Fundusze Europejskie

dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027



26.10.2026

Fundusze Europejskie

„Opracowanie programów profilaktycznych zapobiegających chorobom stanowiącym poważny problem w regionie” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.

26.10.2026

Fundusze Europejskie

„Na zdrowie taktyka to profilaktyka – profilaktyka chorób onkologicznych w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2027-2029”.

Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego

26.10.2026

RPZ – najważniejsze informacje

- Okres realizacji: 2027-2029.
- Obszar realizacji: całe województwo kujawsko-pomorskie, z pierwszeństwem dla mieszkańców obszarów zidentyfikowanych jako „białe plamy” oraz osób należących do grup szczególnie wrażliwych.
- Program obejmuje trzy moduły: szkolenia personelu i edukację zdrowotną, profilaktykę zakażeń pneumokokowych u dorosłych pacjentów onkologicznych oraz oportunistyczne wczesne wykrywanie wybranych nowotworów hematologicznych.
- Szacunkowy budżet programu: 2 925 000,00 zł; finansowanie: 85% EFS+ i 15% wkładu własnego beneficjenta.

Dlaczego program jest potrzebny?

- Województwo kujawsko-pomorskie należy do regionów o szczególnie wysokim obciążeniu zarówno chorobami nowotworowymi, jak i inwazyjną chorobą pneumokokową.

- Pacjenci onkologiczni są grupą zwiększonego ryzyka ciężkich zakażeń pneumokokowych; ryzyko jest szczególnie wysokie u osób z nowotworami hematologicznymi i może być dodatkowo nasilane przez leczenie przeciwnowotworowe.

- Zakres publicznego finansowania szczepień przeciw pneumokokom jest węższy niż zakres wskazań klinicznych – w szczególności część pacjentów onkologicznych przed 65. rokiem życia nie ma powszechnego bezpłatnego dostępu do szczepienia.

- Białaczki i szpiczak plazmocytowy mogą rozpoczynać się nieswoistymi objawami, a w Polsce nie funkcjonuje populacyjny program badań przesiewowych ukierunkowany na te nowotwory.

- RPZ łączy profilaktykę zakażeń, edukację zdrowotną oraz ukierunkowaną diagnostykę osób z objawami lub nieprawidłowościami sugerującymi chorobę hematologiczną.

Epidemiologia – inwazyjna choroba pneumokokowa

- W 2025 r. w województwie kujawsko-pomorskim potwierdzono 275 przypadków IChP, a współczynnik zapadalności wyniósł 13,91 na 100 tys. mieszkańców wobec 9,1 na 100 tys. w Polsce.
- W 10 z 11 lat okresu 2015-2025 zapadalność w województwie była wyższa niż przeciętnie w kraju.
- W latach 2024 i 2025 województwo zajmowało 2. miejsce w Polsce pod względem zapadalności na IChP.
- W porównaniu z 2015 r. współczynnik zapadalności zwiększył się z 3,7 do 13,9 na 100 tys., tj. o około 272%.
- Dane powiatowe wskazują na istotne zróżnicowanie terytorialne problemu, co stanowi jedną z przesłanek ukierunkowania wsparcia.

Ryc. 1. Zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim – współczynnik zapadalności na 100 tys. ludności w latach 2015-2025

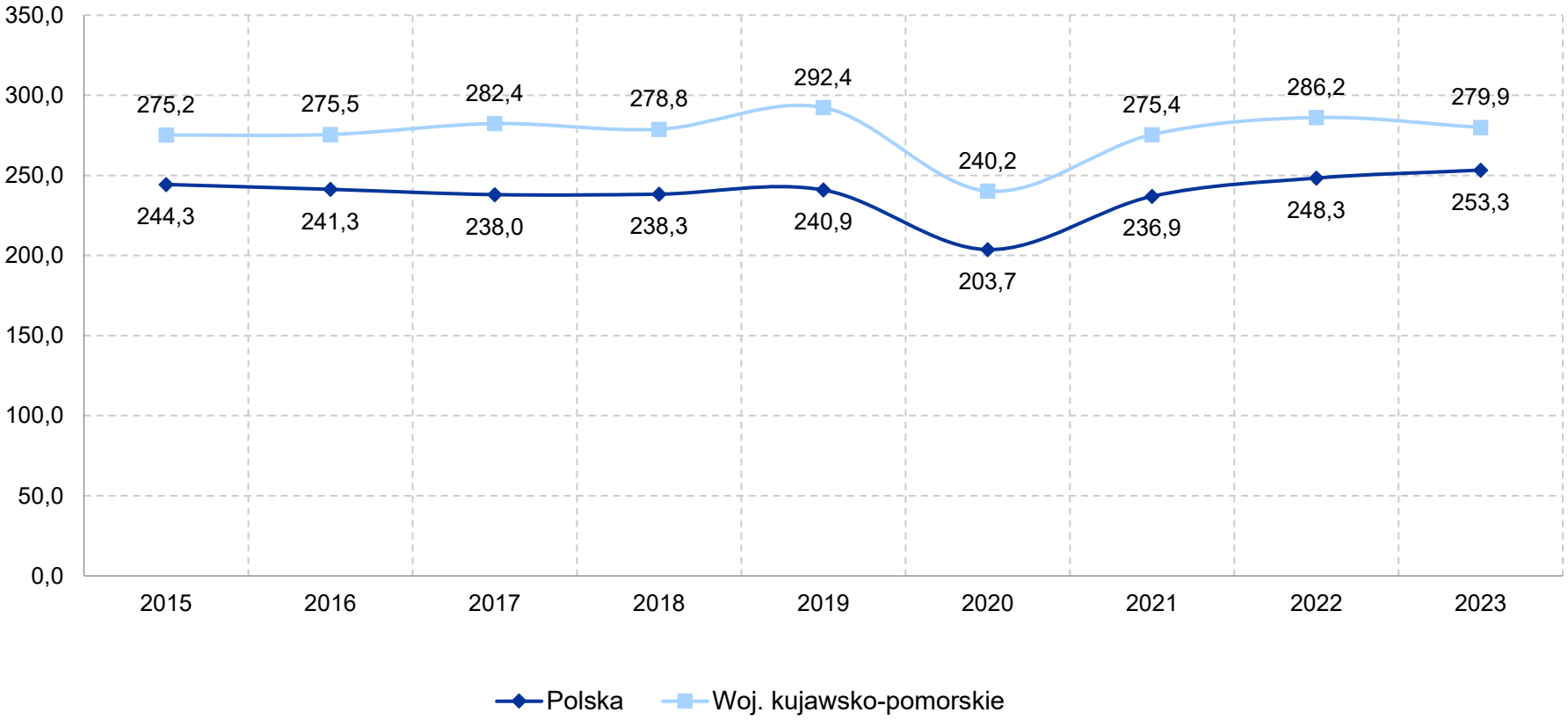


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIZP PZH

Epidemiologia – obciążenie chorobami nowotworowymi

- W 2023 r. standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe C00-C97 wynosił 279,94 na 100 tys. wobec 253,3 w Polsce, tj. był o około 10,5% wyższy.
- Od 2017 do 2023 r. województwo nieprzerwanie zajmowało 1. miejsce w kraju pod względem standaryzowanej zachorowalności na nowotwory złośliwe.
- W 2023 r. standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 120,3 wobec 110,1 w Polsce, czyli był o około 9,3% wyższy.
- Liczba dorosłych pacjentów leczonych w publicznym systemie z głównym rozpoznaniem C00-C97 wzrosła z 58 431 w 2015 r. do 96 039 w 2025 r.
- W 2025 r. wskaźnik liczby pacjentów hospitalizowanych z powodu nowotworów wyniósł 2 877,44 na 100 tys. i był najwyższy wśród województw.

Ryc. 2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe (C00-C97) w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim – standaryzowany współczynnik zapadalności na 100 tys. ludności (ASW) w latach 2015-2023

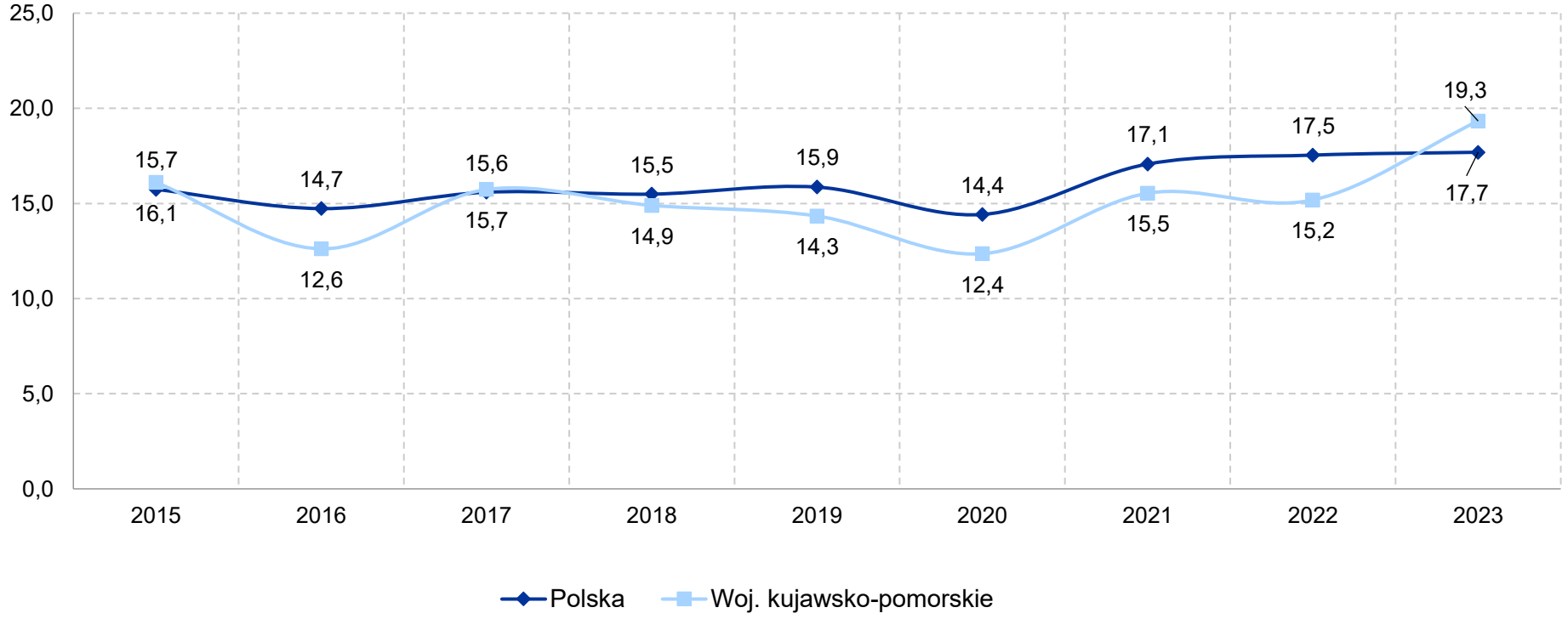


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Epidemiologia – nowotwory hematologiczne

- W 2023 r. standaryzowany współczynnik zachorowalności na C81-C96 w województwie wynosił 19,3 na 100 tys. wobec 17,7 w Polsce i był 3 najwyższy w kraju.
- Standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 6,9 na 100 tys. wobec 6,5 w Polsce; województwo również zajmowało 3 miejsce w kraju.
- W Polsce w 2023 r. zarejestrowano 11 434 nowe zachorowania na C81-C96, w tym 4 159 białaczek oraz 2 119 szpiczaków i innych nowotworów plazmocytowych.
- Pierwsze objawy białaczek i szpiczaka mogą być nieswoiste, co sprzyja opóźnieniom diagnostycznym.
- Program nie zakłada badań przesiewowych populacji bezobjawowej, lecz oportunistyczną diagnostykę osób uprzednio zakwalifikowanych na podstawie przesłanek klinicznych.

Ryc. 3. Zachorowalność na nowotwory hematologiczne (C81-C96) w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim – standaryzowany współczynnik zapadalności na 100 tys. ludności (ASW) w latach 2015-2023



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Cele Programu

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie ryzyka zakażeń pneumokokowych i możliwości ich profilaktyki wśród co najmniej 70% dorosłych pacjentów onkologicznych uczestniczących w wizycie kwalifikującej do szczepienia.

2. Cele szczegółowe

1) Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki zakażeń pneumokokowych u pacjentów onkologicznych wśród co najmniej 80% uczestników szkolenia dla personelu medycznego.

2) Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów hematologicznych wśród co najmniej 80% uczestników szkolenia dla personelu medycznego.

3) Uzyskanie poziomu zaszczepialności przeciw pneumokokom wynoszącego co najmniej 9% przyjętej populacji epidemiologicznej dorosłych pacjentów potencjalnie kwalifikujących się do szczepienia.

4) Uzyskanie odsetka co najmniej 5% uczestników badań diagnostycznych z wynikami uzasadniającymi podejrzenie nowotworu hematologicznego i skierowanych do dalszej diagnostyki finansowanej ze środków publicznych.

Populacje docelowe i planowana skala działań

- Szkolenia personelu medycznego: ok. 100 osób – po ok. 50 uczestników w każdym z dwóch szkoleń.
- Edukacja zdrowotna: dorośli mieszkańcy województwa; populacja 18+ wynosiła w 2025 r. 1 629 627 osób; minimalny planowany mierzalny zasięg komunikacji edukacyjnej określono na poziomie ok. 81,5 tys. osób (5% dorosłej populacji województwa).
- Profilaktyka pneumokokowa: dorośli mieszkańcy z rozpoznanym nowotworem złośliwym C00-C97 i aktualnym wskazaniem do szczepienia; populację epidemiologiczną przyjętą do planowania oszacowano na ok. 35 tys. osób.
- W Module II zaplanowano ok. 3 600 wizyt kwalifikacyjnych i do 3 420 szczepień.
- W Module III zaplanowano 1 900 lekarskich wizyt kwalifikacyjnych i ok. 1 520 diagnostyk laboratoryjnych wraz z wizytami podsumowującymi.

Moduł I – szkolenia personelu i edukacja zdrowotna

- Zaplanowano dwa 4-godzinne szkolenia dla personelu medycznego: jedno dotyczące profilaktyki zakażeń pneumokokowych u pacjentów onkologicznych i jedno dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów hematologicznych.

- Szkolenia będą skierowane m.in. do lekarzy POZ, internistów, onkologów, hematologów, pielęgniarek, koordynatorów opieki onkologicznej i osób realizujących szczepienia – zależnie od zakresu szkolenia.

- Efekt szkolenia będzie oceniany za pomocą parowanego, anonimowego pre-testu i post-testu obejmującego co najmniej 20 pytań.

- Działania edukacyjne dla mieszkańców obejmą m.in. objawy alarmowe nowotworów hematologicznych, dostępne metody wczesnego wykrywania nowotworów oraz ryzyko i profilaktykę zakażeń pneumokokowych.

- Kampania będzie prowadzona m.in. poprzez stronę internetową RPZ, materiały edukacyjne, media oraz bezpośrednią edukację prowadzoną przez personel.

Moduł II – kto może być zakwalifikowany do szczepienia?

- Osoba pełnoletnia, zamieszkująca województwo kujawsko-pomorskie, z rozpoznanym nowotworem złośliwym C00-C97 i aktualnym wskazaniem klinicznym do szczepienia przeciw pneumokokom.

- Szczególną grupę docelową stanowią pacjenci z nowo rozpoznaną chorobą nowotworową, przede wszystkim przed rozpoczęciem leczenia mogącego wpływać na odporność.

- Do programu mogą zostać włączone także osoby w trakcie lub po zakończeniu leczenia onkologicznego, jeżeli szczepienie nadal jest klinicznie wskazane; RPZ nie określa maksymalnego czasu od zakończenia leczenia.

- Podczas wizyty oceniane będą: wcześniejsze szczepienia, aktualne i planowane leczenie przeciwnowotworowe, optymalny termin szczepienia, przeciwwskazania oraz możliwość sfinansowania tożsamego szczepienia z innych środków publicznych.

- Wizyta obejmuje również indywidualną edukację zdrowotną, pre-test i post-test oraz uzyskanie świadomej zgody na szczepienie.

Moduł II – szczepienie przeciw pneumokokom

- Szczepienie będzie wykonywane po pozytywnej kwalifikacji i uzyskaniu świadomej zgody uczestnika.
- Podstawowo przewidziano zastosowanie 20-walentnej szczepionki przeciw pneumokokom zgodnie z jej Charakterystyką Produktu Leczniczego; przy braku możliwości jej zastosowania dopuszczono inny aktualnie rekomendowany schemat dla dorosłych pacjentów onkologicznych.
- W przypadku PCV20 schemat obejmuje jedną dawkę 0,5 ml.
- Szczepienie nie będzie finansowane w RPZ, jeżeli uczestnik zrealizował kompletny schemat niewymagający obecnie kolejnej dawki, może otrzymać tożsame szczepienie z innego źródła publicznego albo występują przeciwwskazania.
- Na potrzeby budżetu przyjęto wykonanie do 3 420 szczepień, tj. u ok. 95% osób odbywających wizytę kwalifikacyjną.

Moduł III – kto może wejść do ścieżki diagnostycznej?

- Pełnoletni mieszkaniec województwa bez wcześniej rozpoznanego nowotworu C81-C96 i bez aktualnie prowadzonej specjalistycznej diagnostyki z powodu podejrzenia takiego nowotworu.

- Warunkiem zgłoszenia jest występowanie co najmniej jednej przesłanki klinicznej: m.in. niewyjaśnionego przewlekłego zmęczenia lub gorączki, nawracających zakażeń, samoistnych siniaków/krwawień, utrzymującego się powiększenia węzłów chłonnych, niezamierzonego spadku masy ciała lub nasilonych potów nocnych.

- U osób w wieku 60 lat i więcej przesłanką może być także utrzymujący się ból kości, szczególnie kręgosłupa, lub niewyjaśnione złamanie.

- Do kwalifikacji może prowadzić również wcześniej wykonane badanie wskazujące na nieprawidłowość m.in. w morfologii krwi, stężeniu wapnia, funkcji nerek, OB lub białkach surowicy.

- Interwencja ma charakter oportunistycznego, ukierunkowanego wczesnego wykrywania – nie jest populacyjnym screeningiem osób bez objawów.

Moduł III – wizyta kwalifikacyjna i wybór ścieżki

- Lekarz przeprowadza ustrukturyzowany wywiad i badanie przedmiotowe oraz ocenia dostępne wcześniejsze wyniki badań.

- Podejrzenie białaczki – uczestnik może zostać skierowany do diagnostyki laboratoryjnej w RPZ.

- Podejrzenie szpiczaka plazmocytowego – u osoby w wieku co najmniej 60 lat z utrzymującym się bólem kości, w szczególności kręgosłupa, lub niewyjaśnionym złamaniem, po uwzględnieniu obrazu klinicznego i dostępnych wcześniejszych wyników badań, możliwe jest skierowanie do odpowiedniego pakietu diagnostycznego w RPZ.

- Podejrzenie chłoniaka – uczestnik jest kierowany do dalszej diagnostyki w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych; diagnostyka chłoniaka nie jest finansowana z RPZ.

- Jeżeli stan kliniczny lub dostępne wyniki wskazują na konieczność pilnej diagnostyki specjalistycznej, pacjent jest kierowany poza RPZ bez oczekiwania na wykonanie pełnego pakietu badań.

Moduł III – diagnostyka laboratoryjna

- Zakres badań jest indywidualizowany na podstawie obrazu klinicznego; program nie przewiduje wykonywania jednakowego zestawu badań u wszystkich uczestników.

- Ośrodek Koordynujący opracuje jednolity algorytm kwalifikacji do poszczególnych badań, zatwierdzony przez specjalistę hematologii.

- Morfologia krwi po zakwalifikowaniu do diagnostyki może być wykonana bezpośrednio w miejscu udzielania świadczenia z wykorzystaniem mobilnego analizatora hematologicznego, jeżeli spełnione są wymagania prawne i jakościowe.

- Na potrzeby planowania budżetu przyjęto ok. 1 000 osób w ścieżce białaczkowej i ok. 520 osób w ścieżce szpiczaka; proporcje te nie stanowią limitu klinicznego.

- Faktyczny wybór ścieżki i zakres badań będą każdorazowo zależały od przesłanek klinicznych i uzyskanych wyników.

Zakres pakietów diagnostycznych

Ścieżka	Pakiet podstawowy	Pakiet rozszerzony
Białaczka	morfologia krwi obwodowej z automatycznym różnicowaniem leukocytów	pakiet podstawowy + mikroskopowa ocena rozmazu krwi obwodowej
Szpiczak plazmocytowy	morfologia, wapń, OB, kreatynina z eGFR, elektroforeza białek surowicy, oznaczenie wolnych łańcuchów lekkich κ i λ w surowicy wraz z wyliczeniem stosunku κ/λ.	pakiet podstawowy + immunofiksacja białek surowicy

Planistycznie przyjęto: białaczka – 700 pakietów podstawowych i 300 rozszerzonych; szpiczak – 440 pakietów podstawowych i 80 rozszerzonych.

Pakiety rozszerzone będą wykonywane wyłącznie w przypadkach uzasadnionych wynikami wcześniejszych badań, zgodnie z algorytmem diagnostycznym zatwierdzonym przez specjalistę hematologii. Przyjęte liczby pakietów mają charakter planistyczny i nie stanowią limitów klinicznych.

Co dzieje się po wykonaniu diagnostyki?

- Każdy uczestnik objęty diagnostyką laboratoryjną odbywa lekarską wizytę podsumowującą, podczas której wyniki są oceniane w zestawieniu z obrazem klinicznym.

- Brak przesłanek do podejrzenia nowotworu – uczestnik otrzymuje zalecenia dotyczące obserwacji stanu zdrowia i ponownego zgłoszenia się w przypadku utrzymywania się lub nasilenia objawów.

- Nieprawidłowości wymagające dalszego wyjaśnienia, ale bez jednoznacznego podejrzenia nowotworu – zalecana jest kontynuacja diagnostyki w POZ lub AOS.

- Wyniki uzasadniające podejrzenie nowotworu hematologicznego – uczestnik jest kierowany do właściwej pilnej ścieżki diagnostycznej, w tym z wykorzystaniem karty DiLO, jeżeli spełnione są przesłanki.

- Ostateczne potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu oraz jego leczenie odbywa się poza RPZ w ramach systemu świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

„Białe plamy” – gdzie wsparcie ma mieć pierwszeństwo?

- W Module II – profilaktyka zakażeń pneumokokowych – jako „białe plamy” wskazano powiat aleksandrowski i powiat inowrocławski (ich identyfikacja uwzględniała terytorialne obciążenie IChP i chorobami nowotworowymi oraz niski poziom korzystania z populacyjnych programów profilaktycznych jako pośrednią miarę aktywności profilaktycznej).

- W Module III – wczesne wykrywanie nowotworów hematologicznych – jako „białe plamy” wskazano powiat grudziądzki i miasto Toruń (w tym przypadku zestawiono obciążenie nowotworami C81-C96 z odsetkiem pacjentów zapisanych do POZ, którzy nie korzystali ze świadczeń POZ – jako pośrednią miarą ograniczonego regularnego kontaktu z podstawową opieką zdrowotną).

- Status „białej plamy” oznacza pierwszeństwo udziału, a nie wyłączenie mieszkańców pozostałych obszarów. Szczegółowa metodologia znajduje się w odrębnym dokumencie rekomendującym sposób wdrażania RPZ ze środków EFS+.

Grupy szczególnie wrażliwe i dostępność programu

- Pierwszeństwo udziału mają również osoby, których sytuacja społeczna, ekonomiczna, zdrowotna lub komunikacyjna ogranicza możliwość korzystania z profilaktyki i diagnostyki.

- W szczególności uwzględniono osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, osoby z niepełnosprawnościami lub ograniczoną mobilnością oraz osoby doświadczające innych istotnych barier w dostępie do systemu ochrony zdrowia.

- Osoba jednocześnie zamieszkująca „białą plamę” i posiadająca indywidualne bariery w dostępie otrzymuje najwyższe pierwszeństwo udziału.

- Program dopuszcza m.in. organizację lub refundację transportu, elastyczne godziny udzielania świadczeń, ukierunkowane działania informacyjne oraz mobilną realizację wybranych badań diagnostycznych.

- Na działania dostępnościowe zabezpieczono 38 000 zł, tj. ok. 1,5% kosztów bezpośrednich.

Jak będzie zorganizowana realizacja?

- Za koordynację wdrażania, jednolite standardy, nadzór merytoryczny, monitoring i sprawozdawczość odpowiadać będzie Ośrodek Koordynujący (OK) wyłoniony w konkursie.

- OK może jednocześnie realizować świadczenia, jeżeli spełnia wymagania przewidziane dla realizatora; program dopuszcza także model wielopodmiotowy, a przy spełnieniu warunków naboru – partnerstwo projektowe.

- W realizacji i rekrutacji przewidziano współpracę m.in. z POZ, AOS, szpitalami, poradniami onkologicznymi i hematologicznymi, ośrodkami chemioterapii, punktami szczepień, laboratoriami diagnostycznymi, jednostkami pomocy społecznej i organizacjami pozarządowymi.

- Pacjenci onkologiczni do Modułu II będą identyfikowani przede wszystkim w miejscach diagnostyki i leczenia onkologicznego, natomiast kandydaci do Modułu III – przede wszystkim w POZ.

- OK będzie odpowiadał za opracowanie szczegółowych procedur i algorytmów, koordynację przepływu uczestników pomiędzy etapami oraz gromadzenie danych do monitorowania i ewaluacji.

Harmonogram, finansowanie i ocena efektów

- Koszt programu ogółem: 2 925 000,00 zł.
- Finansowanie: 2 486 250,00 zł ze środków EFS+ (85%) oraz 438 750,00 zł wkładu własnego beneficjenta (15%).
- Planowany rozkład budżetu: 2027 – 30% (877 500,00 zł), 2028 – 40% (1 170 000,00 zł), 2029 – 30% (877 500,00 zł).
- W 2027 r. przewidziano uruchomienie programu, wybór OK, przygotowanie procedur, działania informacyjne i szkolenia; największą intensywność realizacji świadczeń zaplanowano na 2028 r.
- W 2029 r. nowe kwalifikacje będą kończone odpowiednio wcześniej, aby umożliwić zamknięcie pełnych ścieżek przed końcem programu.
- Monitoring obejmie m.in. zgłaszalność, liczbę świadczeń, udział mieszkańców „białych plam” i grup szczególnie wrażliwych, jakość realizacji i osiąganie mierników; ewaluacja oceni efekty zdrowotne i organizacyjne.

Pytania do uczestników konsultacji

- Czy proponowany model dotarcia do pacjentów onkologicznych poprzez podmioty prowadzące diagnostykę i leczenie onkologiczne oraz do osób z podejrzeniem choroby hematologicznej poprzez POZ jest możliwy do sprawnego wdrożenia na terenie województwa?

- Jakie lokalne bariery mogą ograniczać udział pacjentów onkologicznych w kwalifikacji i szczepieniach przeciw pneumokokom?

- Czy istnieją obszary, na których szczególnie potrzebne będzie wykorzystanie mobilnej diagnostyki, organizacji transportu lub innych działań zwiększających dostępność?

- Czy proponowany model współpracy Ośrodka Koordynującego, POZ, AOS, szpitali, laboratoriów, punktów szczepień, JST i jednostek pomocy społecznej wymaga dodatkowych rozwiązań organizacyjnych?

- Jakie kanały informowania mieszkańców i personelu medycznego o RPZ będą najskuteczniejsze w poszczególnych powiatach i miastach na prawach powiatu?

- Czy z perspektywy lokalnej występują grupy pacjentów, do których dotarcie będzie wymagało szczególnego wsparcia?

- Pozostałe pytania i uwagi?