

**UCHWAŁA NR LIII/366/2021
RADY GMINY EŁK**

z dnia 30 grudnia 2021 r.

**w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki
raka płuc**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1372 ze zm.), art. 48 ust. 1, 3 i 5 oraz art. 48 a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.), Rada Gminy Ełk uchwała, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji Program polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki raka płuc, będący załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Ełk.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Ełk

Bogdan Jurczyk



**Program polityki zdrowotnej
Gminy Ełk
na lata 2022–2026**

**w zakresie
profilaktyki raka płuc**

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. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

Ełk, 2021

Spis treści

Spis treści.....	2
Spis tabel:	4
Spis rycin:.....	4
Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji	5
Modelowe rozwiązanie	5
1. Opis problemu zdrowotnego	6
a. Choroba lub problem zdrowotny	6
Rak płuc	6
b. Epidemiologia	8
Epidemiologia województwo warmińsko-mazurskie.....	11
c. Obecne postępowanie	13
2. Cele programu i mierniki efektywności.....	15
a. Cel główny	15
b. Cele szczegółowe.....	15
c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	15
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	16
a. Populacja docelowa.....	16
b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	17
c. Planowane interwencje	18
1. Rekrutacja uczestników	19
2. Kwalifikacja do działań w ramach programu	19
3. Szkolenia dla personelu medycznego	19
4. Działania informacyjno-edukacyjne	19
5. Badanie z wykorzystaniem NDTK niskodawkowej tomografii komputerowej	22

6. Lekarska wizyta podsumowująca	23
d. Sposób udzielania świadczeń	24
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	25
4. Organizacja programu	26
a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	26
Ad 4. Wybór realizatora	27
Ad 5. Akcja informacyjna.....	27
Ad 7 Monitoring działań	27
Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu	27
b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	28
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	30
a. Monitorowanie.....	30
b. Ewaluacja.....	32
6. Koszty	34
a. Koszty jednostkowe.....	34
b. Planowane koszty całkowite	36
c. Źródła finansowania, partnerstwo	37
7. Bibliografia.....	38
8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora	42
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	42
b. Zgoda na udział w programie	44
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne.....	46

Spis tabel:

Tabela 1. Docelowa populacja całościowa programu w części diagnostycznej.....	16
Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu.....	35
Tabela 3. Kalkulacja populacji palącej skierowanej na NDTK.....	35
Tabela 4. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.	36
Tabela 5. Planowany roczny budżet programu w zł.....	36

Spis rycin:

Rycina 1. Prognozowana liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca w roku 2029.....	10
Rycina 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. ludności - Płuco.....	11
Rycina 3. Liczba hospitalizacji według grup rozpoznań [%]	12
Rycina 4. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku	12
Rycina 5. Lista kolejności województw według wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w 2018 roku.....	13

Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) 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. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) 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).

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Choroba lub problem zdrowotny

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 6000%) 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 paczkolet, ryzykiem zachorowania). Wydaje się, że podstawowa opieka zdrowotna, która - zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków 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 wpisuje 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, jak również 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.

b. Epidemiologia

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. 50/10⁵) 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. 2/10⁵). U kobiet wzorzec występowania raka płuca jest nieco odmienny i również powiela model rozprzestrzenienia nawyku palenia: zatem najwyższa umieralność jest obserwowana w Ameryce Północnej (34/10⁵) i Europie Północnej (24/10⁵), w krajach Europy Środkowej (w tym w Polsce) i Azji umieralność jest nieco niższa (poniżej 20/10⁵), a najniższa w Afryce Zachodniej i na Bliskim Wschodzie (ok. 1/10⁵). W Europie w 2012 roku rak płuca był najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu wśród mężczyzn (254 tys.; 26%), natomiast wśród kobiet stanowił 13% nowotworowych przyczyn zgonu (99 tys.). 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 Europejki 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 rak płuca rozpoznaje się u około 14 600 mężczyzn rocznie (standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi ok. $48/10^5$ i u około 7 000 kobiet (ok $18/10^5$), co stanowi 19% i 9% wszystkich zachorowań na nowotwory odpowiednio u mężczyzn i kobiet. Od 2007 roku rak płuca jest najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu nie tylko u mężczyzn (31% w 2013 roku), ale także u kobiet (16% w 2013 roku). W 2016 nowotwór płuca był drugim najczęściej występującym nowotworem zarówno w populacji mężczyzn (17,6% ogółu) jak i kobiet (9,5% ogółu nowotworów). Liczba odnotowywanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów nowych zachorowań na raka płuca w Polsce wykazuje trend wzrostowy.

W 2016 roku odnotowano 22 273 zgony z powodu tego nowotworu. Najwięcej zachorowań i zgonów w polskiej populacji odnotowuje w województwach, w których występują duże aglomeracje miejskie oraz duża liczba ośrodków przemysłowych i produkcyjnych.

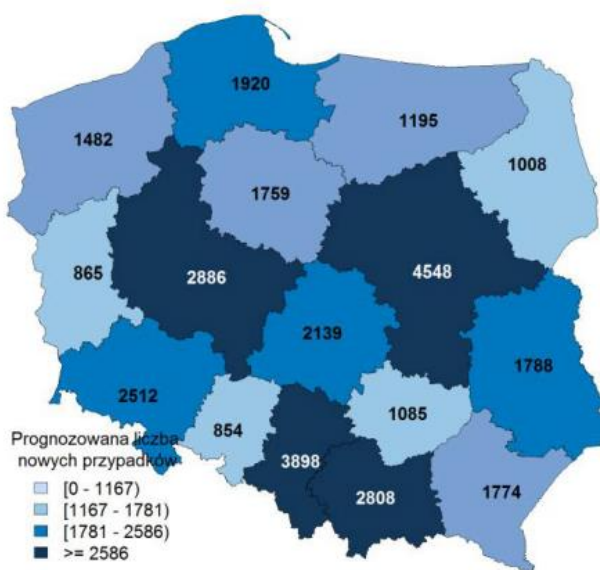
Dostępne dane epidemiologiczne i rekomendacje wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w wyżej wymienionym zakresie. W 2016 roku rak płuca był drugim najczęściej występującym nowotworem zarówno w populacji mężczyzn (17,6% ogółu) jak i kobiet (9,5% ogółu nowotworów). Zgodnie z Krajowym Rejestrem Nowotworów (KRN), począwszy od roku 2008 do 2016, liczba zachorowań na raka płuc wzrasta. W roku 2016 liczba zgonów spośród mężczyzn na raka płuca sięgnęła 16 177, co stanowi około 73% wszystkich zgonów z powodu tego nowotworu w danym roku, natomiast wśród kobiet na nowotwór płuca zmarło 6 096 osób. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 65+ w której to wynosi 162,4/100 000 w populacji kobiet oraz 456,3/100 000 w populacji mężczyzn. 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. W porównaniu do lat poprzednich liczba tego typu palaczy spadła o 6%, w stosunku do roku 2008. W 2019 48% Polaków

zadeklarowało, że nigdy nie paliło, zaś kolejne 26% stanowiły osoby, które rzuciły palenie. W przypadku osób palących okazjonalnie obserwuje się odsetek wynoszący około 5%.

Największą liczbę zgonów, w roku 2016, zarejestrowano w województwie: mazowieckim (3 467), śląskim (2 773) oraz wielkopolskim (2 188). Najmniej zgonów z powodu tego typu nowotworu odnotowuje się w województwach: opolskim (440), podlaskim (648) i lubuskim (669). Zachorowania na ten nowotwór występują niemal dwukrotnie częściej w populacji mężczyzn (14 466 zachorowań w 2016) niż w populacji kobiet (7 787 zachorowań w 2016). W roku 2016 liczba zgonów pośród mężczyzn na raka płuca sięgnęła 16 177, co stanowi około 73% wszystkich zgonów z powodu tego nowotworu w danym roku, natomiast wśród kobiet na nowotwór płuca zmarło 6 096 osób.

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). 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 zaawansowanym stadium. Nowotwory złośliwe płuc są bardzo późno rozpoznawane we wszystkich województwach. Największy udział IV stadium zaobserwowano w woj. dolnośląskim (62%).

Epidemiologia województwo warmińsko-mazurskie

Według map potrzeb zdrowotnych dla woj. warmińsko-mazurskiego, województwo cechował wyższy niż średnia dla kraju poziom zapadalności rejestrowanej z powodu grupy przyczyn: “płuco” w grupie wiekowej objętej niniejszym programem.

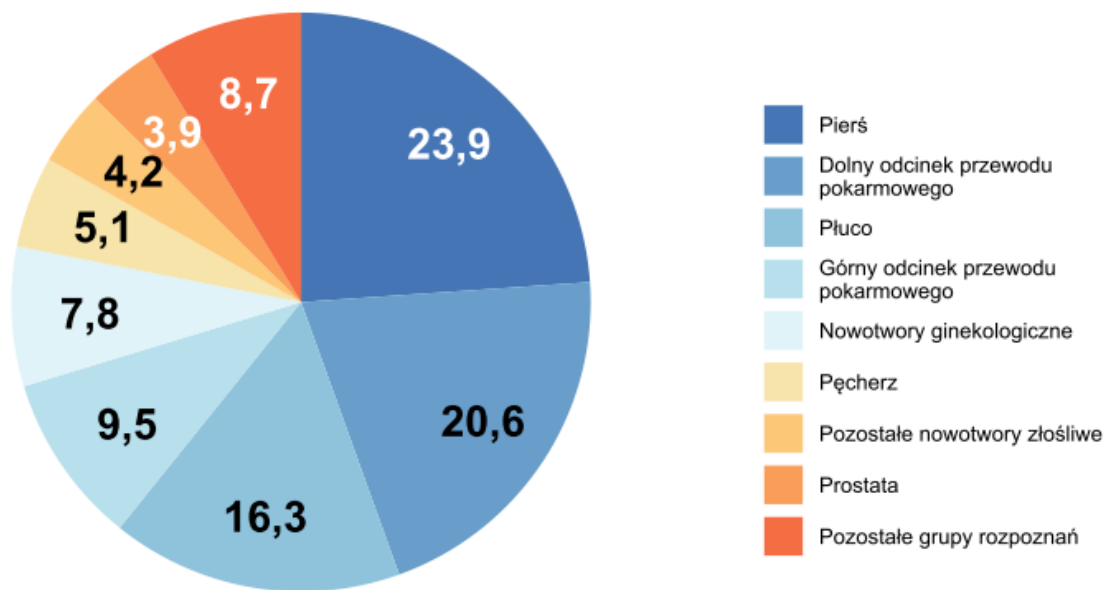
Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. ludności - Płuco

Woj.	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	-	2,8	25,0	145,7	271,9
kujawsko-pomorskie	-	2,4	40,0	171,2	324,7
lubelskie	-	2,6	30,1	138,2	251,2
lubuskie	-	3,4	36,7	173,2	277,4
łódzkie	-	4,5	37,7	174,8	299,1
małopolskie	0,2	2,1	19,9	122,7	244,6
mazowieckie	0,2	2,8	29,8	146,2	267,7
opolskie	-	1,6	17,7	109,1	204,7
podkarpackie	-	1,9	22,1	101,1	198,9
podlaskie	-	2,5	34,1	114,8	215,9
pomorskie	0,7	7,3	44,9	199,0	385,1
śląskie	0,1	3,1	34,3	148,7	280,6
świętokrzyskie	-	1,1	33,6	140,8	267,9
warmińsko-mazurskie	0,4	2,7	27,2	156,6	324,6
wielkopolskie	0,2	3,7	31,7	171,1	289,2
zachodniopomorskie	1,4	3,4	36,6	175,7	342,4
Polska	0,3	3,1	31,1	150,7	279,1

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Rycina 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. ludności - Płuco

Liczba hospitalizacji z powodu nowotworów płuc była 3 w kolejności kategorią hospitalizacji pacjentów według grup rozpoznai [%] nowotworowych w województwie warmińsko-mazurskim wskazana jest na rycinie3.



Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Rycina 3. Liczba hospitalizacji według grup rozpoznaj [%]

Województwo warmińsko-mazurskie należy do 3 obszarów, gdzie najczęstszym nowotworem mężczyzn jest nie rak prostaty, a nowotwór płuc, stanowiący około 20% udziałów w zachorowaniach nowotworowych. Dane dla K (żółty) i M (niebieski) wskazane na ryc. 4.



Rycina 4. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku

Źródło: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

Uwzględniając wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w 2018 roku województwo warmińsko-mazurskie zarówno w populacji

kobiet jak i mężczyzn zajmuje 2 miejsce w Polsce, z ponad 1,5 krotnymi wartościami średnich współczynników dla całej Polski.

Mężczyźni <i>Males</i>			Kobiety <i>Females</i>				
	ASW	ESP2013		ASW	ESP2013		
1	Kujawsko-pomorskie	55,7	130,9	1	Pomorskie	74,9	52,7
2	Warmińsko-mazurskie	51,8	116,6	2	Warmińsko-mazurskie	25,7	52,0
3	Pomorskie	48,7	113,1	3	Kujawsko-pomorskie	23,6	50,0
4	Dolnośląskie	45,7	104,4	4	Zachodniopomorskie	22,2	47,1
5	Świętokrzyskie	44,8	101,0	5	Dolnośląskie	21,2	45,0
6	Łódzkie	42,6	93,6	6	Wielkopolskie	20,4	42,4
7	Wielkopolskie	41,2	92,4	7	Opolskie	19,1	40,0
8	Śląskie	38,2	88,1	8	Łódzkie	19,4	38,6
9	Zachodniopomorskie	39,2	87,7	9	Śląskie	18,8	38,1
10	Opolskie	36,7	81,7	10	Małopolskie	14,6	31,7
11	Małopolskie	35,2	79,6	11	Świętokrzyskie	15,7	31,6
12	Lubuskie	33,4	77,3	12	Mazowieckie	15,1	31,0
13	Podkarpackie	32,8	76,6	13	Lubuskie	14,4	30,0
14	Lubelskie	34,4	76,4	14	Podkarpackie	13,2	26,7
15	Mazowieckie	29,6	65,0	15	Lubelskie	12,2	24,8
16	Podlaskie	26,8	60,0	16	Podlaskie	10,0	20,9
	Polska	39,2	88,8		Polska	18,2	37,6

Rycina 5. Lista kolejności województw według wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w 2018 roku

Źródło: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

c. Obecne postępowanie

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

przezprętkowej (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.

2. Cele programu i mierniki efektywności

a. 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 Ełk, w latach 2022–2026.

b. Cele szczegółowe

- 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 Ełk, w latach 2022–2026.
- 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 Ełk, w latach 2022–2026

c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 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 określone 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.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

a. Populacja docelowa

Gmina Ełk ma 11 910 mieszkańców, z czego 48,3% stanowią kobiety, a 51,7% mężczyźni.

Program wykrywania wczesnego 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 będzie skierowany do mieszkańców Gminy Ełk z populacji wysokiego ryzyka chorób układu oddechowego, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

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

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2020 roku populacja, do której będzie kierowana diagnostyka przeciwnowotworowa liczy 3116 osób. W kolejnych latach będą włączane do niej osoby spełniające kryterium wieku, co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie 3509 osób.

Tabela 1. Docelowa populacja całościowa programu w części diagnostycznej.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
70-74	397	444	841
65-69	403	458	861
60-64	362	452	814
55-59	290	310	600
50-54	216	177	393
razem	1668	1841	3509

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Elk

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

Szczegółowe kryteria włączenia i wyłączenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

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 Ełk na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) albo w przypadku, gdy dla podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Ełku (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 paczkolet;
- 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 Ełk;
- brak udokumentowania potwierdzającego rozliczenie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla miasta Ełku;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 lat w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym

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

Szkolenia personelu medycznego:

W ramach programu zaplanowano także 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 Ełk.

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 2022 do końca 2026.

c. 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 chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii.

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

W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. Programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).

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

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Ełk i dotyczyć będą przygotowania i dystrybucji materiałów z informacjami na temat raka płuca. Mogą one mieć charakter około 60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne.

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.

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.

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.

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/>

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 przeprowadzenia testu leży 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 realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadarek 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).

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje 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.

Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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.

5. Badanie z wykorzystaniem NDTK niskodawkowej tomografii komputerowej

Objęci nim będą mieszkańcy z grupy docelowej wskazanej do diagnostyki, zdefiniowani w rozdziale „kwalifikacja do uczestniczenia w programie”.

Skierowanie do badania NDTK nie jest wymagane (§3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Dz.U. 2011 nr 51 poz. 265 z późn. zm.).

Postępowanie zgodnie z zasadą ALARA (ang. As Low As Reasonably Achievable). Maksymalna dawka pochłonięta w trakcie NDTK nie powinna przekroczyć 3 mGy dla standardowego pacjenta (wysokość -170 cm, waga – 69,75 kg).

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 oraz z uzyskanego z najdłuższego i najkrótszego pomiaru oraz pomiarów pośrednich. Zalecana jest również w tym przypadku analiza wolumetryczna z użyciem systemów komputerowych wspierających radiologa w wizualizacji zmian, zmniejszając przy tym różnice między obserwatorami.

Należy także raportować dodatkowe istotne zmiany, także poza płucami.

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 wyniku 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.

W czasie konsultacji lekarskiej przeprowadzana jest interwencja antynikotynowa, która opiera się 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.

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. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Ełk 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.

d. Sposób udzielania świadczeń

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 2022–2026. 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.

e. 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 – wraz z realizacją kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenia 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.

4. Organizacja programu

a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano do realizacji następujące działania:

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadać będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. 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.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Akcja informacyjna.
6. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań informacyjnoedukacyjnych, badania z wykorzystaniem NDTK, lekarskiej wizyty podsumowującej.

7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowe PPZ.
10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Ad 4. Wybór realizatora

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.

Ad 5. Akcja informacyjna

Skierowana do mieszkańców Gminy Ełk. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Ełk, 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.

Ad 7 Monitoring działań

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 Instytucji finansującej program.

Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

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.

b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Ełk przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych 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 pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, 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/Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry 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-rzedowego oraz infrastruktura informatyczna, która pozwoli na bezpieczne przechowywanie pozyskanych w ramach PPZ cyfrowych wersji danych NDTK.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

5. Monitorowanie i ewaluacja

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 2022–2026, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej i posiadanych zasobów finansowych

a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się 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 Instytucji finansującej programem, 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, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- 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. Przeanalizuje się i uwzględni 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.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie pulmonologii lub onkologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. 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.

b. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora/Realizatorów.

Ewaluację należy rozpocząć 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 należy umieścić 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 kątem 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 pozwalają, należy przedstawić:

- 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.

6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2022–2026 została przeznaczona kwota około 484 012 zł na cały 5 letni okres trwania 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 informacyjnej, 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, ustalonego na poziomie maksymalnie do 15% kosztów bezpośrednich.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają środki na ich realizację w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada pięcioletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja finansująca 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.

a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego, koszt wykonania badań i analiz medycznych, koszty wykładów edukacyjnych.

Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

rodzaj działania	bezpośredni uśredniony koszt działania	koszty pośrednie	razem koszt działania
Kwalifikacja uczestnika do programu	17,00 zł	3,00 zł	20,00 zł
Badanie NDTK z opisem wykonanym przez lekarza radiologa	255,00 zł	45,00 zł	300,00 zł
Konsultacja lekarska podsumowująca	85,00 zł	15,00 zł	100,00 zł
Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych na 1 uczestnika	4,25 zł	0,75 zł	5,00 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	4,25 zł	0,75 zł	5,00 zł
Szkolenia dla personelu medycznego na 1 szkolenie	1 700,00 zł	300,00 zł	2 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen m.in. z portalu www.kliniki.pl

Na podstawie dostępnych danych wskazuje się, iż odsetek osób codziennie palących tytoń zmniejszył się w Polsce z 31 proc. w 2011 r. do 21 proc. w 2019 r.

W latach 2011-2019 odsetek palących mężczyzn spadł z 39 proc. do 24 proc., a kobiet z 23 proc. do 18 proc. U kobiet odsetek palaczek w ostatnich latach utrzymuje się na podobnym poziomie - 18 proc. z nich codziennie sięgało po papierosy w 2015 r., a w 2017 r. – 20 proc.

Dlatego też założono, że uśredniony odsetek populacji palącej stanowić będzie populację docelową programu z terenu Gminy Ełk, która skorzysta z badania NDTK.

Tabela 3. Kalkulacja populacji palącej skierowanej na NDTK

Rok	Kategoria populacji	K	M
2011	Odsetek palących	23%	39%
2019	Odsetek palących	18%	24%
suma	Odsetek palących	41%	63%
średnia arytmetyczna		20,5%	31,5%
Populacja całościowa		1668	1841
Populacja skierowana na NDTK		342	580

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://pulsmedycyny.pl/spada-liczba-palaczy-w-polsce-ale-nadal-pali-8-mln-polakow-976049>

Znając poziom finansowania i liczebność populacji docelowej szacuje się, że programem w ciągu 5 lat można będzie objąć działaniami profilaktycznymi w zakresie profilaktyki raka płuc około 100% całkowitej zakładanej populacji docelowej.

b. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 4 i 5.

Tabela 4. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.

Kategoria kosztów	Koszt jednostkowy	Liczba osób korzystających/liczba zdarzeń	Koszt całkowity kategorii
Kwalifikacja uczestnika do programu	20,00 zł	3509	70 180,00 zł
Badanie NDTK z opisem wykonanym przez lekarza radiologa	300,00 zł	922	276 556,50 zł
Konsultacja lekarska podsumowująca	100,00 zł	922	92 185,50 zł
Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych	5,00 zł	3509	17 545,00 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	5,00 zł	3509	17 545,00 zł
Szkolenia dla personelu medycznego	2 000,00 zł	5	10 000,00 zł
Suma całkowita kosztów			484 012,00 zł

Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2022	96 802,40 zł
rok 2023	96 802,40 zł
rok 2024	96 802,40 zł
rok 2025	96 802,40 zł
rok 2026	96 802,40 zł
Całość działań	484 012,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2022–2026. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 484 012,00 zł** w latach 2022-2026.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Ełk zostanie sfinansowany w całości ze środków budżetu Gminy Ełk w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Instytucja finansująca zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorzady terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

7. 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). Recommendations 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., Doooms, 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 Committee. (2016). Pairing smoking cessation 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: recommendations 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 recommendation. *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., Bréchet, 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_56a8f5a554a18.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 recommendation. *Annals of internal medicine*, 159(6), 411-420
52. Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. *Medycyna Praktyczna*
53. Rzyman, W., Didkowska, J., Dziejczak, 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_2017.pdf

8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

wzór

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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 naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

b. Zgoda na udział w programie

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

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

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(nazwa programu)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.

4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(*nazwa programu*)
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....

*Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu*

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- 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 Ciebie 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.*