen, Y., & Wang, H. (2018). Low-dose computed tomography (NDTK) versus other cancer screenings in early diagnosis of lung cancer: A metaanalysis. Medicine, 97(27).
21. Humphrey, L. L., Deffebach, M., Pappas, M., Baumann, C., Artis, K., Mitchell, J. P., ... & Slatore, C. G. (2013). Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review to update the US Preventive services task force reco mmendation. Annals of internal medicine, 159(6), 411-420
22. Infante, M., Cavuto, S., Lutman, F. R., Brambilla, G., Chiesa, G., Ceresoli, G., ... & Cariboni, U. (2009). A randomized study of lung cancer screening with spiral computed tomography: three-year results from the DANTE trial. American journal of respiratory and critical care medicine, 180(5), 445-453.
23. Infante M, Cavuto S, Lutman FR, et al. Long-term follow-up results of the DANTE trial, a randomized study of lung cancer screening with spiral computed tomography. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(10):1166-1175.
24. Infante M, Lutman FR, Cavuto S, et al. Lung cancer screening with spiral CT: baseline results of the randomized DANTE trial. Lung Cancer. 2008;59(3):355-363
25. Blanchon, T., Bréchot, J. M., Grenier, P. A., Ferretti, G. R., Lemarié, E., Milleron, B., ... & Blanchon, F. (2007). Baseline results of the Depiscan study: a French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (NDTK) and chest X-ray (CXR). Lung cancer, 58(1), 50-58
26. Pedersen, J. H., Ashraf, H., Dirksen, A., Bach, K., Hansen, H., Toennesen, P., ... & Mortensen, J. (2009). The Danish randomized lung cancer CT screening trial—overall design and results of the prevalence round. Journal of Thoracic Oncology, 4(5), 608-614.
27. Wille MM, Dirksen A, Ashraf H, et al. Results of the randomized Danish Lung Cancer screening trial with focus on high-risk profiling. Am J Respir Crit Care Med. 2016;193(5):542551
28. Petersen RH, Hansen HJ, Dirksen A, Pedersen JH. Lung cancer screening and video-assisted thoracic surgery. J Thorac Oncol. 2012;7(6):1026-1031
29. Garg, K., Keith, R. L., Byers, T., Kelly, K., Kerzner, A. L., Lynch, D. A., & Miller, Y. E. (2002). Randomized controlled trial with low-dose spiral CT for lung cancer screening: feasibility study and preliminary results. Radiology, 225(2), 506-510
30. Pegna, A. L., Picozzi, G., Falaschi, F., Carrozzi, L., Falchini, M., Carozzi, F. M., ... & Innocenti, F. (2013). Four-year results of low-dose CT screening and nodule management in the ITALUNG trial. Journal of Thoracic Oncology, 8(7), 866-875.
31. Paci E, Puliti D, Lopes Pegna A, et al. Mortality, survival and incidence rates in the ITALUNG randomised lung cancer screening trial. Thorax. 2017;72(9):825-831
32. Lopes Pegna A, Picozzi G, Mascalchi M, et al. Design, recruitment and baseline results of the ITALUNG trial for lung cancer screening with low-dose CT. Lung Cancer. 2009;64(1):34-40
33. Gohagan, J. K., Marcus, P. M., Fagerstrom, R. M., Pinsky, P. F., Kramer, B. S., Prorok, P. C., ... & Engelhard, D. (2005). Final results of the Lung Screening Study, a randomized feasibility study of spiral CT versus chest X-ray screening for lung cancer. Lung cancer, 47(1), 9-15.
34. Gohagan J, Marcus P, Fagerstrom R, Pinsky P, Kramer B, Prorok P. Baseline findings of a randomized feasibility trial of lung cancer screening with spiral CT scan vs chest radiograph: the Lung Screening Study of the National Cancer Institute. Chest. 2004;126(1):114-121
35. Spiro, S. G., & Hackshaw, A. (2016). Research in progress—LungSEARCH: a randomised controlled trial of surveillance for the early detection of lung cancer in a high-risk group. Thorax, 71(1), 91-93
36. Becker, N., Motsch, E., Gross, M. L., Eigentopf, A., Heussel, C. P., Dienemann, H., ... & Puderbach, M. (2012). Randomized study on early detection of lung cancer with MSCT in Germany: study design and results of the first screening round. Journal of cancer research and clinical oncology, 138(9), 1475-1486.
37. Field JK, Duffy SW, Baldwin DR, et al. UK Lung Cancer RCT Pilot Screening Trial: baseline findings from the screening arm provide evidence for the potential implementation of lung cancer screening. Thorax. 2016;71(2):161-170
38. Pastorino, U., Rossi, M., Rosato, V., Marchianò, A., Sverzellati, N., Morosi, C., ... & Pelosi, G. (2012). Annual or biennial CT screening versus observation in heavy smokers: 5-year results of the MILD trial. European Journal of Cancer Prevention, 21(3), 308-315.
39. Sverzellati N, Silva M, Calareso G, et al. Low-dose computed tomography for lung cancer screening: comparison of performance between annual and biennial screen. Eur Radiol. 2016;26(11): 3821-3829
40. Pastorino U, Marchiano A, Sverzellati N, et al. A less intensive screening modality, such as CT every 2 years instead of annual CT, is not harmful for heavy smokers. J Thorac Oncol. 2011;6(6 suppl 2):S518
41. Horeweg, N., van der Aalst, C. M., Vliegenthart, R., Zhao, Y., Xie, X., Scholten, E. T., ... & La mmers, J. W. J. (2013). Volumetric computed tomography screening for lung cancer: three rounds of the NELSON trial. European Respiratory Journal, 42(6), 1659-1667.

42. Horeweg, N., Scholten, E. T., de Jong, P. A., van der Aalst, C. M., Weenink, C., La mmers, J. W. J., ... & Heuvelmans, M. A. (2014). Detection of lung cancer through low-dose CT screening (NELSON): a prespecified analysis of screening test performance and interval cancers. The lancet oncology, 15(12), 1342-1350.
43. Yousaf-Khan U, van der Aalst C, de Jong PA, et al. Risk stratification based on screening history: the NELSON lung cancer screening study. Thorax. 2017;72(9):819-824
44. National Lung Screening Trial Research Team. (2011). Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. New England Journal of Medicine, 365(5), 395409.
45. National Lung Screening Trial Research Team. (2013). Results of initial low-dose computed tomographic screening for lung cancer. New England Journal of Medicine, 368(21), 19801991.
46. Patz EF, Greco E, Gatsonis C, Pinsky P, Kramer BS, Aberle DR. Lung cancer incidence and mortality in National Lung Screening Trial participants who underwent low-dose CT prevalence screening: a retrospective cohort analysis of a randomised, multicentre, diagnostic screening trial. Lancet Oncology. 2016;17(5): 590-599
47. Field, J. K., Duffy, S. W., Baldwin, D. R., Brain, K. E., Devaraj, A., Eisen, T., ... & Ledson, M. (2016). The UK Lung Cancer Screening trial: a pilot randomised controlled trial of low-dose computed tomography screening for the early detection of lung cancer. Health technology assessment (Winchester, England), 20(40), 1.
48. Field JK, Duffy SW, Baldwin DR, et al. The UK Lung Cancer Screening Trial: a pilot randomised controlled trial of low-dose computed tomography screening for the early detection of lung cancer. Health Technol Assess. 2016;20(40):1-146.
49. Field JK, Devaraj A, Baldwin DR, et al. UK Lung Cancer Screening trial (UKLS): prevalence data at baseline. Lung Cancer. 2014;83: S24-S25
50. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554 a18.pdf
51. Humphrey, L. L., Deffebach, M., Pappas, M., Baumann, C., Artis, K., Mitchell, J. P., ... & Slatore, C. G. (2013). Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review to update the US Preventive services task force reco mmendation. Annals of internal medicine, 159(6), 411-420
52. Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna
53. Rzyman, W., Didkowska, J., Dziedzic, R., Grodzki, T., Orłowski, T., Szurowska, E., ... & Jędrzejczyk, T. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. Advances in respiratory medicine, 86(1), 53-74
54. Mascalchi, M., & Sali, L. (2017). Lung cancer screening with low dose CT and radiation harm— from prediction models to cancer incidence data. Annals of translational medicine, 5(17).
55. McKee, B. J., Regis, S. M., McKee, A. B., Flacke, S., & Wald, C. (2016). Performance of ACR Lung-RADS in a clinical CT lung screening program. Journal of the American College of Radiology, 13(2), R25-R29
56. Didkowska, J., Wojciechowska, U., & Olasek, P. (2016). Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii–Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. onkologia. org. pl/k/epidemiologia July, 06-2018
57. Zdrowia, M. (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski. Pobrano z: http://www. mz. gov. pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska. pdf
58. CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
59. NHS England (2019). NHS to rollout lung cancer scanning trucks across the country. Pozyskano z: https://www.england.nhs.uk/2019/02/lung-trucks/
60. CDC (2016). Lung cancer screening programs. Division of Cancer Prevention and Control. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/cancer/ncccp/pdf/LungCancerScreeningPrograms.pdf
61. Moyer, V. A. (2014). Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of internal medicine, 160(5), 330-338
62. I-ELCAP (2013) International Early Lung Cancer Action Program. Pozyskano z: https://www.ielcap.org/
63. Swedish Cancer Institute (2018) Lung Cancer Screening Program. Pozyskano: https://www.swedish.org/~/media/Files/Providence%20Swedish/Services/lcsp_final_dec_20 17.pdf

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Empatia w trakcie rozmowy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprawność obsługi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetentna informacja	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Punktualność	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprawność obsługi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

b. Zgoda na udział w programie - wzór

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028 oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestnik/czka programu:

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Data i podpis Uczestnika/czki programu

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/czką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

Data i podpis i pieczątka

Treść klauzuli RODO do uzupełnienia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Data i podpis Uczestnika/czki programu

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

Bardzo przydatna	*Przydatna*	*Średnio przydatna*	*Raczej nieprzydatna*	*Całkowicie nieprzydatna*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

Uzasadnienie

Do projektu „P" uchwały RMT druk nr 89

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka płuc dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028"

1. Rzeczywisty stan dziedziny objętej regulacją

Realizacja zadań związanych z ochroną zdrowia powinna należeć do najważniejszych obowiązków organów władzy publicznej, które zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP mają wyrównać obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Potrzeba i cel wydania uchwały.

Rak płuca, jako drugi co do częstości występowania, nowotwór złośliwy w Polsce, stanowi istotny problem kliniczny i społeczny. Jest on najczęściej rozpoznawany w stadiach zaawansowanych, stąd programy mające na celu jego wczesne wykrywanie budzą ogromne zainteresowanie. Zgodnie z Krajowym Rejestrem Nowotworów (KRN) liczba zachorowań na raka płuc corocznie wzrasta. Rokowanie u chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania klinicznego, które to zależy od wczesnego wykrycia nowotworu. Odsetek przeżyć 5-letnich w stopniu zaawansowania z 49% dla stopnia IA maleje do około 1% chorych z NDRP w stadium zaawansowania IV. Istotnym czynnikiem ryzyka dla raka płuca pozostają substancje rakotwórcze znajdujące się w dymie papierosowym. Na podstawie badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w Polsce co piąta osoba (21%) jest regularnym palaczem. Wytyczne kliniczne zalecają skryning z użyciem NDTK u osób w wiek między 55 a 74 rokiem życia u których konsumpcja tytoniu wynosi ≥30 paczkolat, a okres abstynencji tytoniowej ≤15 lat. Dodatkowo wytyczne wskazują także, że planowane interwencje w zakresie programów wczesnego wykrywania raka płuca powinny poza przesiewem z użyciem NDTK obejmować również: działania informacyjno-edukacyjne w oparciu o adekwatne i aktualne źródła, interwencję antynikotynową obejmującą osoby włączone do programu oraz działania szkoleniowe personelu medycznego w omawianym zakresie. Odnalezione badania wskazują, że NDTK w populacji osób z grupy ryzyka jest interwencją lepszą w kierunku wykrywania wczesnych stadiów raka płuca w porównaniu z RTG klatki piersiowej oraz standardową opieką. Ponadto w części badań wykazano, że badanie NDTK jest istotnie statystycznie skuteczniejsze w redukcji śmiertelności z powodu nowotworu w porównaniu z innymi wymienionymi metodami diagnostycznymi.

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami opracował program 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. Program, w dniu 8 lipca 2024 roku, uzyskał pozytywną opinię Wojewody Kujawsko-Pomorskiego dotyczącą jego zgodności z wojewódzkim planem transformacji.

Przedmiotowy Program wpisuje się w 4 cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pn. Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy, a także w Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego zawarte w „Wojewódzkim planie transformacji województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022-2026" pkt. 2.1 Czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 6.: „Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALY i zgony" oraz Mapę Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026 – Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r."

3. Przewidywane skutki wprowadzonej regulacji (np. finansowe, gospodarcze, społeczne, moralne, inne).

Realizacja programu spowoduje zwiększenie poziomu wiedzy dot. czynników chorobotwórczych wpływających na powstanie raka płuc oraz zwiększenie dostępności do badań NDTK co może wpłynąć na wzrost wykrywalności raka płuc mieszkańców Gminy Miasta Toruń oraz wcześniejsze rozpoczęcie leczenia. W programie planuje się udział ok. 1 600 osób rocznie. Łączny roczny koszt wyniesie ok. 114 500zł. W związku z faktem, że program obejmuje swym zakresem świadczenia gwarantowane, zgodnie z art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, GMT co roku będzie aplikowała o dofinansowanie programu w wysokości 40% ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

PRZEWODNICZĄCA
Miejskiego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Toruniu
mgr Renata Opatińska