

**UCHWAŁA NR 136/VI/2024  
RADY MIASTA PŁOCKA**

z dnia 31 października 2024 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców Płocka w latach 2024-2026”.**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.: Dz. U. z 2024 r. poz. 858) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców Płocka w latach 2024-2026”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Płocka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta Płocka

**Artur Jaroszewski**



## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców Płocka w latach 2024-2026

Program został opracowany na podstawie Rekomendacji nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca.

Płock, wrzesień 2024 r.

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

### 1.1. Opis problemu zdrowotnego

Rak płuc (ICD-10: C34) jest nowotworem złośliwym oskrzela i płuca. Stanowi on chorobę nowotworową wywołaną przez proliferację złośliwych komórek nowotworowych, narastających w drogach oddechowych bądź tkance płucnej. Wyróżnia się trzy typy raka płuca: rak niedrobnokomórkowy (NDRP) - ok. 80% przypadków zachorowań, rak drobnokomórkowy (DRP), stanowiący około 15% wszystkich rozpoznań raka płuca oraz rzadkie nowotwory płuca.

Raki płuca (nowotwory nabłonkowe) płuca dzielą się na następujące typy histologiczne:

- rak płaskonabłonkowy – jest to zazwyczaj centralnie zlokalizowany nowotwór wykazujący silny związek z wieloletnim paleniem tytoniu. Ten typ histologiczny jest spotykany u około 40-50% chorych na raka płuca w naszym kraju. Jego rozwój jest zazwyczaj poprzedzony stanami przednowotworowymi, takimi jak dysplazja (zmiany wyglądu i funkcji) nabłonka oddechowego;
- rak gruczolowy – jest to częściej obwodowo występująca postać raka płuca, charakteryzująca się w badaniu mikroskopowym tendencją do tworzenia struktur przypominających gruczoły oraz obecnością śluzu. W Polsce stanowi ok. 30% rozpoznań mikroskopowych raka płuca i jego częstość rośnie, najprawdopodobniej wskutek powszechnego stosowania filtrów w papierosach. Rak gruczolowy może występować u osób niepalących lub o niewielkiej ekspozycji na dym tytoniowy, częściej u kobiet, nierzadko w wieku 30-40 lat;
- rak wielkokomórkowy – jest to nowotwór przypominający typem wzrostu dwa powyższe typy mikroskopowe, zbudowany z dużych komórek niewykazujący cech typowych dla raków płaskonabłonkowych ani raków gruczolowych. Stanowi ok. 5-10% rozpoznań mikroskopowych i może być zlokalizowany zarówno centralnie, jak i obwodowo.

Ze względu na podobny przebieg kliniczny i w większości podobne leczenie trzy powyższe typy ujmowane są wspólnie pod nazwą niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP). Precyzyjne określenie typu histologicznego nowotworu pozostaje obecnie bardzo ważnym elementem postępowania u chorych na raka płuca, gdyż warunkuje odpowiedni wybór leczenia systemowego.

- rak drobnokomórkowy jest to nowotwór zbudowany z drobnych komórek o charakterystycznych jądrach komórkowych. Charakteryzuje go bardzo agresywny przebieg kliniczny. W Polsce stanowi około 15% rozpoznań raka płuca. Wykazuje silny związek z paleniem tytoniu.

Inne, rzadsze typy to:

- rak z elementami mięsaka - jest to stosunkowo rzadko rozpoznawany nowotwór nabłonkowy (do 3% rozpoznań), wykazujący cechy charakterystyczne dla nowotworów z tkanek miękkich (mięsaków). Charakteryzuje się agresywnym przebiegiem klinicznym.
- rakowiak (Karcynoid) - jest to rzadki nowotwór neuroendokryny, zlokalizowany zazwyczaj w dużych oskrzelach lub w tchawicy (choć spotykane są też lokalizacje obwodowe), o zazwyczaj łagodnym przebiegu (rakowiak typowy) lub wykazujący możliwość tworzenia przerzutów (rakowiak atypowy).

- raki z drobnych gruczołów ślinowych - jest to grupa nowotworów wywodzących się z drobnych gruczołów ślinowych, zlokalizowanych najczęściej w tchawicy lub w dużych oskrzelach. Przebieg kliniczny tych nowotworów jest zróżnicowany i zależy od ich indywidualnych cech budowy nowotworu.

- rak nieokreślony - jest to rak nieposiadający charakterystycznych cech morfologicznych ani barwienia immunohistochemicznego, co umożliwiałyby klasyfikację do jednego z powyższych typów mikroskopowych. Stanowi poniżej 10% rozpoznań mikroskopowych raków płuca.

Nowotwory płuca w bardzo wczesnych stadiach zaawansowania zazwyczaj nie powodują objawów i bywają czasami wykrywane w badaniach radiologicznych wykonanych z innych przyczyn. Do typowych objawów nowotworów klatki piersiowej należy ograniczenie wydolności oddechowej lub duszność, ból w klatce piersiowej, krwioplucie lub częste zapalenia płuc. Ten ostatni objaw wynika z gorszej drożności dużych oskrzeli i tendencji do zalegania wydzieliny, która łatwo ulega infekcjom. Dla guzów zlokalizowanych w górnej części płuca (nowotworów szczytu płuca) charakterystycznym objawem są bóle barku promieniujące do palców ręki po tej samej stronie. Charakterystycznym objawem guzów zlokalizowanych po lewej stronie może być chrypka wynikająca z uszkodzenia nerwu krtaniowego. W guzach zlokalizowanych centralnie może dojść do tzw. zespołu żyły głównej górnej, objawiającego się obrzękiem głowy i szyi, czasami również kończyny górnej, oraz obfitym systemem naczyń żylnych uwidaczniających się na skórze klatki piersiowej.

Większość nowotworów klatki piersiowej przebiega bardzo agresywnie i u niektórych osób pierwszym objawem choroby mogą być przerzuty. Do najczęstszych objawów wynikających z rozsiewu choroby należy powiększenie węzłów chłonnych nadobojczykowych, objawy neurologiczne wynikające z przerzutów do mózgu, bóle kostne lub złamania kości wynikające z przerzutów do kości czy dolegliwości wynikające z rozsiewu do narządów jamy brzusznej. U wielu osób obecne są również objawy ogólnoustrojowe nowotworu, takie jak utrata masy ciała, utrata apetytu czy niedokrwistość.

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).

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 „bezpiecznej” ilości wypalanego tytoniu, ryzyko zachorowania na raka płuca jest wyższe nawet u „okazjonalnych palaczy” w porównaniu z osobami, które nigdy nie sięgają po papierosa. U osób, które zaprzestały palenia tytoniu, ryzyko zachorowania na raka płuca stopniowo maleje. Jednak po wielu latach abstynencji tytoniowej poziom ryzyka zachorowania na raka płuca, byłych palaczy, jest ok. dwukrotnie wyższy, niż w przypadku 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. Biernie palenie tytoniu 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.

Pozostałe czynniki ryzyka zachorowania na raka płuca posiadają zdecydowanie mniejsze znaczenie w skali populacji. Należą do nich: ekspozycja na promieniowanie jonizujące (np. u osób wcześniej poddanych radioterapii na obszar klatki piersiowej lub pracowników kopalń narażonych na promieniowanie naturalne), ekspozycja na azbest, rakotwórcze substancje chemiczne oraz niektóre metale ciężkie (kadm, ołów, nikiel, arsen). Udowodniono również wzrost ryzyka zachorowania na raka płuca przy długotrwałej ekspozycji na spaliny węgla i paliw płynnych.

Rola czynników genetycznych jest dotychczas dosyć słabo poznana. Częste występowanie raka płuca w niektórych rodzinach jest związane z genetycznie uwarunkowaną skłonnością do nadmiernej aktywacji związków rakotwórczych zawartych w dymie tytoniowym lub zbyt wolnego usuwania tych związków z organizmu. Dziedziczna jest również skłonność do wolnej naprawy uszkodzeń DNA w komórkach nabłonka oddechowego po zadziałaniu czynników rakotwórczych.

Uzasadnienie:

1. Program jest zgodny z Rekomendacją nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca.
2. Założenia niniejszego programu są zgodne z kierunkami działań wskazanymi w dokumencie pn. „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026” tj.: profilaktykę chorób nowotworowych.
3. Program wpisuje się w cele Strategiczne Narodowej Strategii Onkologicznej t.j.:
  - 1) obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia

i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;

2) poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

4. Z pierwotnych i wtórnych dowodów naukowych wynika, że prowadzenie skryningu w oparciu o LDCT - niskodawkową tomografię komputerową jest skutecznym sposobem wykrywania raka płuc we wczesnym stadium, skutkującym zmniejszeniem śmiertelności.

## **1.2. Dane epidemiologiczne**

W prezentowanych poniżej danych przedstawiono standaryzację współczynników zachorowalności i umieralności według standardowej populacji Europy z 2013 roku (ESP2013), która jest rekomendowana przez Eurostat.

W 2021 roku do Krajowego Rejestru Nowotworów wpłynęły informacje o niemal 171,6 tys. nowych zachorowaniach na nowotwory i 93,6 tys. zgonach z ich powodu. Nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2021 roku 18,8% zgonów mężczyzn i 17,2% zgonów kobiet. Standaryzowane współczynniki zachorowalności ogółem (ESP2013) w 2021 roku wynosiły 550/100tys. u mężczyzn i 420/100 tys. u kobiet. W 2021 roku wystawiono w Polsce 93.652 akty zgonów z powodu nowotworów złośliwych, z czego 50.581 dla mężczyzn i 43.071 dla kobiet. Standaryzowane współczynniki umieralności ogółem (ESP2013) w 2021 roku wynosiły 550/100 tys. u mężczyzn i 420/100 tys. u kobiet.

W Polsce w 2019 r. czwartym najdotkliwszym problemem zdrowotnym na podstawie DALY (wskaźnik lat życia skorygowanych niesprawnością, wartość określana dla poszczególnych problemów zdrowotnych, z wykorzystaniem wag odzwierciedlających dotkliwość problemu zdrowotnego dla osoby, której dotyczą oraz jej rodziny i bezpośredniego otoczenia. W uproszczeniu, 1 jednostka wskaźnika oznacza 1 utracony rok życia w zdrowiu) był nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. W porównaniu do UE, w której ten problem zdrowotny zajął piąte miejsce w rankingu, wartość DALY w Rzeczypospolitej Polskiej była o ok. 30% wyższa. W zakresie nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc w Polsce w 2019 r. DALY wyniosło 0,7 mln (1,8 tys. na 100 tys. ludności). Wartość wskaźnika na 100 tys. ludności była najwyższa w województwie kujawsko-pomorskim (2,3 tys.), a najniższa w województwie małopolskim (1,4 tys.). W analizowanych latach bezwzględna wartość wskaźnika zapadalność zaobserwowana dla tego problemu zdrowotnego miała tendencję rosnącą, podobnie jak chorobowość. Za obserwowany wzrost wartości wskaźnika DALY odpowiada wzrost wartości jego składowej YLL, co oznacza wzrost liczby lat życia utraconych na skutek przedwczesnej śmierci.

Rak płuca jest drugim najczęściej występującym nowotworem złośliwym zarówno w populacji mężczyzn jak i kobiet oraz najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworu złośliwego w Polsce. W 2018 roku rak płuca był przyczyną większej liczby zgonów niż łącznie trzy kolejno najczęściej występujące nowotwory złośliwe, tj. rak piersi, rak gruczołu krokowego i rak jelita grubego.

W 2020 r. w Polsce raportowano 18.814 nowych przypadków zachorowań na raka płuca oraz 22.213 zgonów z tego powodu – najwięcej spośród nowotworów złośliwych.

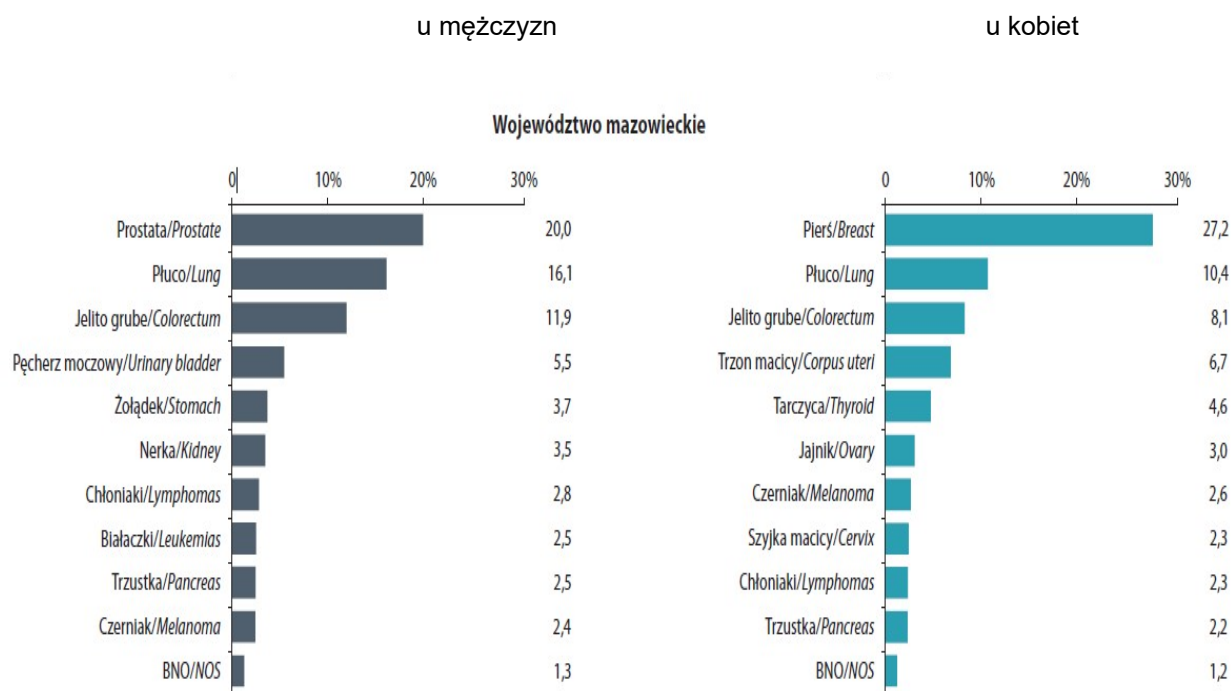
W 2021 roku liczba zachorowań wynosiła 20.572 (12.332 u mężczyzn i 8.240 u kobiet). Standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory płuc w 2021 roku wynosił 54/100 tys. (79/100 tys. u mężczyzn i 38/100 tys. u kobiet).

Z powodu nowotworów płuc w 2021 roku zmarło 20.841 Polaków (13.046 mężczyzn i 7.795 kobiet), standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 86/100 tys. u mężczyzn i 36/100 tys. u kobiet.

W województwie mazowieckim w 2021 roku odnotowano 2.751 zachorowań na raka płuca (1.143 kobiety i 1.608 mężczyzn). Standaryzowany względem populacji Europy współczynnik zachorowalności na nowotwory płuc wynosił 53/100 tys. (75/100 tys. u mężczyzn i 37/100 u kobiet).

Strukturę zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2021 roku przedstawia poniższa rycina, która po prawej stronie obrazuje udział procentowy zachorowań u kobiet, a po lewej stronie – u mężczyzn.

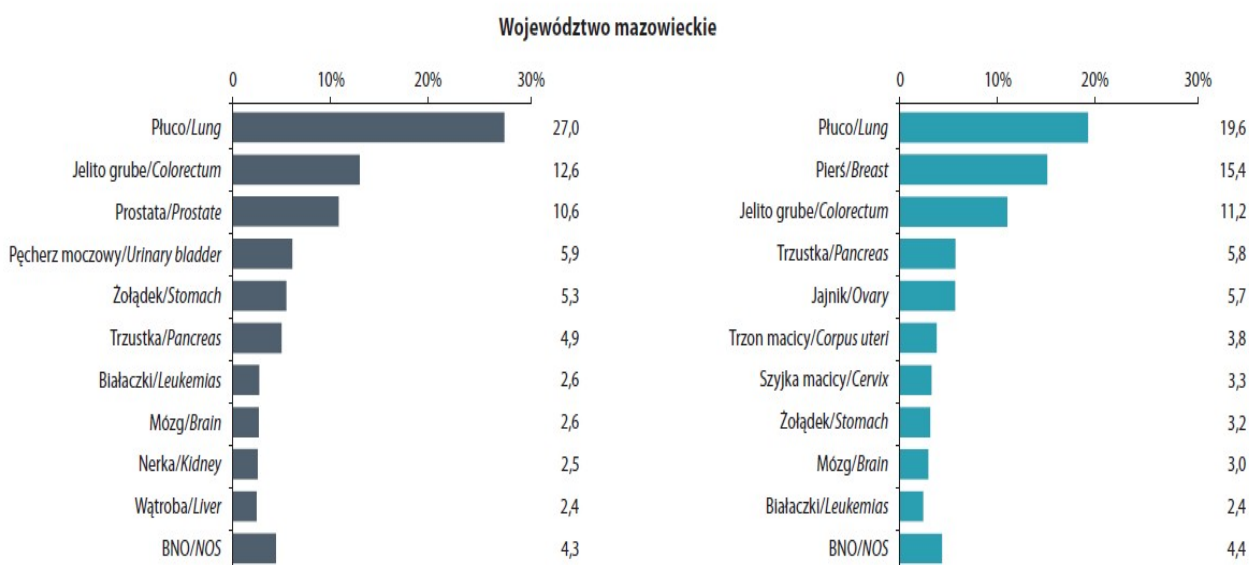
Ryc. Udział procentowy zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2021r.



W wyniku nowotworów płuc w 2021 roku zmarło 2.965 mieszkańców Mazowsza (1.824 mężczyzn i 1.141 kobiet), standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 57/100 tys. (87/100 tys. u mężczyzn i 37/100 tys. u kobiet).

Strukturę zgonów z powodu nowotworów w województwie mazowieckim w 2021 roku przedstawia poniższa rycina, która po prawej stronie obrazuje udział procentowy zgonów u kobiet, a po lewej stronie – u mężczyzn).

Ryc. Udział procentowy zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie mazowieckim w 2021r. u mężczyzn u kobiet



W Płocku w 2021 roku na nowotwory płuc zachorowało 83 mieszkańców Płocka ( 48 mężczyzn i 35 kobiet), standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosił 65/100 tys.( 92/100 tys. u mężczyzn i 48/100 tys. u kobiet).

W 2018 roku odnotowano 92 zachorowania wśród płocczan (46 mężczyzn i 46 kobiet); standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosił 74/100 tys. (93/100 tys. u mężczyzn i 62/100 tys. u kobiet).

Z powodu nowotworów płuc w 2021 roku zmarło 100 płocczan (64 mężczyzn i 36 kobiet), standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 81/100 tys. ( 136/100 tys. u mężczyzn i 49/100 tys. u kobiet). W 2018 roku odnotowano 122 zgonów na ten typ nowotworu wśród mieszkańców Płocka (75 mężczyzn i 47 kobiet), standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 100/100 tys. (132 /100 tys. u mężczyzn i 64/100 tys. u kobiet).

Ze względu na braki w rejestrowaniu zachorowań na raka płuca w źródłach krajowych oraz złe rokowanie, uznaje się, że zagrożenie, jakie niesie ze sobą rak płuca w Polsce odzwierciedla współczynnik umieralności (SDR Standardized Death Rate), jako miara natężenia zjawiska, umożliwiającą porównanie w czasie i według miejsca zamieszkania, wskazując nierówności w stanie zdrowia.

Zgodnie z danymi ujętymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii 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%). Wartość współczynnika umieralności na raka płuca w grupie wieku powyżej 35 roku życia będzie spadać wśród mężczyzn, a wzrastać wśród kobiet (tu nawet o 80%). W grupie wieku 35–69 lat wśród kobiet prognozuje się utrzymanie rosnącego trendu współczynnika umieralności, z kolei wśród mężczyzn znaczny spadek współczynnika. W grupie wieku powyżej 70. roku życia przewiduje się wzrost współczynnika SDR zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.

Dotychczas obserwowane trendy zachorowalności i umieralności zostały zaburzone przez pandemię COVID-19. Obostrzenia pandemiczne spowodowały odsunięcie diagnozy w czasie, a także zmniejszenie liczby zgłoszeń nowych zachorowań do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów.

### 1.3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z Rekomendacją nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca Prezes AOTMiT rekomenduje przeprowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK wśród osób w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą  $\geq 30$  paczkolet oraz okresem abstynencji tytoniowej  $\leq 15$  lat, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę raka płuca wśród osób kwalifikujących się do badania NDTK, a także prowadzenie szkoleń dotyczących raka płuca dla personelu medycznego.

W Polsce realizowany jest Program badań w kierunku wykrywania raka płuca, który polega na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca. Ramy czasowe Programu obejmują lata 2021-2024. Do badań kwalifikowane są osoby, które zostaną zidentyfikowane do badania przez lekarzy ośrodka przesiewowego lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i zostaną zakwalifikowani do badania.

W badaniu mogą wziąć udział:

1) osoby w wieku 55–74 lata, które:

- mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom i są aktywnymi palaczami,
- mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom i rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat (dot. ostatniego okresu abstynencji).

2) osoby w wieku 50–74 lata, które:

- mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom i są aktywnymi palaczami,
- mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom i rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat (dot. ostatniego okresu abstynencji) i
- u których stwierdzono jeden z czynników ryzyka:
  - z uwagi na wykonywany zawód były narażone na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla, dymu ze spalania węgla

kamiennego, sadzy,

- ekspozycja na radon,
- chorowały na raka płuca, chłoniaka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. raka pęcherza moczowego,
- osoby z bliskiej rodziny (krewni pierwszego stopnia) miały raka płuca,
- chorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP) lub samoistne włóknienie płuc (IPF).

Cele Programu badań w kierunku wykrywania raka płuca:

- zwiększenie odsetka raka płuca wykrywanego we wczesnych stadiach zaawansowania poprzez przeprowadzanie badań niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) wśród populacji objętej Programem,
- zwiększenie odsetka wyleczenia (5-letnich przeżyć),
- obniżenie umieralności na raka płuca,
- obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania),
- zwiększenie dostępu do badania NDTK u osób z grup wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca.

Jak wskazuje konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, w każdym aparacie TK zakupionym w ciągu ostatnich pięciu lat istnieje możliwość wykonania badania według protokołu NDTK.

Przy podejrzeniu nowotworu płuca podstawą właściwego postępowania jest ustalenie rozpoznania mikroskopowego potwierdzającego lub wykluczającego to rozpoznanie.

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

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

W ramach dalszej diagnostyki, mającej na celu potwierdzenie wyniku badania przesiewowego, dostępne i finansowane ze środków publicznych są następujące opcje diagnostyczne: pozytonowa emisyjna tomografia (PET/TK); badania radioizotopowe (scyntygrafia kośćca); inne badania obrazowe (magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego, tomografia komputerowa jamy brzusznej); badania cytologiczne lub histopatologiczne wycinka uzyskanego przy zastosowaniu ultrasonografii przezoskrzelowej (EBUS), bronchoskopii, ultrasonografii przezprzełykowej (EUS), transtorakalnej biopsji zmian obwodowych, mediastinoskopii lub torakotomii.

Kolejnym etapem postępowania jest ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu (zasięgu nowotworu w organizmie). Jest to podstawa podejmowania decyzji dotyczących leczenia raka płuca.

Strategia leczenia nowotworów płuca zależy od trzech podstawowych czynników: typu nowotworu, stopnia zaawansowania i wydolności chorego oraz jego chorób współistniejących.

Od 2018 roku w Polsce rozwijana jest sieć ośrodków Lung Cancer Unit, które wdrażają program koordynowanej opieki nad chorymi na raka płuca. Są to wyspecjalizowane jednostki mające na celu zapewnienie pacjentom kompleksowej diagnostyki oraz indywidualnego procesu leczenia onkologicznego. Tego typu ośrodki tworzą zespoły różnych specjalistów, tj. lekarzy różnych specjalności, m.in. onkolodzy, chirurdzy onkologiczni, specjaliści od chemioterapii i radioterapii, psychologowie kliniczni, rehabilitanci. Taki model organizacji opieki nad pacjentami onkologicznymi funkcjonuje w wielu krajach. Jako pierwszy to rozwiązanie w 2019 roku wprowadził Uniwersytecki Szpital w Białymstoku.

## **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **2.1. Cel główny**

Celem głównym programu jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu raka płuca, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70%\* uczestników programu.

### **2.2. Cele szczegółowe**

Cel szczegółowy nr 1

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 100% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia raka płuca.

Cel szczegółowy nr 2

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia rakiem płuca.

\*Przy ustalaniu wartości odsetka wzięto pod uwagę profil populacji docelowej (osoby starsze) oraz brak dotychczasowych długofalowych działań dotyczących tematyki profilaktyki nowotworów płuc na terenie miasta Płocka.

### **2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

- 1) Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test (dotyczy celu głównego).
- 2) Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy\*, względem wszystkich osób z personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test (dotyczy celu szczegółowego nr 1).

\*Za wysoki poziom wiedzy wśród personelu medycznego uznaje się wynik post testu o wartości od 90% do 100% prawidłowych odpowiedzi.

- 3) Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy\*\*,

względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test (dotyczy celu szczegółowego nr 2).

\*\*Za wysoki poziom wiedzy wśród świadczeniobiorców uznaje się wynik post testu o wartości od 70% do 100% prawidłowych odpowiedzi.

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

#### **3.1 Populacja docelowa**

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników: świadczeniodawcy – osoby korzystające z działań informacyjno-edukacyjnych, badań z wykorzystaniem NDTK, konsultacji lekarskiej podsumowującej oraz personel medyczny biorący udział w szkoleniach.

Według danych GUS (31.12.2023r.) populacja mieszkańców miasta Płocka w wieku 55-74 lata wynosi 21.811 osób.

Zgodnie z Raportem Ogólnopolskiego Badania Ankietowego na Temat Postaw Wobec Palenia Tytoniu w Polsce pali 27% osób w ww. przedziale wiekowym. W związku z tym populację osób palących w Płocku oszacowano na ok 5.889 osób. Biorąc pod uwagę szacowane koszty jednostkowe, infrastrukturę niezbędną do realizacji programu oraz możliwości organizacyjne założono, że Programem zostanie objętych docelowo tj. ok. 1.200 osób (tj. ok. 16% populacji docelowej) w trakcie realizacji Programu w latach 2024-2026: 50 osób w 2024 roku oraz 600 osób w 2025 i 550 osób 2026 roku.

Planowane liczby świadczeń w ramach programu:

- działania informacyjno-edukacyjne (edukacja zdrowotna świadczeniobiorców)
  - 50 w 2024r.
  - 600 w 2025r.
  - 550 w 2026r.
- badanie z wykorzystaniem NDTK
  - 50 w 2024r.
  - 600 w 2025r.
  - 550 w 2026r.
- lekarska wizyta podsumowująca
  - 50 w 2024r.
  - 600 w 2025r.
  - 550 w 2026r.

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

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

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

Etapy programu polityki zdrowotnej	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia personelu medycznego	personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej	-ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; - wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim
Działania informacyjno-edukacyjne	Kryteria włączenia takie, jak do badania z wykorzystaniem NDTK.	-uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat; -osoby, u których zdiagnozowano raka płuca przed zgłoszeniem do programu
Badanie z wykorzystaniem NDTK	Osoby spełniające łącznie następujące kryteria: • wiek między 55 a 74 rokiem życia; • historia konsumpcji tytoniu wynosząca $\geq 30$ paczkolet; • okres abstynencji tytoniowej $\leq 15$ lat.	-osoby, u których zdiagnozowano raka płuca przed zgłoszeniem do programu; -osoby, które miały wykonywaną tomografię komputerową klatki piersiowej w ciągu 3 miesięcy poprzedzających datę planowanego badania NDTK; - osoby z przeciwwskazaniami do wykonania badania NDTK
Lekarska wizyta podsumowująca	osoby, które uzyskały wynik badania NDTK realizowanego w ramach programu polityki zdrowotnej	Brak

### 3.3. Planowane interwencje

Planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej zostały przedstawione w poniższej tabeli

Interwencja	Opis populacji docelowej	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami programu polityki zdrowotnej, a w szczególności: osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne oraz lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące	Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie onkologii klinicznej lub pulmonologii) 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.
Działania informacyjno-edukacyjne	Osoby spełniające łącznie następujące kryteria: •wiek między 55 a 74 rokiem życia; •konsumpcja tytoniu wynosząca ≥30 paczkolet; •okres abstynencji tytoniowej ≤15 lat	Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach programu polityki zdrowotnej
Badanie z wykorzystaniem NDTK	Osoby spełniające łącznie następujące kryteria: •wiek między 55 a 74 rokiem życia; •konsumpcja tytoniu wynosząca ≥30 paczkolet; •okres abstynencji tytoniowej ≤15 lat	Zgodnie z obowiązującymi przepisami
Lekarska wizyta podsumowująca	Osoby, które uzyskały wynik realizowanego w ramach PPZ badania NDTK.	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuca lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach programu polityki zdrowotnej przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu tj. weryfikacji czy osoba aplikująca do programu spełnia wszystkie wymagania. Kwalifikację do programu może przeprowadzić pracownik administracyjny.

#### Działania informacyjno-edukacyjne

W ramach edukacji zdrowotnej personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat istoty działań profilaktyki pierwotnej. Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie

pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest zobowiązana do wypełnienia także post-testu (testy zostaną przygotowane przez realizatora). Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich. Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy w formie testu składającego się z 10 pytań jednokrotnego wyboru, w formie pytań zamkniętych. Dopuszczalne jest przeprowadzenie działań edukacyjnych w grupach. W ramach realizacji tego działania możliwe jest także zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Szkolenia mogą odbywać się w grupach za pomocą rozwiązań teleinformatycznych lub innych środków łączności.

W ramach działań informacyjnych środki przekazu powinny zostać dobrane do warunków lokalowych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ i poradniach chorób płuc. Będą one finansowane przez realizatora w ramach kosztów pośrednich. W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:

- Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca, w tym materiały informacyjne przeznaczone dla pacjenta i materiały informacyjne przeznaczone dla lekarza POZ przygotowane na podstawie materiałów informacyjnych American Health Quality Research;
- Strona internetowa Lung Cancer Alliance Polska;
- Wytyczne i zalecenia zespołu ekspertów dotyczące wykrywania wczesnego raka płuca w Polsce; Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów 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>.

#### **Badanie z wykorzystaniem NDTK:**

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. Postępowanie zgodnie z zasadą ALARA

(ang. As Low As Reasonably Achievable). Maksymalna dawka pochłonięta w trakcie NDTK nie powinna przekroczyć 3 mGy dla standardowego pacjenta (wysokość -170 cm, waga – 69,75 kg). Analiza obrazów powinna być wykonywana na konsolach diagnostycznych dedykowanych wykryciu wczesnego raka płuca (guzek). Do wykrywania guzków płuca należy wykorzystywać rekonstrukcje typu MIP (ang. Maximum Intensity Projection). Wielkość guzka powinna być mierzona w oknie płucnym na skanach w płaszczyźnie poprzecznej, w różnych osiach. Istotne w tym przypadku jest wyliczenie średniego wymiaru guzka oraz z uzyskanego z najdłuższego i najkrótszego pomiaru oraz pomiarów pośrednich. Zalecana jest również w tym przypadku analiza wolumetryczna z użyciem systemów komputerowych wspierających radiologa w wizualizacji zmian, zmniejszając przy tym różnice między obserwatorami. Należy także raportować dodatkowe istotne zmiany, także poza płucami. Skierowanie do badania NDTK nie jest wymagane (§ 3 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej).

### **Lekarska wizyta podsumowująca**

Po przeprowadzeniu badania NDTK, każdy świadczeniobiorca jest kierowany na konsultację lekarską, w czasie której lekarz przedstawia opis badania NDTK oraz przekazuje zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania. Świadczeniobiorca ma także możliwość otrzymania odpowiedzi na wszelkie pytania związane z jego udziałem w programie polityki zdrowotnej.

W przypadku pozytywnego wyniku badania NDTK lekarz wydaje uczestnikowi wypełnioną kartę DiLO umożliwiającą diagnostykę pogłębioną. Wydaniu karty towarzyszy odnotowanie stopnia zaawansowania zmian radiologicznych w dokumentacji uczestnika programu polityki zdrowotnej. Uczestnik otrzymuje informację dotyczącą dalszej ścieżki postępowania.

W przypadku negatywnego wyniku badania NDTK lekarz informuje uczestnika o zakończeniu udziału w programie polityki zdrowotnej.

W czasie konsultacji lekarskiej przeprowadzana jest interwencja antynikotynowa, która opiera się na przeprowadzeniu z uczestnikiem indywidualnej rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej (MIA, tzw. „zasada 5×P”). W ramach spotkania realizowana jest edukacja pacjenta dot. szkodliwości palenia. Uczestnicy deklarujący aktywne palenie zostają dodatkowo poddani dwóm badaniom diagnostycznym: standaryzowany wywiad dotyczący intensywności palenia i siły uzależnienia za pomocą testu Fagerströma; test motywacji do rzucenia palenia (Schneider). Wyniki badań są odnotowywane w dokumentacji uczestnika. Na podstawie wyników uczestnikowi zostaną przedstawione możliwości uzyskania adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza programem polityki zdrowotnej wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa, współpraca z Poradnią Pomocy Palącym.

### **Szkolenia personelu medycznego**

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania



wiedzy w formie testu w formie pytań zamkniętych. W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia raka płuca. Personel POZ powinien być informowany m.in. o szkodliwych następstwach palenia tytoniu. Formy szkolenia powinny być dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 3 dni w tygodniu, w tym co najmniej 1 raz do godziny 18.00.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3. Planowane interwencje, zgodnie ze wskazaniami medycznymi i klinicznymi oraz mogą zostać przerwane ze względu na przeciwwskazania medyczne lub rezygnację uczestnika.

Działania realizowane podczas programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

### **3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie,
- 2) uczestnik złoży pisemną rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie.

Uczestnik może tylko raz przystąpić do udziału w programie. Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu uczestnikowi należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

## **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

### **4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu. 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, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie.

2. Przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Uchwała Rady Miasta Płocka w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej do realizacji.
4. Wybór realizatora programu w drodze konkursu. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie.
5. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu.
  - Informacja w lokalnych mediach dotycząca programu polityki zdrowotnej.
  - Informacja o programie polityki zdrowotnej na stronie internetowej Urzędu Miasta Płocka.
  - Informacja o programie polityki zdrowotnej u realizatora.
  - Kampania informacyjno-edukacyjna obejmująca min. druk city lightów, plakatów
6. Kwalifikacja uczestników do programu.
7. Prowadzenie interwencji wskazanych w programie.
  - 1) Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.

Realizator programu przeprowadzi szkolenie dla personelu zaangażowanego w realizację programu.

W ramach szkolenia dla personelu medycznego zostanie przeprowadzone:

- a) badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników – pre-test;
  - b) edukacja zdrowotna;
  - c) powtórne badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników – post-test.
- 2) Przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców:
    - a) badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy świadczeniobiorców – pre-test;
    - b) edukacja zdrowotna;
    - c) powtórne badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy świadczeniobiorców – post-test.
  - 3) Realizacja badań z wykorzystaniem NDTK.
  - 4) Lekarska wizyta podsumowująca dla osób, które wykonały badanie z wykorzystaniem NDTK.
8. Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji, zbieranie danych dotyczących realizowanych działań z realizacji programu polityki zdrowotnej.
  9. Bieżące monitorowanie realizacji programu, sporządzanie sprawozdań i bieżące finansowe rozliczanie programu polityki zdrowotnej.
  10. Zakończenie realizacji programu polityki zdrowotnej.
  11. Ewaluacja programu po jego zakończeniu, opracowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Tabela . Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu polityki zdrowotnej. Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianie.

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane terminy realizacji działań
1.	Opracowanie projektu PPZ	UMP	III kwartał 2024
4.	Uchwała Rady Miasta Płocka o przyjęciu programu do realizacji	RMP	IV kwartał 2024
5.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej i ogłoszenie konkursu	UMP	IV kwartał 2024 r.
6.	Składanie ofert konkursowych, rozstrzygnięcie konkursu	Oferenci, UMP	IV kwartał 2024 r.
7.	Podpisanie umowy z realizatorem	UMP, realizator	IV kwartał 2024 r.
8.	Realizacja programu	realizator	IV kwartał 2024 r. – IV kwartał 2026 r.
9.	Bieżące monitorowanie realizacji programu	UPM	IV kwartał 2024 r. – IV kwartał 2026 r.
10.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu w 2024 r.	realizator	Styczeń 2025 r.
12.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu w 2025 r.	realizator	Styczeń 2026 r.
14.	Przekazanie sprawozdania rocznego z realizacji programu w 2026 r. oraz sprawozdania końcowego	realizator	Grudzień 2026 r.
16.	Ewaluacja i opracowanie raportu końcowego z realizacji programu	UMP	Styczeń - luty 2027 r.
17.	Przekazanie raportu końcowego programu do AOTMiT oraz zamieszczenie jego treści na BIP UMP	UMP	Luty 2027 r.

#### 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizatorem programu będzie podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wybrany w drodze konkursu ofert, spełniający wymagania konkursowe określone przez Gminę - Miasto Płock, w szczególności:

- I. zgodność zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez realizatora programu polityki zdrowotnej, w świetle obowiązujących przepisów, z przedmiotem programu polityki zdrowotnej,
- II. w zakresie personelu udzielającego świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:
  - 1) w zakresie szkolenia personelu medycznego: co najmniej 1 lekarz (optymalnie ze specjalizacją 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,

- 2) w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych: co najmniej 2 osoby: lekarz lub/i fizjoterapeuta lub/i pielęgniarka lub/i asystent medyczny lub/i edukator zdrowotny lub/i inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach programu polityki zdrowotnej,
- 3) w zakresie przeprowadzenia badania NDTK – zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 4) w zakresie lekarskiej wizyty podsumowującej – co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce raka płuca lub/i lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego,
- 5) w zakresie personelu do obsługi organizacyjnej programu polityki zdrowotnej – co najmniej jedna osoba,

III. w zakresie dostępności do świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:

- 1) dostępność do świadczeń co najmniej 3 dni w tygodniu, w tym co najmniej 1 raz do godziny 18.00,
- 2) wszystkie świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej muszą być realizowane stacjonarnie w podmiocie leczniczym na terenie miasta Płocka,

IV. w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz warunków lokalowych:

- 1) wyposażenie gabinetu lekarskiego zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
- 2) pracownia umożliwiająca dokonanie pomiarów NDTK z wykorzystaniem aparatu spiralnego minimum 16-rzędowego,
- 3) pracownia tomografii komputerowej spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych,
- 4) komputer, drukarka,
- 5) sala dydaktyczna przystosowana do wielkości grupy oraz rodzaju zajęć, wyposażona w niezbędny sprzęt szkoleniowy umożliwiający sprawne przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego i działań informacyjno-edukacyjnych lub w przypadku szkoleń za pomocą rozwiązań teleinformatycznych: sprzęt i oprogramowanie niezbędne do przeprowadzenia szkoleń w formie e-learningu; materiały audiowizualne, telekonferencje.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program, realizator musi spełniać wymagania określone przepisami prawa, w szczególności dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy; szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, oraz warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Interwencje w ramach programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników.

Interwencji w ramach programu musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w programie.

V. w zakresie ceny

### **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:**

1. Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
2. Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
3. Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
4. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
5. Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Gminą-Miasto Płock a realizatorem.
6. Świadczeniobiorca, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału.
7. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
8. Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji oraz testy wiedzy uczestników szkolenia oraz personelu medycznego.
9. Realizator zobowiązany jest do przygotowania pre-testu i post-testu dla uczestników programu oraz pre-testu i post-testu dla personelu medycznego.
10. Wiedza przekazywana uczestnikom programu przez realizatora, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych. Wiedza przekazywana personelowi medycznemu w ramach szkolenia, musi być zgodna z zalecanymi w rekomendacjach metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia raka płuc.

## **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **5.1. Monitorowanie**

Monitorowanie programu będzie się odbywać w sposób ciągły do momentu zakończenia jego realizacji.

Monitoring programu będzie prowadzony w następujących zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń udzielonych w programie.

## Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu polityki zdrowotnej zostanie oceniona na podstawie comiesięcznych rejestrów osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej, składanych przez realizatora.

W rejestrze na bieżąco zbierane będą informacje o każdej sobie biorącej udział w programie polityki zdrowotnej: numer PESEL, adres zamieszkania, informacja o świadczeniach z jakich skorzystał uczestnik - data wykonania poszczególnych świadczeń wraz z potwierdzeniem ich wykonania przez uczestnika. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i będzie prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym,
- 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.

## Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu tj. personelu medycznego i świadczeniobiorców

Realizator zapewni każdemu uczestnikowi programu możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń w ramach programu. Wzór ankiety satysfakcji dla personelu medycznego stanowi załącznik nr 1 do niniejszego programu, a wzór ankiety satysfakcji dla świadczeniobiorców stanowi załącznik nr 2 do niniejszego programu.

Realizator programu dokona analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, która będzie zawierać w szczególności:

- 1) liczbę uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
- 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Analiza wyników ankiet satysfakcji zostanie wykonana przez realizatora oddzielnie dla personelu medycznego i świadczeniobiorców i przedstawiona w sprawozdaniu. Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu.

## **5.2. Ewaluacja**

Ewaluacja programu rozpocznie się po zakończeniu jego realizacji. 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 programu. Wyniki ewaluacji zostaną umieszczone w raporcie końcowym z realizacji całego programu polityki zdrowotnej.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej. W ramach ewaluacji oceniony zostanie stopień zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej, 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.

W celu dokonania ewaluacji realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu sprawozdania z realizacji programu.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka. Raport końcowy zostanie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## **6. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **6.1. Koszty jednostkowe**

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Koszty pośrednie to koszty niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych przez realizatora, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową programu, koszty związane z monitoringiem,

oceną jakości świadczeń, przygotowywaniem sprawozdań i ewaluacją.

Koszty bezpośrednie to koszty dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie, które zostały oszacowane poniżej.

Szacunkowe ceny jednostkowe brutto poszczególnych interwencji zaplanowanych do realizacji w ramach programu przedstawiają się następująco:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej – 10.000, 00 zł,
- cena jednostkowa brutto przygotowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego – 5.000,00 zł,
- cena jednostkowa brutto za przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorcy (edukacja zdrowotna z pre-tetem i post-testem) – 80,00 zł brutto,
- cena jednostkowa brutto za wykonanie badania z użyciem NDTK – 400,00 zł brutto,
- cena jednostkowa brutto lekarskiej wizyty podsumowującej – 160,00 zł brutto.

## 6.2. Koszty całkowite

Koszty analizowania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją nie zostały uwzględnione w kosztach realizacji niniejszego programu polityki zdrowotnej, ponieważ działania związane z monitorowaniem i ewaluacją programu polityki zdrowotnej realizowane będą przez pracowników Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka w ramach ich obowiązków służbowych. Koszty związane z funkcjonowaniem Rady ds. programu polityki zdrowotnej nie zostały uwzględnione w kosztach realizacji niniejszego programu polityki zdrowotnej, gdyż ww. rada działa nieodpłatnie. Obsługę administracyjną działania Rady zapewnią pracownicy Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w ramach swoich obowiązków służbowych.

Biorąc pod uwagę odsetek populacji planowanej do włączenia do poszczególnych interwencji w ramach programu tj. 16% populacji docelowej oraz szacowane ceny jednostkowe brutto poszczególnych świadczeń, planowane koszty całkowite realizacji programu polityki zdrowotnej w poszczególnych latach przedstawiają się następująco:

- w 2024r. - 10.000,00 zł,
- w 2025r. - 421.000,00 zł,
- w 2026r. - 352.000,00 zł.

Szacunkowy całkowity koszt realizacji programu w latach 2024-2026 wyniesie 783.000,00 zł.

Szacunkowe koszty realizacji programu polityki zdrowotnej w poszczególnych latach przedstawione zostały w poniższej tabeli.



L.p	Działanie	Liczba	Cena jednostkowa brutto [zł]	Razem 2024 [zł]	Razem 2025 [zł]	Razem 2026 [zł]	Razem 2024-2026 [zł]
1	Koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej	1	10.000,00	5.000,00	5.000,00	0,00	10.000,00
2	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	1	5.000,00	5.000,00	0,00	0,00	5.000,00
3	Koszt prowadzenia edukacji zdrowotnej świadczeniobiorców	50 w 2024r. 600 w 2025r. 550 w 2026r.	80,00	0,00	52.000,00	44.000,00	96.000,00
4	Koszt realizacji badań NDTK	50 w 2024r. 600 w 2025r. 550 w 2026r.	400,00	0,00	260.000,00	220.000,00	480.000,00
5	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej	50 w 2024r. 600 w 2025r. 550 w 2026r.	160,00	0,00	104.000,00	88.000,00	180.000,00
<b>Razem lata 2024-2026</b>				<b>10.00,00</b>	<b>421.000,00</b>	<b>352.000,00</b>	<b>783.000,00</b>

Rzeczywistą liczbę świadczeń Gmina-Miasto Płock określi w umowie zawartej z realizatorem programu oraz w ramach środków finansowych zabezpieczonych w Budżecie Miasta Płocka na 2024 rok oraz w Wieloletniej Prognozie Finansowej na realizację programów polityki zdrowotnej w zakresie lat 2024-2026.

W trakcie realizacji programu Gmina-Miasto Płock dopuszcza możliwość zmiany liczby świadczeń i kwoty przeznaczonej na ich realizację oraz zmiany pomiędzy liczbami poszczególnych świadczeń w sytuacji gdy wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie opracowywania niniejszego programu i w zależności od rzeczywistych potrzeb, zdefiniowanych w trakcie realizacji programu.

W sytuacji zwiększenia liczby świadczeń Gmina-Miasto Płock musi posiadać środki finansowe na ten cel, a realizator programu potwierdzić możliwość i wyrazić zgodę na wykonanie większej liczby tych świadczeń w ramach programu, niż określona przy podpisywaniu umowy.

## **6.2. Źródła finansowania**

Program zostanie sfinansowany ze środków budżetu miasta Płocka. Gmina-Miasto Płock będzie wnioskować o dofinansowanie do realizacji niniejszego Programu z Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27.08.2004r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

## Bibliografia

1. Krzysiak, J. (2018). Rak płuc jako problem zdrowia publicznego. Czynniki ryzyka, diagnostyka i profilaktyka.
2. Opinia Rady Przejrzystości nr 399/2019 z dnia 9 grudnia 2019 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: rak płuca.
3. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, 2020, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH.
4. Rekomendacja nr 10/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania raka płuca
5. Wczesne wykrywanie raka płuca z wykorzystaniem NDTK. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy), AOTMiT, Warszawa 2019
6. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3363>
7. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nawotwory-pluca-oplucnej-tchawicy/>
8. Rak płuca, Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia//84436.rak-pluca>

### Ankieta satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Pana(i) udziału w szkoleniu realizowanym w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców miasta Płocka w latach 2024-2026”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

*W pytaniach 1-6 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą,*

1) W jakim stopniu szkolenie spełniło Pana(i) oczekiwania?

1      2      3      4      5

2) Jak ocenia Pan(i) wiedzę i kompetencje osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?

1      2      3      4      5

3) Jak ocenia Pan(i) przydatność przekazywanych treści?

1      2      3      4      5

4) Jak ocenia Pan(i) poziom merytoryczny szkolenia?

1      2      3      4      5

5) Jak ocenia Pan(i) formę szkolenia?

1      2      3      4      5

6) Jak ocenia Pan(i) organizację szkolenia?

1      2      3      4      5

7) Czy uważa Pan(i), że szkolenia o takiej tematyce powinny być kontynuowane w następnych latach?

TAK

NIE

8) Inne uwagi

.....  
.....

**Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.**

### Ankieta satysfakcji udziału w programie dla świadczeniobiorców

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców miasta Płocka w latach 2024-2026”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-6 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

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

1      2      3      4      5

2) Jak ocenia Pan(i) rekrutację do programu?

1      2      3      4      5

3) Jak ocenia Pan(i) edukację zdrowotną ?

1      2      3      4      5

4) Jak ocenia Pan(i) wykonanie badania tomografii komputerowej w ramach programu?

1      2      3      4      5

5) Jak ocenia Pan(i) konsultację lekarską?

1      2      3      4      5

6) Jak ocenia Pan(i) organizację programu?

1      2      3      4      5

7) Jak ocenia Pan(i) ogólną jakość opieki zdrowotnej udzielonej w trakcie udziału w programie?

POZYTYWNIE

NEGATYWNIE

8) Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o programie? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- od lekarza rodzinnego / pielęgniarki,
- z miejsca pracy,
- z Internetu,
- od rodziny, znajomych,
- inne (jakie?) .....

9) Jak ocenia Pan(i) stopień udzielenia informacji o dalszych zaleceniach przez personel medyczny?

- czuję się wystarczająco poinformowany(a) o zaleceniach – wiem, co mam dalej robić,
- czuję, że w umiarkowanym stopniu wiem, co dalej robić,
- czuję się niedoinformowany – nie wiem, co dalej robić.

10) Czy uważa Pan(i), że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

TAK

NIE

11) Inne uwagi:

.....

**Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.**