



Rekomendacja nr 6/2020

z dnia 30 listopada 2020

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych nakierowanych na szkodliwość palenia tytoniu, promowanie działań profilaktycznych oraz bezpośrednie skutki zdrowotne wystąpienia POChP, dokonanie oceny klinicznej w populacji osób kwalifikujących się do jednej z grup wysokiego ryzyka, wykonywanie badania spirometrycznego wśród uczestników przynależących do grup wysokiego ryzyka, przeprowadzenie interwencji antynikotynowej w celu ograniczenia lub eliminacji palenia tytoniu w populacji wysokiego ryzyka POChP, a także prowadzenie szkoleń dotyczących czynników ryzyka POChP występujących w środowisku pracy dla pracodawców, u których w zakładach pracy zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.

Prezes Agencji nie rekomenduje wykonywania w ramach programów polityki zdrowotnej działań innych niż zalecanych w niniejszej rekomendacji.

Uzasadnienie

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące POChP, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:

- szkolenia dla pracodawców, w ramach których przekazywane będą zalecane metody zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko występowania POChP u pracowników,
- działania informacyjno-edukacyjne dla świadczeniobiorców, ze szczególnym uwzględnieniem: szkodliwości palenia tytoniu, szkodliwości pyłów zawieszonych oraz bezpośrednich skutków zdrowotnych POChP,
- lekarską wizytę diagnostyczną nakierowaną na identyfikację osób z grupy wysokiego ryzyka POChP,
- interwencję antynikotynową,
- spirometrię u osób z grup ryzyka, przejawiających objawy choroby.

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 danymi Ministerstwa Zdrowia zapadalność na POChP waha się od 181,3/100 tys. w województwie opolskim, do 252,7/100 tys. w województwie warmińsko-mazurskim (MPZ 2018).

Zgodnie z danymi CBOS co piąta osoba w Polsce jest nałogowym palaczem, co determinuje podwyższone ryzyko wystąpienia ww. jednostki chorobowej. Dotyczy to w szczególności mężczyzn,

którzy palą częściej niż kobiety, niezależnie od miejsca zamieszkania czy wieku. Najwięcej palaczy jest wśród mężczyzn między 45 a 54 r.ż. (41%) oraz kobiet między 55 a 64 r.ż. (31%), co w połączeniu z wiekiem determinuje znaczące podwyższenie ryzyka wystąpienia POChP (CBOS 2019). 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. 2018 poz. 188 z późn. zm.), w Polsce finansowany jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. Jednakże, zgodnie z danymi NFZ w 2018 r. działania z zakresu programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP przeprowadzono w 67 z 380 powiatów. Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że realizacja programu NFZ w Polsce jest nierównomierna. Niniejszą sytuację mogą poprawić Programy Polityki Zdrowotnej.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Przewlekła obturacyjna choroba płuc 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 ok. 80% przypadków. Dane wskazują, iż głównym konsumentem papierosów są mężczyźni, w szczególności ci zamieszkujący małe miejscowości lub wsie (30-32%) (GIS 2017). U chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia POChP, ryzyko zgonu w ciągu 5 lat wynosi ok. 50% (Szczeklik 2017, PTChP 2014).

Do najczęstszych objawów POChP należą: przewlekły kaszel, przewlekłe odksztuszanie płwociny 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 (Szczeklik 2017).

W niektórych wytycznych zaleca się rozpoznawanie POChP na podstawie FEV1/FVC. 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 (Szczeklik 2017, Halpin 2019).

Wśród badań obrazowych w kierunku POChP wymienia się: RTG klatki piersiowej i tomografię komputerową wysokiej rozdzielczości (TKWR). TKWR jest pomocne w przypadku wątpliwości diagnostycznych. Pozwala rozpoznać typ rozedmy, nasilenie i lokalizację zmian rozedmowych oraz wykryć towarzyszące rozstrzenie 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 (Szczeklik 2017, Halpin 2019).

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 (ENSP 2018).

W 2016 roku w Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc chorowało 79,8 tys. Najwyższy współczynnik zapadalności na POChP wskazano w województwie warmińsko-mazurskim (252,7/100 tys.), najniższy zaś w województwie kujawsko-pomorskim (177,1/100 tys.). Ponadto najwyższy wskaźnik chorobowości (2 411,8/100 tys.) zarejestrowano w województwie lubelskim (MPZ 2018).

Szczyt zapadalności na POChP przypada na wiek 65+ zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. W przypadku mężczyzn jest to 929,1/100 tys., a wśród kobiet 513,6/100 tys. Najmniejszą zapadalność na POChP odnotowuje się w przedziale wiekowym <18 r.ż., zarówno w grupie kobiet (4,9/100 tys.) jak i mężczyzn (7,0/100 tys.) (MPZ 2018).

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 (Kiron 2017). GUS wskazuje systematyczny wzrost zgonów (o 53%) z powodu chorób układu oddechowego, zaczynając od roku 1999 (17 923), a kończąc na roku 2018 (27 561) (GUS 2018).

W Polsce co piąta osoba (21%) jest nałogowym palaczem, kolejne 26% stanowią byli palacze, a 5% to tzw. palacze okazjonalni. W Polsce w 2019 roku, 48% osób oznajmiło, że nigdy nie paliło, natomiast 26% osób, to osoby, które rzuciły palenie. Odsetek palących mężczyzn wynosi obecnie 31%, a palących kobiet – 21% i jest niższy w stosunku do lat poprzednich (1997 - mężczyźni [48%]; kobiety [26%]). 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 z badań CBOS). Wskazując palenie tytoniu jako główny czynnik POChP, należy zwrócić uwagę, iż w grupie wysokiego ryzyka są mężczyźni w wieku 65+, mieszkający w małych miejscowościach lub wsiach (CBOS 2019).

2. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GICOLD) 2019
- Lung Foundation Australia (LFA) 2019
- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2018
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018
- American Academy of Family Physicians (AAFP) 2017
- Guidelines and Protocols Advisory Committee (GPAC) 2017
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 2016
- Centers for Disease Control and Prevention and National Institute for Occupational Safety and Health (CDC/NIOSH) 2015
- Interdisciplinary Association for Research in Lung Disease (AIMAR) 2014
- Polskie Towarzystwo Chorób Płuc (PTChP) 2014

2.1. Wnioski z odnalezionych rekomendacji

- W rekomendacjach 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 zawieszinowe oraz przewlekłe zapalenie oskrzeli (LFA 2019, NICE 2018, GPAC 2017, AIMAR 2014, PTChP 2014).
- W rekomendacjach 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).
- 8 rekomendacji odnosi się do tematu zaprzestania palenia wyrobów tytoniowych i wskazuje, że jest to podstawowe działanie w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki POChP (GICOLD 2019, RACGP 2018, AAFP 2017, GPAC 2017, USPSTF 2016, CDC/NIOSH 2015, AIMAR 2014, PTChP 2014).
- W 7 rekomendacjach 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).
- Dwie rekomendacje zawierają zalecenie, aby w ramach działań profilaktycznych lekarze stosowali u pacjentów minimalną interwencję antynikotynową, zwaną jako 5P (pytaj, poradź, pamiętaj, pomóż, przeprowadź – opis w rozdziale 6.3.3 Planowane interwencje), a w celu oceny stopnia uzależnienia palacza od nikotyny, zastosowali test Fagerströma (GICOLD 2019, PTChP 2014).

2.2. Populacja docelowa

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia dla pracodawców	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none">• osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne

	<ul style="list-style-type: none"> oraz lekarze przeprowadzający wizyty diagnostyczno-terapeutyczne.
Działania informacyjno-edukacyjne	<p>Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
Lekarska wizyta diagnostyczna	<p>Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
Interwencja antynikotynowa	Osoby, u których w oparciu o wizytę diagnostyczną stwierdzono nałogowe palenie wyrobów tytoniowych.
Badanie spirometryczne	<p>Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.

2.3. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej

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

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
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 informacyjno-edukacyjnych, 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 informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Lekarska wizyta diagnostyczna	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

3. Dowody naukowe

Do oceny poszczególnych punktów końcowych posłużono się następującymi parametrami:

- RR (ang. *Relative Risk, Risk Ratio*) – ryzyko względne określa, ile razy zastosowanie ocenianej interwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia badanego zdarzenia w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia tego zdarzenia w przypadku zastosowania komparatora.
- Czulość – zdolność testu do prawidłowego rozpoznania stanu tam, gdzie on faktycznie występuje. Im wartość czulość testu bliższa 1, tym jest on lepszy.
- Swistość – wskazuje odsetek osób faktycznie zdrowych, które otrzymały negatywny wynik testu. Im wartość swistość testu bliższa 1, tym jest on lepszy.

3.1. Wnioski z analizy dowodów naukowych

Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase oraz Cochrane Library, a także przeszukano strony internetowe towarzystw naukowych. Do analizy włączono łącznie 14 publikacji: 4 przeglądy systematyczne/metaanalizy oraz 10 rekomendacji towarzystw naukowych. Poniżej zostały przedstawione kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w raporcie analitycznym.

Wyniki odnalezionego metaanalizy (Haroon 2015) wskazują na umiarkowanie wysoką czulość [79% (95%CI: 73,2-84,7)] oraz swistość [84,4% (95%CI: 68,9-93,0%)] badań przesiewowych nacelowanych na POChP przy wykorzystaniu spirometrii. Dodatkowo w ramach przeglądu systematycznego Blake 2016, oprócz czulości i swistości spirometrii, określono także wpływ badania przesiewowego na tendencję do rzucenia palenia u uczestników. Zastosowanie badania spirometrycznego w połączeniu z edukacją może skutkować wzrostem odsetka decydujących się na ograniczenie palenia tytoniu o 6,7%-13,6%.

W wyniku wyszukiwania odnaleziono jedną metaanalizę odnoszącą się do skuteczności tworzenia stref wolnych od palenia (SFL) w ograniczaniu liczby hospitalizacji z powodu POChP. Autorzy dokonali syntezy danych w zakresie prawdopodobieństwa hospitalizacji z powodu POChP. Dane sugerują, że wprowadzenie ww. rozwiązania może skutkować spadkiem ryzyka hospitalizacji z powodu POChP o 20% w stosunku do niestosowania stref wolnych od palenia [RR=0,80 (95%CI: 0,63-1,00)], jednak różnica nie była istotna statystycznie przez co nie jest możliwe z całą pewnością potwierdzenie profilaktycznego wpływu ww. interwencji.

W przeglądzie systematycznym Ontario 2010 analizowano wpływ działań edukacyjnych na prawdopodobieństwo ograniczenia palenia tytoniu przez palaczy. Najskuteczniejszą okazała się edukacja prowadzona przez lekarza specjalistę. Prowadzenie edukacji przez lekarza może skutkować wzrostem prawdopodobieństwa ograniczenia palenia tytoniu przez palacza [RR=1,66 (95%CI: 1,42-1,94)]. Drugą najskuteczniejszą metodą jest edukacja na zasadzie konsultacji telefonicznej, co również przekłada się na prawdopodobieństwo ograniczenia palenia tytoniu [RR=1,63 (95%CI: 1,23-1,50)]. Metodą edukacji o niższej efektywności, zgodnie z wynikami omawianej publikacji, jest edukacja prowadzona przez pielęgniarki. Zastosowanie jedynie tej interwencji skutkuje wzrostem prawdopodobieństwa ograniczenia palenia tytoniu przez palaczy w stosunku do jej nie prowadzenia o 28% [RR=1,28% (95%CI: 1,18-1,38)].

3.2. Symulacja skutków prowadzenia przesiewu pod kątem POChP z wykorzystaniem badania spirometrycznego

Cel symulacji: zobrazowanie skutków prowadzenia przesiewu pod kątem POChP z użyciem spirometrii w populacji ogólnej (działanie nierekomendowane) na próbie liczącej 10 tys. osób.

Metodyka: symulacja opiera się na danych liczbowych dotyczących czulości (79,9%), swistości (84,4%) (Haroon 2015) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia POChP w populacji ogólnej w Polsce przyjętej na 10%.

W modelu przyjęto następujące założenia:

- 100% osób zakwalifikowanych zgłosi się na badanie spirometryczne,
- każda z osób z pozytywnym wynikiem badania zostanie przekierowana do AOS w celu dalszej diagnostyki i ew. leczenia,

- należy spodziewać się utraty części osób z badania, co nie zostało uwzględnione w niniejszej symulacji.

Ograniczenia: ze względu na brak danych dot. wskaźnika chorobowości dla populacji polskiej, w oparciu o inne dostępne dane epidemiologiczne (m.in. wskaźnik zapadalności), określono w przybliżeniu, że wskaźnik chorobowości dla Polski może kształtować się na poziomie ok. 10%. Należy jednak podkreślić, że powyższe oszacowanie jest obciążone dużym ryzykiem błędu. Ponadto wskaźnik może być zdecydowanie wyższy w populacji szczególnie narażonej na zachorowanie na POChP.

Przy grupie 10 000 uczestników populacji ogólnej objętych badaniem spirometrycznym należałoby spodziewać się około 2203 osób z wynikiem pozytywnym, co stanowi 22% uczestników poddanych badaniu. Wszystkie te osoby zostaną skierowane do AOS celem dalszej diagnostyki. Jednocześnie 1404 z 2203 osób w istocie będzie miało wynik fałszywie pozytywny (ok. 63 %), zaś wynik prawdziwie pozytywny, czyli wykrycie POChP u osoby faktycznie chorej na tę chorobę, będzie obecne u 799 z 2203 osób (ok. 36%).

Wynik negatywny badania przesiewowego uzyskałoby około 7797 z 10 000 uczestników (78%). Około 2,5% uczestników z wynikiem negatywnym (201 z 7797) uzyskałoby wynik fałszywie negatywny, czyli w rzeczywistości mimo ujemnego wyniku testu w istocie byłoby dotknięte POChP. Uczestnicy z wynikiem prawdziwie negatywnym, tj. u których POChP faktycznie nie występuje, stanowiliby ok. 98% osób z wynikiem negatywnym (7596 z 7797).

Powyższa symulacja zakłada wariant maksymalny, czyli przeprowadzenia badania spirometrycznego u wszystkich uczestników przesiewu. Zaprezentowana symulacja kosztów ze względu na brak parametrów skuteczności testów dla populacji polskiej oraz niepewność w zakresie kosztów, obciążona jest wysokim ryzykiem błędu, a tym samym należy podchodzić z dużą ostrożnością do przedstawionych wyników.

Tabela 1. Analiza kosztów badań przesiewowych oraz testów potwierdzających

Interwencja	Populacja objęta interwencją	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Badanie spirometryczne	10 000 osób	45 PLN*	450 000 PLN

* Szacunkowe ceny określone na podstawie przeglądu cen rynkowych wykorzystane jedynie w celu przeprowadzenia symulacji. W rzeczywistości koszt przeprowadzenia badań może okazać się inny.

W wyniku prowadzenia badania spirometrycznego w populacji wynoszącej 10 000 uczestników koszt całkowity przeprowadzenia ww. badania wyniósłby około 0,45 mln PLN. Do dalszej diagnostyki zostanie skierowane 2203 osób, z czego 799 osób będzie faktycznie chorych na POChP . Jednocześnie 1404 osoby zostaną skierowane do dalszej diagnostyki mimo przyczyny objawów klinicznych innych niż POChP, co może potencjalnie opóźnić postawienie poprawnej diagnozy innego schorzenia. Wśród osób, które wykonały badanie spirometryczne, 2% chorych na POChP uzyska wynik negatywny mimo faktycznej obecności choroby, a tym samym nie zostanie skierowanych do dalszą diagnostykę.

Koszt udanej i poprawnej identyfikacji jednej osoby, która faktycznie jest chora na POChP, wyniósłby w zaprezentowanej symulacji około 563 PLN/osoba (450 000PLN/799 osób z wynikiem prawdziwie pozytywnym).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

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. 2019 poz. 736 z późn. zm.) 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. 2016 poz. 2067). 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. 2018 poz. 188 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 86/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 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.

Zgodnie z danymi NFZ w 2018 r. działania z zakresu programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) realizowano jedynie w 67 z 380 powiatów. Mając na uwadze powyższe możliwe jest stwierdzenie, że dostępność programu NFZ nie jest równa na terenie całego kraju.

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

5. Wskaźniki dotyczące monitorowania i ewaluacji

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

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

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

5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć 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 należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do 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 pozwalają, 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.

6. Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

6.1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia PPZ

6.1.1. Opis problemu zdrowotnego

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.2. Dane epidemiologiczne

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

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych. Zaleca się odniesienie do wyników badania Global Burden of Disease 2019 (GBD) w zakresie wskaźnika oceny stanu zdrowia ludności mierzącego obciążenie chorobowe ludności świata (DALY). Część wyników badania GBD jest dostępna w ramach map potrzeb zdrowotnych. Metodologia badania GBD oraz informacje nt. wskaźnika DALY - <https://www.aotm.gov.pl/qbd/>

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.3. Opis obecnego postępowania

UWAGA: opis aktualny na dzień utworzenia raportu. Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu i wprowadzić ewentualne zmiany.

Patrz pkt 4 rekomendacji.

6.2. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

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

nawiązanie dialogu między Radą ds. programu a przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

6.2.1. Cel główny

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

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

6.2.2. Cele szczegółowe

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

6.2.2.2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia POChP.

6.2.2.3. Podniesienie wiedzy u% pracodawców na temat palenia tytoniu jako czynnika ryzyka POChP w miejscu pracy.

6.2.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
6.2.2.1.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
6.2.2.2.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
6.2.2.3.	Odsetek pracodawców decydujących się na wprowadzenie w zakładzie pracy całkowitego zakazu palenia tytoniu i/lub utworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego.

6.3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

6.3.1. Populacja docelowa

UWAGA: Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większa włączona do PPZ populacja, tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie.

Patrz pkt 2.2. rekomendacji.

6.3.2. Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

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

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

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia dla personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Wszystkie osoby należące do populacji docelowej Pracodawcy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów 	<ul style="list-style-type: none"> uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Szkolenia dla pracodawców	Pracodawcy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.	<ul style="list-style-type: none"> uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Lekarska wizyta diagnostyczna	Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> pozostawanie pod opieką poradni pulmonologicznej;

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
	przewlekłe zapalenie oskrzeli.	
Interwencja antynikotynowa	Osoby, u których w oparciu o wizytę diagnostyczną stwierdzono nałogowe palenie wyrobów tytoniowych.	Osoby pozostające pod opieką poradni leczenia uzależnień.
Badania spirometryczne	Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka, tj: <ul style="list-style-type: none"> 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. 	Osoby ze stwierdzonym POChP Osoby z innymi stwierdzonymi chorobami układu oddechowego, które mogą wpływać na wyniki badania przesiewowego m.in. rak płuca

6.3.3. Planowane interwencje

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

SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO:

- W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. Programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).
- 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 metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia POChP.

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:

- Przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i dalszego postępowania w przypadku stwierdzenia obecności POChP.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej przeciwko POChP.
- Rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie świadomości populacji docelowej nt.:

- 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)”.

SKOLENIA DLA PRACODAWCÓW:

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

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.

INTERWENCJA ANTNIKOTYNOWA:

- 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 („zasada 5xP”) obejmująca:
 - 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 ww. 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.

BADANIA SPIROMETRYCZNE:

- Wykonanie badania spirometrycznego.
- O prawdopodobnej obecności POChP u pacjenta będzie świadczył wynik badania spirometrycznego 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.

6.3.4.Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

6.3.5.Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

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

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

6.4. Organizacja PPZ

6.4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. 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.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym 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).
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.

6.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Patrz pkt 2.3. rekomendacji.

6.5. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

6.5.1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

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

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez eksperta zewnętrznego.

Patrz pkt 5.1 rekomendacji.

6.5.2. Ewaluacja

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

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

Patrz pkt 5.2 rekomendacji.

6.6. Budżet PPZ

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

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

6.6.1. Koszty jednostkowe

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

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych,

- koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego,
- koszt badania spirometrycznego,
- koszt przeprowadzenia interwencji antynikotynowej,
- koszt przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

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

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie		do 10% całkowitego budżetu PPZ	
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia			
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego			
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych dla świadczeniobiorców			
3.	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców			
4.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostycznej			
5.	Koszt realizacji interwencji antynikotynowej			
6.	Koszt realizacji badania spirometrycznego			
SUMA				

6.6.2. Koszty całkowite

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

Koszty całkowite realizacji PPZ:

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

6.6.3. Źródła finansowania

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

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) 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.

Piśmiennictwo

Opinia RP	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”
Raport	Raport nr OT.423.6.2018 „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”, data ukończenia raportu: marzec 2020
AAFP 2017	Gentry, S., & Gentry, B. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management. <i>American family physician</i> , 95(7), 433-441
AIMAR 2014	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). <i>Multidisciplinary respiratory medicine</i> , 9(1), 25.
CDC/NIOSH 2015	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
ENSP 2018	ENSP (2018). Wytuczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf , dostęp z 17.06.2020
GICOLD 2019	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. <i>European Respiratory Journal</i> , 53(5).
GPAC 2017	Guidelines & Protocols Advisory Committee (2017). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Diagnosis and Management. Pozyskano z: https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/copd Dostęp z: 02.03.2020
LFA 2019	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. <i>Medical Journal of Australia</i> , 207(10), 436-442.
NICE 2018	National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. <i>Clinical Guideline</i> , 101, 23.
PTChP 2014	Śliwiński, P., Górecka, D., Jassem, E., & Pierzchała, W. (2014). Polish respiratory society guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. <i>Advances in Respiratory Medicine</i> , 82(3), 227-263.
RACGP 2018	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.
USPSTF 2016	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. <i>Jama</i> , 315(13), 1372-1377.
Haroon 2015	Haroon, S., Jordan, R., Takwoingi, Y., & Adab, P. (2015). Diagnostic accuracy of screening tests for COPD: a systematic review and meta-analysis. <i>BMJ open</i> , 5(10), e008133.

Blake 2016	Guirguis-Blake, J. M., Senger, C. A., Webber, E. M., Mularski, R. A., & Whitlock, E. P. (2016). Screening for chronic obstructive pulmonary disease: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. <i>Jama</i> , 315(13), 1378-1393.
Matos 2017	Rando-Matos, Y., Pons-Vigues, M., López, M. J., Cordoba, R., Ballve-Moreno, J. L., Puigdomenech-Puig, E., ... & Trujillo, J. M. (2017). Smokefree legislation effects on respiratory and sensory disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS one</i> , 12(7).
Ontario 2010	Secretariat, M. A. (2010). Population-based smoking cessation strategies: a summary of a select group of evidence-based reviews. <i>Ontario health technology assessment series</i> , 10(1), 1.
CBOS 2019	CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
GUS 2018	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 dostęp z: 04.03.2020 r.
Halpin 2019	Halpin, D. M. (2019). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD Science Committee Report 2019.
Krion 2017	Krion, R., & Kuziemski, K. (2017). Rozpowszechnienie palenia tytoniu i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce. In <i>Forum Medycyny Rodzinnej</i> (Vol. 11, No. 6, pp. 263-269).
MPZ 2018	Ministerstwo Zdrowia (2018). 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_podlaskie.pdf dostęp z: 06.03.2020 r.