

UCHWAŁA NR 51/1153/25
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO
z dnia 25 marca 2025 r.

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego”

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2, art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie województwa* (Dz.U. z 2024 r., poz. 566 z późn. zm.), w związku z art. 9 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Lubuskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Marszałek Województwa Lubuskiego

Marcin Jabłoński

[podpisano certyfikowanym podpisem elektronicznym]



załącznik
do Uchwały Nr 51/1153/25
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 25 marca 2025 r.

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE
DEPARTAMENT OCHRONY ZDROWIA

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

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

Okres realizacji: 2025-2027

1. Opis problemu zdrowotnego

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

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

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

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

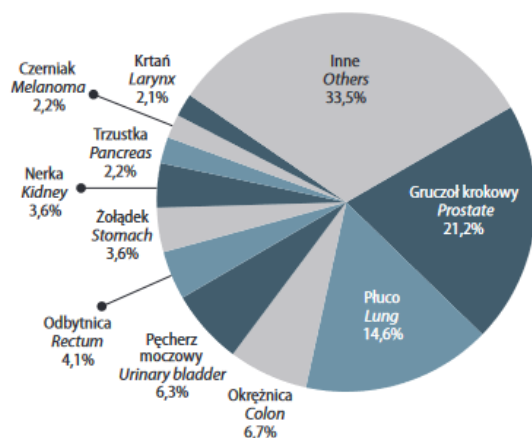
2. Dane epidemiologiczne

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, Narodowego Instytutu Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Polsce w 2021 roku ogółem na nowotwory złośliwe zachorowało 171 558 osób, w tym 84 275 mężczyzn oraz 87 283 kobiet.

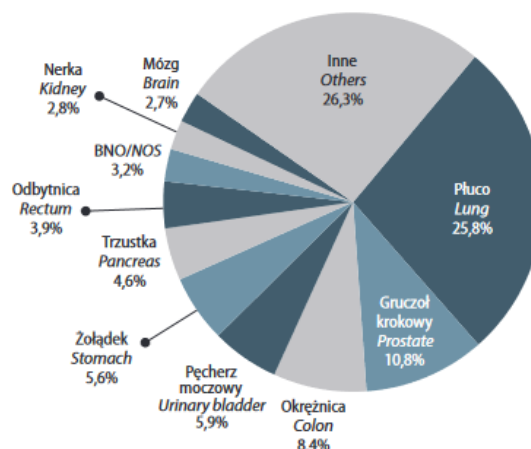
W okresie pandemii nowotwory złośliwe płuc były główną przyczyną zachorowania u 14,6% mężczyzn oraz u 9,4% kobiet. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest więc większe u mężczyzn niż u kobiet.

Wykres 1. Nowotwory złośliwe w Polsce w okresie pandemii Covid-19

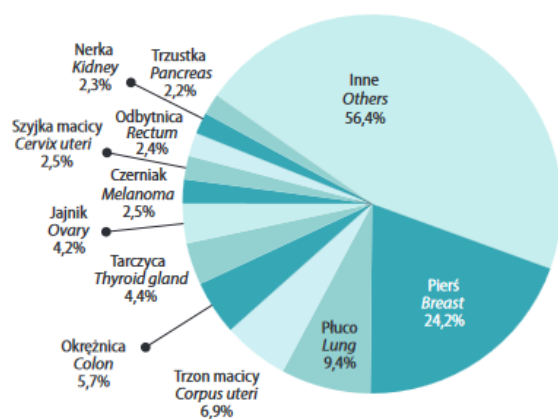
RYSUNEK 2.1. Struktura zachorowań u mężczyzn
FIGURE 2.1. Structure of incidence, males



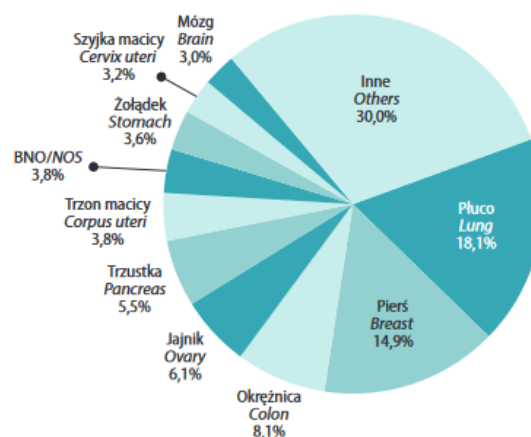
RYSUNEK 2.3. Struktura zgonów u mężczyzn
FIGURE 2.3. Structure of deaths, males



RYSUNEK 2.2. Struktura zachorowań u kobiet
FIGURE 2.2. Structure of incidence, females



RYSUNEK 2.4. Struktura zgonów u kobiet
FIGURE 2.4. Structure of deaths, females



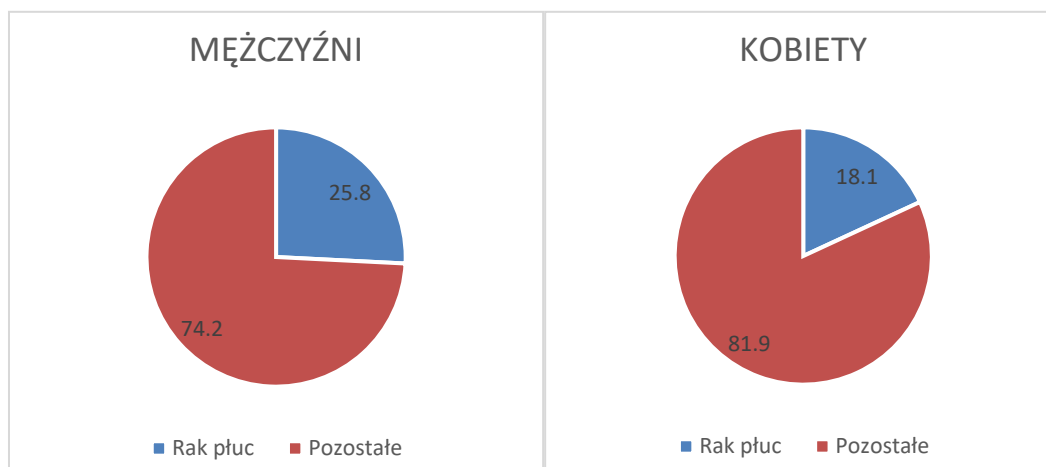
Źródło: <http://onkologia.org.pl/>

W roku 2020 zachorowania na nowotwory złośliwe płuc u mężczyzn stanowiły 15,9% ogólnych zachorowań (zaraz po nowotworze gruczołu krokowego – 19,6%). U kobiet zaś nowotwory złośliwe płuc 9,9% ogólnych zachorowań (zaraz po nowotworze piersi – 23,8%).

Poziom zachorowań na nowotwory z grupy C-34: *Oskrzela i płuca* po 50 roku życia znacznie wzrasta:

- Na 12 332 zachorowania na ww. nowotwory złośliwe u mężczyzn w 2021 roku aż 12 081 zachorowań miała miejsce u osób po 50 roku życia.
- Na 8 240 zachorowania na ww. nowotwory złośliwe u kobiet w 2021 roku aż 8 059 zachorowań miała miejsce u osób po 50 roku życia.

Wykres 2. Częstość zgonów na raka płuca w Polsce w 2021 roku



Źródło: <http://onkologia.org.pl/>

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

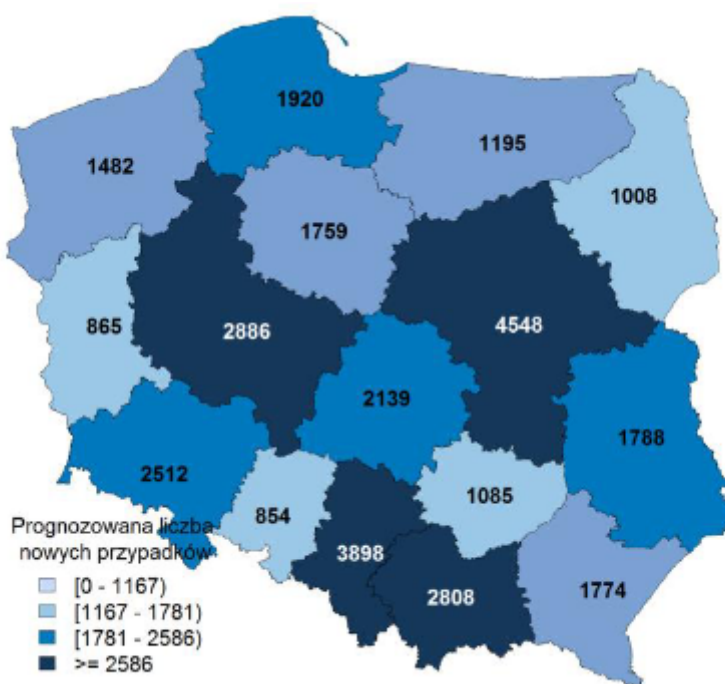
Wśród nowotworów złośliwych zdecydowanie największe zagrożenie życia dla mieszkańców Polski stanowi od wielu lat nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34), z powodu którego w 2021 r. zmarły 20 866 osoby (22,3 % ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych) (Źródło: *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2022 r.*)

Rak płuca jest drugim, najczęściej występującym nowotworem złośliwym zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn w Polsce (zaraz po raku piersi i raku gruczołu krokowego). **Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2021 roku na raka płuca zachorowało 8 240 kobiet oraz 12 332 mężczyzn, zmarło natomiast 7 795 kobiet i 13 046 mężczyzn. Ponadto liczba zgonów spowodowanych rakiem płuca wśród kobiet przewyższyła liczbę zgonów spowodowanych rakiem piersi** – pomimo że to rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Główną przyczyną tego zjawiska jest obserwowana w Polsce, utrzymująca się liczba kobiet palących papierosy (przy jednoczesnym spadku liczby palących mężczyzn). Ten trend ma swoje odzwierciedlenie w zmniejszającej się liczbie zgonów na raka płuca wśród mężczyzn i wzrastającej wśród kobiet.

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

Zgodnie z danymi ujętymi w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski przewiduje się, że nowotwór złośliwy płuca w 2029 roku będzie nadal dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań. W 2029 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc. Najwięcej z nich wystąpi w województwach mazowieckim (4 548) oraz śląskim (3 898).

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



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski.

W realizacji PPZ wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego w latach 2015-2017 wzięło udział 1 349 mieszkańców regionu, a u 106 osób (8% badanej populacji) wykryto zmiany nowotworowe płuc. W 2023 roku Program realizowany był również w ramach RPO 2020 – do konkursu przystąpił jeden realizator, który objął profilaktyką 1009 osób, a u 85 osób wykryto zmiany nowotworowe (8,42% badanej populacji). Z powyższych danych jasno wynika, iż odsetek wykrywanych zmian nowotworowych rośnie, co potwierdza potrzebę kontynuacji realizacji Programu.

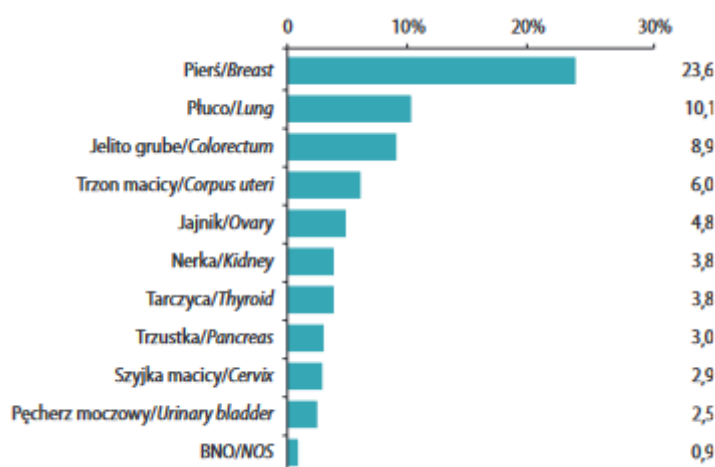
W 2021 roku zarejestrowano łącznie u osób mieszkających na terenie województwa lubuskiego 3 852 zachorowań na nowotwory, z tego 1 913 u kobiet (49,66%) i 1 939 u mężczyzn (50,34%)(Źródło: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku, Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2023 r.*)

Drugą najczęstszą przyczyną zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie lubuskim w 2020 roku był złośliwy nowotwór płuca tak u mężczyzn – 15,9%, jak i u kobiet – 9,9%. (Źródło: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku, Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2022 r.*)

W województwie lubuskim w roku 2021 bezwzględna liczba zgonów na nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca u osób w wieku 65 lat i więcej wyniosła ogółem: 422, w tym 254 zgonów mężczyzn i 168 zgonów kobiet (źródło: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>).

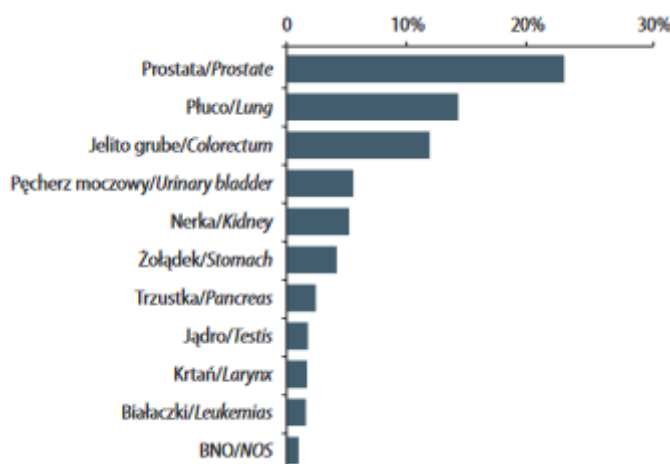
Według danych Lubuskiego Biura Rejestracji Nowotworów w województwie lubuskim w 2021 roku drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet był nowotwór złośliwy oskrzela i płuca. Natomiast u mężczyzn był najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym według odsetka zarejestrowanych zgonów (25,8%).

Wykres 4. Najczęstsze umiejscowienia nowotworów złośliwych u kobiet w województwie lubuskim w roku 2021 według odsetka zarejestrowanych zgonów oraz w procentach



Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku, Narodowy Instytut Onkologii, 2023 r.

Wykres 5. Najczęstsze umiejscowienia nowotworów złośliwych u mężczyzn w województwie lubuskim w roku 2021 według odsetka zarejestrowanych zgonów oraz w procentach



Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku, Narodowy Instytut Onkologii, 2023 r.

3. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu Profilaktyki Zdrowotnej oraz obecne postępowanie

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

Wdrożenie Programu polityki zdrowotnej dla osób potencjalnie zagrożonych wystąpieniem chorób nowotworowych układu oddechowego z pewnością stanowić będzie skuteczne narzędzie do wczesnej diagnozy oraz podjęcia leczenia mieszkańców województwa lubuskiego. Jest również odpowiedzią na potrzeby epidemiologiczne mieszkańców naszego regionu. Możliwość wczesnego wykrycia - znacząco wpływa na stan pacjenta oraz jego rokowania, co odzwierciedla się również w kosztach leczenia, a także możliwościach dłuższego funkcjonowania chorego na rynku pracy. Ponadto realizacja Programu wynika z przyjętego przez Zarząd Województwa Lubuskiego dokumentu pn. *Kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim na lata 2014-2020*.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka płuca jest aktywne palenie tytoniu. Dym tytoniowy zawiera kilka tysięcy związków chemicznych, spośród których kilkadziesiąt to substancje o udowodnionym silnym działaniu rakotwórczym.

Ryzyko zachorowania na raka płuca jest proporcjonalne do długości czasu palenia tytoniu, liczby wypalanych papierosów i wieku rozpoczęcia palenia. U osób palących ryzyko to jest wyższe niż u osób niepalących, przy czym np. przy jednej paczce wypalanych papierosów dziennie przez ponad 30 lat wzrasta 20-60-krotnie u mężczyzn i 14-20-krotnie u kobiet.

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

Palenie papierosów zawierających niski poziom nikotyny wiąże się z podobnym ryzykiem zachorowania jak palenie tych o wyższej zawartości nikotyny, przy czym zastosowanie filtrów również nie chroni przed zachorowaniem na raka płuca.

Należy zwrócić uwagę na bierne palenie tytoniu, które także wiąże się z wyższym ryzykiem zachorowania na raka płuca w porównaniu z osobami nienarażonymi na dym tytoniowy. Szacuje się, że ok. 20-50% osób „niepalących”, które chorują na raka płuca, to bierni palacze tytoniu (*Źródło: <http://onkologia.org.pl>*).

Niepodjęcie palenia tytoniu lub rezygnacja z tego nałogu jest najskuteczniejszym sposobem na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka płuca. Rezygnacja z nałogu palenia tytoniu jest szczególnie ważna u osób leczonych z powodu nowotworu uwarunkowanego paleniem tytoniu, gdyż ryzyko zachorowania na kolejny nowotwór tytoniozależny, w tym rak płuca, jest szczególnie wysokie. Do typowych objawów nowotworów klatki piersiowej należy ograniczenie wydolności oddechowej lub duszność, ból w klatce piersiowej, krwiotłucie lub częste zapalenia płuc.

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

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

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

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

W 2019 roku rozstrzygnięty został konkurs pn. Profilaktyka nowotworów płuc (Konkurs nr POWR.05.01.00-IP.00-010/19), ogłoszony w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne. Realizatorem programu dla makroregionu zachodniego został Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Głównym zadaniem programu jest poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie rozwoju poprzez wykonywanie niskodawkowej tomografii komputerowej w ściśle zdefiniowanej grupie wysokiego ryzyka zachorowania. Teren działań - to makroregion zachodni obejmujący woj: lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie. Oprócz podstawowego celu medycznego jakim jest niskodawkowa tomografia komputerowa, dodatkowo realizacja projektu będzie zawierać element edukacyjny, którego adresatem będzie personel medyczny: lekarze (lek. POZ, pulmonolodzy, radiolodzy, torakochirurdzy), personel pielęgniarstwa i medyczny personel pomocniczy. Na dzień opracowania niniejszego dokumentu (1 lipca 2020 r.) beneficjent nie rozpoczął realizacji projektu.

Samorząd Województwa Lubuskiego w związku z realizacją w latach 2015-2017 *Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego* (pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 98/2015 z dnia 25 maja 2015 r.) przebadiał 1 349 mieszkańców

regionu, z czego u 106 osób (8% badanej populacji) wykryto zmiany nowotworowe płuc. Powyższy program realizowały cztery podmioty lecznicze z terenu województwa (2 podmioty z północy i 2 podmioty z południa regionu), co miało duży wpływ na dogodny dostęp do badań profilaktycznych mieszkańców i niemalże 100% wykorzystanie środków finansowych na realizację świadczeń. Analizując powyższe uważa się, że powodzenie interwencji w ramach podejmowanej polityki zdrowotnej, realizowanej przez samorządy, zależy od swobodnej dostępności do świadczeń oferowanych mieszkańcom regionu (w tym przypadku osób w wieku 50-74 lata), biorąc pod uwagę również odległość od miejsca zamieszkania do miejsca realizatora działań profilaktycznych.

W 2023 roku Program realizowany był również w ramach RPO 2020 – do konkursu przystąpił tylko jeden realizator, który objął profilaktyką 1009 osób. Zasadna jest zatem kontynuacja realizacji Programu w kolejnych latach.

4. Cele Programu

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

5. Cele szczegółowe:

- Zwiększenie dostępności do badań przesiewowych (LDCT) dla minimum 6467 osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca;
- Wczesne wykrycie zmian nowotworowych i nienowotworowych u jak największej liczby przebadanych osób;
- Wzrost poziomu wiedzy na temat skutków zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu u co najmniej 50% uczestników;
- Wzrost motywacji do zaprzestania palenia u co najmniej 30% osób palących biorących udział w Programie;

6. Oczekiwane efekty

- Wzrost wykrywalności nowotworów płuc we wczesnym etapie u co najmniej 30% uczestników Programu
- Wzrost poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie przyczyn rozwoju choroby nowotworowej płuc i oskrzeli u co najmniej 50% uczestników
- Wzrost poziomu motywacji do zaprzestania palenia u co najmniej 30% palących uczestników Programu
- Objęcie badaniami niskodawkowej tomografii komputerowej co najmniej 6328 osób

7. Mierniki efektywności

- Liczba wykonanych badań niskodawkowej tomografii komputerowej (około 6328 badań)
- Odsetek osób, u których wykryto zmiany nowotworowe
- Odsetek osób, u których wykryto zmiany nienowotworowe
- Odsetek osób deklarujących wzrost poziomu wiedzy na temat skutków zdrowotnych i społecznych palenia tytoniu

- Odsetek osób deklarujących motywację do zaprzestania palenia (wypełnienie ankiety po zakończeniu udziału w Programie).

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

8. Adresaci Programu

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

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

W 2020 roku województwo lubuskie według danych podanych w Biuletynie *Nowotwory złośliwe w województwie lubuskim, 2020, ISSN 1897-6352* zamieszkiwało 315 518 osób w wieku 50-74 lata. Według danych *Raportu Ogólnopolskiego Badania Ankietowego na Temat Postaw Wobec Palenia Tytoniu*, szacuje się, że w Polsce pali około 28% osób będących we wskazanym powyżej przedziale wiekowym. Zatem populacja osób palących w województwie lubuskim może oscylować w granicach około 88 tys. osób.

Biorąc pod uwagę zakładaną alokację oraz koszty jednostkowe Programem objętych powinno zostać około 6467 osób w przedziale 50-74 lata, co stanowi 7,35% populacji docelowej.

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

Zalecenia włączenia do programu:

Mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku:

- 55 -74 lat z konsumpcją tytoniu minimum 30 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;
- 50 -74 lat z konsumpcją tytoniu minimum 30 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których **stwierdza się jeden z czynników ryzyka:**
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, pył drzewny;
 - ekspozycja na radon;
 - indywidualna historia zachorowania na raka: przeżyty rak płuca (lung cancer survivor), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego;
 - rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia;
 - historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF).

Oprócz ww. zaleceń dotyczących kryteriów włączenia, z uwagi na finansowanie Programu ze środków programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, **do programu zapraszane będą wyłącznie osoby aktywne zawodowo¹. Tylko osoby, które jednocześnie spełniają wszystkie kryteria włączenia mogą zostać uczestnikami Programu i otrzymać wsparcie w ramach realizacji Programu.**

Grupę docelową stanowić będą osoby aktywne zawodowo, w tym pracujące w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, objęte profilaktyką zdrowotną oraz wczesną diagnostyką. Działania te przyczynią się do ich powrotu na rynek pracy bądź utrzymania zatrudnienia.

9. Tryb zgłaszania się do udziału w Programie

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

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

10. Przebieg realizacji programu

Realizację Programu poprzedzi prowadzona przez beneficjentów/realizatorów wybranych w konkursie akcja informacyjno-edukacyjna skierowana do grupy docelowej nt. warunków udziału w Programie i znaczenia profilaktyki we wczesnej diagnostyce raka płuca. Na realizację tego etapu przewiduje się środki w wysokości około 1% wartości ogółem projektu.

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

I etap

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

- dystrybucja drukowanych form przekazu m.in. w poradniach POZ, AOS w szczególności w poradniach chorób płuc i kardiologicznych,
- dystrybucja materiałów edukacyjnych zachęcających osoby z grupy docelowej Programu do badań,
- akcja informacyjna przekazywana poprzez media (prasa, radio, internet) - przekazywanie szczegółowych informacji na temat możliwości udziału w Programie z podaniem danych kontaktowych do realizatorów badań (ma to szczególne znaczenie w aktualnej sytuacji epidemicznej przy ograniczonym dostępie pacjentów do poradni POZ),

¹ **Ludność aktywna zawodowo według BAEL:** osoby w wieku 15-89 lat uznane za pracujące lub bezrobotne (<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4565,pojcie.html>, dostęp 28.06.2024); Limit 89 lat wprowadzony w BAEL od 1 kwartału 2021 r. Przy tym do pracujących zalicza się osoby, które w okresie badanego tygodnia:

- wykonywały przez co najmniej 1 godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód tzn. były zatrudnione w firmie lub instytucji publicznej lub u prywatnego pracodawcy, pracowały we własnym (lub dzierżawionym) gospodarstwie rolnym lub prowadziły własną działalność gospodarczą poza rolnictwem, pomagały (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej poza rolnictwem, miały pracę, ale jej nie wykonywały: z powodu choroby lub urlopu wypoczynkowego, urlopu związanego z rodzicielstwem (macierzyńskiego, rodzicielskiego, ojcowskiego lub wychowawczego), organizacji czasu pracy (systemu pracy lub odbioru nadgodzin), szkolenia związanego z wykonywaną pracą; z powodu sezonowego charakteru pracy, jeśli w okresie poza sezonem nadal regularnie wypełniały zadania i obowiązki związane z pracą lub prowadzeniem działalności (z wyłączeniem obowiązków prawnych lub administracyjnych); z innych powodów, jeśli przewidywany okres nieobecności w pracy nie przekracza 3 miesięcy. Do pracujących zaliczani są również uczniowie, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy, jeżeli otrzymywali wynagrodzenie (a więc już nie wolontariusze oraz stażyści nieotrzymujący wynagrodzenia). Do grona pracujących wlicza się obecnie także pomagających członków rodziny wykonujących pracę na rzecz rodziny spoza własnego gospodarstwa domowego (prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą lub indywidualne gospodarstwo rolne), osoby wykonujące część swojej pracy poza sezonem, obecnie także wszystkie osoby przebywające na urlopie wychowawczym.

- akcja informacyjno-edukacyjna powinna być procesem ciągłym, rozłożonym w czasie, aby zapewnić płynność realizacji Programu tj. wykonywania konsultacji oraz badań LDCT,
- zastosowane formy przekazu w ramach prowadzonej akcji powinny zawierać elementy edukacyjne dot. czynników ryzyka oraz kryteriów udziału w Programie,
- umieszczenie informacji o Programie w siedzibach realizatorów oraz wszystkich miejscach, gdzie Program jest realizowany (w tym zwłaszcza w podmiotach leczniczych).

II etap

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

III etap

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

W ramach edukacji zdrowotnej pacjent zostanie poinformowany m.in. o skutkach zdrowotnych i społecznych palenia i korzyściach wynikających z zaprzestania palenia oraz możliwych sposobach leczenia uzależnienia od nikotyny. Działania edukacyjne ukierunkowane na zmianę stylu życia i zaprzestanie palenia będą przyczyniać się do poprawy stanu zdrowia, a tym samym zmniejszenia zapadalności i umieralności na nowotwory płuc.

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

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

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

IV etap

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

V etap

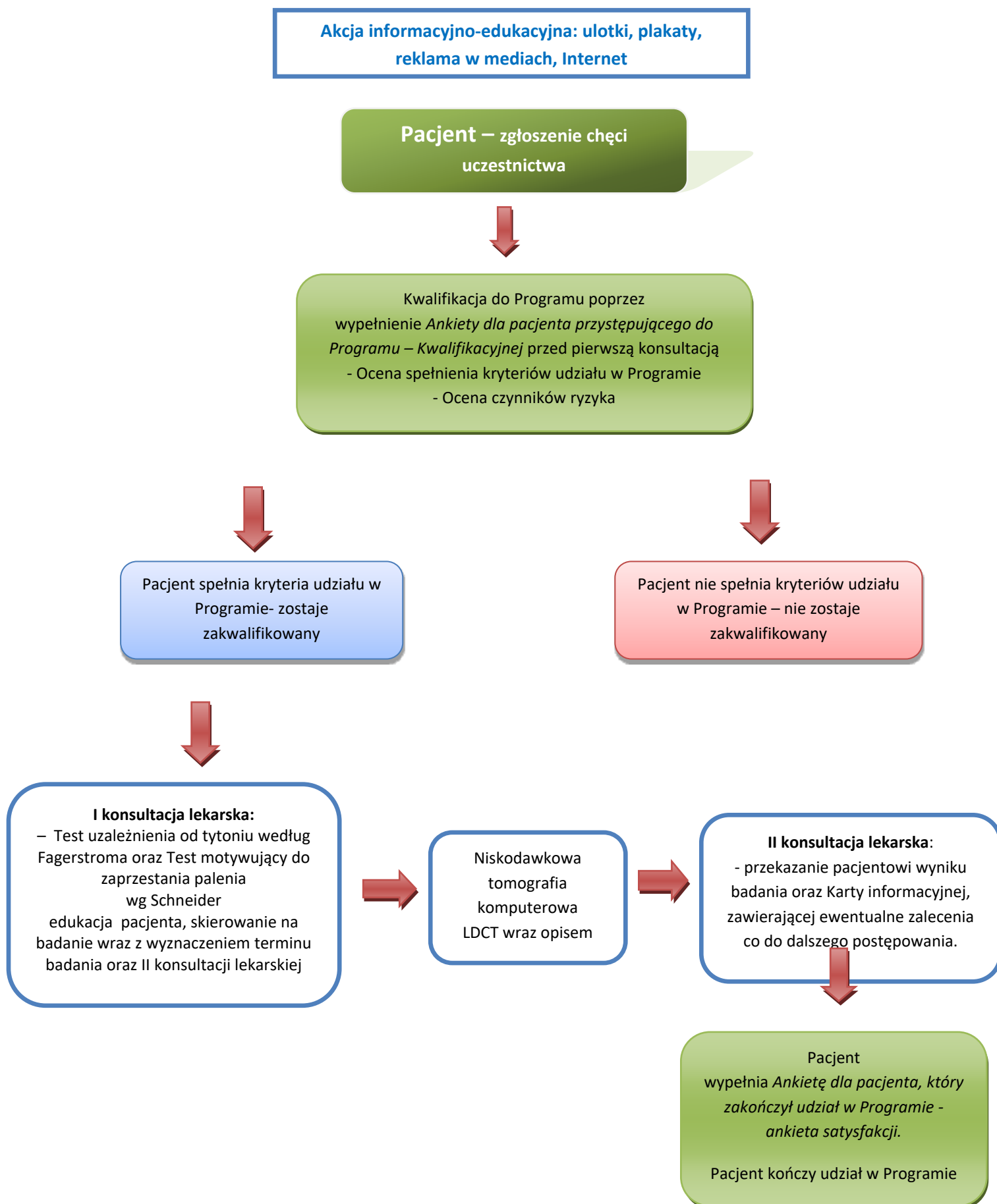
W trakcie drugiej konsultacji lekarz wydaje pacjentowi wynik badania wraz z opisem, wyjaśnia pacjentowi charakter ewentualnie wykrytych zmian i zasad dalszego postępowania – określa zalecenia związane z jego dalszą diagnostyką i/lub leczeniem, przekazując pacjentowi kartę informacyjną, zgodnie z wzorem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

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

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

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

11. Schemat przebiegu Programu :



12. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i sprzętu

Program będzie realizowany przez podmioty wyłonione w otwartym konkursie ofert, wykonujące świadczenia objęte Programem. Konkurs zostanie przeprowadzony przez Instytucję Zarządzającą Funduszami Europejskimi dla Lubuskiego 2024-2027. Szczegółowe kwestie zostaną określone w regulaminie konkursu.

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

13. Miejsce realizacji Programu

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

14. Monitorowanie i ewaluacja Programu

Monitorowanie i ewaluacja niniejszego Programu będzie odbywać się z uwzględnieniem wymogów: Założenia monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz zaleceń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.*

1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów:

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

2. Ocena jakości świadczeń w Programie

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

3. Ocena efektywności Programu

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

4. Ocena trwałości efektów Programu

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

Ewaluacja przeprowadzona zostanie po zakończeniu realizacji PPZ w oparciu o dane przekazane przez realizatora, stanowiące podsumowanie analizy mierników efektywności z całego okresu trwania projektu. Oznacza to, że **realizator zobowiązany jest po zakończeniu projektu do przedłożenia Instytucji Zarządzającej sprawozdania końcowego uwzględniającego dane dotyczące wszystkich mierników efektywności**. Analiza niniejszych danych pozwoli uzyskać wiedzę na temat zapotrzebowania na świadczenia w zakresie wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych.

Na tej podstawie, według wzoru określonego w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*, zostanie sporządzony **Raport końcowy**. Niniejszy raport zostanie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w terminie trzech miesięcy od zakończenia realizacji Programu.

Na podstawie między innymi raportu końcowego z realizacji Programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Lubuskiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji Programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji. Program planowany jest na lata 2025–2027,

jednakże możliwe będzie wprowadzenie jego kontynuacji w kolejnych interwałach czasowych. Będzie to limitowane dostępnymi środkami finansowymi oraz pozytywną oceną efektywności Programu.

Przetworzenie danych zebranych w trakcie udzielania świadczeń musi odbywać się z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych i wrażliwych. Niniejsze dane zbiera, przechowuje i przetwarza na tym etapie osoba koordynująca projekt z ramienia realizatora.

15. Okres realizacji Programu

Realizację Programu zaplanowano na lata 2025-2027

16. Koszty jednostkowe:

Koszt udziału jednej osoby w Programie:

Pierwsza wizyta/konsultacja lekarska	200 zł
Badanie niskodawkowej tomografii komputerowej z opisem	550 zł
Druga wizyta/ konsultacja lekarska (wynikowa)	200 zł
Razem:	950 zł

Koszty administracyjne – dotyczące m.in. kosztów wynagrodzeń osób nieujętych w kosztach merytorycznych, koszty wynajmu pomieszczeń, materiały biurowe itp. – stanowią tzw. **koszty pośrednie** (10% kosztów bezpośrednich – wskazanych w dokumentacji konkursowej). Szczegółowy katalog kosztów pośrednich określa właściwa Instytucja Zarządzająca na podstawie *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2024-2027*.

17. Koszty całkowite Programu

Alokacja na realizację *Programu polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego, okres realizacji 2025-2027* w ramach Działania FELB.06.03 Zdrowy, aktywny i kompetentny pracownik, Typ projektu VII Wsparcie powrotu do zdrowia osób aktywnych zawodowo wynosi **5 808 145,20 zł**, w tym koszty pośrednie w wysokości 621 192,00 zł, co pozwoli objąć wsparciem około 6328 osób.

Całkowita kwota przewidziana na realizację Programu to: 6 833 112,00 zł, w tym:

wkład UE 85% - 5 808 145,20 zł

wkład krajowy (BP) 5% - 341 655,60 zł

wkład własny 10% - 683 311,20 zł.

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

Liczba planowanych interwencji w ramach Programu (Wizyta I, Wizyta II, TK)	Koszt jednostkowy	Łącznie
6467	950,00 zł	6 143 650,00 zł
Akcja informacyjno-edukacyjna Koszt: około 1% wartości projektu		68 270,00 zł
Suma		6 211 920,00 zł
Inne [w ramach kosztów pośrednich]: wynagrodzenia, wynajem pomieszczeń, materiały biurowe itp.		621 192,00 zł
Koszt całkowity Programu		6 833 112,00 zł

18. Źródło finansowania Programu

Projekt, w ramach którego realizowany będzie Program, współfinansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2024-2027. Przy realizacji projektów wdrażających Program możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 39 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021 - 2027 (Dz. U.2022, poz. 1079, z późn. zm.).

Koszty działań informacyjno-edukacyjnych ponoszone będą w ramach kosztów bezpośrednich.

19. Na realizację projektu będą składały się następujące działania:

Działanie 1: Realizacja programu profilaktycznego:

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

Działanie 2: Obsługa projektu:

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

Bibliografia

1. Europejski Kodeks Walki z Rakiem, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.
2. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy.
3. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku*, Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2022 r., ISSN 0867-8251.
4. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku*, Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2023 r., ISSN 0867-8251.
5. Nowotwory złośliwe województwie lubuskim, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o., Lubuskie Biuro Rejestracji Nowotworów, Biuletyn 2020.
6. OECD (2023), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris.
7. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji nr 89/2018 z dnia 29 maja 2018 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia” realizowany przez Ministra Zdrowia.
8. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii medycznych i taryfikacji nr 58/2020 z dnia 4 września 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego”.
9. Rzyman W, Didkowska J, Dziedzic R et al. Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. *Adv Respir Med*. 2018; 86(1): 53–74. doi 10.5603/ARM.2018.0009.
10. Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH, 2022 r.

Strony internetowe:

1. <http://www.rejestr-gorzow.pl/biuletyn/Biuletyn2020.pdf>
2. <https://dane.gov.pl/pl/dataset/1792,zachorowania-na-nowotwory-zosliwe>
3. <https://doi.org/10.1787/aab579a7-pl>
4. www.bazawiedzy.pzh.gov.pl
5. www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych
6. www.mp.pl
7. www.onkologia.org.pl
8. www.pib-nio.pl

Załącznik nr 1

.....
Miejscowość, data

INFORMACJA DLA PACJENTA

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

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

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

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

Zalecenia:

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Załącznik nr 2

(1) Ankieta dla pacjenta przystępującego do Programu - Kwalifikacyjna

Szanowni Państwo!

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

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

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

.....
Czytelny podpis pacjenta, data

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

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

- ☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych we wniosku o włączenie do Programu.
- ☐ Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego.
- ☐ Oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu oraz w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystałam/em z tego samego świadczenia finansowanego ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.
- ☐ Oświadczam, że jestem osobą w wieku aktywności zawodowej², z terenu województwa lubuskiego, w tym będącą w grupie podwyższonego ryzyka osób kwalifikujących się do objęcia Programem polityki zdrowotnej.
- ☐ Zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu Programu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 (FEWL 2021-2027), Działania FELB.06.03 Zdrowy, aktywny i kompetentny pracownik, Typ projektu VII Wsparcie powrotu do zdrowia osób aktywnych zawodowo.
- ☐ Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Programu.
- ☐ **Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.**

Oświadczam również, że (proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór):

<input type="checkbox"/>	Jestem osobą pracującą. Nazwa miejsca pracy:
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy. ³
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy. ⁴ Nazwa Urzędu Pracy:
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą bierną zawodowo ⁵ w trakcie poszukiwania pracy.

☐ Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia: TAK/NIE

² Ludność aktywna zawodowo według BAEL: osoby w wieku 15-89 lat uznane za pracujące lub bezrobotne.

³ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy** - osoba bezrobotna (tj. pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia), jednak niepozostająca w rejestrach Urzędów Pracy.

⁴ **Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami (również jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech powyższych kryteriów). Zgodnie z definicją są to:

✓ Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne.

✓ Osobę w wieku emerytalnym (w tym osobę, która osiągnęła wiek emerytalny, ale nie pobiera świadczeń emerytalnych) oraz osobę pobierającą emeryturę lub rentę, która spełnia warunki definicji wskazaną dot. osób bezrobotnych objętych wsparciem (tj. pozostaje bez pracy, jest gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukuje zatrudnienia) należy traktować jako bezrobotną.

⁵ **Osoba bierna zawodowo** - wg BAEL: osoby w wieku 15 lat i więcej, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne, które w badanym tygodniu nie pracowały, nie miały pracy i jej nie poszukiwały; nie pracowały, poszukiwały pracy, ale nie były gotowe do jej podjęcia w okresie: wg BAEL w ciągu dwóch tygodni następujących po tygodniu badanym; nie pracowały i nie poszukiwały pracy, ponieważ już ją znalazły i oczekiwały na jej rozpoczęcie w okresie: wg BAEL dłuższym niż 3 miesiące, do 3 miesięcy, ale nie były gotowe tej pracy podjąć. Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:

✓ Emeryci i renciści.

✓ Dzieci i młodzież do 18 r. ż. są, co do zasady uznawane są za osoby bierne zawodowo, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie, których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących (tj. poszukują pracy lub podjęły pracę).

✓ Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych. Studenci studiów stacjonarnych, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) powinni być wykazywani jako osoby pracujące.

✓ Studenci studiów niestacjonarnych mogą być uznawani jako osoby bierne zawodowo, jeśli nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne i nie pracują.

✓ Słuchacze szkół policealnych i studiów podyplomowych mogą być traktowani jako osoby bierne zawodowo, jeżeli zajęcia odbywają się w trybie niestacjonarnym, a osoby te nie są osobami pracującymi i nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne w powiatowym urzędzie pracy.

✓ Doktorantów można uwzględniać jako biernych zawodowo pod warunkiem, że nie są oni zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, należy traktować go jako osobę pracującą.

✓ Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby przebywające na urlopie rodzicielskim lub wychowawczym, które jednocześnie pracują w niepełnym wymiarze czasu, uznawane są za osoby pracujące.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

Załącznik nr 3

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

Szanowni Państwo!

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

Przy właściwej odpowiedzi proszę zaznaczyć X

1. Płeć:

Kobieta ☐

Mężczyzna ☐

2. Wiek:

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

Tak ☐

Nie ☐

jeśli nie, to proszę krótko uzasadnić:

.....

Nie mam zdania ☐

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

Tak ☐

Nie ☐

Nie mam zdania ☐

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

Tak ☐

Nie ☐

Ciąg dalszy pytania 5, jeśli odpowiedź brzmiała TAK:

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

Tak, podejmę próbę rezygnacji z palenia

☐

Nie przekonały mnie podane argumenty, będę paliła/palił dalej

☐

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

Tak

☐

Nie

☐

Nie mam zdania

☐

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

Tak

☐

Nie

☐

8. Czy dzięki wsparciu w obszarze zdrowia, udzielonemu w ramach realizacji niniejszego Programu Polityki Zdrowotnej, podjęła Pani/podjął Pan pracę lub kontynuuje zatrudnienie?

Tak

☐

Nie

☐

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Nr karty:
(nr/m/r.)

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

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

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

<p>I konsultacja, w tym edukacja antynikotynowa (<i>dodatkowo należy określić warunki włączenia pacjenta do Programu wg. zastosowanych kryteriów</i>):</p>
<p>Badanie LDCT klatki piersiowej:</p>
<p>II konsultacja:</p>

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

11

.....
pieczętka i podpis lekarza

Załącznik nr 5

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

Nr skierowania:
(nr/m/r.)

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

Na badanie prosimy zgłosić się:	
data:	
godz.:	
miejsce:	

Podmiot kierujący:

Lekarz kierujący:

Załącznik nr 6

Test uzależnienia od tytoniu według Fagerstroma

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

Poniżej 7 punktów - Jesteś w mniejszym stopniu uzależniony biologicznie od nikotyny. Palenie tytoniu to dla Ciebie głównie przyzwyczajenie i nawyk kojarzony z określonymi sytuacjami. Wydaje się, że masz dużą szansę uporać się z paleniem papierosów. Za pomocą silnej woli, wsparcia ze strony najbliższych oraz preparatów farmakologicznych wspomagających rzucanie palenia powinno Ci się udać.

7 punktów i więcej - Twoje palenie papierosów to połączenie dwóch rodzajów uzależnienia: biologicznego i fizycznego, a to oznacza, że palenie to nie tylko nawyk i przyzwyczajenie, ale także potrzeba dostarczania do organizmu nikotyny. Jeśli próbowałeś już rzucić palenie, to wiesz, że największą trudność stanowiły dla Ciebie występujące po zaprzestaniu palenia objawy zespołu abstynencji. Aby skutecznie rzucić palenie, powinieneś się do tego przygotować: dobrze byłoby, żebyś porozmawiał z osobą, której udało się to zrobić i skorzystał z jej doświadczenia. Jeżeli podejmowałeś już wcześniej bezskuteczne próby, to tym razem poszukaj pomocy u lekarza, który przepisze Ci odpowiednie środki farmakologiczne redukujące objawy odstawienia nikotyny.

Załącznik nr 7

Test motywujący do zaprzestania palenia według Schneider

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

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