

Projekt "P"

z dnia 23.08.2024r.
DRUK NR 90

UCHWAŁA NR
RADY MIASTA TORUNIA
z dnia 2024 r.

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028”

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 609, z późn. zm.¹⁾) i art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji w Gminie Miasta Toruń „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Torunia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Torunia

Łukasz Walkusz

Prezydent Miasta Torunia

Paweł Gulewski

PRZEWODNICZĄCA
Miejskiego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Toruniu

mgr Renata Opalińska

Zastępca
Prezydenta Miasta Torunia

Dagmara Zielińska

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 721.

AKCEPTUJĘ
Prezydent Miasta Torunia

Załącznik
do uchwały nr
Rady Miasta Torunia
z dnia r.

Paweł Gulewski

Toruń, dn.



Program polityki zdrowotnej
w zakresie
profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń
na lata 2024–2028

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2024 poz. 146)

Toruń, listopad 2023 r.
aktualizacja: marzec 2024 r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Opracowanie dokumentu na zlecenie Gminy Miasta Toruń
dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
01-738 Warszawa,
ul. Izabelli 16/12
www.pubhealth.pl

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	7
I.1. Opis problemu zdrowotnego	7
I.2. Dane epidemiologiczne	8
I.3. Opis obecnego postępowania	13
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	18
II.1. Cel główny	18
II.2. Cele szczegółowe	18
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	18
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	19
III.1. Populacja docelowa	19
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	21
III.3. Planowane interwencje	24
1. Rekrutacja uczestników	24
2. Kwalifikacja do działań w ramach programu	24
3. Szkolenia dla personelu medycznego	24
4. Działania informacyjno-edukacyjne	24
5. Szkolenia dla pracodawców	25
6. Lekarska wizyta diagnostyczna	26
7. Interwencja antynikotynowa:	26
8. Badania spirometryczne:	27
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	28
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	28
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	30
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	30
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	31
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	33
V.1. Monitorowanie	33
V.2. Ewaluacja	34
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	36
VI.1. Koszty jednostkowe	36
VI.2. Koszty całkowite	36
VI.3. Źródła finansowania	38
VII. Bibliografia	40
VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora	42
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	42
b. Zgoda na udział w programie - wzór	43
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór	44

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Spis tabel:

Tabela 1. Uczestnicy programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na grupy wiekowe - etap podstawowy	16
Tabela 2. Docelowa populacja całościowa programu.....	21
Tabela 3. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu	36
Tabela 4. Planowany roczny budżet programu w zł.	37
Tabela 5. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.	37
Tabela 6. Roczne koszty realizacji programu w podziale na kategorie.....	38

Spis rycin:

Rycina 1. Ranking województw – czynnik ryzyka – tytoń	9
Rycina 2. Ranking województw – czynnik ryzyka – tytoń -odchylenie od średniej krajowej	10
Rycina 3. Udział czynników ryzyka w POChP w 2019 roku w województwie kujawsko-pomorskim.....	10
Rycina 4. Wartości wskaźników dla problemu zdrowotnego „Przewlekła obturacyjna choroba płuc” dla województwa kujawsko-pomorskiego - zgony	11
Rycina 5. Wartości wskaźników dla problemu zdrowotnego „Przewlekła obturacyjna choroba płuc” dla województwa kujawsko-pomorskiego – zgony - odchylenie od średniej krajowej	11
Rycina 6. Chorobowość, zapadalność i zgony na J44 wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na płeć zbiorczo za lata 2020 – 2023.....	13
Rycina 7. Realizatorzy programu profilaktycznego POChP w Gminie Miasta Torunia.....	15
Rycina 8. Piramida wieku mieszkańców Torunia, 2021 rok	19

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Słowniczek

AAFP	American Academy of Family Physicians
AIMAR	Interdisciplinary Association for Research in Lung Disease
AOS	ambulatoryjna opieka zdrowotna
CDC/NIOSH	Centers for Disease Control and Prevention and National Institute for Occupational Safety and Health
DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
GICOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GPAC	Guidelines and Protocols Advisory Committee
JST	jednostka samorządu terytorialnego
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
LFA	Lung Foundation Australia
MPZ	mapy potrzeb zdrowotnych
MZ	Minister Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PTChP	Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
RACGP	The Royal Australian College of General Practitioners
RM	rezonans magnetyczny
TK	tomografia komputerowa
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji

Program został przygotowany na podstawie Rekomendacji nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku 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).

Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 69/2020 z dnia 30 marca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” oraz Raportu nr OT.423.6.2018 pn. „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy)”, data ukończenia raportu: maj 2020.

Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146) 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. 2017 poz. 2476).

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

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.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania jest palenie tytoniu, które jest odpowiedzialne za około 80% przypadków.

Według szacunków Global Burden of Disease (GBD) co roku ponad 8 mln ludzi na świecie umiera z powodu chorób odtyniowych. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest również palenie bierne. W Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2018 r. palenie tytoniu zostało wskazane jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych. W 2020 r. 22,3% światowej populacji używało tytoniu, w tym 36,7% ogólnej populacji mężczyzn i 7,8% kobiet.

Do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet), a wynik ten ma tendencję zwykłą względem lat poprzednich. Nałogowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25% ogółu). Najwięcej palących jest wśród osób bezrobotnych (34% ogółu) oraz gospodyń domowych (39%).

W Polsce co piąta osoba (21%) jest nałogowym palaczem, kolejne 26% stanowią byli palacze, a 5% to tzw. palacze okazjonalni. 48% osób oznajmiło, że nigdy nie paliło, natomiast 26% osób, to osoby, które rzuciły palenie. Najwięcej palaczy jest wśród mężczyzn między 45 a 54 r.ż. (41%) oraz kobiet między 55 a 64 r.ż. (31%). Najmniejsze tendencje do palenia tytoniu wykazują natomiast kobiety w wieku 18-24 lat (13%) oraz mężczyźni w wieku powyżej 65 r.ż. (20%) (na podstawie raportu Nr 104/2019 z badań CBOS).

U chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia POChP, ryzyko zgonu w ciągu 5 lat wynosi ok. 50%. Do najczęstszych objawów POChP należą: przewlekły kaszel, przewlekłe odkształcenie płuc oraz duszności. Chorzy na ciężkie POChP mogą się skarżyć na utratę kondycji, utratę łaknienia, szybką utratę masy ciała oraz pogorszenie nastroju lub inne objawy depresji bądź lęku.

W niektórych wytycznych zaleca się rozpoznawanie POChP na podstawie FEV₁/FVC, czyli tzw. testu Tiffeneau¹. Natomiast na podstawie 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 się astmy i POChP.

Wśród badań obrazowych w kierunku POChP wymienia się: RTG klatki piersiowej i tomografię komputerową wysokiej rozdzielczości (TKWR). TKWR jest pomocne w przypadku wątpliwości

¹ FEV₁ – zwana nasiloną pierwszosekundową objętością wydechową. Jest objętością powietrza, którą badany jest w stanie wydymać z płuc podczas pierwszej sekundy badania
FVC – Nasiloną pojemność życiowa, czyli objętość płuc od najgłębszego wydechu do maksymalnego wdechu
FEV₁/FVC – tzw. Test Tiffeneau to iloraz dwóch poprzednich parametrów, który pozwala ocenić, czy stwierdzone w spirometrii zaburzenia są wynikiem obturacji, czyli zwężenia oskrzeli, co jest główną przyczyną POChP

diagnostycznych. Pozwala rozpoznać typ rozedmy, nasilenie i lokalizację zmian rozedmowych oraz wykryć towarzyszące rozstrzenie² oskrzeli.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniom na POChP i progresji choroby jest zaprzestanie palenia tytoniu. Ważne jest także unikanie biernego palenia oraz narażenia na zanieczyszczenia powietrza i inne czynniki ryzyka.

Najczęściej uzależnienie od nikotyny ocenia się za pomocą 10 punktowego testu zależności od nikotyny wg Fagerströma. Wynik testu w przedziale 0-3 pkt. oznacza brak lub słabe uzależnienie od tytoniu, wynik 4-6 pkt. średnie, a 7-10 pkt. silne uzależnienie od tytoniu.

1.2. Dane epidemiologiczne

Dostępne dane epidemiologiczne i rekomendacje wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w ww. zakresie. 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.

Zgodnie z aktualnymi mapami potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Polsce jest tytoń, znajdujący się od 1990 r. na pierwszym miejscu. Według szacunków GBD w 2019 r. palenie i spożywanie tytoniu przyczyniło się do 83 tys. zgonów w Polsce (w tym 56 tys. wśród mężczyzn i 27 tys. wśród kobiet), a corocznie palenie i spożywanie tytoniu prowadzi do utraty ponad 2 mln lat życia w zdrowiu (disability adjusted life years, DALY's).

W 2018 roku w Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc chorowało 1 294 594 osoby. Najwyższy współczynnik zapadalności na POChP wskazano w województwie łódzkim ($675/10^5$), najniższy zaś w województwie podkarpackim ($433/10^5$). Ponadto w województwie łódzkim wykazano także najwyższy wskaźnik chorobowości ($7\ 863/10^5$), najniższy zaś w opolskim ($5\ 255/10^5$).

Szczyt zapadalności na POChP przypada na wiek 65+ zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. W przypadku mężczyzn jest to $929,1/10^5$, a wśród kobiet $513,6/10^5$. Najmniejszą zapadalność na POChP odnotowuje się w przedziale wiekowym <18 r.ż., zarówno w grupie kobiet ($4,9/10^5$) jak i mężczyzn ($7,0/10^5$).

Precyzyjność informacji na temat zgonów spowodowanych POChP nie jest ściśle określona w danych podanych przez Główny Urząd Statystyczny. POChP jest przypisana do grup chorób układu oddechowego, co jest spowodowane brakiem dokładności w opisywaniu przyczyny zgonu. W efekcie dane te mają charakter zbiorczy. GUS wskazuje systematyczny wzrost zgonów (o 53%) z powodu chorób układu oddechowego, zaczynając od roku 1999 (17 923), a kończąc na roku 2022 (30 061).

Zgodnie z danymi CBOS co piąta osoba w Polsce jest nałogowym palaczem, co determinuje podwyższone ryzyko wystąpienia ww. 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 oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2023 poz. 916 z późn. zm.), w Polsce finansowany jest „Program profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej

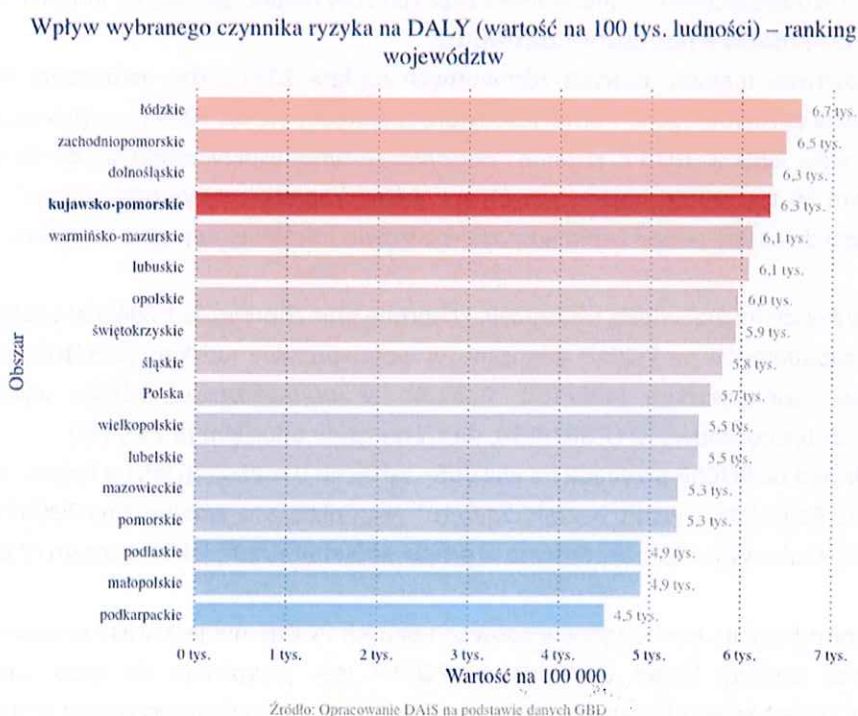
² przewlekła choroba układu oddechowego, w której przebiegu dochodzi do nieodwracalnego rozszerzenia drzewa oskrzelowego

choroby płuc (POChP)”. Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że realizacja programu NFZ w Polsce jest nierównomierna. Niniejszą sytuację mogą poprawić Programy Polityki Zdrowotnej.

Epidemiologia kujawsko-pomorskie

Analizując dane z map potrzeb zdrowotnych udostępnionych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych można zauważyć, iż współczynnik zapadalności na POChP w województwie kujawsko-pomorskim wynosi (według danych za 2018 rok – w nawiasach dane dla Polski) $483/10^5$ ($541/10^5$), wskaźnik chorobowości rejestrowanej $6\,097/10^5$ ($6\,765/10^5$), zaś wskaźnik zgonów z powodu POChP to $342/10^5$ ($391/10^5$) ludności.

Jednocześnie należy wskazać, że województwo kujawsko-pomorskie ma czwarte najwyższe w Polsce współczynniki dotyczące palenia tytoniu, jako czynnika ryzyka występowania POChP – o ponad 11,5% wyższe niż średnia dla całego kraju (rycina 1 i 2).



Rycina 1. Ranking województw – czynnik ryzyka – tytoń

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/czynniki-ryzyka-i-profilaktyka/>

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Województwo	Odchylenie od PL
łódzkie	17,47%
zachodniopomorskie	14,58%
dolnośląskie	11,90%
kujawsko-pomorskie	11,53%
warmińsko-mazurskie	8,11%
lubuskie	7,42%
opolskie	5,33%
świętokrzyskie	4,85%
śląskie	2,21%
wielkopolskie	-2,27%
lubelskie	-2,39%
mazowieckie	-6,21%
pomorskie	-6,43%
podlaskie	-13,38%
małopolskie	-13,42%
podkarpackie	-20,43%

Rycina 2. Ranking województw – czynnik ryzyka – tytoń -odchylenie od średniej krajowej

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/czynniki-ryzyka-i-profilaktyka/>

Tytoń oraz behawioralne czynniki ryzyka stanowią główną przyczynę występowania POChP w populacji mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (rycina 3).



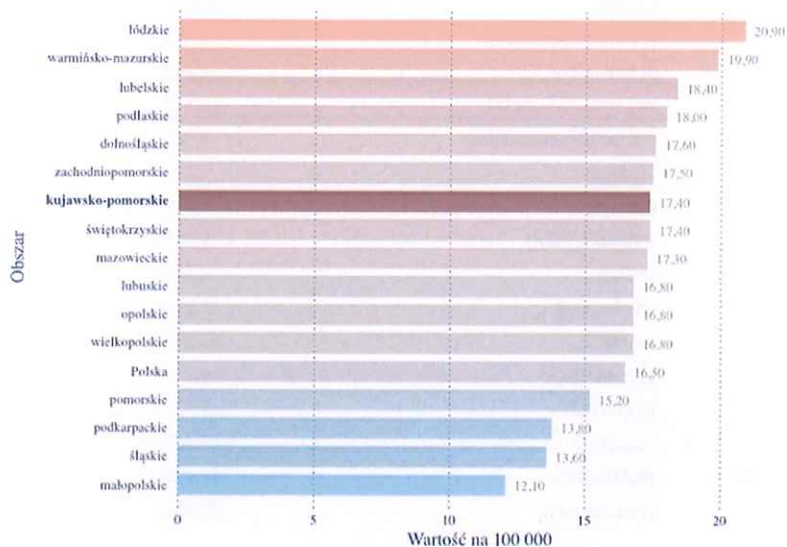
Rycina 3. Udział czynników ryzyka w POChP w 2019 roku w województwie kujawsko-pomorskim

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/czynniki-ryzyka-i-profilaktyka/>

Województwo kujawsko-pomorskie jest na 7 miejscu w Polsce, jeżeli chodzi o liczbę zgonów spowodowanych paleniem tytoniu. Średnia dla tego obszaru jest wyższa o 5,45% niż średnia krajowa (rycina 4 i 5).

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Wpływ wybranego czynnika ryzyka na zgony (wartość na 100 tys. ludności) – ranking województw



Źródło: Opracowanie DAIS na podstawie danych GBD

Rycina 4. Wartości wskaźników dla problemu zdrowotnego „Przewlekła obturacyjna choroba płuc” dla województwa kujawsko-pomorskiego - zgony

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>

Województwo	Odchylenie od PL
Łódzkie	26,67%
warmińsko-mazurskie	20,61%
lubelskie	11,52%
podlaskie	9,09%
dolnośląskie	6,67%
zachodniopomorskie	6,06%
kujawsko-pomorskie	5,45%
świętokrzyskie	5,45%
mazowieckie	4,85%
lubuskie	1,82%
opolskie	1,82%
wielkopolskie	1,82%
pomorskie	-7,88%
podkarpackie	-16,36%
śląskie	-17,58%
małopolskie	-26,67%

Rycina 5. Wartości wskaźników dla problemu zdrowotnego „Przewlekła obturacyjna choroba płuc” dla województwa kujawsko-pomorskiego – zgony - odchylenie od średniej krajowej

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>

Precyzyjność informacji na temat zgonów spowodowanych POChP, jak już wcześniej wspomniano, nie jest ściśle określona w danych podanych przez Główny Urząd Statystyczny. POChP jest przypisana do grup chorób układu oddechowego, co jest spowodowane brakiem dokładności w opisywaniu przyczyny zgonu. GUS wskazuje systematyczny wzrost zgonów z powodu chorób układu oddechowego na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, zaczynając od roku 2019 (1 517 zgonów), a kończąc na roku 2021 (1 703).

Gmina Miasto Toruń

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia wystąpił do Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o przygotowanie informacji dotyczącej zapadalności, chorobowości i śmiertelności dla populacji osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń, w szczegółowych zakresach stanowiących tematykę przygotowywanych programów polityki zdrowotnej.

W odniesieniu do przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wnioskowano o wskazanie danych, będących w posiadaniu Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ, dotyczących kodu ICD-10 J44-inne przewlekłe choroby obturacyjne płuc, za lata 2020-2023, a także informacji dotyczącej realizacji przez OW NFZ programów profilaktycznych w zakresie chorób oddechowych.

Na podstawie analizy pozyskanych informacji wynika, iż POChP diagnozowany jest w populacji osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w każdym przedziale wiekowym. Największy odsetek zapadalności dotyczy kobiet w grupach wiekowych powyżej 65 roku życia, zaś u mężczyzn zwiększona liczba rozpoznań tej choroby pojawia się już w grupie 10 lat młodszej.

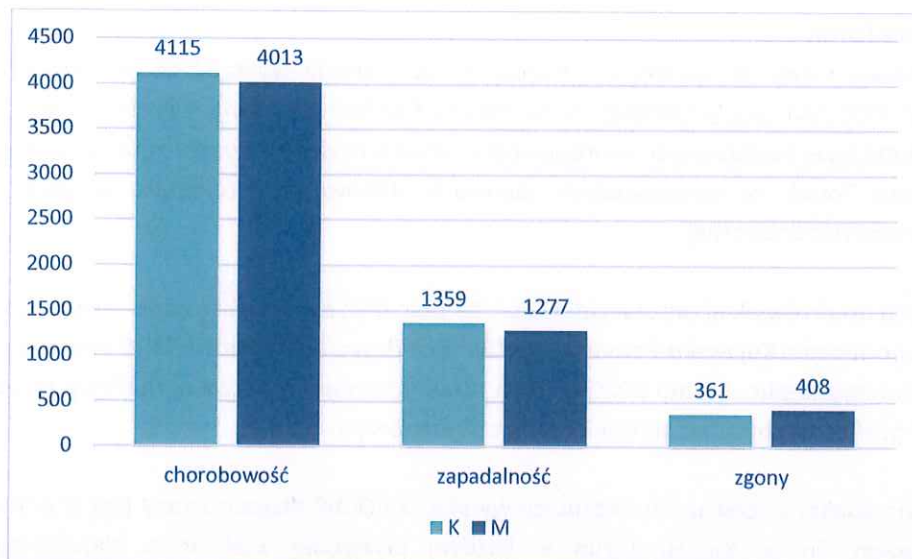
Dane przekazane przez NFZ przyjmowały założenie, że przypadkiem zapadalności jest brak leczenia z danym rozpoznaniem pacjenta w latach poprzednich:

- dla roku 2020 analizowano okres 2019 roku;
- dla roku 2021 analizowano okres 2019-2020;
- dla roku 2022 analizowano okres 2019-2021;
- dla roku 2023 analizowano okres 2019-2022.

Chorobowość poniżej będzie oznaczała liczbę osób ze stwierdzonym w danym okresie rozpoznaniem ICD-10 dotyczącym nowotworu płuca, a zgony to liczba osób, które w danym okresie zmarły z powodu tej jednostki chorobowej.

Według danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ w latach 2020-2023 roku na POChP chorowało łącznie 8 128 osób, co stanowi około 1,28% populacji osób stanowiących grupę docelową dla PPZ. W tym samym okresie stwierdzono 2 636 nowe przypadki rozpoznania POChP. Stwierdzono łącznie 769 zgonów z powodu POChP (rycina 6).

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028



Rycina 6. Chorobowość, zapadalność i zgony na J44 wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na płeć zbiorczo za lata 2020 – 2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ

I.3. Opis obecnego postępowania

Świadczenia gwarantowane NFZ

W ramach świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanej z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427) spirometria jest świadczeniem gwarantowanym w ramach porady POZ.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.) określono, że spirometria oraz pulsoksymetria jest świadczeniem gwarantowanym w ramach ambulatoryjnej porady specjalistycznej.

Należy zwrócić uwagę, że obecnie w ramach medycyny pracy, zakres i częstotliwość badań profilaktycznych określa załącznik 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (Dz.U. 2023 poz. 607). W ww. załączniku noszącym nazwę „Wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników”, m.in. u osób narażonych na pył, w ramach badania wstępnego i okresowego należy przeprowadzić ogólne badanie lekarskie ze zwróceniem uwagi na układ oddechowy. Zalecane badania obejmują: zdjęcie RTG klatki piersiowej, spirometrię oraz badanie poziomu gazów we krwi.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2023 poz. 916 z późn. zm.), finansowany jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. Dokładne warunki prowadzenia programu zostały zawarte w zarządzeniu Nr 111/2022/DSOZ

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne. Warunki realizacji zostały umieszczone w załączniku 6 do ww. zarządzenia.

Według danych pozyskanych bezpośrednio z Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ w latach 2015-2016 zakontraktowany na terenie Gminy Miasta Toruń był 1 program profilaktyki chorób odtytoniowych realizowany w etapie podstawowym.

W latach 2017-2023 były to 2 programy – 1 w etapie podstawowym i 1 w etapie specjalistycznym. Zgodnie z danymi NFZ w 2023 r. działania z zakresu programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) realizowano w 15 placówkach na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Wg stanu z dnia 31 maja 2024 roku, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego realizowano w/w program w 4 placówkach:

Programy profilaktyczne

Wyszukaj miejsca realizujące programy profilaktyczne

Nazwa programu:

Województwo:

Powiat:

Miejscowość:

Ulica:

Nazwa świadczeniodawcy:

[Szukaj](#)

Znaleziono 4 wyniki wyszukiwania

[Drukuj wyniki wyszukiwania](#)

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

<p>Informacje ogólne</p> <p>Szczegóły</p> <p>Mapa</p>	<p>KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY PORADNIA ANTYNIKOTYNOWA</p> <p>ul.SEMINARYJNA 1, 85-326 Bydgoszcz Telefon do rejestracji: +48 52 325 67 38 Telefon do informacji: +48 52 325 67 38 www.kpcp.pl – otwiera się w nowym oknie</p>	<p>Trafność wyszukiwania</p> <p>Godziny otwarcia poradni</p> <table border="1"> <tr><td>pn</td><td>13:00-15:00</td></tr> <tr><td>wt</td><td>12:00-15:00</td></tr> <tr><td>śr</td><td>12:00-17:00</td></tr> <tr><td>czw</td><td>13:00-15:00</td></tr> <tr><td>pt</td><td>14:00-15:30</td></tr> </table>	pn	13:00-15:00	wt	12:00-15:00	śr	12:00-17:00	czw	13:00-15:00	pt	14:00-15:30		
pn	13:00-15:00													
wt	12:00-15:00													
śr	12:00-17:00													
czw	13:00-15:00													
pt	14:00-15:30													
<p>Informacje ogólne</p> <p>Szczegóły</p> <p>Mapa</p>	<p>MIEJSKO-GMINNA PRZYCHODNIA W ŚWIECIU PORADNIA(GABINET) LEKARZA POZ</p> <p>ul.WOJSKA POLSKIEGO 80, 86-100 Świecie Telefon do rejestracji: 0523324445-6 Telefon do informacji: 0523324445-8</p>	<p>Trafność wyszukiwania</p> <p>Godziny otwarcia poradni</p> <table border="1"> <tr><td>pn</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>wt</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>śr</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>czw</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>pt</td><td>08:00-18:00</td></tr> </table>	pn	08:00-18:00	wt	08:00-18:00	śr	08:00-18:00	czw	08:00-18:00	pt	08:00-18:00		
pn	08:00-18:00													
wt	08:00-18:00													
śr	08:00-18:00													
czw	08:00-18:00													
pt	08:00-18:00													
<p>Informacje ogólne</p> <p>Szczegóły</p> <p>Mapa</p>	<p>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - CENTRUM MEDYCZNE "FARMA-MED" W INOWROCŁAWIU PORADNIA LEKARZA POZ (OGÓLNA)</p> <p>ul.NARUTOWICZA 24, 88-100 Inowrocław Telefon do rejestracji: 052 35 35 955 Telefon do informacji: 052 35 35 955</p>	<p>Trafność wyszukiwania</p> <p>Godziny otwarcia poradni</p> <table border="1"> <tr><td>pn</td><td>07:00-21:00</td></tr> <tr><td>wt</td><td>07:00-18:30</td></tr> <tr><td>śr</td><td>07:00-18:00</td></tr> <tr><td>czw</td><td>07:00-18:00</td></tr> <tr><td>pt</td><td>07:00-21:00</td></tr> </table>	pn	07:00-21:00	wt	07:00-18:30	śr	07:00-18:00	czw	07:00-18:00	pt	07:00-21:00		
pn	07:00-21:00													
wt	07:00-18:30													
śr	07:00-18:00													
czw	07:00-18:00													
pt	07:00-21:00													
<p>Informacje ogólne</p> <p>Szczegóły</p> <p>Mapa</p>	<p>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRAKTYKA RODZINNA - MÓJ LEKARZ" S.C. CZAJA-MITURA IZABELA, CZAJA NORMAN PORADNIA LEKARZA POZ</p> <p>ul.KOPERNIKA 8, 87-300 Brodnica Telefon do rejestracji: 56-49-302-10 Telefon do informacji: 56-49-302-10</p>	<p>Trafność wyszukiwania</p> <p>Godziny otwarcia poradni</p> <table border="1"> <tr><td>pn</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>wt</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>śr</td><td>08:00-18:00</td></tr> <tr><td>czw</td><td>08:00-15:30-13:00-17:00</td></tr> <tr><td>pt</td><td>08:00-17:00</td></tr> <tr><td>sob</td><td>09:00-12:00</td></tr> </table>	pn	08:00-18:00	wt	08:00-18:00	śr	08:00-18:00	czw	08:00-15:30-13:00-17:00	pt	08:00-17:00	sob	09:00-12:00
pn	08:00-18:00													
wt	08:00-18:00													
śr	08:00-18:00													
czw	08:00-15:30-13:00-17:00													
pt	08:00-17:00													
sob	09:00-12:00													

Rycina 7. Realizatorzy programu profilaktycznego POChP w Gminie Miasta Torunia

Źródło: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>

Na rok 2024 zakontraktowany przez OW NFZ jest 1 program profilaktyczny – Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – etap specjalistyczny, z którego według przekazanych danych dotychczas mieszkańcy nie korzystali. Konkurs na etap podstawowy na chwilę przygotowywania niniejszego dokumentu nie został jeszcze rozstrzygnięty.

Poniższa tabela (tabela 1) zawiera dane dotyczące osób korzystających z dotychczasowych edycji programów profilaktycznych w zakresie chorób odtytoniowych (w tym POChP) - etap podstawowy.

Tabela 1. Uczestnicy programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) wśród osób zamieszkujących Gminę Miasto Toruń w podziale na grupy wiekowe - etap podstawowy

pleć	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Razem grupa wiekowa
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
18-25	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
26-30	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
31-35	3	2	2	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	12
36-40	2	4	1	2	2	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	18
41-45	6	2	2	9	11	6	2	7	2	4	0	0	0	2	0	0	1	0	54
46-50	6	7	2	8	4	5	4	4	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	45
51-55	14	7	8	3	3	7	5	6	2	3	0	0	0	0	0	1	1	0	60
56-60	26	9	13	12	7	3	3	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85
61-65	24	15	23	12	11	4	10	8	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	111
66-70	2	1	3	1	4	0	0	2	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	18
71-75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
76+	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Razem pleć	85	48	56	47	43	29	25	34	16	13	3	0	0	2	2	1	4	2	
Razem rok	133		103		72		59		29		3		2		3		6		410

Źródło: Kujawsko-Pomorski OW NFZ

Świadczenia ZUS

System ubezpieczeń społecznych w Polsce gwarantuje ochronę ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy. Katalog świadczeń przyznawanych i wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) obejmuje czasową, ale i długoterminową niezdolność do pracy. Gromadzone przez ZUS dane umożliwiają prowadzenie szczegółowych analiz w różnych przekrojach z dokładnością do jednostki chorobowej (wg ICD-10). W 2021 r. w opracowaniach tematycznych pt. „Absencja chorobowa w 2021 r.” 24,6 mln zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 282,5 mln dni absencji chorobowej (z tytułu choroby własnej, opieki nad dzieckiem oraz opieki nad innym członkiem rodziny).

Schorzenia układu oddechowego, w tym również POChP znajdowały się na czwartej pozycji powodów niezdolności do pracy w 2021 roku. Wyszczególniając, absencję chorobową w Polsce z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS najczęściej powodowały:

- ciąża, poród i połóg – 16,5% ogółu liczby dni absencji chorobowej;
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 16,5%;
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 13,1%;
- choroby układu oddechowego – 11,6%;
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 10,5%;
- jednostki chorobowe związane z COVID-19 – 2,3%.

Programy profilaktyki POChP

W ramach EFS POWER (POWR.05.01.00-00-0002/19-00) na terenie województwa małopolskiego i kujawsko-pomorskiego realizowany był program profilaktyki POChP „Weź głęboki oddech”. Program ten był zaplanowany na okres od 01.01.2019 do 31.12.2021 i w swoich założeniach obejmował m.in. działania informacyjno-edukacyjne. Koszt programu wyniósł 1 972 833 PLN.

Wnioski z odnalezionych rekomendacji

Podkreśla się potrzebę prowadzenia badań przesiewowych w kierunku POChP w grupach wysokiego ryzyka z użyciem spirometrii. Do grupy wysokiego ryzyka przynależą osoby u których stwierdza się m.in.: wieloletnie palenie wyrobów tytoniowych, ciągłą ekspozycję na występujące w środowisku pracy pyły zawiesinowe oraz przewlekłe zapalenie oskrzeli (LFA 2019, NICE 2018, GPAC 2017, AIMAR 2014, PTChP 2014).

Zaleca się, aby każdy pacjent z objawami POChP został poddany działaniom przesiewowym, w szczególności osoby przejawiające: utratę oddechu, gwałtowny kaszel z wydzieliną oraz nawracające zapalenia oskrzeli (RACGP 2018, AAFP 2017).

Wskazuje się, że zaprzestanie palenia wyrobów tytoniowych jest podstawowym działaniem w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki POChP (GICOLD 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, GPAC 2017, USPSTF 2016, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014, PTChP 2014):

Wskazuje się także na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, szkodliwości palenia tytoniu oraz skutków zdrowotnych nieleczzonego POChP. Zaleca się także edukowanie młodzieży w celu zapobiegania rozpoczęcia palenia tytoniu przez dzieci w wieku szkolnym i nastolatków (LFA 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, USPSTF 2016, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014).

W ramach działań profilaktycznych lekarze winni stosować u pacjentów minimalną interwencję antynikotynową, zwaną jako 5P (pytaj, poradź, pamiętaj, pomóż, przeprowadź), a w celu oceny stopnia uzależnienia palacza od nikotyny, zastosowali test Fagerströma (GICOLD 2019, PTChP 2014).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 30% uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Miasto Toruń, w latach 2024–2028.

II.2. Cele szczegółowe

- Uzyskanie wzrostu o 20% liczby świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania POChP w ramach programu, wśród uczestników przynależących do grup wysokiego ryzyka.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% personelu medycznego udzielających świadczeń na terenie Gminy Miasto Toruń w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia POChP, w latach 2024–2028.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia POChP, rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Miasto Toruń, w latach 2024–2028.
- Podniesienie wiedzy u 50% pracodawców na temat palenia tytoniu jako czynnika ryzyka POChP w miejscu pracy, rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Miasto Toruń, w latach 2024–2028.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

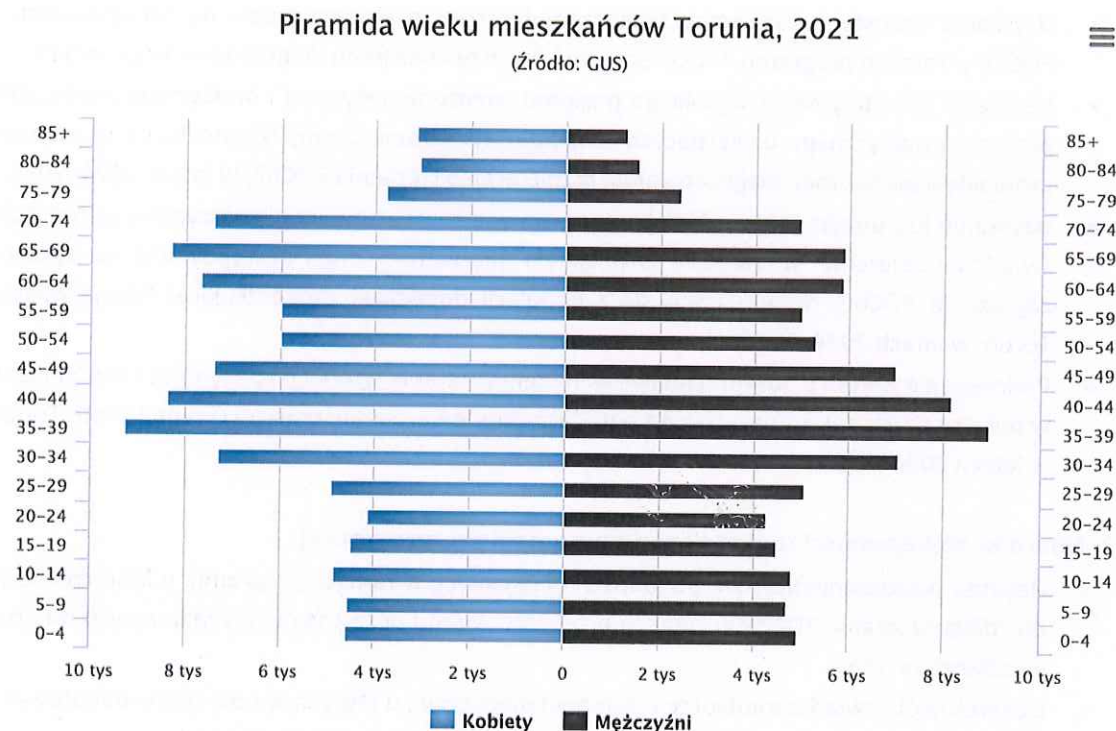
- Odsetek świadczeniobiorców, poddanych diagnostyce w ramach programu, u których doszło do zdiagnozowania POChP w ramach programu, wśród uczestników przynależących do grup wysokiego ryzyka.
- Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- Odsetek pracodawców decydujących się na wprowadzenie w zakładzie pracy całkowitego zakazu palenia tytoniu i/lub utworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego.

Wartości wskaźników określone będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

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

III.1. Populacja docelowa

Gmina Miasto Toruń według danych z ewidencji ludności (stan na 31.03.2024 rok) jest średniej wielkości miastem z liczbą mieszkańców wynoszącą 171 560, z czego 54% stanowią kobiety, a 46% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców zmalała o 6,5%.



Rycina 8. Piramida wieku mieszkańców Torunia, 2021 rok

Źródło: GUS

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Miasto Toruń (od 18 r.ż.) z populacji wysokiego ryzyka wystąpienia chorób wpływających na wydolność płucną, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

Działania edukacyjne i informacyjne kierowane są do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Miasto Toruń.

Działania diagnostyczne będą adresowane do osób wykazujących ryzyka zdrowotne w kierunku możliwości wystąpienia POChP.

Na **szkolenia dla osób z grup ryzyka** kierowane będą osoby zakwalifikowane na podstawie wyników uzyskanych podczas wizyty diagnostycznej, ale jednocześnie nie pozostają pod opieką poradni pulmonologicznej.

Populacja docelowa szczegółowo składa się z poniższych grup przypisanych do konkretnych rodzajów interwencji zaplanowanych w programie:

a) szkolenia dla personelu medycznego

dedykowane są personelowi medycznemu, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: osobami realizującymi działania informacyjno- edukacyjne oraz lekarzom przeprowadzającym wizyty diagnostyczno-terapeutyczne.

b) działania informacyjno-edukacyjne

uczestnikami będą osoby dorosłe przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj.:

- 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.

c) lekarska wizyta diagnostyczna

objęte tym typem interwencji będą osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj.:

- 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.

d) interwencja antynikotynowa

kierowana będzie do osób, u których w oparciu o wizytę diagnostyczną stwierdzono nałogowe palenie wyrobów tytoniowych

e) badanie spirometryczne

do badań będą kwalifikować się osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj.:

- 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.

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2021 roku całkowita populacja osób dorosłych (w wieku od 18 r.ż.) liczy około 159 000 osób. W kolejnych latach będą włączane do niej osoby spełniające kryterium wieku (obecnie mający 15-17 lat), co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie 168 500 osób (dane w tabeli 2).

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Tabela 2. Docelowa populacja całościowa programu.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
85+	3 157	1 284	4 441
80-84	3 083	1 534	4 617
75-79	3 779	2 415	6 194
70-74	7 427	4 962	12 389
65-69	8 304	5 897	14 201
60-64	7 667	5 866	13 533
55-59	5 992	4 994	10 986
50-54	5 986	5 300	11 286
45-49	7 392	6 964	14 356
40-44	8 386	8 164	16 550
35-39	9 266	8 963	18 229
30-34	7 288	7 044	14 332
25-29	4 915	5 056	9 971
20-24	4 140	4 269	8 409
15-19	4 505	4 501	9 006
Razem	91 287	77 213	168 500

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: <https://www.polskawliczbach.pl/Torun>

Adresatami programu będą, w każdym roku realizacji programu, osoby spełniające kryterium wieku, zameldowane na stałe lub czasowo na terenie Gminy Miasta Toruń, dla których jako podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy Miasta Torunia.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

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

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

- wiek powyżej 18 roku życia potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- profilaktyka POChP będzie prowadzona wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Miasta Toruń na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) albo w przypadku, gdy dla podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy Miasta Toruń (za okazaniem stosownego dokumentu lub zaświadczenia);
- oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

Kryteria medyczne włączenia do programu to:

osoby, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników wysokiego ryzyka POChP, tj.:

- osoby palące wyroby tytoniowe;

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

- 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 z programu:

- zdiagnozowana wcześniej POChP i pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej pulmonologicznej;
- osoby z innymi stwierdzonymi chorobami układu oddechowego, które mogą wpływać na wyniki badania przesiewowego m.in. rak płuca;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie Gminy Miasta Toruń lub brak udokumentowania potwierdzającego rozliczanie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla Miasta Toruń;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 lat w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu:

Szkolenia dla personelu medycznego

a) kryteria włączenia:

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

b) 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.

Działania informacyjno-edukacyjne

a) kryteria włączenia:

- wszystkie osoby należące do populacji docelowej;
- pracodawcy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.

b) kryteria wyłączenia:

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

Szkolenia dla pracodawców

a) kryteria włączenia:

pracodawcy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów

b) kryteria wyłączenia:

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

Lekarska wizyta diagnostyczna

a) kryteria włączenia:

Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj.:

- 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.

b) kryteria wyłączenia:

pozostawanie pod opieką poradni pulmonologicznej

Interwencja antynikotynowa

a) kryteria włączenia:

osoby, u których w oparciu o wizytę diagnostyczną stwierdzono nałogowe palenie wyrobów tytoniowych

b) kryteria wyłączenia:

osoby pozostające pod opieką poradni leczenia uzależnień

Badania spirometryczne

a) kryteria włączenia:

Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj.:

- 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.

b) kryteria wyłączenia:

- osoby ze stwierdzonym POChP;
- osoby z innymi stwierdzonymi chorobami układu oddechowego, które mogą wpływać na wyniki badania przesiewowego m.in. rak płuca.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2024 do końca 2028.

III.3. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki POChP.

1. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie wieku i zameldowania/odprowadzania podatku zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

2. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

3. Szkolenia dla personelu medycznego

W ramach PPZ realizowane są szkolenia (minimum 1 na rok) w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami.

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje rozwiązaniami ukierunkowanymi na zapobieganie POChP w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy przeszkolić specjalistów na temat potrzeby skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z POChP przy uwzględnieniu obecnie dostępnych środków.

Należy również podkreślić istotę doradzania rzucenia palenia każdemu pacjentowi.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

4. Działania informacyjno-edukacyjne

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Miasto Toruń i dotyczyć będą przygotowania i dystrybucji materiałów z informacjami na temat programu i dalszego postępowania w przypadku stwierdzenia obecności POChP.

Mogą one mieć charakter około 60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ.

Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej przeciwko POChP.

Elementem działań w ramach tego etapu będzie rozpoczęcie kampanii promocyjnej i działań edukacyjnych nakierowanych na podniesienie świadomości populacji docelowej na temat:

- głównych czynników zwiększających ryzyko POChP, np. palenie wyrobów tytoniowych oraz stała ekspozycja na pyły i gazy;
- korzyści wynikających z wczesnej diagnozy i leczenia, w tym roli wczesnego podjęcia leczenia POChP;
- szkód wynikających z palenia wyrobów tytoniowych;
- ryzyka związanego z pojawieniem się chorób współtowarzyszących POChP m.in. raka płuca.

Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich).

Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:

- „Ogólnopolskiego programu edukacyjnego dotyczącego przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”;
- regionalnego programu „Weź głęboki oddech”;
- programu zdrowotnego „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”.

Działania edukacyjne mogą być stosowane zarówno w populacji wysokiego ryzyka jak i w populacji ogólnej w celu poszerzenia ogólnej wiedzy społeczeństwa na temat POChP i jej skutków zdrowotnych.

Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja mogą być realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

5. Szkolenia dla pracodawców

Działaniami edukacyjnymi powinni być również objęci pracodawcy zakładów pracy, w których obecne są stanowiska pracy z ekspozycją na czynniki ryzyka POChP.

Szkolenia (minimum 1 na rok) powinny realizować określoną tematykę związaną z POChP:

- informacja na temat szkodliwości palenia, czynników ryzyka chorób płuc oraz konieczności wprowadzania całkowitego zakazu palenia na terenie zakładu pracy;
- edukacja na temat konieczności tworzenia stref wolnych od palenia oraz istotności ochrony pracowników przed biernym paleniem;
- informacja na temat dostępności do programów zdrowotnych przeciwdziałających paleniu oraz POChP.

W przypadku realizacji szkoleń dla pracodawców należy zapoznać się i skorzystać z istniejących materiałów dotyczących tej tematyki, m.in.:

- opracowanej przez CDC rekomendacji w zakresie ograniczania palenia tytoniu w miejscu pracy – „Implementing a Tobacco-Free Campus Initiative in Your Workplace”;
- rekomendacji CDC/NIOSH dotyczącej edukacji i interwencji w celu ograniczenia palenia przez pracowników – „Promoting Health and Preventing Disease and Injury through Workplace Tobacco Policies”

6. Lekarska wizyta diagnostyczna

Podczas wizyty diagnostycznej zostanie przeprowadzony wywiad w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia POChP.

W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia POChP.

W wywiadzie należy skupić się na obecności podstawowych objawów obecnych przy ww. chorobie:

- utracie wagi;
- spadku kondycji;
- przebudzeniach nocnych spowodowanych dusznościami;
- obrzęku stawu skokowego;
- zmęczeniu;
- bólu w klatce piersiowej;
- krwiopluciu bądź odkrztuszaniu krwi.

Jeśli stwierdza się u pacjenta obecność duszności, należy określić jej ciężkość.

Osoby, u których wykluczone zostanie podejrzenie choroby zakończą udział w programie.

Działania w ramach PPZ mogą być realizowane we współpracy z ośrodkami wyspecjalizowanymi w leczeniu POChP.

7. Interwencja antynikotynowa:

Interwencja antynikotynowa odbywa się podczas porady lekarskiej lub pielęgniarskiej, przeprowadzanej przez bezpośredni kontakt z uczestnikiem, w czasie indywidualnego spotkania.

Interwencja antynikotynowa opiera się na przeprowadzeniu z uczestnikiem rozmowy opartej na zasadach minimalnej interwencji antynikotynowej obejmująca tzw. „zasady 5xP”:

- Pytaj każdego pacjenta podczas każdej wizyty o nałóg palenia;
- Poradź palaczowi tytoniu, by zaprzestał palenia;

- **Pamiętaj** ocenić stan gotowości do zaprzestania palenia (przy pomocy określonego testu motywacyjnego);
- **Pomóż** palącemu:
 - oceń stopień uzależnienia od nikotyny
 - osobom uzależnionym należy przepisać leczenie
- **Przeprowadź** wizyty kontrolne.

Dodatkowo w ramach przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej, w celu określenia stopnia uzależnienia od tytoniu, przeprowadzony zostanie test Fagerströma. 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 adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza PPZ wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia antynikotynowa, współpraca z Poradnią Pomocy Palącym. Uczestnik otrzymuje informację o zalecanym dalszym postępowaniu poza PPZ, którym jest samodzielne skorzystanie z wybranej przez niego formy pomocy.

Interwencji antynikotynowej towarzyszy przekazanie każdemu uczestnikowi podstawowych informacji na temat szkodliwości palenia oraz roli badania przesiewowego i jego ograniczeń. Edukacja w powyższym zakresie powinna obejmować m.in.:

- palenie tytoniu jako czynnik szkodliwy dla zdrowia;
- palenie tytoniu jako najważniejszy czynnik rozwoju POChP;
- POChP jako jeden z wielu negatywnych skutków palenia tytoniu.

8. Badania spirometryczne:

Wykonanie badania spirometrycznego.

O prawdopodobnej obecności POChP u pacjenta będzie świadczył wynik badania spirometrycznego na poziomie $FEV1/FVC < 0,7$.

W ramach interwencji uczestnik otrzymuje informacje na temat wyniku spirometrii. Istotne jest także poinformowanie uczestnika, że wynik dodatni nie oznacza wykrycia POChP, a jedynie wskazuje osoby wymagające dalszej diagnostyki pod tym kątem.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Miasta Toruń w miejscu wskazanym przez Realizatora.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2024–2028. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku świadczeniobiorców, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty lekarskiej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych;
- w trakcie konsultacji lekarskiej wykluczenie u pacjenta przynależności do grupy ryzyka wystąpienia POChP;
- skierowania uczestnika programu do placówki specjalizującej się w terapii schorzeń wydolnościowych płuc;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej, każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dotyczącą swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumenty należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia, już poza PPZ, dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz POZ w zależności od stanu zdrowia konkretnej osoby podejmie działania adekwatne do potrzeb. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez Realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez Realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu sugeruje się zaplanowanie do realizacji następujących działań:

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. 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.
2. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu samorządu, który wdraża PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
3. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 poz.991), z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.
4. Kampania promocyjna.
Skierowana do mieszkańców Gminy Miasta Toruń. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Miasta Toruń, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z paleniem tytoniu, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych w zakresie układu oddechowego oraz o ramach organizacyjnych działań zaplanowanych w ramach PPZ.
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, szkoleń dla pracodawców, lekarskiej wizyty diagnostycznej, interwencji antynikotynowej oraz badania spirometrycznego.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
Ostatnim elementem w ramach bezpośredniej realizacji programu będzie monitoring działań, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości zrealizowanych świadczeń. Każdy uczestnik po zakończeniu udziału w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez Realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Gminy Miasta Toruń.
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.
Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.
Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety

satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Miasta Toruń przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne prowadzone zostaną zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich).

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, zastosowane zostaną obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator zapewni wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot/Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W ramach wytycznych szczegółowych realizator winien zapewnić w ramach etapów PPZ, następującą kadrę:

- **szkolenia 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.

- **działania informacyjno-edukacyjne**

Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjnoedukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

- **szkolenia dla pracodawców**

Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjnoedukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

- **lekarska wizyta diagnostyczna**

- Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce POChP,
- lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

- **interwencja antynikotynowa**

Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań antynikotynowych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

- **badanie spirometryczne**

- Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce POChP,
- lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji. Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2024–2028, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Gminy Miasta Toruń i posiadanych zasobów finansowych

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Gminy Miasta Toruń, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

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

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,
- dane uczestnika: data urodzenia, płeć,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik: data przeprowadzenia edukacji, data i rodzaj wykonanych badań i konsultacji,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizowane i uwzględnione zostaną przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu. Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie pulmonologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety satysfakcji. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, np. w formie elektronicznej na stronie internetowej realizatora programu. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

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.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie umieszczony w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- odsetku osób, u których doszło do stwierdzenia prawdopodobieństwa obecności POChP, w oparciu o wynik badania spirometrycznego $FEV1/FVC < 0,7$;
- liczbie osób z pozytywnym wynikiem badania spirometrycznego na obecność POChP, które zostały przekazane do dalszej diagnostyki poza programem;
- odsetku osób, u których ostatecznie zdiagnozowano POChP;
- odsetku palących uczestników, którzy zadeklarowali chęć ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu.

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

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

Należy zaznaczyć także, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami Gminy Miasta Toruń, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2024–2028 została przeznaczona kwota około 355 000,00 zł na cały 5 letni okres trwania programu, co daje około 71 000,00 zł rocznie.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii promocyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, itp.

Poniższe wyliczenia są jedynie szacunkowe, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od zawartej umowy z realizatorem na wykonanie interwencji opisanej w ramach niniejszego PPZ, który otrzyma środki na jego realizację w ramach konkursu.

Program zakłada 5 letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Gmina Miasta Toruń zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

VI.1. Koszty jednostkowe

W poniższej tabeli (tabela 3) przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Tabela 3. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu

Rodzaj kosztu bezpośredniego	Koszt jednostkowy
Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla świadczeniobiorców z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł
Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł
Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł
Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostycznej z interwencją antynikotynową	150,00 zł
Koszt wykonania badania spirometrycznego	100,00 zł
Rodzaj kosztu pośredniego	Koszt jednostkowy
Opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych oraz przeprowadzenie i opracowanie ankiety satysfakcji	1 500,00 zł

Źródło: opracowanie własne

VI.2. Koszty całkowite

Na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych wskazuje się, iż około 30% dorosłej populacji w Polsce pali lub paliło papierosy (zakresy od 21 do 41% populacji w zależności od przedziału wiekowego).

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Dlatego też założono, że:

- połowa populacji docelowej zgłosi chęć udziału w programie (50% z zakładanej populacji około 168 500 osób);
- wszyscy zgłaszający się będą mogli uczestniczyć w działaniach edukacyjnych;
- 30% populacji ze zgłaszających się (palący – narażeni na wystąpienie POChP) zostanie objętych kwalifikacją do działań interwencyjnych i badań (30% z 84 250 osób = około 25 300), z czego do badania lekarskiego wraz z interwencją antynikotynową włączonych zostanie 10% z realnie występującymi wskazaniami medycznymi (około 2 530 osób)
- Połowa z nich zostanie skierowana do wykonania badania spirometrycznego (około 1 300 osób).

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabelach 4, 5 i 6.

Tabela 4. Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2024	71 000,00 zł
rok 2025	71 000,00 zł
rok 2026	71 000,00 zł
rok 2027	71 000,00 zł
rok 2028	71 000,00 zł
Całość działań	355 000,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.

I.p.	Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Ilość powtórzeń	Koszt całkowity kategorii
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla świadczeniobiorców z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł	5	7 500,00 zł
2.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł	5	7 500,00 zł
3.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł	5	7 500,00 zł
4.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostycznej z interwencją antynikotynową	150,00 zł	1 300	195 000,00 zł
5.	Koszt wykonania badania spirometrycznego	100,00 zł	1 300	130 000,00 zł
razem koszty bezpośrednie				347 500,00 zł
Koszty pośrednie				
1.	opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych oraz przeprowadzenie i opracowanie ankiety satysfakcji	1 500,00 zł	5	7 500,00 zł
razem koszty pośrednie				7 500,00 zł
Razem całość kosztów				355 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Tabela 6. Roczne koszty realizacji programu w podziale na kategorie.

I.p.	Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Ilość powtórzeń	Koszt całkowity kategorii
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty bezpośrednie				
2.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla świadczeniobiorców z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł	1	1 500,00 zł
3.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł	1	1 500,00 zł
4.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego z przeprowadzaniem pre-testu i post-testu	1 500,00 zł	1	1 500,00 zł
5.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostycznej z interwencją antynikotynową	150,00 zł	260	39 000,00 zł
6.	Koszt wykonania badania spirometrycznego	100,00 zł	260	26 000,00 zł
razem koszty bezpośrednie				69 500,00 zł
Koszty pośrednie				
1.	opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych oraz przeprowadzenie i opracowanie ankiety satysfakcji	1 500,00 zł	1	1 500,00 zł
razem koszty pośrednie				1 500,00 zł
Razem całość kosztów				71 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Gminę Miasta Toruń na lata 2024–2028. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 355 000,00 zł** w latach 2024–2028.

VI.3. Źródła finansowania

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń zostanie przyjęty uchwałą Rady Miasta Torunia oraz sfinansowany ze środków budżetu Gminy Miasta Toruń w ramach funduszu przeznaczanego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149).

Ze względu na fakt, iż samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, ważnym jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Gminy Miasta Toruń do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 40% kosztów realizacji programu ze środków Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 r. poz. 146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r.

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

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 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 69/2020 z dnia 30 marca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”
2. Raport nr OT.423.6.2018 „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”, data ukończenia raportu: marzec 2020
3. Gentry, S., & Gentry, B. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management. *American family physician*, 95(7), 433-441
4. 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.
5. 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.
6. ENSP (2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf,
7. Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., Celli, B. R., ... & Varela, M. V. L. (2019). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the GOLD science committee report 2019. *European Respiratory Journal*, 53(5).
8. Guidelines & Protocols Advisory Committee (2017). Chronic Obstructive Pulmonary Disease
9. (COPD): Diagnosis and Management. Pozyskano z: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bcguidelines/copd>
10. 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.
11. National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. *Clinical Guideline*, 101, 23.
12. 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.
13. 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.
14. Siu, A. L., Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Davidson, K. W., Epling, J. W., García, F. A., ... & Landefeld, C. S. (2016). Screening for chronic obstructive pulmonary disease: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 315(13), 1372-1377.
15. Haroon, S., Jordan, R., Takwoingi, Y., & Aday, P. (2015). Diagnostic accuracy of screening tests for COPD: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(10), e008133.

16. 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. *Jama*, 315(13), 1378-1393.
17. 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. *PLoS one*, 12(7).
18. Secretariat, M. A. (2010). Population-based smoking cessation strategies: a summary of a select group of evidence-based reviews. *Ontario health technology assessment series*, 10(1), 1.
19. CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
20. Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2009-2017 oraz 1999 r. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/teryt>
21. Halpin, D. M. (2019). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD Science Committee Report 2019.
22. Krion, R., & Kuziemski, K. (2017). Rozpowszechnienie palenia tytoniu i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce. In *Forum Medycyny Rodzinnej* (Vol. 11, No. 6, pp. 263269).
23. Ministerstwo Zdrowia. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych). Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_oddechowego_przewlekle_kujawsko_pomorskie.pdf
24. ZUS (2021). Absencja chorobowa w 2021 roku. Pozyskano z: <https://www.zus.pl/bazawiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne uwagi

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

b. Zgoda na udział w programie - wzór

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028 oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestnik/czka programu:

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Data i podpis Uczestnika/czki programu

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/czką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

Data i podpis i pieczęć

Treść klauzuli RODO do uzupełnienia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Data i podpis Uczestnika/czki programu

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

Uzasadnienie

Do projektu „P” uchwały RMT druk nr 90

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców Gminy Miasta Toruń na lata 2024–2028”

1. Rzeczywisty stan dziedziny objętej regulacją

Realizacja zadań związanych z ochroną zdrowia powinna należeć do najważniejszych obowiązków organów władzy publicznej, które zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP mają wyrównać obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Potrzeba i cel wydania uchwały.

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.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania jest palenie tytoniu, które jest odpowiedzialne za około 80% przypadków.

W 2018 roku w Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc chorowały 1 294 594 osoby. Szczyt zapadalności na POChP przypada na wiek 65+ zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Województwo kujawsko-pomorskie ma czwarte najwyższe w Polsce współczynniki dotyczące palenia tytoniu, jako czynnika ryzyka występowania POChP – o ponad 11,5% wyższe niż średnia dla całego kraju. Województwo kujawsko-pomorskie jest na 7 miejscu w Polsce, jeżeli chodzi o liczbę zgonów spowodowanych paleniem tytoniu. Średnia dla tego obszaru jest wyższa o 5,45% niż średnia krajowa

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami opracował program na podstawie 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 przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” oraz Raportu nr OT.423.6.2018 pn. „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”. Program, w dniu 8 lipca 2024 roku, uzyskał pozytywną opinię Wojewody Kujawsko-Pomorskiego dotyczącą jego zgodności z wojewódzkim planem transformacji.

Przedmiotowy Program wpisuje się w 4 cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pn. Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy, a także w Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego zawarte w „Wojewódzkim planie transformacji województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022-2026” pkt. 2.1 Czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 6.: „Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALY i zgony” oraz Mapę Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026 – Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.”

3. Przewidywane skutki wprowadzonej regulacji (np. finansowe, gospodarcze, społeczne, moralne, inne).

Realizacja programu spowoduje zwiększenie poziomu wiedzy dot. czynników chorobotwórczych wpływających na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc oraz zwiększenie dostępności do badań spirometrycznych co może wpłynąć na wzrost wykrywalności POChP wśród mieszkańców Gminy Miasta Toruń oraz wcześniejsze rozpoczęcie leczenia. W programie planuje się udział ok. 33 700 osób rocznie. Łączny roczny koszt wyniesie ok. 71 000zł. W związku z faktem, że program obejmuje swym zakresem świadczenia gwarantowane, zgodnie z art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych, GMT co roku będzie aplikowała o dofinansowanie programu w wysokości 40% ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

PRZEWODNICZĄCA
Miejskiego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Toruniu


mgr Renata Opalińska