

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Sośno na lata 2026–2028

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739]

Sośno, 2025

Nazwa programu

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Sośno 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 Sośno.

Dane kontaktowe

Urząd Gminy Sośno

ul. Nowa 1, 89–412 Sośno

Tel. 52 389 01 10

email: sekretariat@sosno.pl

Data opracowania programu III kwartał 2025

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

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
1. Cel główny	10
2. Cele szczegółowe	10
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	11
1. Populacja docelowa.....	11
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	12
3. Planowane interwencje.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej....	16
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	16
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	17
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:	17
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	17
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	18
1. Monitorowanie	18
2. Ewaluacja	19
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	20
1. Koszty jednostkowe	20
2. Planowane koszty całkowite	20
3. Źródła finansowania	21
Bibliografia.....	22

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 różny stopień nasilenia u poszczególnych chorych, przy czym choroba może rozwijać się bezobjawowo przez wiele lat¹.

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 tytoniu². Inne czynniki ryzyka rozwoju POChP to³:

- 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 α 1–antytrypsyny, naturalnego inhibitora proteaz serynowych,
- czynniki odpowiedzialne za mniejszą szczytową czynność płuc,

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.

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

- niski status społeczny i ekonomiczny.

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 płucnego⁴.

Badaniem koniecznym do rozpoznania i podstawowym w monitorowaniu POChP jest spirometria. Wskaźnik FEV₁/FVC po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela wynoszący <0,7 stanowi kryterium rozpoznania omawianego schorzenia. Na podstawie samej wartości FEV₁ 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 płwociny)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 płwociny (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

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.

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

można nie stwierdzić żadnych nieprawidłowości, zwłaszcza w czasie spokojnego oddychania. W zaawansowanej chorobie 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 furczenia⁶.

POChP jest chorobą postępującą, zwłaszcza jeśli nie zostanie wyeliminowana ekspozycja na czynniki uszkodzające 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 FEV₁. 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 oddechowa⁷.

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 oddechowych⁸.

Profilaktyka POChP ma na celu zapobieganie rozwojowi choroby oraz spowolnienie jej postępu. Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniu na POChP i progresji choroby jest powstrzymanie się od palenia tytoniu. Ważne jest także unikanie biernego

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

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

palenia oraz narażenia na zanieczyszczenia powietrza i inne czynniki ryzyka, wymienione w drugim akapicie. Dodatkowo, istotne są: utrzymanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej, zdrowa dieta, ochrona przed infekcjami dróg oddechowych i monitorowanie jakości powietrza⁹.

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 domowych¹⁰.

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 choroba 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 zgonu¹¹.

Według Map Potrzeb Zdrowotnych¹² w Polsce w roku 2023 przewlekła obturacyjna choroba płuc (J44) była przyczyną 443 252 porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W województwie kujawsko-pomorskim z powodu POCHP udzielono w tym samym okresie 18 432 porady, a wskaźnik porad udzielonych na 1 tys. ludności (9,23) był niższy od wartości wskaźnika dla kraju (12,09). Ponadto, biorąc pod uwagę wskazane

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.

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

w poprzednim akapicie szacunki epidemiologiczne, problem POCHP w województwie kujawsko-pomorskim dotyczyć może nawet ponad 111,7 tys. osób (10% populacji powyżej 40 roku życia¹³), z czego w systemie opieki zdrowotnej pojawia się maksymalnie 18,4 tys. przypadków zdiagnozowanych (ok. 16%). Bazując na tych samych danych można szacować, że w Gminie Sośno problem POCHP dotyczyć może nawet ok. 230 osób¹⁴, z czego ok. 180 może nadal pozostawać niezdiagnozowanych (84%). 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 zdrowotnej¹⁵ 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 specjalistycznej¹⁶ 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 zdrowotnych¹⁷ 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, 1 117 428 - liczba ludności w wieku 40 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2024, bdl.stat.gov.pl

¹⁴ Ibidem, ok. 10% z 2 289 tj. liczby ludności w wieku 40 lat i więcej w Gminie Sośno 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 pozwoli 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 2025¹⁸ w Gminie Sośno nie podpisano żadnej umowy na realizację finansowanego przez NFZ programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W całym województwie kujawsko-pomorskim podpisano jedynie 4 takie umowy. 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 2030 r.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 2021–2025²⁰: Cel operacyjny 2: Profilaktyka uzależnień; Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022–2026²¹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego: Obszar czynniki ryzyka

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 2021–2026 [Dz.U. poz. 642 z późn. zm.].

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

i profilaktyka, Rekomendacja 3.1: Podjęcie działań promocyjnoedukacyjnych uświadamiających negatywny wpływ tytoniu na zdrowie i zachęcających do zaprzestania jego używania; Rekomendacja 3.6: Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALY i zgony poprzez realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, programów polityki zdrowotnej, programów profilaktyki zdrowotnej dotyczących wymienionych czynników ryzyka;

4. Wojewódzki Plan Transformacji województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022–2026²²: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 2.1.1. Podjęcie działań z zakresu profilaktyki uzależnień, w tym behawioralnych. Rekomendacja 2.1.6. Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALY i zgony.

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

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

²² Obwieszczenie Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji „Wojewódzkiego planu transformacji województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022-2026” DZ. URZ. WOJ. KUJ-POM. 2024.7863, edziennik.bydgoszcz.uw.gov.pl [dostęp: 03.08.2025 r.].

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

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 Sośno, 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 zawieszonych, 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. 3,5 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

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

poziomie ok. 28,8%²³, populację docelową szacuje się na ok. 1 020 osób. W związku z ograniczeniami finansowymi Program w całym okresie realizacji obejmie ok. 600 osób. Pacjenci będą przyjmowani do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

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 Sośno

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 Sośno
- przynależność do co najmniej jednej grupy ryzyka POChP (osoby palące wyroby tytoniowe, osoby pracujące w zakładach pracy o dużym stężeniu i występowaniu pyłów zawieszonych, 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

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

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 Sośno 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,

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

- 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 Sośno, 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, krwiotłucie bądź odkrztuszanie krwi),
- obejmująca, w przypadku pacjentów z dusznością, określenie jej ciężkości,

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

- 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 $FEV_1/FVC < 0,7$ (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

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

(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.

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

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);
- 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 (Dz.U. 2025 poz. 1480 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (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

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

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

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

- 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

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

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 332 000,00 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Sośno, 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 Sośno (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 Kujawsko–Pomorski 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 Kujawsko-Pomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji „Wojewódzkiego planu transformacji województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022-2026” DZ. URZ. WOJ. KUI-POM. 2024.7863, edziennik.bydgoszcz.uw.gov.pl [dostęp: 03.08.2025 r.].
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.