UCHWAŁA NR 104/XVIII/2025
RADY MIEJSKIEJ W NOWYM MIEŚCIE

z dnia 29 grudnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 40, poz. 1152 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm). Rada Miasta i Gminy Nowe Miasto uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Nowe Miasto

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej
Marek Caliński

Załącznik do uchwały nr 104/XVIII/2025
Rady Miejskiej w Nowym Mieście
z dnia 29 grudnia 2025 r.

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 1461 z późn.zm.)

Nowe Miasto, 2025

Nazwa programu

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028

Okres realizacji programu: 2026-2028

Autorzy programu

dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr hab. n. med. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Rekomendacja

Program zgodny z rekomendacją nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).

Kontynuacja/trwałość programu

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nie był do tej pory realizowany przez Gminę Nowe Miasto.

Dane kontaktowe

Urząd Miasta i Gminy Nowe Miasto
ul. Apteczna 8, 09-120 Nowe Miasto
236614928
irulkowska@ugnowemiasto.pl

Data opracowania programu III kwartał 2025

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej ... 5

1. Opis problemu zdrowotnego ... 5

2. Dane epidemiologiczne ... 8

3. Opis obecnego postępowania ... 9

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: ... 10

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ... 12

1. Cel główny ... 12

2. Cele szczegółowe ... 12

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu ... 12

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej ... 13

1. Populacja docelowa ... 13

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej ... 14

3. Planowane interwencje ... 15

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ... 18

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej ... 18

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej ... 18

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów: ... 18

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ... 19

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej ... 20

1. Monitorowanie ... 20

2. Ewaluacja ... 21

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej ... 21

1. Koszty jednostkowe ... 21

2. Planowane koszty całkowite ... 21

3. Źródła finansowania ... 23

Bibliografia ... 24

Załączniki ... 26

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z najczęściej występujących chorób związanych bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy. Schorzenie to cechuje się ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe w wyniku rozlanego zwężenia oskrzeli lub utraty sprężystości płuc. Choroba manifestuje się przede wszystkim nasilonym kaszlem, co jest często lekceważonym objawem przez pacjentów, późniejszym objawem jest duszność podczas wysiłku. W obrazie klinicznym POChP współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, które mogą mieć rożny stopień nasilenia u poszczególnych chorych, przy czym choroba może rozwijać się bezobjawowo przez wiele lat[1].

POChP rozwija się w wyniku interakcji czynników środowiskowych i osobniczych. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania jest palenie tytoniu, które odpowiada za ok. 80% przypadków. Na rozwój omawianego schorzenia wpływa także bierne palenie tytoniu[2]. Inne czynniki ryzyka rozwoju POChP to[3]:

- narażenie na organiczne lub nieorganiczne pyły, związki chemiczne i opary w miejscu pracy (ok. 10-20% przypadków),
- narażenie na zanieczyszczenie powietrza wewnątrz słabo wentylowanych pomieszczeń,
- inhalacja dymem powstałym w wyniku spalania: drewna, odchodów zwierzęcych, roślinnych odpadów rolniczych i węgla,
- zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego,
- nadreaktywność oskrzeli i/lub astma,
- przewlekłe zapalenia oskrzeli,
- przebyta gruźlica i inne zakażenia prowadzące do zmniejszenia pojemności płuc,
- genetycznie uwarunkowany niedobór α1–antytrypsyny, naturalnego inhibitora proteaz serynowych,
- czynniki odpowiedzialne za mniejszą szczytową czynność płuc,
- niskie status społeczny i ekonomiczny.

---

[1] Stolz D. Mkorombindo T. Schumann DM et. all. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. Lancet. 2022 Sep 17;400(10356):921-972.

[2] Śliwiński P., Górecka D., Jassem E., Pierzchała W. (2014). Polish respiratory society guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. Advances in Respiratory Medicine, 82(3), 227-263.

[3] Szczeklik A., Gajewski P., Interna Szczeklika 2017, Choroby układu oddechowego, Podręcznik chorób wewnętrznych, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.

W POChP uszkodzenie płuc jest wynikiem przewlekłego zapalenia dróg oddechowych, miąższu płuc i naczyń płucnych, a także stresu oksydacyjnego i proteolizy. Zmiany patofizjologiczne występują zazwyczaj w następującej sekwencji: nadprodukcja śluzu i upośledzenie oczyszczania rzęskowego, ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, rozdęcie płuc, zaburzenia wymiany gazowej oraz rozwój nadciśnienia płucnego i serca płucnego[4].

Badaniem koniecznym do rozpoznania i podstawowym w monitorowaniu POChP jest spirometria. Wskaźnik FEV_1/FVC po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela wynoszący <0,7 stanowi kryterium rozpoznania omawianego schorzenia. Na podstawie samej wartości FEV_1 klasyfikuje się ciężkość obturacji dróg oddechowych. Ocena stopnia odwracalności obturacji dróg oddechowych po przyjęciu leku rozkurczającego oskrzela, może być przydatna w różnicowaniu z astmą oraz rozpoznawaniu nakładania astmy i POChP. Wśród dodatkowych badań pomocniczych w diagnostyce omawianego schorzenia wymienia się także pletyzmografię, badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach oraz ocenę tolerancji wysiłku, która w zaawansowanej chorobie jest zmniejszona i koreluje z ogólnym stanem zdrowia i rokowaniem. Do oceny tolerancji wysiłku można stosować testy marszowe, sercowo-płucną próbę wysiłkową z użyciem bieżni lub cykloergometru, a także monitorowanie aktywności za pomocą akcelerometrów lub innych urządzeń. Diagnostyka pogłębiona POChP może obejmować także badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości) oraz badania laboratoryjne (m.in. morfologię krwi obwodowej, pulsoksymetrię i gazometrię krwi tętniczej, posiew plwociny)[5].

Objawy podmiotowe są nieswoiste i w przeciwieństwie do astmy, zwykle wykazują niewielkie wahania nasilenia w ciągu dnia. Są to: przewlekły kaszel (występujący okresowo lub codziennie, często przez cały dzień, rzadko wyłącznie w nocy), przewlekłe odkrztuszanie plwociny (największe po przebudzeniu, często utrzymujące się przez cały dzień) oraz duszność (początkowo wysiłkowa, nasilająca się z upływem czasu, wreszcie spoczynkowa). Chorzy na ciężkie POChP mogą się skarżyć na łatwe męczenie się, utratę łaknienia, utratę masy ciała oraz pogorszenie nastroju lub inne objawy depresji bądź lęku. Objawy przedmiotowe również są nieswoiste, a ich występowanie zależy od stopnia zaawansowania choroby oraz od przewagi zapalenia oskrzeli lub rozedmy. We wczesnym okresie POChP można nie stwierdzić żadnych nieprawidłowości, zwłaszcza w czasie spokojnego oddychania. W zaawansowanej chorobie

---

[4] Ritchie AI, Wedzicha JA. Definition, Causes, Pathogenesis, and Consequences of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. Clin Chest Med. 2020 Sep;41(3):421-438.

[5] GOLD Strategy 2025 for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD.

stwierdza się wdechowe ustawienie klatki piersiowej (czasami klatka piersiowa beczkowata), zmniejszoną ruchomość oddechową przepony, wypuk nadmiernie jawny, ściszony szmer pęcherzykowy, wydłużony czas wydechu, zwłaszcza nasilonego, niekiedy świsty i furczenia[6].

POChP jest chorobą postępującą, zwłaszcza jeśli nie zostanie wyeliminowana ekspozycja na czynniki uszkadzające płuca (przede wszystkim palenie tytoniu). Objawy przewlekłego zapalenia oskrzeli (przewlekły kaszel i odkrztuszanie plwociny) często o wiele lat wyprzedzają ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, natomiast nie u wszystkich osób z tymi objawami rozwija się POChP. Niezależnie od stosowanego leczenia rokowanie może poprawić przede wszystkim zaprzestanie palenia tytoniu, co powoduje zwolnienie tempa utraty FEV_1. Niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi są m.in.: duże nasilenie duszności, zmniejszona wydolność wysiłkowa (w teście 6–minutowego marszu), mały wskaźnik masy ciała (BMI), częste zaostrzenia oraz obecność powikłań, zwłaszcza serca płucnego. Zaostrzenia POChP zwiększają ryzyko zgonu. U chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia POChP ryzyko zgonu w ciągu 5 lat wynosi ok. 50%. Główne przyczyny zgonu w tych przypadkach to choroby układu krążenia, rak płuca i niewydolność oddechowa[7].

Leczenie POChP oparte jest o farmakologię oraz kinezyterapię oddechową, którą należy rozpocząć jak najwcześniej. Celem rehabilitacji oddechowej w tym przypadku jest zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśni klatki piersiowej, nauka krótkiego wdechu i wydłużonego, spokojnego wydechu bez parcia, ułatwienie odkrztuszania, zwiększenie ruchomości dolnych partii żeber oraz wzmocnienie przepony i mięśni brzucha. Zgodnie z obowiązującymi od kilku lat wytycznymi leczenia POChP, rehabilitacja jest rekomendowana u wszystkich chorych, na każdym etapie leczenia choroby. Korzystny wpływ rehabilitacji oddechowej u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc udowodniono w odniesieniu do poprawy ogólnej sprawności, zmniejszenia duszności, poprawy jakości życia, a także poprawy siły mięśni oddechowych[8].

Profilaktyka POChP ma na celu zapobieganie rozwojowi choroby oraz spowolnienie jej postępu. Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniu na POChP i progresji choroby jest powstrzymywanie się od palenia tytoniu. Ważne jest także unikanie biernego palenia oraz narażenia na zanieczyszczenia powietrza i inne czynniki ryzyka, wymienione w drugim akapicie. Dodatkowo, istotne są: utrzymanie odpowiedniego poziomu aktywności

---

[6] Szczeklik A., Gajewski P., Interna Szczeklika 2017, Choroby układu oddechowego... op. cit.

[7] Ibidem.

[8] Lotters F., van Tol B., Kwakkel G., Gosselink R. Effects of controlled inspiratory muscle training in patients with COPD: a meta-analysis. Eur. Respir. J. 2016; 3: 570–576

fizycznej, zdrowa dieta, ochrona przed infekcjami dróg oddechowych i monitorowanie jakości powietrza[9].

2. Dane epidemiologiczne

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przewlekła obturacyjna choroba płuc jest czwartą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie - odpowiada za ok. 3,5 miliona zgonów, co stanowi ok. 5% wszystkich zgonów na świecie. Prawie 90% zgonów z powodu POCHP u osób w wieku poniżej 70 r. ż. występuje w krajach o niskim i średnim dochodzie. POCHP jest ósmą główną przyczyną złej jakości zdrowia na świecie (mierzonej latami życia skorygowanymi niepełnosprawnością). Palenie tytoniu odpowiada za ponad 70% przypadków POCHP w krajach o wysokim dochodzie. Z kolei w krajach o niskim i średnim dochodzie czynnik ten odpowiada za ok. 30-40% przypadków, a głównym czynnikiem ryzyka pozostaje zanieczyszczenie powietrza w gospodarstwach domowych[10].

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce wskazują, że na POCHP choruje około 10% Polaków, którzy ukończyli 40 lat. Około 80% pacjentów z POCHP w Polsce ma postać łagodną lub umiarkowaną i większość tych przypadków jest nierozpoznana. Omawiany problem zdrowotny częściej dotyczy mężczyzn. Jest to także najczęstsza przewlekła chorobą płuc prowadząca do inwalidztwa chorobowego w Polsce. Dodatkowo, POCHP jest częstą przyczyną hospitalizacji, stanowiąc ok. 4% wszystkich przyjęć do szpitala i ok. 25% przyjęć spowodowanych chorobami układu oddechowego. Na POCHP umiera w Polsce ponad 14 tys. osób rocznie. Jest to, podobnie jak na całym świecie, czwarta z kolei główna przyczyna zgonu, po chorobach serca i naczyń, nowotworach oraz urazach i innych gwałtownych przyczynach zgonu[11].

Według Map Potrzeb Zdrowotnych[12] w Polsce w roku 2023 przewlekła obturacyjna choroba płuc (J44) była przyczyną 443 252 porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W województwie mazowieckim z powodu POCHP udzielono w tym samym okresie 51 543 porady, a wskaźnik porad udzielonych na 1 tys. ludności (9,35) był niższy od wartości wskaźnika dla kraju (12,09). Ponadto, biorąc pod uwagę wskazane w poprzednim akapicie szacunki epidemiologiczne, problem POCHP w województwie mazowieckim

---

[9] MacLeod M, Papi A, Contoli M, Beghé B, Celli BR, Wedzicha JA, Fabbri LM. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: Diagnosis, treatment, prevention and disease impact. Respirology. 2021 Jun;26(6):532-551.

[10] WHO, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), www.who.int.

[11] Czajkowska-Malinowska M., Mastalerz-Migas A., Kania A., Ledwoch J., Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w POZ w ramach opieki koordynowanej.

[12] Mapy potrzeb zdrowotnych, Analizy, Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, basiw.mz.gov.pl.

dotyczyć może nawet ponad 297 tys. osób (10% populacji powyżej 40 roku życia[13]), z czego w systemie opieki zdrowotnej pojawia się maksymalnie 51,5 tys. przypadków zdiagnozowanych (ok. 17%). Bazując na tych samych danych można szacować, że w Gminie Nowe Miasto problem POCHP dotyczyć może nawet ok. 260 osób[14], z czego ok. 215 może nadal pozostawać niezdiagnozowanych (83%). Przedstawione dane wyraźnie wskazują na konieczność podejmowania działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

3. Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[15] spirometria jest świadczeniem gwarantowanym w ramach porady POZ. Z kolei w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej[16] wskazano, że spirometria oraz pulsoksymetria są świadczeniami gwarantowanymi w ramach ambulatoryjnej porady specjalistycznej. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych[17] finansowany jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)". Etap podstawowy tego programu obejmuje poradnictwo antynikotynowe oraz diagnostykę i profilaktykę POCHP. Z poradnictwa antynikotynowego mogą skorzystać osoby powyżej 18. roku życia palące tytoń lub używające nowatorskich wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych. Z kolei ze świadczeń diagnostyki i profilaktyki POCHP mogą skorzystać osoby pomiędzy 40. a 65 rokiem życia, które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy).

---

[13] Bank Danych Lokalnych, 2 970 078 - liczba ludności w wieku 40 lat i więcej w województwie mazowieckim w roku 2024, bdl.stat.gov.pl

[14] Ibidem, ok. 10% z 2 597 tj. liczby ludności w wieku 40 lat i więcej w Gminie Nowe Miasto w roku 2024, bdl.stat.gov.pl

[15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

[16] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].

[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 916 z późn. zm.].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Przewlekła obturacyjna choroba płuc stanowi istotny problem zdrowia publicznego ze względu na duże rozpowszechnienie w populacji i przewlekły charakter. Wczesna profilaktyka tego schorzenia pozwala na zmniejszenie liczby zachorowań oraz ograniczenie kosztów leczenia i hospitalizacji. Realizacja badań spirometrycznych i działań edukacyjnych umożliwi identyfikację osób z grup ryzyka, co pozwali na wdrożenie interwencji terapeutycznych jeszcze przed wystąpieniem pełnego spektrum objawów. Program pozwoli także na zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców w obszarze szkodliwości palenia tytoniu, co w efekcie może przyczynić się do poprawy jakości ich życia oraz ich wydolności fizycznej. Inwestycja w profilaktykę POCHP to efektywny sposób na zmniejszenie obciążenia systemu ochrony zdrowia w perspektywie długoterminowej. Należy w tym miejscu także podkreślić, że zgodnie z danymi NFZ na rok 2025[18] w Gminie Nowe Miasto nie podpisano żadnej umowy na realizację finansowanego przez NFZ programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W całym województwie mazowieckim podpisano jedynie kilkanaście takich umów. Inwestycja w profilaktykę przewlekłej obturacyjnej choroby płuc przyniesie długoterminowe korzyści zdrowotne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia zaawansowanych postaci choroby oraz poprawiając jakość życia mieszkańców w regionie.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.[19]: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025[20]: Cel operacyjny 2: Profilaktyka uzależnień; Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;

[18] Informator Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl [stan na 02.08.2025 r.].

[19] Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

[20] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026[21]: rekomendacje dla województwa mazowieckiego - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia,
4. Wojewódzki plan transformacji dla województwa mazowieckiego na lata 2022-2026[22] - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych i programów polityki zdrowotnej w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, wysokie BMI, odżywianie inne czynniki związane ze stylem życia.

[21] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

[22] Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 60%* uczestników programu.

2. Cele szczegółowe

1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród co najmniej 60%* osób z personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia POChP.

2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród co najmniej 60%* świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia POChP.

* wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych samorządów z realizacji programów polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki POCHP, a także rekomendacji Eksperta w obszarze realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i ochrony zdrowia na poziomie samorządowym

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 1	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 2	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do działań w ramach PPZ wyłącznie personelu medycznego oraz osób z grup ryzyka rozwoju POCHP. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe do działań szkoleniowych w ramach programu nie włączono pracodawców zakładów pracy, w których obecne są niebezpieczne substancje i pyły.

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Nowe Miasto, będących w co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka rozwoju POCHP (osoby palące wyroby tytoniowe, osoby pracujące w zakładach pracy o dużym stężeniu i występowaniu pyłów zawiesinowych, osoby, u których występują objawy POChP w tym m.in. przewlekły kaszel, duszności lub obniżona wydolność płucna, osoby, które przebyły choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli). Gminę zamieszkuje ok. 3,7 tys. osób dorosłych. Przewiduje się, że spośród ww. grup ryzyka do programu zgłosi się największa liczba osób palących wyroby tytoniowe. Na podstawie danych epidemiologicznych, wskazujących na odsetek osób kiedykolwiek palących w Polsce na poziomie ok. 28,8%[23], populację docelową szacuje się na ok. 1 075 osób. W związku z ograniczeniami finansowymi Program w całym okresie realizacji obejmie ok. 600 osób. Pacjenci będą przyjmowani do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

[23] Jankowski Mateusz i inni. The prevalence of tobacco... op. cit.

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

1) Działania informacyjno-edukacyjne

Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Nowe Miasto

Kryteria wyłączenia: brak

2) Szkolenia dla personelu medycznego

Kryteria włączenia:

- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

Kryteria wyłączenia:

- 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

3) Lekarska wizyta diagnostyczna

Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Nowe Miasto
- przynależność do co najmniej jednej grupy ryzyka POCHP (osoby palące wyroby tytoniowe, osoby pracujące w zakładach pracy o dużym stężeniu i występowaniu pyłów zawiesinowych, osoby, u których występują objawy POChP w tym m.in. przewlekły kaszel, duszności lub obniżona wydolność płucna, osoby, które przebyły choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli)

Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni pulmonologicznej

4) Badanie spirometryczne

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów kwalifikacji dla lekarskiej wizyty diagnostycznej

Kryteria wyłączenia:

- diagnoza POCHP w wywiadzie lub diagnoza innych chorób układu oddechowego, które mogą wpływać na wyniki badania przesiewowego (m.in. rak płuca)

5) Interwencja antynikotynowa

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów kwalifikacji dla lekarskiej wizyty diagnostycznej
- nałogowe palenie tytoniu

Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni leczenia uzależnień

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Gminą Nowe Miasto oraz placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

3.2. Profilaktyka i wczesna diagnostyka POCHP

1) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu zwiększenia świadomości populacji ogólnej nt. profilaktyki POCHP, w tym m.in. na temat:
  - głównych czynników zwiększających ryzyko POChP (np. palenie wyrobów tytoniowych oraz stała ekspozycja na pyły i gazy),
  - korzyści wynikających z wczesnej diagnozy i leczenia, w tym roli wczesnego podjęcia leczenia POChP,
  - szkód wynikających z palenia wyrobów tytoniowych,
  - ryzyka związanego z pojawieniem się chorób współtowarzyszących POChP (m.in. raka płuca),
- realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący uczestnikom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,

- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Gminy Nowe Miasto, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH),
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;

2) Szkolenia dla personelu medycznego

- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia POChP (w tym treści dotyczące szkodliwych następstw palenia tytoniu),
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenie w formie e-learningu, wykład, materiały audiowizualne),
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (załącznik 4);

3) Lekarska wizyta diagnostyczna

- obejmująca wywiad w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia POChP,
- obejmująca wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia POChP, w którym należy skupić się na obecności podstawowych objawów obecnych przy ww. chorobie (utrata wagi, spadek kondycji, przebudzenia nocne spowodowane dusznościami, obrzęk stawu skokowego, zmęczenie, ból w klatce piersiowej, krwioplucie bądź odkrztuszanie krwi),
- obejmująca, w przypadku pacjentów z dusznością, określenie jej ciężkości,
- obejmująca kwalifikację do badania spirometrycznego i interwencji antynikotynowej (w przypadku nałogowych palaczy),
- obejmująca indywidualną edukację zdrowotną pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia POChP wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją

oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik nr 5);

4) Badanie spirometryczne

- wykonanie badania spirometrycznego i poinformowanie pacjenta o wyniku – o prawdopodobnej obecności POChP u pacjenta będzie świadczył wynik badania spirometrycznego FEV1/FVC<0,7 (należy poinformować uczestnika, że wynik dodatni nie oznacza wykrycia POChP, a jedynie wskazuje na konieczność dalszej diagnostyki pod tym kątem – w tym przypadku już poza programem);

5) Interwencja antynikotynowa

- realizowana w formie porady indywidualnej,
- obejmująca edukację zdrowotną - przekazanie każdemu uczestnikowi podstawowych informacji na temat szkodliwości palenia oraz roli badania przesiewowego i jego ograniczeń, edukacja w zakresie szkodliwego wpływu palenia tytoniu na zdrowie, w tym rozwój POCHP,
- uwzględniająca przeprowadzenie z uczestnikiem rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej („zasada 5xP") obejmującej następujące punkty: pytaj każdego pacjenta podczas każdej wizyty o nałóg palenia, poradź palaczowi tytoniu, by zaprzestał palenia, pamiętaj ocenić stan gotowości do zaprzestania palenia (przy pomocy określonego testu motywacyjnego), pomóż palącemu - oceń stopień uzależnienia od nikotyny, przedstaw zalecany sposób leczenia uzależnienia,
- uwzględniająca przeprowadzenie testu Fagerströma - na podstawie wyników, określających w skali punktowej stopień uzależnienia od nikotyny (0-3 niski, 4-6 średni, 7-10 wysoki),
- obejmująca przedstawienie uczestnikowi możliwości uzyskania adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza PPZ wraz z podaniem danych kontaktowych (np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa),
- obejmująca przekazanie informacji o zalecanym dalszym postępowaniu poza PPZ (samodzielne skorzystanie z wybranej przez uczestnika formy pomocy).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu realizacji świadczeń uczestnikowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 3).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także z Rekomendacją nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)[24].

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku świadczeniobiorców, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty lekarskiej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2025);
2) przesłanie oświadczenia o zgodności z Rekomendacją do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III kwartał 2025);
3) zaopiniowanie programu przez wojewodę (III kwartał 2025);
4) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2025-I kwartał 2026);
5) powołanie Rady ds. programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025-I kwartał 2026);
6) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026);

[24] Rekomendacja nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 r., bip.aotm.gov.pl [dostęp: 16.06.2025 r.].

7) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
8) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2028);
9) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2028);
10) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2028 - I kwartał 2029);
11) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2029).

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

Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze ochrony zdrowia,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- zapewnienie realizowania szkolenia dla personelu medycznego przez lekarza (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie pulmonologii), posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce POChP („ekspert"), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu,
- zapewnienie realizowania działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela 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 PPZ),
- zapewnienie realizowania lekarskiej wizyty diagnostycznej oraz badań spirometrycznych przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce POChP lub lekarza po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego,
- zapewnienie realizowania interwencji antynikotynowej przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla

przeprowadzenia działań antynikotynowych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),

- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, która zgłosiła się do udziału w programie i wzięła udział w wywiadzie kwalifikacyjnym
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej
- liczba osób poddanych badaniu przesiewowemu z użyciem spirometrii
- liczba osób, która została poddana działaniom edukacyjno-informacyjnym
- liczba osób wykluczonych z programu na każdym etapie
- liczba osób poddanych interwencji antynikotynowej
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 3),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test
- odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test
- odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test
- odsetek osób, u których doszło do stwierdzenia prawdopodobieństwa obecności POChP, w oparciu o wynik badania spirometrycznego FEV1/FVC<0,7
- liczba osób z pozytywnym wynikiem badania spirometrycznego na obecność POChP, które zostały przekazane do dalszej diagnostyki poza programem
- odsetek palących uczestników, którzy zadeklarowali chęć ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli II przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. II. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	2 000,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	260,00
3. Badanie spirometryczne	160,00
4. Interwencja antynikotynowa	110,00

2. Planowane koszty całkowite

Tab. III. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)

Koszty pośrednie				
1. Koszt funkcjonowania Rady ds. programu polityki zdrowotnej	3	rok	1 000,00	3 000,00
2. Koszt monitoringu i ewaluacji	3	rok	1 000,00	3 000,00
3. Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	3	rok	1 000,00	3 000,00
4. Koszt działań informacyjno-edukacyjnych	3	rok	1 000,00	3 000,00
Razem	--	--	--	**12 000,00**
Koszty bezpośrednie				
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1	działanie	2 000,00	2 000,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	600	osoba	260,00	156 000,00
3. Badanie spirometryczne	600	osoba	160,00	96 000,00
4. Interwencja antynikotynowa	600	osoba	110,00	66 000,00
Razem	--	--	--	**320 000,00**
Koszty Programu				**332 000,00**

Tab. IV. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rok	Budżet PPZ
2026	112 000,00
2027	110 000,00
2028	110 000,00
Razem	**332 000,00**

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 332 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Nowe Miasto, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków Gminy Nowe Miasto (80%) oraz środków stanowiących wkład własny realizatora programu polityki zdrowotnej (20%). Gmina w latach 2026-2028 będzie się starała o dofinansowanie 80% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
2. Czajkowska-Malinowska M., Mastalerz-Migas A., Kania A., Ledwoch J., Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w POZ w ramach opieki koordynowanej.
3. GOLD Strategy 2025 for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD.
4. Informator Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl [stan na 03.08.2025 r.].
5. Lotters F., van Tol B., Kwakkel G., Gosselink R. Effects of controlled inspiratory muscle training in patients with COPD: a meta-analysis. Eur. Respir. J. 2016; 3: 570–576
6. MacLeod M, Papi A, Contoli M, Beghé B, Celli BR, Wedzicha JA, Fabbri LM. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: Diagnosis, treatment, prevention and disease impact. Respirology. 2021 Jun;26(6):532-551.
7. Mapy potrzeb zdrowotnych, Analizy, Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, basiw.mz.gov.pl.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
9. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].
10. Rekomendacja nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 r., bip.aotm.gov.pl [dostęp: 03.08.2025 r.].
11. Ritchie AI, Wedzicha JA. Definition, Causes, Pathogenesis, and Consequences of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. Clin Chest Med. 2020 Sep;41(3):421-438.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 916 z późn. zm.].

15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
16. Śliwiński P., Górecka D., Jassem E., Pierzchała W. (2014). Polish respiratory society guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. Advances in Respiratory Medicine, 82(3), 227-263.
17. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM et. all. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. Lancet. 2022 Sep 17;400(10356):921-972.
18. Szczeklik A., Gajewski P., Interna Szczeklika 2017, Choroby układu oddechowego, Podręcznik chorób wewnętrznych, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
19. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
20. WHO, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), www.who.int.

Załączniki
Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028" (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Wiek	
PESEL*	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

2. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny ze wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....

(data i podpis uczestnika programu)

3. Lekarska wizyta diagnostyczna

Data wykonania świadczenia	
Kwalifikacja do badania spirometrycznego na podstawie spełniania kryteriów włączenia i braku kryteriów wyłączenia	☐ tak ☐ nie
Edukacja zdrowotna	Wynik pre-testu wiedzy: …….. Wynik post-testu wiedzy: …….. Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) ☐ tak ☐ nie

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Badanie spirometryczne

Data wykonania świadczenia	
Wynik badania FEV_1/FVC	
Prawdopodobna obecność POCHP na podstawie badania (wynik $FEV_1/FVC<0,7$)	☐ tak ☐ nie
Skierowano na dalszą diagnostykę poza programem	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

5. Interwencja antynikotynowa

Data wykonania świadczenia	
Deklaracja chęci ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

6. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy)

Data rezygnacji	
Przyczyna rezygnacji	

.....
(data, pieczęć i podpis pacjenta)

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028" (wzór)

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od… do…)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, która zgłosiła się do udziału w programie i wzięła udział w wywiadzie kwalifikacyjnym	
liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
liczba osób poddanych badaniu przesiewowemu z użyciem spirometrii	
liczba osób, która została poddana działaniom edukacyjno-informacyjnym	
liczba osób wykluczonych z programu na każdym etapie	
liczba osób poddanych interwencji antynikotynowej	
liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	

Ewaluacja	
Liczba i odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	
Liczba i odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test;	
Liczba i odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.	
Liczba i odsetek osób, u których doszło do stwierdzenia prawdopodobieństwa obecności POChP, w oparciu o wynik badania spirometrycznego FEV1/FVC<0,7	
Liczba i odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania spirometrycznego na obecność POChP, które zostały przekazane do dalszej diagnostyki poza programem	
Liczba i odsetek palących uczestników, którzy zadeklarowali chęć ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia .....

(miejscowość) *(data)*

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji uczestnika programu pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028" (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

2. Jak ocenia Pan przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki POCHP?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5

3. Jak ocenia Pan jakość usług otrzymanych w programie?

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5

4. Jak ocenia Pan Program od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5

Dodatkowe uwagi:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik 4

Test wiedzy dla uczestnika działań szkoleniowych dla personelu medycznego w programie pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028" (wzór)

1. Najczęstszym objawem POCHP jest:
A. Krwioplucie
B. Ból w klatce piersiowej
C. Przewlekły kaszel i duszność
D. Gorączka i dreszcze

2. W spirometrii potwierdzającej POCHP wskaźnik FEV1/FVC wynosi:
A. Powyżej 90%
B. Poniżej 70%
C. Powyżej 80%
D. Dokładnie 100%

3. W leczeniu POCHP stosuje się głównie:
A. Antybiotyki
B. Glikokortykosteroidy systemowe
C. Leki rozszerzające oskrzela (bronchodilatatory)
D. Beta-blokery

4. Które z poniższych działań należy do profilaktyki pierwotnej POCHP?
A. Rehabilitacja oddechowa
B. Odstawienie leków przeciwbólowych
C. Edukacja antynikotynowa
D. Inhalacje z lekiem rozszerzającym oskrzela

5. W rehabilitacji pulmonologicznej szczególnie zalecana jest:
A. Terapia światłem
B. Fizjoterapia oddechowa i trening wytrzymałościowy
C. Leczenie chirurgiczne
D. Farmakoterapia doustna

6. Głównym celem leczenia POCHP jest:
A. Całkowite wyleczenie choroby
B. Zmniejszenie liczby leukocytów
C. Spowolnienie progresji choroby i poprawa jakości życia
D. Obniżenie poziomu glukozy we krwi

7. Który z poniższych leków jest długo działającym β2-mimetykiem (LABA)?
A. Salbutamol
B. Salmeterol
C. Prednizon
D. Teofilina

8. Szczepienie przeciwko grypie u pacjentów z POCHP:
A. Jest przeciwwskazane
B. Nie ma wpływu na przebieg choroby
C. Zmniejsza ryzyko zaostrzeń POCHP
D. Powinno być wykonywane raz na 5 lat

9. Które z poniższych działań jest formą profilaktyki wtórnej POCHP?
A. Szczepienie przeciw grypie
B. Badania przesiewowe w populacji ryzyka
C. Budowa ścieżek rowerowych
D. Zakaz reklamy papierosów

10. Najczęstszym powikłaniem nieleczonego POCHP jest:
A. Zator płucny
B. Przewlekła niewydolność oddechowa
C. Rak skóry
D. Reumatoidalne zapalenie stawów

Załącznik 5

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej realizowanej podczas lekarskiej wizyty diagnostycznej w programie pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028" (wzór)

1. Który z poniższych czynników jest główną przyczyną rozwoju POCHP?
A. Otyłość
B. Praca przy komputerze
C. Palenie tytoniu
D. Brak aktywności fizycznej

2. Najczęstszym objawem POCHP jest:
A. Krwioplucie
B. Ból w klatce piersiowej
C. Przewlekły kaszel i duszność
D. Gorączka i dreszcze

3. Które badanie jest podstawowym narzędziem diagnostycznym POCHP?
A. EKG
B. RTG klatki piersiowej
C. Spirometria
D. Morfologia krwi

4. Która grupa pacjentów jest najbardziej narażona na rozwój POCHP?
A. Osoby młode uprawiające sport
B. Osoby palące papierosy po 40. roku życia
C. Kobiety w ciąży
D. Osoby z niedowagą

5. Najczęstszym powikłaniem nieleczonego POCHP jest:
A. Zator płucny
B. Przewlekła niewydolność oddechowa
C. Rak skóry
D. Reumatoidalne zapalenie stawów

UZASADNIENIE

Zgodnie ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1153 z późn. zm.) do zadań własnych gminy należy zaspokajanie potrzeb wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.) wskazuje, że jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej, co stanowi także zadanie własne gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc (POChP) za trzecią najczęstszą przyczynę zgonów na świecie, charakteryzującą się postępującym ograniczeniem przepływu powietrza, kaszlem i dusznością, głównie spowodowaną paleniem tytoniu i zanieczyszczeniem, którą można zapobiegać i leczyć poprzez odpowiednią terapię i rzucenie palenia.

W związku z powyższym, opracowany został program polityki zdrowotnej pn. Programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Nowe Miasto na lata 2026-2028.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.