

Załącznik nr 1
do Uchwały nr
Rady Gminy w Przewoźnie
z dnia ... sierpnia 2026 r.

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Przewóz na lata 2027-2029

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Nazwa programu

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Przewóz na lata 2027-2029

Okres realizacji programu: 2027-2029

Autorzy programu

dr hab. n. o zdrowiu Karolina Klimek

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

Julia Szałabska

CHILICO – Karolina Klimek

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Rekomendacja

Program zgodny z rekomendacją nr 80/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).

Kontynuacja/trwałość programu

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

Dane kontaktowe

Urząd Gminy w Przewozie

Pl. Partyzantów 1

68-132 Przewóz

Tel. 683623287

email: urządgminy@przewoz.com.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2026 r.

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.....	11
1. Cel główny	11
2. Cele szczegółowe	11
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	11
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	16
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	22
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	23
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Monitorowanie.....	25
2. Ewaluacja.....	26
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Koszty jednostkowe	27
2. Planowane koszty całkowite	27
3. Źródła finansowania	28
Bibliografia.....	30
Załączniki.....	32

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest heterogenną chorobą płuc, charakteryzującą się przewlekłymi objawami ze strony układu oddechowego oraz utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza, wynikającym z nieprawidłowości dróg oddechowych lub pęcherzyków płucnych. Jej rozwój jest związany z oddziaływaniem czynników środowiskowych i osobniczych, w szczególności z ekspozycją na dym tytoniowy, pyły, gazy i zanieczyszczenia powietrza. Do typowych objawów POChP należą przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny oraz postępująca duszność, początkowo zwykle wysiłkowa. Nasilenie i kolejność występowania objawów mogą być zróżnicowane. 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. Palenie tytoniu pozostaje najważniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka POChP. Jego udział w powstawaniu choroby jest zróżnicowany w zależności od populacji i współwystępowania innych ekspozycji. 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,

¹ Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM et. al. 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 Szczekliki A., Gajewski P., Interna Szczekliki 2017, Choroby układu oddechowego, Podręcznik chorób wewnętrznych, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.

- 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,
- 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

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.

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 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.

Postępowanie w POChP obejmuje eliminację ekspozycji na czynniki ryzyka, w szczególności zaprzestanie palenia, leczenie farmakologiczne, szczepienia ochronne, aktywność fizyczną i rehabilitację pulmonologiczną, edukację dotyczącą techniki inhalacji oraz leczenie zaostrzeń i chorób współistniejących. Celem

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

⁷ Ibidem.

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 oddechowa jest zalecana u pacjentów z POChP, z uwzględnieniem stanu klinicznego, przeciwwskazań i możliwości chorego. 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 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. roku życia występuje w krajach o niskim i średnim dochodzie. POChP zajmuje ósme miejsce wśród przyczyn utraty zdrowia mierzonej liczbą lat życia skorygowanych niesprawnością — DALY. 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 szacunkowo około 10% Polaków, którzy ukończyli 40 lat. Około 80%

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

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.

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 niezdolności do pracy i ograniczenia sprawności 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 2024 przewlekła obturacyjna choroba płuc (J44) była przyczyną 464 172 porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W województwie lubuskim z powodu POChP udzielono w tym samym okresie 12 433 porad, a wskaźnik porad udzielonych na 1 tys. ludności (12,82) był zbliżony do wartości wskaźnika dla kraju (12,38). Ponadto, biorąc pod uwagę wskazane w poprzednim akapicie szacunki epidemiologiczne, problem POChP w województwie lubuskim dotyczyć może nawet ok. 55,8 tys. osób (10% populacji powyżej 40. roku życia¹³), z czego w systemie opieki zdrowotnej pojawia się maksymalnie 12,4 tys. przypadków zdiagnozowanych (ok. 22%). Bazując na tych samych danych można szacować, że w Gminie Przewóz problem POChP dotyczyć może nawet ok. 165 osób¹⁴, z czego ok. 130 może nadal pozostawać niezdiagnozowanych (78%). 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 diagnostyki laboratoryjnej oraz 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.

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.

¹³ Bank Danych Lokalnych, ok. 10% z liczby ludności w wieku 40 lat i więcej w województwie w roku 2025, bdl.stat.gov.pl

¹⁴ Ibidem, ok. 10% z liczby ludności w wieku 40 lat i więcej w gminie w roku 2025, 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.].

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).

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 2026¹⁸ w Gminie Przewóz nie podpisano żadnej umowy na realizację finansowanego przez NFZ programu profilaktyki chorób

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.].

¹⁸ Informator Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl [stan na 27.07.2026 r.].

odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W całym województwie lubuskim podpisano tylko jedną taką umowę. 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;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026 ²⁰ : Cel operacyjny 2: Profilaktyka uzależnień; Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031 ²¹ : rekomendacje dla województwa lubuskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 3.1-3.2. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;
4. Wojewódzki Plan Transformacji województwa lubuskiego na lata 2027-2031²²:
2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendowane kierunki działań:
1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

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. 2021 poz. 642 z późn. zm.].

²¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42]

²² Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 15 lipca 2026 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2027 -2031 [DZ. URZ. WOJ. LUB 2026.1665].

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 działań edukacyjnych.

2. Cele szczegółowe

1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród co najmniej 80%* osób z personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia POChP.

2) Zadeklarowanie w trakcie trwania programu chęci zaprzestania lub ograniczenia użytkowania wyrobów nikotynowych, wśród co najmniej 15%* uczestników skierowanych na interwencję antynikotynową.

3) Zwiększenie o co najmniej 10%* w okresie trwania całego programu, odsetka osób z grupy wysokiego ryzyka skierowanych na dalszą diagnostykę w ramach środków NFZ (POZ lub AOS).

* 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, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście i liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 1	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. (Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście i liczby przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób)

Szczegółowy 2	Odsetek osób, które zadeklarowały chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych. (Iloraz liczby osób, które zadeklarowały chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych i liczby wszystkich osób używających wyroby nikotynowe biorących udział w interwencji antynikotynowej)
Szczegółowy 3	Odsetek uczestników, u których podczas badania przesiewowego za pomocą spirometru uzyskano wynik pozytywny i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę lub leczenie w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badania przesiewowego. (Iloraz liczby osób, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę lub leczenie w ramach NFZ i liczby wszystkich uczestników interwencji obejmującej badanie przesiewowe)

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 80/2025 z dnia 17 października 2025 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 potrzebą 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 Przewóz, 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 płucną, osoby, które przebyły choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli). Gminę zamieszkuje ok. 2,47 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. 710 osób. W związku z ograniczeniami finansowymi program obejmie corocznie ok. 200 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 edukacyjne

Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat lub więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Przewóz
- 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:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat

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 Przewóz
- 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

4) Badanie spirometryczne

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów kwalifikacji dla lekarskiej wizyty diagnostycznej
- stwierdzone na wizycie diagnostycznej objawy POChP (w tym przewlekły kaszel, duszności wysiłkowe lub obniżona wydolność płucna, przewlekłe odkrztuszanie plwociny) lub przebycie choroby wpływającej na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli

Kryteria wyłączenia:

- diagnoza POChP w wywiadzie lub diagnoza innych chorób układu oddechowego, które mogą wpływać na wyniki badania przesiewowego (m.in. rak płuca)
- korzystanie w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych i uzyskanie wyniku $FEV_1/FVC > 0,8$
- dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki POChP - realizacja na terenie gminy ogólnopolskiego programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

5) Lekarska wizyta kontrolna

Kryteria włączenia:

- udział w badaniu spirometrycznym

Kryteria wyłączenia: brak

6) Interwencja antynikotynowa

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów kwalifikacji dla lekarskiej wizyty diagnostycznej
- konsumpcja/korzystanie z wyrobów tytoniowych

Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni leczenia uzależnień
- korzystanie w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Gminą Przewóz 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 edukacyjne

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu zwiększenie świadomości populacji ogólnej na temat profilaktyki POChP o następującej tematyce:
 - przyczyny, objawy, przebieg choroby, postępowanie w przypadku zaostrzeń,
 - główne czynniki zwiększające ryzyko POChP, np. palenie wyrobów tytoniowych oraz stała ekspozycja na pyły i gazy,
 - ryzyka związane z pojawieniem się chorób współtowarzyszących POChP (m.in. raka płuca) oraz ich diagnostyka i leczenie,
 - możliwe sposoby leczenia POChP obejmujące postępowanie niefarmakologiczne i farmakologiczne, korzyści wynikające z wczesnej diagnozy i leczenia,
 - szkody wynikające z palenia wyrobów tytoniowych i korzyści z odzwyczajania się od nałogu palenia; podkreślanie, że zaprzestanie palenia tytoniu wpływa na ograniczenie śmiertelności wśród pacjentów z POChP
 - zachęcanie wszystkich uzależnionych od tytoniu do porzucenia lub ograniczenia nałogu,
 - zachęcanie do szczepień, m.in. przeciw grypie, pneumokokom i COVID-19/SARS-CoV-2,

- promowanie aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, kontroli masy ciała,
- informowanie o możliwości skorzystania ze świadczeń realizowanych ze środków publicznych,
- 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 mediach społecznościowych, posty na stronie internetowej Gminy Przewóz, 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,
- realizowane indywidualnie podczas lekarskiej wizyty diagnostycznej;

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),
- realizowane z uwzględnieniem faktu, że podczas szkoleń należy:
 - przedstawić rekomendowane przez wytyczne metody profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia POChP,
 - zwracać uwagę na konieczność monitorowania stanu pacjenta podczas wizyt kontrolnych (ocena objawów, zaostreżeń i stosowania się do zaleceń),
 - omówić czynniki ryzyka,
 - podkreślać wielokrotnie potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od nikotyny oraz zachęcać do informowania o tym pacjentów,

- uświadamiać, że uzależnienie od nikotyny jest chorobą przewlekłą i zdarza się, że pacjenci wracają do nałogu,
- realizować szkolenia z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej oraz leczenia uzależnienia od nikotyny,
- stosować zestaw pięciu pytań w celu przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej, opisanych jako zasada „5xP” tj.: „pytaj” regularnie o nałóg palenia; „poradź” zaprzestanie palenia; „poznaj” postawę i gotowość pacjenta do rzucenia palenia; „pomóż” palącemu pacjentowi w opracowaniu planu zaprzestania palenia; „planuj” kolejne wizyty kontrolne,
- przeszkolić personel w zakresie kierowania osób palących do jednostek specjalizujących się w leczeniu uzależnień od tytoniu (nikotyny) i możliwości skorzystania z programów profilaktycznych uzależnień od tytoniu (nikotyny),
- zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami uzależnionymi,
- podkreślać istotę nawiązania kontaktu między personelem medycznym a osobą uzależnioną jako istotny element prowadzonych działań leczniczych,
- wskazywać, że lekarz POZ może i powinien inicjować, kontynuować oraz modyfikować leczenie farmakologiczne POChP, a poza określonymi sytuacjami klinicznymi, nie ma wskazań, by konsultować każdy przypadek POChP ze specjalistą pulmonologiem,
- 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, duszności, przebudzenia nocne spowodowane dusznościami, obrzęk stawu skokowego, zmęczenie, ból w klatce piersiowej, krwiotłucie bądź odkrztuszanie),

- obejmująca, w przypadku pacjentów z dusznością, określenie jej ciężkości (w tym celu można wykorzystać np. skalę nasilenia duszności mMRC³),
- obejmująca zebranie informacji dotyczących palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu (określenie stopnia uzależnienia od nikotyny, z wykorzystaniem kwestionariusza Fagerströma),
- obejmująca kwalifikację do badania spirometrycznego – w przypadku osób, u których występują objawy POChP (przewlekły kaszel, duszności wysiłkowe lub obniżona wydolność płucna, przewlekłe odkrztuszanie plwociny) albo przebyły choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli – uczestnik zostaje skierowany na badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii, lekarz przekazuje uczestnikowi informacje, na czym polega spirometria oraz o sposobie przygotowania się do badania (forma ustna i pisemna);
- obejmująca kwalifikację do interwencji antynikotynowej – w przypadku osób, u których stwierdzono nałogowe używanie wyrobów tytoniowych
- 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 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

5) Lekarska wizyta kontrolna

- obejmująca interpretację wyniku badania przesiewowego i przekazanie uczestnikowi zaleceń dotyczących dalszego postępowania,
- w przypadku wyniku $FEV_1/FVC < 0,7$ (prawdopodobieństwo obecności POChP) - uczestnik kierowany jest do POZ lub AOS w celu dalszej diagnostyki poza programem; zostaje poinformowany, że wynik dodatni nie oznacza wykrycia

POChP, a jedynie wskazuje osoby wymagające dalszej diagnostyki pod tym kątem,

- w pozostałych przypadkach - uczestnik otrzymuje informacje na temat profilaktyki POChP (np. w formie broszury), a także zalecenie kontaktu z lekarzem POZ w celu poszukiwania innych przyczyn objawów;

6) Interwencja antynikotynowa

- realizowana w formie porady indywidualnej,
- uwzględniająca przeprowadzenie z uczestnikiem rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej („zasada 5xP”), obejmującej następujące elementy: tj.: „pytaj” regularnie o nałóg palenia; „poradź” zaprzestanie palenia; „poznaj” postawę i gotowość pacjenta do rzucenia palenia; „pomóż” palącemu pacjentowi w opracowaniu planu zaprzestania palenia; „planuj” kolejne wizyty kontrolne,
- obejmująca:
 - przekazanie informacji na temat metod i sposobów rzucania palenia/zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych oraz szkód wynikających z palenia wyrobów tytoniowych i korzyści z rzucenia palenia,
 - wdrożenie interwencji ukierunkowanej na ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu,
 - wsparcie psychologiczno-behawioralne, nastawione na przepracowanie podstawowych problemów i trudności pacjenta,
 - ustalenie wspólnie z pacjentem możliwych do zrealizowania celów,
 - zachęcanie do porzucenia lub ograniczenia nałogu,
 - wskazanie pacjentowi, który chce wyłącznie ograniczyć nałóg, aby: zwiększał odstęp czasowy między papierosami/wyrobami nikotynowymi, opóźniał wypalenie pierwszego papierosa/użycie wyrobu nikotynowego, wybrał okresy w ciągu dnia, w których nie będzie palił,
 - zaplanowanie leczenia farmakologicznego z uwzględnieniem informacji nt. stosowania i dawkowania przepisanych leków wspomagających rzucenie nałogu,
 - identyfikacja powodów braku motywacji bądź chęci do walki z nałogiem - uświadomienie pacjenta w tym przypadku o zagrożeniach wynikających z kontynuacji stosowania wyrobów tytoniowych, zaproponowanie pacjentowi co najmniej ograniczenia i zmniejszenia szkodliwości palenia

w ramach „redukcji szkód”, omówienie z pacjentem możliwości skorzystania wyłącznie z produktów leczniczych zawierających nikotynę, z uwzględnieniem kluczowych informacji dotyczących stosowania tego typu produktów,

- obejmująca poinformowanie o możliwości skorzystania w ramach środków publicznych z „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, a także innych programów profilaktycznych w zakresie uzależnień od tytoniu (nikotyny) w szczególności, jeżeli są realizowane przez JST,
- ponowne określenie stopnia uzależnienia od nikotyny, z wykorzystaniem kwestionariusza Fagerströma - na podstawie wyników, określających w skali punktowej stopień uzależnienia od nikotyny (0-3 niski, 4-6 średni, 7-10 wysoki) uczestnikowi należy przedstawić możliwości uzyskania poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza programem wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa; uczestnik otrzymuje informację o zalecanym dalszym postępowaniu poza programem, którym jest samodzielne skorzystanie z wybranej przez niego 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).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także z Rekomendacją nr 80/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)²⁴.

²⁴ Rekomendacja nr 80/2025 z dnia 17 października 2025 r.,, bip.aotm.gov.pl [dostęp: 27.07.2026 r.].

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 osób, u których podczas wizyty diagnostycznej nie zostanie potwierdzona przynależność do jednej z grup ryzyka - ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem tej wizyty, po otrzymaniu materiałów dotyczących profilaktyki POChP,
- w przypadku osób skierowanych na badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii, udział w PPZ kończy się na wizycie kontrolnej po uzyskaniu zaleceń dotyczących dalszego postępowania (wyjątek stanowią osoby u których stwierdzono uzależnienie od tytoniu i obecność objawów POChP, których udział kończy się po interwencji antynikotynowej),
- w przypadku osób, u których podczas badania diagnostycznego zostanie stwierdzone uzależnienie od tytoniu, udział w PPZ kończy się po zakończeniu interwencji antynikotynowej i otrzymaniu zaleceń dotyczących dalszego postępowania,
- 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 2026);
- 2) przesłanie oświadczenia o zgodności z Rekomendacją do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III kwartał 2026);
- 3) zaopiniowanie programu przez wojewodę (III kwartał 2026);
- 4) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2026 - I kwartał 2027);
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie podmiotu realizującego program, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2027);
- 6) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2027);
- 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2027-2029);
- 8) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2029);
- 9) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2029 - I kwartał 2030);
- 10) 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 2030).

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. 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 (tekst jedn. Dz.U. 2026 poz. 156),
- zapewnienie realizowania działań edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia

i kompetencji do przeprowadzenia działań edukacyjnych dotyczących POChP (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),

- 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 lekarskiej wizyty diagnostycznej oraz lekarskiej wizyty kontrolnej 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 wykonania badania spirometrycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- zapewnienie realizowania interwencji antynikotynowej przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa klinicznego lub osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, psychoterapeutę lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukatora zdrowotnego, specjalistę zdrowia publicznego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji do przeprowadzenia działań antynikotynowych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
- spełnianie wymogów lokalowych i sprzętowych zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa, w tym dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy – zapewnienie wyposażenia i warunków lokalowych adekwatnych do planowanych działań, dopuszcza się gabinet mobilny oraz mobilne centrum diagnostyki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych

działań. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto realizator będzie przekazywał Gminie Przewóz sprawozdania okresowe - miesięczne, a także sporządzi sprawozdanie końcowe - roczne z przeprowadzonych interwencji. W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. 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.

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób biorących udział w szkoleniu dla personelu medycznego,
- liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie diagnostycznej,
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe – spirometrię,
- liczba osób, które wzięły udział w interwencji antynikotynowej,
- liczba osób z wynikiem $FEV_1/FVC < 0,7$,

- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej, po wykonaniu zaplanowanego w programie badania przesiewowego,
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

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 będzie na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test,
- odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test,
- odsetek osób, które zadeklarowały chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych,
- odsetek uczestników, u których podczas badania przesiewowego za pomocą spirometru uzyskano wynik pozytywny i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę lub leczenie w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badania przesiewowego,
- liczba i odsetek osób, u których doszło do stwierdzenia prawdopodobieństwa obecności POChP, w oparciu o wynik badania spirometrycznego $FEV_1/FVC < 0,7$,
- odsetek uczestników interwencji antynikotynowej, u których nastąpiła poprawa wyniku dotyczącego stopnia uzależnienia od nikotyny – na podstawie kwestionariusza Fagerströma.

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. Lekarskie wizyty diagnostyczne w programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą ok. 200 osób rocznie. Należy zaznaczyć, że w związku z ograniczonym zakresem danych epidemiologicznych, wszystkie pozostałe interwencje w programie zaplanowano dla tej samej liczby osób. W praktyce będą one realizowane w odniesieniu do uczestników spełniających poszczególne kryteria kwalifikacji. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu. Dopuszcza się możliwość przesunięcia środków finansowych przewidzianych na realizację szkoleń w drugim i trzecim roku realizacji PPZ na realizację świadczeń zdrowotnych w przypadku wyboru tego samego realizatora i realizacji programu przez ten sam personel medyczny.

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne	1 000,00
2. Szkolenie dla personelu medycznego	2 000,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna	270,00
4. Badanie spirometryczne	180,00
5. Lekarska wizyta kontrolna	270,00
6. Interwencja antynikotynowa	70,00

2. Planowane koszty całkowite

Tab. III. Szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Nazwa interwencji	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania edukacyjne	1	1 000,00	1 000,00
2. Szkolenie dla personelu medycznego	1	2 000,00	2 000,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna	200	270,00	54 000,00
4. Badanie spirometryczne	200	180,00	36 000,00
5. Lekarska wizyta kontrolna	200	270,00	54 000,00
6. Interwencja antynikotynowa	200	70,00	14 000,00
7. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2027	--	--	164 000,00

Nazwa interwencji	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania edukacyjne	1	1 000,00	1 000,00
2. Szkolenie dla personelu medycznego	1	2 000,00	2 000,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna	200	270,00	54 000,00
4. Badanie spirometryczne	200	180,00	36 000,00
5. Lekarska wizyta kontrolna	200	270,00	54 000,00
6. Interwencja antynikotynowa	200	70,00	14 000,00
7. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2028	--	--	164 000,00
1. Działania edukacyjne	1	1 000,00	1 000,00
2. Szkolenie dla personelu medycznego	1	2 000,00	2 000,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna	200	270,00	54 000,00
4. Badanie spirometryczne	200	180,00	36 000,00
5. Lekarska wizyta kontrolna	200	270,00	54 000,00
6. Interwencja antynikotynowa	200	70,00	14 000,00
7. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2029	--	--	164 000,00
Razem w latach 2027-2029			492 000,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 492 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Przewóz, 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 jest w założeniu finansowany ze środków Gminy Przewóz (80%) oraz środków stanowiących wkład własny realizatora programu polityki zdrowotnej (20%). Gmina w latach 2027-2029 będzie się starała o dofinansowanie 80% kosztów działań realizowanych w programie przez Lubuski 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. 2025 poz. 1461 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 27.07.2026 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 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42]
9. Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 15 lipca 2026 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2027 - 2031 [DZ. URZ. WOJ. LUB 2026.1665].
10. Rekomendacja nr 80/2025 z dnia 17 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), bip.aotm.gov.pl [dostęp: 27.07.2026 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 2021–2026 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].
 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. al. 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 Przewóz na lata 2027-2029” (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
Kwalifikacja do interwencji antynikotynowej 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
Wynik kwestionariusza Fagerströma (0-3 niski, 4-6 średni, 7-10 wysoki)	☐ 0-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10

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

4. Badanie spirometryczne

Data wykonania świadczenia	
----------------------------	--

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

5. Lekarska wizyta kontrolna

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)

6. Interwencja antynikotynowa

Data wykonania świadczenia	
Deklaracja chęci ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu	☐ tak ☐ nie
Wynik kwestionariusza Fagerströma (0-3 niski, 4-6 średni, 7-10 wysoki)	☐ 0-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 Korzystna zmiana: ☐ tak ☐ nie

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

7. 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)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Przewóz na lata 2027-2029”
(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, które zgłosiły się do udziału w programie	
Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
Liczba osób biorących udział w szkoleniu dla personelu medycznego	
Liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie diagnostycznej	
Liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe – spirometrię	
Liczba osób, które wzięły udział w interwencji antynikotynowej	
Liczba osób z wynikiem $FEV_1/FVC < 0,7$	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej, po wykonaniu zaplanowanego w programie badania przesiewowego	
Liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	

Ewaluacja	
Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test	
Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test	
Odsetek osób, które zadeklarowały chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych	
Odsetek uczestników, u których podczas badania przesiewowego za pomocą spirometru uzyskano wynik pozytywny i którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę lub leczenie w ramach NFZ (POZ lub AOS), w stosunku do wszystkich uczestników badania przesiewowego	
Odsetek osób, u których doszło do stwierdzenia prawdopodobieństwa obecności POChP, w oparciu o wynik badania spirometrycznego FEV1/FVC<0,7	
Odsetek uczestników interwencji antynikotynowej, u których nastąpiła poprawa wyniku dotyczącego stopnia uzależnienia od nikotyny – na podstawie kwestionariusza Fagerströma	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji uczestnika programu pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pani/Pana oczekiwania?

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

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

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

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

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pani/Pan jakość usług otrzymanych w programie?

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

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pani/Pan program od strony organizacyjnej?

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

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Test wiedzy dla uczestnika działań szkoleniowych dla personelu medycznego w programie pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (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 (bronchodilatory)
- D. Beta-blokery

4. Które działanie najlepiej odpowiada profilaktyce 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 β 2-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 nieleczzonego POChP jest:

- A. Zator płucny
- B. Przewlekła niewydolność oddechowa
- C. Rak skóry
- D. Reumatoidalne zapalenie stawów

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej realizowanej podczas lekarskiej wizyty diagnostycznej w programie pn. „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Przewóz na lata 2027-2029” (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 lub używające wyrobów nikotynowych, szczególnie po 40. roku życia
- C. Kobiety w ciąży
- D. Osoby z niedowagą

5. Najczęstszym powikłaniem nieleczzonego POChP jest:

- A. Zator płucny
- B. Przewlekła niewydolność oddechowa
- C. Rak skóry
- D. Reumatoidalne zapalenie stawów