



## 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)**

**Prezes Agencji rekomenduje** przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki POChP, szkoleń dla personelu medycznego i szkoleń dla pracodawców, badań przesiewowych z wykorzystaniem spirometrii oraz interwencji antynikotynowej.

#### **Uzasadnienie**

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to heterogenna choroba płuc charakteryzująca się przewlekłym występowaniem objawów ze strony układu oddechowego (duszność, kaszel, odkrztuszanie płwociny), z powodu nieprawidłowości w drogach oddechowych (zapalenie oskrzeli/zapalenie oskrzelików) i/lub w pęcherzykach płucnych (rozedma płuc), które powodują stałe, często postępujące ograniczenia przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP jest palenie tytoniu.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące POChP, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- działań edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem: szkodliwości palenia tytoniu, pyłów zawieszonych oraz bezpośrednich skutków zdrowotnych POChP skierowanych do populacji osób z grup ryzyka POChP;
- szkoleń dla pracodawców, w ramach których przekazywane będą zalecane metody zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko występowania POChP u pracowników<sup>1</sup>;
- szkoleń dla personelu medycznego w zakresie m.in.: prowadzenia profilaktyki POChP, minimalnej interwencji antynikotynowej i komunikacji z pacjentem uzależnionym od nikotyny;
- lekarskiej wizyty diagnostycznej nakierowanej na identyfikację osób z grupy wysokiego ryzyka POChP;
- badań przesiewowych z wykorzystaniem spirometrii w populacji osób z grup ryzyka, przejawiających objawy POChP<sup>2</sup>;
- interwencji antynikotynowej skierowanej do osób, używających wyrobów tytoniowych.

Dostępne dane epidemiologiczne, wytyczne praktyki klinicznej oraz dowody naukowe wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w omawianym zakresie. Należy podkreślić, że nie odnaleziono bezpośrednich zaleceń, które wskazywałyby na celowość prowadzenia badań

<sup>1</sup> Z wyłączeniami określonymi w rozdziale 5.

<sup>2</sup> Z wyłączeniami określonymi w rozdziale 5.

przesiewowych ukierunkowanych na POChP w populacji ogólnej, a diagnostyka z wykorzystaniem spirometrii jest zalecana u pacjentów z objawami sugerującymi obecność choroby i obciążonych czynnikami ryzyka. POChP stanowi istotny problem zdrowotny w polskiej populacji ze względu na: rozpowszechnienie, nieswoisty obraz kliniczny nieodbiegający od innych chorób układu oddechowego oraz możliwe następstwa zdrowotne.

Z danych CBOS wynika, że w Polsce co piąta osoba jest nałogowym palaczem, co determinuje podwyższone ryzyko wystąpienia omawianej jednostki chorobowej. Palenie tytoniu może prowadzić nie tylko do wystąpienia POChP ale również innych chorób o groźnych konsekwencjach zdrowotnych m.in. raka płuca czy udaru mózgu. W efekcie zasadnym jest wprowadzenie do PPZ elementu interwencji antynikotynowej.

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych finansowany jest „Program profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, jednak z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że jest on realizowany przez 57 świadczeniodawców, a liczba placówek w poszczególnych województwach jest zróżnicowana (najwięcej województwo mazowieckie (12), w łódzkim, opolskim, podkarpackim i podlaskim brak realizatora). Ponadto od 2022 roku w ramach opieki koordynowanej prowadzonej w podstawowej opiece zdrowotnej pacjenci mogą skorzystać ze świadczenia „Diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc”. Z danych NFZ wynika, że świadczenia opieki koordynowanej są dostępne prawie w każdym powiecie w kraju.

Programy polityki zdrowotnej prowadzone przez JST mogą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych oraz dotychczas realizowanych programów profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny). Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

## 1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Główną przyczyną tego stanu jest obecność nieprawidłowości w drogach oddechowych lub w płucach, które są wywołane narażeniem na szkodliwe pyły, dymy lub gazy. Do najczęstszych objawów POChP należą: przewlekły kaszel, przewlekłe odksztuszanie płwociny oraz duszności, a w przypadku chorych na ciężkie POChP może wystąpić utrata kondycji, utrata łaknienia, pogorszenie nastroju lub depresja bądź lęk. Najistotniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP jest palenie tytoniu (ok. 80% przypadków), a około 10-20% przypadków związanych jest z zawodowym narażeniem na pyły i gazy drażniące. W związku z tym najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniom i progresji choroby jest zaprzestanie palenia tytoniu, a także unikanie biernego palenia oraz narażenia na zanieczyszczenia powietrza i inne czynniki ryzyka.

Rozpoznanie POChP należy rozważyć u każdego pacjenta, u którego występuje duszność, przewlekły kaszel lub płwocina i/lub narażenie na czynniki ryzyka choroby w wywiadzie. W tym kontekście do postawienia diagnozy niezbędne jest badanie spirometryczne — badanie konieczne do rozpoznania i monitorowania POChP. W wytycznych GOLD kryterium rozpoznania POChP jest wartość wskaźnika  $FEV_1$  (natężona objętość wydechu pierwszosekundowa)/FVC (natężona pojemność życiowa) po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela na poziomie 0,7. Ocena stopnia odwracalności obturacji dróg oddechowych po przyjęciu leku rozkurczającego oskrzela, może być przydatna w różnicowaniu z astmą oraz rozpoznawaniu nakładania się astmy i POChP. Na podstawie wskaźnika  $FEV_1$  klasyfikuje się ciężkość obturacji dróg oddechowych. Wśród badań obrazowych w kierunku POChP wymienia się: RTG klatki piersiowej i tomografię komputerową wysokiej rozdzielczości (TKWR). Uzależnienie od nikotyny przeważnie ocenia się za pomocą 10 punktowego testu zależności od nikotyny wg Fagerströma (wynik w przedziale 0-3 pkt to brak lub słabe uzależnienie od tytoniu, 4-6 pkt średnie, a 7-10 pkt silne).

Rokowanie w POChP zależy od wielu czynników, takich jak stopień zaawansowania choroby, wiek pacjenta, obecność innych schorzeń oraz styl życia, zwłaszcza palenie tytoniu. Ryzyko zgonu chorego rośnie wraz z ilością i ciężkością zaostrzeń. U chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia POChP, ryzyko zgonu w ciągu 5 lat wynosi ok. 50%. Średnia długość życia pacjentów z POChP może się różnić, ale odpowiednie leczenie i zmiany stylu życia mogą znacznie poprawić jego jakość i wydłużyć czas przeżycia.

Z dostępnych danych wynika, że POChP występuje u około 10% ogólnej populacji, a jej częstość wzrasta z wiekiem: u osób po 65. roku życia wynosi około 14%, a po 70. roku życia nawet 50%. Choroba częściej diagnozowana jest u mężczyzn niż u kobiet.

Z prognozy epidemiologicznej dla Polski na lata 2020-2034 wynika, że współczynnik chorobowości związanej z POChP od 1990 roku stale rośnie i przewidywany jest dalszy jego wzrost w kolejnych latach (2 669/100 tys. w 1990 roku; 4 011/100 tys. w 2025 roku i 4 434/100 tys w 2034 roku). Dane BASiW wskazują, że w 2023 roku w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) udzielono 505 578 porad z rozpoznaniem „Inna przewlekła zaporowa choroba płuc (J44)”, a w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) 443 252 porad z tym rozpoznaniem. Głównym czynnikiem ryzyka wpływającym na współczynnik zgonów z powodu POChP w 2021 roku było palenie tytoniu (9,78/100 tys.), które przyczyniło się do 50,71% zgonów z powodu omawianej choroby. Pozostałe czynniki ryzyka to zanieczyszczenie powietrza (5,43/100 tys.), nieprawidłowa temperatura otoczenia (3,16/100 tys.) oraz czynniki związane z wykonywanym zawodem (2,43/100 tys.).

Z badania przeprowadzonego na początku 2025 roku przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP-PIB) wynika, że odsetek osób palących codziennie w grupie 20–39 lat wynosi 29,3% mężczyzn i 22,6% kobiet, 40–59 lat 34,5% u mężczyzn oraz 25,0% u kobiet, 60–74 lata dotyczy 25,7% mężczyzn i 17,4% kobiet, natomiast w grupie wiekowej 75+ 6,3% mężczyzn i 6,2% kobiet. Istotnym zagadnieniem jest również stosowanie zamienników tradycyjnych wyrobów tytoniowych tj. e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, saszetki z nikotyną, tytoń do żucia. Najwyższy odsetek użytkowników odnotowano wśród osób w wieku 20–39 lat. Żaden z respondentów w wieku 75 lat i więcej nie zadeklarował stosowania elektronicznych wyrobów tytoniowych. Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet najczęściej stosowanie zamienników wyrobów tytoniowych obserwuje się w grupie o najgorszej sytuacji finansowej.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 zawierają analizę w zakresie obciążenia poradni specjalistycznych podczas ścieżki leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi, z której wynika, że w latach 2009-2018, większość pacjentów z POChP otrzymujących świadczenie zdrowotne w AOS

kontynuowało opiekę specjalistyczną, a 22% pacjentów zgłosiło się po kolejne świadczenia do lekarza POZ.

## 2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2025), Konsensus Polskich Konsultantów Krajowych (KPKK 2024), Government of British Columbia (GBC 2024), Lung Foundation Australia (LFA 2024), United States Preventive Services Task Force (USPSTF 2022). Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2018), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2018), American Academy of Family Physicians (AAFP 2017), Guidelines and Protocols Advisory Committee (GPAC 2017), Centers for Disease Control and Prevention and National Institute for Occupational Safety and Health (CDC/NIOSH 2015), Interdisciplinary Association for Research in Lung Disease (AIMAR 2014), Polskie Towarzystwo Chorób Płuc (PTChP 2014).

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

### Badania przesiewowe

- Wytyczne nie zalecają prowadzenia badań przesiewowych w kierunku POChP w populacji osób bezobjawowych (GOLD 2025, GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024, USPSTF 2022).
- Zaleca się prowadzenie diagnostyki POChP wśród pacjentów, u których występują objawy sugerujące obecność choroby oraz obciążonych czynnikami ryzyka, tj. osób palących (GOLD 2025, GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024, RACGP 2018, AAFP 2017), a także narażonych na ciągłą ekspozycję na występujące w środowisku pracy pyły zawieszinowe (NICE 2018, GPAC 2017, AIMAR 2014, PTChP 2014).
- Badaniem wykorzystywanym w diagnostyce POChP jest spirometria (GOLD 2025, GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024, LFA 2019, NICE 2018, GPAC 2017, AIMAR 2014, PTChP 2014).

### Profilaktyka oraz czynniki ryzyka POChP

- Palenie wyrobów tytoniowych (w tym także bierne palenie) stanowi główny czynnik ryzyka POChP (GOLD 2025, KPKK 2024, LFA 2024, USPSTF 2022). Wśród innych czynników wymienia się narażenie na zanieczyszczenie powietrza oraz ekspozycję zawodową na toksyczne lotne związki organiczne (GOLD 2025, USPSTF 2022, NICE 2018, GPAC 2017, AIMAR 2014, PTChP 2014). Ponadto czynnikami ryzyka są nawracające infekcje dróg oddechowych, obciążający wywiad w dzieciństwie, dodatni wywiad rodzinny w kierunku POChP (KPKK 2024).
- Zaprzestanie palenia oraz unikanie narażenia na modyfikowalne czynniki ryzyka wskazywane są przez towarzystwa naukowe jako kluczowe elementy profilaktyki POChP (zarówno w zakresie zapobiegania wystąpieniu choroby, jak i zahamowania jej progresji) (GOLD 2025, LFA 2024, USPSTF 2022, GOLD 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, GPAC 2017, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014, PTChP 2014).

### Interwencje antynikotynowe oraz działania informacyjno-edukacyjne

- Każdą osobę palącą należy zachęcać do porzucenia nałogu (niezależnie od tego, czy zdiagnozowano u niej POChP). W tym celu personel medyczny powinien realizować minimalną interwencję antynikotynową (tzw. metodę „5p”) oraz oferować kompleksowy program rzucania palenia, obejmujący terapię behawioralną i farmakoterapię (GOLD 2025, GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024, USPSTF 2022, PTChP 2014).
- Każdy pacjent z POChP wymaga edukacji w zakresie: istoty choroby, postępowania niefarmakologicznego i farmakologicznego, techniki inhalacji, postępowania w przypadku zaostrzeń, diagnostyki i leczenia schorzeń współistniejących (KPKK 2024).
- Istnieje potrzeba prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, szkodliwości palenia tytoniu oraz skutków zdrowotnych nieleczzonego POChP. Zaleca się edukowanie dzieci w wieku szkolnym i nastolatków w celu zapobiegania rozpoczęcia przez nie palenia tytoniu (LFA 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, USPSTF 2016, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014).

### Pozostałe zalecenia

- Regularna aktywność fizyczna stanowi istotny element w procesie leczenia POChP (GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024).

- Większość wytycznych wskazuje na potrzebę realizacji szczepień ochronnych wśród pacjentów z POChP, w celu zmniejszenia ryzyka zaostrzenia choroby. Zalecenia obejmują szczepienia przeciwko: grypie, pneumokokom, krztuścowi (Tdap), COVID-19, półpaścowi oraz RSV (GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024).
- Pacjentom należy zapewnić dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej w celu poprawy jakości życia i wydolności wysiłkowej oraz zmniejszenia zaostrzeń POChP (GBC 2024, LFA 2024).

### 3. Dowody naukowe

Do analizy włączono 26 publikacji: w tym 22 odnalezionych w ramach aktualizacji (21 metaanaliz, 1 przegląd systematyczny) oraz 4 ujętych w poprzedniej rekomendacji (2 przeglądy systematyczne, 2 przeglądy systematyczne z metaanalizą), które stanowią zbiorcze podsumowanie dowodów pierwotnych.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

#### 3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

##### Badania przesiewowe w kierunku POChP

- Badania przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii dla przyjętego punktu odcięcia:
  - $FEV_1/FEV_6 < 0,73$  czułość 73,4% (95%CI: 0,560; 0,857), swoistość 89% (95%CI: 0,795; 0,944);
  - $FEV_1/FEV_6 < 0,77$  czułość 78,4% (95%CI: 0,623; 0,888), swoistość 87,1% (95%CI: 0,739; 0,942) (Choi 2022).
- Badania przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii: czułość 79% (95%CI: 73,2; 84,7), swoistość 84,4% (95%CI: 68,9; 93,0) (Haroon 2015); czułość 51%-53%, swoistość 90%-93% (Blake 2016).
- Przenośne spirometry we wstępnym diagnozowaniu POChP, osiągają czułość i swoistość na poziomie 85% [95%CI: 0,81; 0,88] (Zhou 2022).
- Badanie spirometryczne bez próby rozkurczowej przy przyjęciu punktu odcięcia:
  - $FEV_1/FEC < 0,70$  - wskaźnik wyników fałszywie dodatnich 9,1%, a fałszywie ujemnych 21,8%;
  - $< 0,70-0,80$  - wskaźnik wyników fałszywie dodatnich w zakresie 0-28,6%, a fałszywie ujemnych 7,9-67,4% (Choi 2022).
- Badanie spirometryczne w połączeniu z edukacją może wpłynąć na wzrost odsetka osób decydujących się na ograniczenie palenia tytoniu o 6,7%-13,6% (Blake 2016).
- Kwestionariusz wykrywający POChP - czułość 66% [95%CI: 0,63; 0,69], swoistość 86% [95%CI: 0,85; 0,86] (Gu 2021).
- Nie wykazano istotnie statystycznego wpływu tworzenia stref wolnych od palenia w ograniczaniu liczby hospitalizacji z powodu POChP (Matos 2017).

##### Czynniki ryzyka

- Osoby, u których występowały duszności nieobturacyjne mają istotnie statystycznie zwiększone ryzyko wystąpienia POChP o 41% – RR=1,41 (95%CI: 1,08; 1,83) (Hou 2024).
- Istotnie statystycznie zwiększoną szansę na wystąpienie POChP mają:
  - pracownicy budowlani narażeni na zanieczyszczenie powietrza w miejscu pracy OR=2,42 (95%CI: 1,62; 3,59) (Narayanasamy 2024);
  - osoby narażone na dym tytoniowy w postaci tzw. „biernego palenia” OR=2,25 (95%CI: 1,40; 3,62) (Chen 2023).
- Wyższe całkowite spożycie błonnika w diecie istotnie statystycznie zmniejsza ryzyko wystąpienia POChP o 28% – RR=0,72 (95%CI: 0,64; 0,80) (Valisoltani 2023).
- Zdrowe wzorce żywieniowe są istotnie statystycznie powiązane z redukcją ryzyka (szansy) wystąpienia POChP OR=0,88 (95%CI: 0,82; 0,94) – badania przekrojowe, RR=0,56 (95%CI: 0,37; 0,84) – badania kohortowe (Parvizian 2020).
- Każdy wzrost o 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  stężenia  $\text{SO}_2$  i  $\text{NO}_2$  w pomieszczeniach istotnie statystycznie zwiększa ryzyko wystąpienia POChP o 1,6% – RR=1,016 (95%CI: 1,012; 1,021) (Chen 2022).
- Obecność nieobturacyjnego przewlekłego zapalenia oskrzeli istotnie statystycznie zwiększa zarówno ryzyko (o 44%), jak i szansę wystąpienia POChP – RR=1,44 (95%CI: 1,13; 1,85) (Wu 2022).

### Interwencje antynikotynowe

- Zaprzestanie palenia przez pacjentów z POChP istotnie statystycznie poprawia funkcje płuc oraz wyniki wskaźników duszności średnio o:
  - 6,72 (95%CI: 4,55; 8,89) – FEV<sub>1</sub>/Pre;
  - 6,82 (95%CI: 5,09; 8,54) – FEV<sub>1</sub>/FVC;
  - -0,49 (95%CI: -0,95; -0,02) – mMRC (ang. modified Medical Research Council ang. modified Medical Research Council);
  - 64,46 (95%CI: 14,60; 114,32) – 6MWT (test 6-minutowego marszu);
  - 1,96 (95%CI: 1,03; 2,89) – PaO<sub>2</sub> (ciśnienie parcjalne tlenu we krwi) (Wang 2024).

### Aktywność fizyczna

- Trening interwałowy kończyn dolnych o wysokiej intensywności (HIIT), w porównaniu do standardowego postępowania, znacząco wpływa na poprawę wyniku testu 6-minutowego marszu (6MWT), parametrów szczytowej wydajności pracy (W<sub>peak</sub>) i szczytowej wentylacji minutowej (VE) oraz poziomu duszności i jakości życia u pacjentów z POChP (Qiao 2025).
- Nieprzerywane treningi wytrzymałościowe o umiarkowanej i wysokiej intensywności, w porównaniu do standardowego postępowania, istotnie wpływają na poprawę 6MWT i W<sub>peak</sub>. Trening o umiarkowanej intensywności znacząco poprawia jakość życia pacjentów z POChP (Qiao 2025).
- Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu wykonywania treningu mięśni oddechowych przez pacjentów ze stabilną POChP na poprawę wyniku 6MWT, poziomu duszności (zarówno podczas wysiłku, jak i w życiu codziennym) oraz jakości życia (Huang 2024).
- Interwencje składające się z ćwiczeń fizycznych ogółem wykazały istotny statystycznie pozytywny wpływ na siłę mięśni obwodowych – SMD=3,48 (95%CI: 1,81; 5,15); wynik testu 6MWT – MD=12,76m (95%CI: 11,69; 13,82) oraz maksymalną wydolność fizyczną mierzoną jako maksymalny pobór tlenu (VO<sub>2peak</sub>) – MD=1,82 ml/kg/min (95%CI: 0,62; 3,02), wśród pacjentów ze stabilną POChP (Li 2021).

### Edukacja

- Przegląd 38 RCT dotyczących interwencji edukacyjnych wśród specjalistów ochrony zdrowia mających kontakt z pacjentami chorymi na POChP w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej, wykazał ograniczone dowody na efektywność takich interwencji (Cross 2022).
- Wykorzystanie dialogu motywującego w opiece nad pacjentem z POChP wpływa istotnie statystycznie na poprawę parametrów FEV<sub>1</sub> – MD=0,22 [95%CI: (0,17; 0,27)], pojemności życiowej płuc – MD=0,25 [95%CI: (0,10; 0,39)] oraz jakości życia – SMD=-1,18 [95%CI: (-1,64; -0,72)] (Wang 2022).
- Prawdopodobieństwo ograniczenia palenia tytoniu przez palaczy wzrasta w przypadku:
  - edukacji prowadzonej przez lekarza o 66 % - RR=1,66 (95%CI: 1,42; 1,94);
  - edukacji na zasadzie konsultacji telefonicznej, o 63% - RR=1,63 (95%CI: 1,23; 1,50);
  - edukacji prowadzonej przez pielęgniarki, o 28% - RR=1,28% (95%CI: 1,18-1,38) (Ontario 2010).

#### 4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych w ramach profilaktyki POChP zalecana jest realizacja: działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących modyfikowalnych czynników ryzyka POChP, szkoleń pracowników medycznych, a także badania przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii wśród pacjentów z grup ryzyka wystąpienia POChP. Wśród pacjentów ze stabilną POChP towarzystwa rekomendują prowadzenie działań leczniczych, tj. interwencji antynikotynowych, ćwiczeń fizycznych, rehabilitacji pulmonologicznej, szkoleń pracowników medycznych z zakresu opieki nad pacjentami z POChP. Ponadto wskazuje się na zasadność popularyzacji szczepień ochronnych wśród pacjentów z POChP (np. przeciwko grypie).

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm) w ramach opieki koordynowanej realizowane jest świadczenie „Diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc” obejmujące: poradę kompleksową; badania diagnostyczne: (spirometria, spirometria z próbą rozkurczową), konsultacje specjalistyczne; porady edukacyjne; konsultacje dietetyczne. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie NFZ świadczenia opieki koordynowanej są dostępne prawie w każdym powiecie w kraju <https://koordynowana.nfz.gov.pl/>

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357, z późn. zm.) są dostępne badania spirometria oraz pulsoksymetria.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 188 z późn. zm.), finansowany jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”, który między innymi nastawiony jest na poradnictwo antynikotynowe nie tylko użytkowników tytoniu, ale także nowatorskich wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych. Zgodnie z danymi NFZ program jest realizowany przez 57 świadczeniodawców z tym, że w województwach łódzkim, opolskim, podkarpackim i podlaskim brak jest placówki realizującej omawiany program.

## **5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji**

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

### **5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ**

#### **5.1.1 Dane epidemiologiczne**

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

#### **5.1.2 Opis obecnego postępowania**

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

### **5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji**

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym

postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

### 5.2.1 Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie POChP, wśród ...% uczestników działań edukacyjnych.

\* wyjaśnienie symbolu „...%” znajduje się w ramce powyżej.

### 5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród ...%\* personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia POChP.

5.2.2.2 Podniesienie poziomu wiedzy u ...%\* pracodawców na temat palenia tytoniu jako czynnika ryzyka POChP w miejscu pracy.

5.2.2.3 Zadeklarowanie w trakcie trwania programu chęci zaprzestania lub ograniczenia użytkowania wyrobów nikotynowych, wśród .....%\* uczestników skierowanych na interwencję antynikotynową.

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

\* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

### 5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	<p>Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.1.	<p>Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.2.	<p>Odsetek pracodawców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich pracodawców, którzy wypełnili pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby pracodawców z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby pracodawców, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób. Wynik wyrażony w procentach).</i></p>

Cel	Miernik
5.2.2.3.	<p>Odsetek osób, które zadeklarowały chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych względem wszystkich osób korzystających z konsultacji antynikotynowych.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób, które zadeklarowały chęć ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych do liczby wszystkich osób używających wyroby nikotynowe biorących udział w interwencji antynikotynowej. Wynik wyrażony w procentach).</i></p>
5.2.2.4.	<p>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.</p> <p><i>(Iloraz osób którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę lub leczenie w ramach NFZ w stosunku do wszystkich uczestników interwencji badanie przesiewowe. Wynik wyrażony w procentach).</i></p>

### 5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

#### 5.3.1 Populacja docelowa

- Edukacja skierowana jest do osób z grup ryzyka POChP (wskazane w wytycznych – patrz rozdział 2; dowodach naukowych – patrz rozdział 3).
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe, w zależności od grupy ryzyka). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Szkolenia dla pracodawców skierowane są do wszystkich pracodawców z terenu realizacji programu, u których w zakładach pracy zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów (zapis można pominąć jeśli nie ma na terenie realizacji takich zakładów pracy) lub zatrudniających osoby korzystające z wyrobów tytoniowych.
- Szkolenia personelu medycznego skierowane do personelu medycznego zatrudnionego w placówkach opieki zdrowotnej z terenu realizacji programu.
- Badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii skierowane do osób z grup ryzyka (wskazane w wytycznych – patrz rozdział 2; dowodach naukowych – patrz rozdział 3), u których w oparciu o wizytę diagnostyczną stwierdzono objawy POChP w tym m.in. przewlekły kaszel, duszności lub obniżoną wydolność płucną; albo osoby, które przebyły choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli.

- Interwencja antynikotynowa skierowana do osób z grup ryzyka (wskazane w wytycznych – patrz rozdział 2; dowodach naukowych – patrz rozdział 3), u których w oparciu o wizytę diagnostyczną stwierdzono nałogowe palenie wyrobów tytoniowych.

### 5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

**UWAGA:** Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wyłączenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

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

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	Osoby z grup ryzyka (Czynniki ryzyka: rozdział 2 i rozdział 3 niniejszej rekomendacji).	Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat.
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny (np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej) w tym w szczególności zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat</li> <li>• Wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.</li> </ul>
Szkolenia dla pracodawców	Pracodawcy, u których zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.	Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat.
Lekarska wizyta diagnostyczna	Osoby z grup ryzyka (Czynniki ryzyka: rozdział 2 i rozdział 3 niniejszej rekomendacji).	Pozostawanie pod opieką poradni pulmonologicznej.
Badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii	Osoby, u których w ramach lekarskiej wizyty diagnostycznej stwierdzono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• objawy POChP w tym przewlekły kaszel, duszności wysiłkowe lub obniżona wydolność płucna, przewlekły kaszel, przewlekłe odkruszanie płwociny, albo</li> <li>• przebycie choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby ze stwierdzonym POChP</li> <li>• Osoby z innymi stwierdzonymi chorobami układu oddechowego, które mogą wpływać na wyniki badania przesiewowego m.in. rak płuca</li> <li>• Osoby, które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych, i uzyskały wynik <math>FEV_1/FVC &gt; 0,8</math></li> <li>• Dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki POChP*.</li> </ul> <p>* W przypadku przeprowadzania badań diagnostycznych będących</p>

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
		świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi z budżetu państwa należy unikać podwójnego finansowania świadczeń w ramach programu
Interwencja antynikotynowa	Osoby, u których w ramach lekarskiej wizyty diagnostycznej potwierdzono konsumpcję/korzystanie z wyrobów tytoniowych.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby pozostające pod opieką poradni leczenia uzależnień</li> <li>• Osoby, które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych.</li> </ul>

### 5.3.3 Planowane interwencje

*W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.*

**ETAP: EDUKACJA** (GOLD 2025, GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024, USPSTF 2022, KPKK 2024, LFA 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, USPSTF 2016, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014, PTChP 2014, Cross 2022, Wang 2022, Ontario 2010, eksperci kliniczni).

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ośrodki Pomocy Społecznej, organizacje samorządowe), które są już zaangażowane w profilaktykę POChP na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej.
- Działania informacyjno-edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.
- Zaleca się przekazywanie informacji na temat dostępności prowadzonego przez JST programu oraz korzyści płynących z udziału w tym programie.
- Działania informacyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu. Proces ten może obejmować stworzenie listy osób kwalifikujących się do lekarskiej wizyty diagnostycznej, do których kierowane będą działania rekrutacyjne np.: kontakt telefoniczny (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzenie naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (np. lokalne ośrodki zdrowia, apteki, ośrodki terapii uzależnień).
- Do prowadzenia działań promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/ pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. grafik informujących o prowadzeniu działań edukacyjnych.
- Przykładowe formy prowadzenia działań edukacyjnych to wykład, szkolenie i warsztaty, konferencja, a także kampanie społeczne (np.: telewizja, radio, media społecznościowe); materiały informacyjne (np. ulotki, plakaty). Dodatkowo dopuszcza się możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla rozmówcy) nt. profilaktyki POChP w zakresie:
  - przyczyny, objawy, przebieg choroby, postępowanie w przypadku zaostrzeń (KPKK 2024, eksperci kliniczni);

- główne czynniki zwiększające ryzyko POChP, np. palenie wyrobów tytoniowych oraz stała ekspozycja na pyły i gazy (KPKK 2024, LFA 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014);
- ryzyka związane z pojawieniem się chorób współtowarzyszących POChP m.in. raka płuca, oraz ich diagnostyka i leczenie (KPKK 2024, eksperci kliniczni);
- możliwe sposoby leczenia POChP obejmujące postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne, korzyści wynikające z wczesnej diagnozy i leczenia (KPKK 2024, LFA 2019);
- szkody wynikające z palenia wyrobów tytoniowych (CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014) i korzyści z odzwyczajania się od nałogu palenia (CDC/NIOSH 2015, eksperci kliniczni). Podkreślanie, że zaprzestanie palenia tytoniu wpływa na ograniczenie śmiertelności wśród pacjentów z POChP (LFA 2024);
- zachęcanie wszystkich uzależnionych od tytoniu do porzucenia lub ograniczenia nałogu (GOLD 2025, GBC 2024, USPSTF 2022, CDC/NIOSH 2015);
- zachęcanie do szczepień m.in.: p/grypie, pneumokokom, SARS-COVID-2 (KPKK 2024, LFA 2024, GOLD 2025);
- promowanie aktywności fizycznej (KPKK 2024), zdrowego odżywiania, kontroli masy ciała (GBC 2024, LFA 2024, AIMAR 2014, eksperci kliniczni);
- informowanie o możliwości skorzystania ze świadczeń realizowanych ze środków publicznych.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką POChP np. breloki, magnesy, książki.
- W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (np. dostęp z dnia 17.10.2025 r.):
  - Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych-w-tym-przewleklej-obturacyjnej-choroby-pluc-pochp->  
<https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych>  
<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/pochp-zawalcz-o-swoje-pluca>  
[https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/aktualnosci/aktualnosci\\_oddzialow/ulotka\\_pochp\\_9.11.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/aktualnosci/aktualnosci_oddzialow/ulotka_pochp_9.11.pdf)  
<https://szkolpacjent.ezdrowie.gov.pl/programy-profilaktyczne/wiem-wiecej-o-pochp>  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjIza7P3oKPAXWPHXcKHRiwEQMQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.nfz.gov.pl%2Fdownload%2Fgfx%2Fnfz%2Fpl%2Fdefaultstronaopisowa%2F1097%2F13%2F1%2Fprzewlekla\\_obturacyjna\\_choroba\\_pluc\\_opieka\\_koordynowana\\_wytyczne\\_konsultantow\\_krajowych\\_-\\_16.02.2024.pdf&usq=AOvVaw2T3SkwWhleUdbMMi9H55RU&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjIza7P3oKPAXWPHXcKHRiwEQMQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.nfz.gov.pl%2Fdownload%2Fgfx%2Fnfz%2Fpl%2Fdefaultstronaopisowa%2F1097%2F13%2F1%2Fprzewlekla_obturacyjna_choroba_pluc_opieka_koordynowana_wytyczne_konsultantow_krajowych_-_16.02.2024.pdf&usq=AOvVaw2T3SkwWhleUdbMMi9H55RU&opi=89978449)
  - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH  
<https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/zalecenia-dietetyczne-w-leczeniu-astmy-i-przewleklej-obturacyjnej-choroby-pluc-pochp/>
  - Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne  
<https://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarno-epidemiologiczne>
  - W przypadku realizacji szkoleń dla pracodawców należy zapoznać się i skorzystać z istniejących materiałów dotyczących tej tematyki, m.in.: o opracowanej przez CDC rekomendacji w zakresie ograniczania palenia tytoniu w miejscu pracy – „Implementing a Tobacco-Free Campus Initiative in Your Workplace”.

**ETAP: SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO** (GOLD 2025, KPKK 2024, LFA 2024, AIMAR 2014, PTChP 2014, Han 2023)

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Szkolenia mogą być prowadzone w formie np. e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji.
- Dodatkowo zaleca się realizację działań edukacyjnych w formie szkoleń (np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje) skierowanych do:
- Podczas szkoleń należy:
  - przedstawić rekomendowane przez wytyczne metody profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia POChP (AIMAR 2014). Ponadto należy zwracać uwagę, na konieczność monitorowania stanu pacjenta podczas wizyt kontrolnych (ocena objawów, zaostrzeń i stosowania się do zaleceń) (KPKK 2024, LFA 2024);
  - omówić czynniki ryzyka (AIMAR 2014);
  - 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 (GOLD 2025);
  - realizować szkolenia z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej oraz leczenia uzależnienia od nikotyny;
  - w celu przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej stosować zestaw pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” 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 (GOLD 2025, Han 2023, PTChP 2014);
  - 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. Należy podkreślić 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 (KPKK 2024);

**ETAP: SZKOLENIA DLA PRACODAWCÓW** (RACGP 2018, CDC/NIOSH 2015, PTChP 2014)

- W uzasadnionych przypadkach, podmiot opracowujący projekt Programu Polityki Zdrowotnej, może odstąpić od realizacji szkolenia dla pracodawców. Rezygnacja z opisanej interwencji powinna być oparta wyłącznie na istotnych przesłankach, np. jeśli na terenie realizacji programu nie znajdują się zakłady pracy ze zidentyfikowaną obecnością niebezpiecznych substancji i pyłów. Rezygnacja ze szkoleń dla pracodawców powinna zostać wyczerpująco uzasadniona w opisie programu. W przypadku podjęcia decyzji o rezygnacji z realizacji omawianego etapu należy pominąć w opisie programu PPZ określonych w treści niniejszej rekomendacji celów szczegółowych nr 5.2.2.2 oraz odpowiadających im mierników efektywności oraz wskaźników monitorowania i ewaluacji. Nie jest możliwa rezygnacja z pozostałych elementów określonych w treści niniejszej rekomendacji.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Szkolenia mogą być prowadzone w formie np. e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji.
- Podczas szkoleń informuje się uczestników o:

- o szkodliwości palenia, czynnikach ryzyka chorób płuc oraz konieczności wprowadzania całkowitego zakazu palenia na terenie zakładu pracy;
- o konieczności tworzenia stref wolnych od palenia oraz istotności ochrony pracowników przed biernym paleniem;
- o dostępności do programów zdrowotnych przeciwdziałających paleniu oraz POChP;
- o możliwości wdrożenia pracowniczych programów służących wspieraniu osób podejmujących decyzje o zaprzestaniu lub ograniczeniu palenia tytoniu (CDC/NIOSH 2015);
- o zasadności wprowadzania bezpiecznych technologii produkcyjnych - ograniczających emisje szkodliwych odpadów, ograniczenia spalania substancji organicznych, poprawy wentylacji pomieszczeń, a także automatyzacji i hermetyzacji procesów produkcyjnych o zwiększonej emisji szkodliwych pyłów i produktów (PTChP 2014);
- o profilaktyce wtórnej, która powinna obejmować: indywidualne środki ochronne (m.in. maski, hełmy izolujące), poprawę organizacji pracy, rotację pracowników na szczególnie szkodliwych stanowiskach, monitorowanie zanieczyszczeń powietrza (PTChP 2014), ograniczenia ekspozycji na czynniki drażniące w miejscu pracy (RACGP 2018).

**ETAP: LEKARSKA WIZYTA DIAGNOSTYCZNA** (GOLD 2025, KPKK 2024, LFA 2024, 2019, USPSTF 2022, NICE 2018, RACGP 2018, Hou 2024, Wang 2024, Qiao 2025).

- Podczas wizyty lekarz przeprowadza wywiad w celu potwierdzenia przynależności do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia POChP (Czynniki ryzyka: rozdział 2 i rozdział 3 niniejszej rekomendacji).
- W wywiadzie należy zwrócić uwagę na obecność podstawowych objawów POChP jak: utrata wagi, spadek kondycji, duszności, przebudzenia nocne spowodowane dusznościami, obrzęk stawu skokowego, zmęczenie, ból w klatce piersiowej, krwioplucie bądź odkrztuszanie (NICE 2018, LFA 2019, 2024).
- Podczas wizyty należy zebrać informacje dotyczące palenia tytoniu (USPSTF 2022), 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.
- Do określenia stopnia uzależnienia od nikotyny, zaleca się wykorzystać kwestionariusz Fagerströma oraz indeks ciężkości palenia (HSI, ang. heaviness of smoking index) (GOLD 2025).
- W przypadku stwierdzenia, że u uczestnika występują duszności zaleca się określić ich ciężkość (LFA 2019). W tym celu można wykorzystać np. skalę nasilenia duszności mMRC<sup>3</sup> (modified Medical Research Council) (KPKK 2024, Hou 2024, Wang 2024, Qiao 2025).
- Na podstawie wywiadu należy dostosować dalsze postępowanie. W przypadku:
  - o osób, u których występują objawy POChP (przewlekły kaszel, duszności wysiłkowe lub obniżona wydolność płucna, przewlekły kaszel, przewlekłe odkruszanie płwociny (KPKK 2024)) albo przebyli choroby wpływające na wydolność płucną, w tym przewlekłe zapalenie oskrzeli – uczestnik zostanie skierowany na badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii (realizowane w ramach programu lub w ramach świadczeń gwarantowanych, jeśli są dostępne na terenie realizacji programu). Ponadto lekarz przekaze uczestnikowi informacje na czym polega spirometria oraz o sposobie przygotowania się do badania (forma ustna i pisemna);
  - o osób, u których stwierdzono nałogowe używanie wyrobów tytoniowych - uczestnik zostanie skierowany na interwencję antynikotynową;
  - o pozostałych osób – uczestnik otrzyma informację o podstawowych metodach profilaktyki POChP w formie broszury.

---

<sup>3</sup> Skala mMRC punktacja mieści się w zakresie od 0 (duszność wyłącznie podczas znacznego wysiłku) do 4 (duszność spoczynkowa uniemożliwiająca samodzielne wykonanie czynności dnia codziennego lub opuszczenie domu)

**ETAP: BADANIA PRZESIEWOWE Z WYKORZYSTANIEM SPIROMETRII** (GOLD 2025, GBC 2024, KPKK 2024, LFA 2024, LFA 2019, NICE 2018, GPAC 2017, AIMAR 2014, PTChP 2014, Choi 2022, Zhou 2022, Blake 2016, eksperci kliniczni).

Interwencja jest realizowana tylko w przypadku braku dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki POChP, na terenie realizacji programu.

#### Badanie laboratoryjne

- Wykonanie badania spirometrycznego.
- Wynik jest przedstawiany, interpretowany i omawiany z pacjentem w czasie wizyty kontrolnej.

#### Wizyta kontrolna

- Podczas wizyty kontrolnej zostanie przeprowadzona interpretacja wyniku badania przesiewowego i uczestnik uzyska zalecenia odnośnie dalszego postępowania.
- W oparciu o wynik badania przesiewowego z wykorzystaniem spirometrii, należy dostosować dalsze postępowanie.
- W przypadku wyniku  $FEV_1/FVC < 0,7$  – prawdopodobieństwo obecności POChP (KPKK 2024, LFA 2024, LFA 2019, GPAC 2017, AAFP 2017). Uczestnik kierowany będzie do POZ lub AOS w celu dalszej diagnostyki poza programem. Uczestnik powinien być także 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 w formie np. broszury, a także zalecenie o kontakt z lekarzem POZ w celu poszukiwania innych przyczyn objawów obserwowanych w kierunku POChP negatywna.

**ETAP: INTERWENCJA ANTNIKOTYNOWA** (GOLD 2025, GBC 2024, USPSTF 2022, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014 PTChP 2014, Han 2023).

- Interwencja antynikotynowa jest prowadzona w formie indywidualnego spotkania.
- Podczas interwencji przeprowadza się z uczestnikiem rozmowę opartą na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej („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 (GOLD 2025, Han 2023, PTChP 2014).
- Zakres konsultacji i pomocy w rzuceniu nałogu powinien obejmować:
  - przekazanie informacji nt. metod i sposobów rzucania palenia/zaprzestania używania wyrobów nikotynowych;
  - szkód wynikających z palenia wyrobów tytoniowych i korzyści z rzucenia palenia (CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014, eksperci kliniczni);
  - wdrożenie interwencji nacelowanej 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 (GOLD 2025, GBC 2024, USPSTF 2022, CDC/NIOSH 2015);
  - 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 palić;
  - zaplanowanie leczenia farmakologicznego z uwzględnieniem informacji nt. stosowania i dawkowania przepisanych leków wspomagających rzucenie nałogu.
- W przypadku stwierdzenia braku motywacji bądź chęci do walki z nałogiem należy zidentyfikować powody oraz uświadomić pacjenta o zagrożeniach wynikających z kontynuacji stosowania wyrobów tytoniowych. Ponadto należy zaproponować pacjentowi co najmniej ograniczenie i zmniejszenie

szkodliwości palenia w ramach „redukcji szkód”. W tym celu zaleca się omówienie z pacjentem możliwości skorzystania wyłącznie z produktów leczniczych zawierających nikotynę, z uwzględnieniem informacji, że:

- produkty te mogą być stosowane jako całkowity lub częściowy substytut tytoniu (nikotyny), zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej;
  - stosowanie tych produktów pomaga również uniknąć palenia kompensacyjnego i zwiększa szansę na zaprzestanie użytkowania wyrobów nikotynowych w dłuższej perspektywie;
  - lepsze jest zastosowanie farmakoterapii przy jednoczesnym zmniejszeniu ilości użytkowanych wyrobów nikotynowych niż kontynuacja palenia na obecnym poziomie;
  - licencjonowane produkty zawierające nikotynę mogą być stosowane tak długo, jak długo pomagają powstrzymać ich przed powrotem do poprzedniego poziomu palenia/korzystania z wyrobów nikotynowych;
  - alternatywne sposoby przyjmowania nikotyny, które nie są produktami leczniczymi dostępnymi w aptekach (tj. podgrzewacze tytoniu, e-papierosy, nikotyna syntetyczna), nie mogą być wykorzystywane w ramach „redukcji szkód”.
- Uczestnicy są informowani 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 w ramach rekomendacji Prezesa Agencji (np. 1/2023).
  - Na zakończenie interwencji zaleca się ponowne określenie stopnia uzależnienia od nikotyny, z wykorzystaniem kwestionariusza Fagerströma oraz HSI. Na podstawie wyników, określających w skali punktowej stopień uzależnienia od nikotyny (0-3 niski, 4-6 średni, 7-10 wysoki) uczestnikowi zostaną przedstawione możliwości uzyskania poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza programem wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa, Poradnia Pomocy Pałacym. Uczestnik otrzymuje informację o zalecanym dalszym postępowaniu poza programem, którym jest samodzielne skorzystanie z wybranej przez niego formy pomocy.

#### 5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

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.

#### 5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- 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.

## 5.4 Organizacja PPZ

### 5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
- 2 Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3 Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

### 5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

*W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.*

*W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.*

*Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.*

Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Edukacja	Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. POChP.
Szkolenia dla personelu medycznego	Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie pulmonologii) posiadający 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.

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Szkolenia dla pracodawców	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. POChP.
Lekarska wizyta diagnostyczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce POChP, lub</li> <li>• Lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.</li> </ul>
Badanie przesiewowe	<p>Wykonanie badania spirometrycznego – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.</p> <p>Wizyta kontrolna – lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce POChP,</p>
Interwencja antynikotynowa	Lekarz, pielęgniarka, psycholog kliniczny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, edukator zdrowotny, specjalista zdrowia publicznego lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu (wymagane jest przeszkolenie z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu).

## 5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

### 5.5.1 Monitorowanie

*Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.*

*W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.*

*Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.*

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba pracodawców, którzy zdecydowali się wziąć udział w zaplanowanych szkoleniach;
- liczba pracodawców, którzy zadeklarowali wprowadzenie w zakładzie pracy działań zmierzających do ograniczenia wpływu niebezpiecznych substancji i pyłów na pracowników;
- 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 końcowej/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.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

## 5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób, u których doszło do wzrostu/utrzymania poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat profilaktyki POChP;
- odsetek osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego u których doszło do wzrostu/utrzymania poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- odsetek osób uczestniczących w szkoleniach dla pracodawców, u których doszło do wzrostu/utrzymania poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- odsetek pracodawców decydujących się na wprowadzenie w zakładzie pracy całkowitego zakazu palenia tytoniu i/lub utworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego.
- 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 oraz HSI.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości na choroby POChP w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe);

- porównanie współczynnika zapadalności na POChP w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe).

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

## 5.6 Budżet PPZ

*W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.*

*Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.*

### 5.6.1 Koszty jednostkowe

*Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.*

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostycznej;
- koszt przeprowadzenia badania spirometrycznego;
- koszt wizyty kontrolnej;
- koszty przeprowadzenia interwencji antynikotynowej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
<b>Koszty pośrednie</b>				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie <sup>4</sup> projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym			

<sup>4</sup> Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
	ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego” ... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla pracodawców” ... (wyszczególnienie działań)			
4	Koszt przeprowadzenia etapu „Lekarska wizyta diagnostyczna” ... (wyszczególnienie działań)			
5	Koszt przeprowadzenia etapu „Badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii” ... (wyszczególnienie działań)			
6	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja antynikotynowa” ... (wyszczególnienie działań)			
....				
<b>SUMA</b>				

### 5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

### 5.6.3 Źródła finansowania

*Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).*

#### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 97/2025 z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących Profilaktyki Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc. Raportu nr OT.434.6.2025 Profilaktyka Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc; data ukończenia: czerwiec 2025

*Z upoważnienia Prezesa*

**ZASTĘPCA PREZESA**

**Anna Kowalczuk**

*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Piśmiennictwo**

<b>Opinia RP</b>	Opinii Rady Przejrzystości nr 97/2025 z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących Profilaktyki Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc.
<b>Raport</b>	Raport nr OT.434.6.2025 Profilaktyka Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc; data ukończenia: czerwiec 2025
<b>Źródła rekomendacji</b>	
<b>KPKK2024</b>	Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (2024). Wytyczne konsultanta krajowego alergologii, konsultanta krajowego medycyny rodzinnej oraz prezydenta Polskiego Towarzystwa Alergologicznego dotyczące diagnostyki i leczenia astmy u dorosłych w POZ, z uwzględnieniem opieki koordynowanej z dnia 16 lutego 2024. Pozyskano z: <a href="https://ptmr.info.pl/astma-i-pochp-wytyczne/">https://ptmr.info.pl/astma-i-pochp-wytyczne/</a> , dostęp z 12.05.2025
<b>GOLD 2025</b>	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2025). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2025 report). Pozyskano z: <a href="https://goldcopd.org/2025-gold-report/">https://goldcopd.org/2025-gold-report/</a> , dostęp z 09.05.2025
<b>GBC 2024</b>	Government of British Columbia (2024). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Diagnosis and Management. Pozyskano z: <a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/copd">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/copd</a> , dostęp z 09.05.2025
<b>LFA 2024</b>	Yang I. A., George J., McDonald C. F. et al. (2024). The COPD-X Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2024. Pozyskano z: <a href="https://copdx.org.au/copd-x-plan/">https://copdx.org.au/copd-x-plan/</a> , dostęp z 09.05.2025
<b>USPSTF 2022</b>	Mangione C. M., Barry M. J., Nicholson W. K. et al. (2022). Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. JAMA. 327(18): 1806-1811
<b>LFA 2019</b>	Yang, I. A., Brown, J. L., George, J., Jenkins, S., McDonald, C. F., McDonald, V. M., ... & Dabscheck, E. (2019). COPD-X Australian and New Zealand guidelines for the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: 2017 update. Medical Journal of Australia, 207(10), 436-442.
<b>ENSP 2018</b>	Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z <a href="http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf">http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf</a> , dostęp z 17.06.2020
<b>NICE 2018</b>	National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. Clinical Guideline, 101, 23.
<b>RACGP 2018</b>	Abbott, P., Belfrage, M., Chang, A. B., Coleman, J., Couzos, S., Fitzpatrick, J., ... & Pestell, C. (2018). National Aboriginal Community Controlled Health Organisation and The Royal Australian College of General Practitioners. National guide to a preventive health assessment for Aboriginal and Torres Strait Islander people: Evidence base.
<b>AAFP 2017</b>	Gentry, S., & Gentry, B. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management. American family physician, 95(7), 433-441
<b>GPAC 2017</b>	Guidelines & Protocols Advisory Committee (2017). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Diagnosis and Management. Pozyskano z: <a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bcguidelines/copd">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bcguidelines/copd</a> Dostęp z: 02.03.2020
<b>CDC/NIOSH 2015</b>	Castellan, R. M., Chosewood, L. C., Trout, D., Wagner, G. R., Weissman, D. N., Caruso, C. C., ... & McCrone, S. H. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies
<b>AIMAR 2014</b>	Bettoncelli, G., Blasi, F., Brusasco, V., Centanni, S., Corrado, A., De Benedetto, F., ... & Mereu, C. (2014). The clinical and integrated management of COPD. An official document of AIMAR (interdisciplinary association for research in lung disease), AIPO (Italian association of hospital pulmonologists), SIMER (Italian society of respiratory medicine), SIMG (Italian society of general medicine). Multidisciplinary respiratory medicine, 9(1), 25.
<b>PTChP 2014</b>	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.
<b>Źródła dowodów pierwotnych</b>	

<b>Chen 2022</b>	Chen Z., Liu N., Tang H. et al. (2022). Health effects of exposure to sulfur dioxide, nitrogen dioxide, ozone, and carbon monoxide between 1980 and 2019: A systematic review and meta-analysis. <i>Indoor air</i> . 32(11): e13170
<b>Chen 2023</b>	Chen P., Li Y., Wu D. et al. (2023). Secondhand Smoke Exposure and the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.</i> 18: 1067-1076
<b>Choi 2022</b>	Choi N., Jang S., Yoo K. H. et al. (2022). The Effectiveness and Harms of Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J. Korean Med. Sci.</i> 37(14): e117
<b>Cross 2022</b>	Cross A. J., Thomas D., Liang J. et al. (2022). Educational interventions for health professionals managing chronic obstructive pulmonary disease in primary care. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5(5): CD012652
<b>Gu 2021</b>	Gu Y., Zhang Y., Wen Q. et al. (2021). Performance of COPD population screener questionnaire in COPD screening: a validation study and meta-analysis. <i>Ann. Med.</i> 53(1): 1198-1206
<b>Han 2023</b>	Han M., Fu Y., Ji Q. et al. (2023). The effectiveness of theory-based smoking cessation interventions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. <i>BMC Public Health.</i> 23(1): 1510
<b>Hou 2024</b>	Hou Y., Wu F., Fa, H. et al. (2024). Association of non-obstructive dyspnoea with all-cause mortality and incident chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review and meta-analysis. <i>BMJ Open Respir. Res.</i> 11(1): e001933
<b>Li 2021</b>	Li P., Li J., Wang Y. et al. (2021). Effects of Exercise Intervention on Peripheral Skeletal Muscle in Stable Patients With COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front. Med (Lausanne).</i> 8: 766841
<b>Narayanasamy 2024</b>	Narayanasamy N., Josyula L. (2024). Occupational Exposure to Air Pollutants and Higher Risk of COPD in Construction Workers: A Meta-Analysis Study. <i>Indian J. Occup. Environ. Med.</i> 28(4): 313-318
<b>Parvizian 2020</b>	Parvizian M. K., Dhaliwal M., Li J. et al. (2020). Relationship between dietary patterns and COPD: a systematic review and meta-analysis. <i>ERJ Open Res.</i> 6(2): 00168-2019
<b>Qiao 2025</b>	Qiao Z., Kou Z., Zhang J. et al. (2025). Optimal intensity and type of lower limb aerobic training for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and network meta-analysis of RCTs. <i>Ther. Adv. Respir. Dis.</i> 19: 1753466625132319
<b>Valisoltani 2023</b>	Valisoltani N., Ghoreishy S. M., Imani H. et al. (2023). Fiber intake and risk of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and dose response meta-analysis. <i>Food. Sci. Nutr.</i> 11(11): 6775-6788
<b>Wang 2022</b>	Wang C., Liu K., Sun X. et al. (2022). Effectiveness of motivational interviewing among patients with COPD: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. <i>Patient Educ. Couns.</i> 105(11): 3174-3185
<b>Wang 2024</b>	Wang Z., Qiu Y., Ji X. et al. (2024). Effects of smoking cessation on individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis. <i>Front Public Health.</i> 12: 1433269
<b>Wu 2022</b>	Wu F., Fan H., Liu J. et al. (2022). Association Between Non-obstructive Chronic Bronchitis and Incident Chronic Obstructive Pulmonary Disease and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front. Med. (Lausanne).</i> 8: 805192
<b>Zhou 2022</b>	Zhou J., Li X., Wang X. et al. (2022). Accuracy of portable spirometers in the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease A meta-analysis. <i>NPJ Prim. Care Respir. Med.</i> 32 (1): 15
<b>Haroon 2015</b>	Haroon, S., Jordan, R., Takwoingi, Y., & Adab, P. (2015). Diagnostic accuracy of screening tests for COPD: a systematic review and meta-analysis. <i>BMJ open</i> , 5(10), e008133
	Blake 2016 Guirguis-Blake, J. M., Senger, C. A., Webber, E. M., Mularski, R. A., & Whitlock, E. P. (2016). Screening for chronic obstructive pulmonary disease: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. <i>Jama</i> , 315(13), 1378-1393.
<b>Matos 2017</b>	Rando-Matos, Y., Pons-Vigues, M., López, M. J., Cordoba, R., Ballve-Moreno, J. L., Puigdomenech-Puig, E., ... & Trujillo, J. M. (2017). Smokefree legislation effects on respiratory and sensory disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>PloS one</i> , 12(7).
<b>Ontario 2010</b>	Secretariat, M. A. (2010). Population-based smoking cessation strategies: a summary of a select grou
<b>Problem zdrowotny/epidemiologia</b>	
<b>BASiW 2025</b>	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026 - Analizy. Pozyskano z: <a href="https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/">https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/</a> , dostęp z 12.05.2025
<b>MPZ 2022</b>	Ministerstwo Zdrowia (2021). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. Pozyskano z: <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf">https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf</a> , dostęp z 12.05.2025

<b>MZ 2025</b>	Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: <a href="https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11">https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11</a> , dostęp z 9.05.2025
----------------	--