

Warszawa, 1 lipca 2026 r.

Głos dla chorych z POChP

Stanowisko Polskiej Koalicji Zdrowe Płuca w sprawie optymalizacji opieki nad pacjentem z POChP w Polsce

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) to jedno z największych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. Dotyka ponad 2 miliony obywateli, będąc zarazem jedną z głównych przyczyn przewlekłej niepełnosprawności oraz przedwczesnej umieralności, a także trzecią najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Niniejsze opracowanie jest głosem w dyskusji nad reformą opieki pulmonologicznej w naszym kraju – jego celem jest ustrukturyzowanie i wdrożenie kluczowych zmian systemowych w leczeniu POChP.

Doceniamy wprowadzenie kompleksowej opieki nad pacjentem z POChP w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i uznajemy ten model za wzorcowy. Niestety, program ten jest obecnie realizowany jedynie w 30% placówek POZ. Co więcej, w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej (AOS) wciąż brakuje analogicznego, kompleksowego modelu postępowania, podczas gdy to właśnie grupa chorych z ciężką postacią POChP wymaga szczególnej troski i specjalistycznego wsparcia.

Dążymy do tego, aby poprawić model opieki nad chorym na POChP z systemu reaktywnego (leczenie skutków krytycznych zaostrzeń) na system proaktywny (wczesna diagnostyka, skuteczna terapia i kompleksowa rehabilitacja).

1. Wczesne wykrywanie choroby

Opóźnienia diagnostyczne w POChP sięgają w Polsce wielu lat, przez co pacjenci trafiają do specjalistów w zaawansowanym stadium choroby.

- **Postulujemy realne wdrożenie i finansowanie badań spirometrycznych.** Spirometria z próbą rozkurczową jest formalnie dostępna w budżecie powierzonym opieki koordynowanej w POZ. Znaczna część placówek nie przystąpiła jednak do opieki koordynowanej lub nie dysponuje odpowiednim sprzętem. Postulujemy wprowadzenie mechanizmów monitorujących realny poziom wykonywania spirometrii - w sposób poprawny - u pacjentów powyżej 40. roku życia z ekspozycją tytoniową ≥ 20 paczkolet.

- **Wykorzystanie istniejącej infrastruktury.** Rozszerzenie diagnostyki w ramach programów wczesnego wykrywania raka płuca (niskodawkowa tomografia) o ocenę pod kątem POChP i rozedmy, bez generowania kosztów na nową infrastrukturę.

2. Opieka po hospitalizacji i rehabilitacja

- **Stworzenie ścieżki kontrolnej po wypisie ze szpitala:** Wnioskujemy o zagwarantowanie systemowej, zaplanowanej ścieżki dalszego leczenia ambulatoryjnego dla każdego pacjenta opuszczającego szpital po zaostrzeniu POChP - zgodną z najnowszymi zaleceniami PTChP.
- Dziś taka ścieżka nie jest systemowo zagwarantowana – pacjent opuszcza szpital ze zdefiniowanym planem dalszej opieki ambulatoryjnej bez możliwości w praktyce jego realizacji.
- **Zwiększenie dostępności do rehabilitacji:** Postulujemy zwiększenie wyceny i kontraktowania tego świadczenia proporcjonalnie do rzeczywistego zapotrzebowania. Te działania przyczynią się do skrócenia czasu oczekiwania i poprawy dostępności geograficznej rehabilitacji. Nasi pacjenci potrzebują również dostępu do rehabilitacji ambulatoryjnej.
- **Wprowadzenie telerehabilitacji:** W odróżnieniu od kardiologii - NFZ nie finansuje telerehabilitacji pulmonologicznej. Postulujemy utworzenie świadczenia telerehabilitacji pulmonologicznej wzorem modelu kardiologicznego dla osób, które nie mogą dotrzeć do ośrodków stacjonarnych.

3. Zmiany w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ)

Lekarz pierwszego kontaktu dysponuje dziś dwoma ramami organizacyjnymi do prowadzenia pacjenta z POChP: opieką koordynowaną (IPOM) oraz programem Moje Zdrowie (IPZ). Obie przewidują konkretne działania wobec pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (astma i POChP) – od oceny czynników ryzyka, przez weryfikację terapii, po edukację.

- **Program Moje Zdrowie** przewiduje dla pacjentów z POChP ocenę czynników ryzyka, ocenę ryzyka sercowo-płucnego, weryfikację farmakoterapii, interwencje nefarmakologiczne oraz przygotowanie Indywidualnego Planu Zdrowotnego ze skierowaniem na porady edukacyjne. Nie istnieje jednak mechanizm weryfikujący, w jakim zakresie te elementy są rutynowo realizowane w ramach wizyt i porad. Postulujemy wdrożenie wskaźników jakościowych pozwalających ocenić rzeczywisty poziom realizacji tych świadczeń m.in. w zakresie oceny techniki inhalacji, planu szczepień czy corocznej oceny ryzyka kardiologicznego.

- **IPOM pacjenta z POChP** powinien obligatoryjnie obejmować ocenę techniki inhalacji, weryfikację aktualności schematu leczenia zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, plan szczepień ochronnych oraz pisemną instrukcję postępowania przy pogorszeniu objawów. Dziś zakres IPOM zależy od praktyki danej placówki i nie podlega standaryzacji klinicznej.
- System powinien umożliwiać regularną i proaktywną identyfikację pacjentów z POChP o wysokim ryzyku zaostrzeń, hospitalizacji lub zgonu. Dotyczy to szczególnie chorych po zaostrzeniach, z nasilonymi objawami, częstym korzystaniem z zasobów opieki zdrowotnej lub brakiem regularnej kontroli. Identyfikacja tych pacjentów powinna uruchamiać ocenę ryzyka, optymalizację leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego oraz możliwość konsultacji ze specjalistą bez kierowania pacjenta do standardowej kolejki, szczególnie w obliczu wprowadzenia e-rejestracji.

4. Dostęp do nowoczesnego leczenia i szczepień

- Leczenie rekomendowane w aktualnych wytycznych międzynarodowych powinno być w pełni dostępne i refundowane w Polsce - dotyczy to także leków biologicznych stanowiących przełom w leczeniu POChP, istotnie zmniejszający liczbę zaostrzeń. Pacjent, któremu lekarz rekomenduje zmianę lub intensyfikację terapii, nie powinien napotykać barier refundacyjnych.
- Pacjent z POChP poniżej 65. roku życia nie ma dziś pełnego dostępu do szczepień ochronnych rekomendowanych w wytycznych. Refundacja szczepienia przeciw grypie wynosi 50%, dostęp do szczepień przeciw pneumokokom pozostaje ograniczony. Postulujemy objęcie pacjentów z POChP niezależnie od wieku pełną refundacją szczepień wskazanych w wytycznych PTChP i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chorób Płuc jako element prewencji zaostrzeń.
- POChP istotnie zwiększa ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, szczególnie w okresie zaostrzeń. Coroczna ocena ryzyka kardiologicznego powinna stanowić kluczowy element IPOM, bez osobnego skierowania.
- Postulujemy utworzenie specjalistycznych poradni pomocy palącym, powszechnie dostępnych w ramach AOS wraz z refundacją leczenia wspierającego odejście od nałogu.

5. Wykorzystanie narzędzi E-zdrowia

Projekt ustawy o e-zdrowiu wprowadza narzędzia, które mogą zmienić sposób funkcjonowania opieki nad pacjentem z POChP. Koalicja postuluje, aby pulmonologia została uwzględniona jako priorytetowy obszar kliniczny przy ich wdrażaniu.

- **E-Konsylium** powinno umożliwić lekarzowi POZ konsultację decyzji terapeutycznej ze specjalistą – w szczególności przy wypisie po zaostrzeniu i przy rozważaniu intensyfikacji leczenia – bez kierowania pacjenta do kolejki na wizytę ambulatoryjną.

- **E-Profil Pacjenta** powinien pozwalać na systemową identyfikację chorych, których schemat leczenia nie był weryfikowany od lat i którzy wypadli z aktywnej opieki. Przy obecnym rozproszeniu dokumentacji medycznej tacy pacjenci pozostają niewidoczni dla systemu. Postulujemy ponadto wprowadzenie rejestracji zaostrzeń POChP w przypadku ordynowania przez lekarza steroidu systemowego lub antybiotyku.

6. Ekonomia leczenia

Zaostrzenie POChP wymagające hospitalizacji jest najdroższym elementem opieki nad tą grupą chorych. Każdy z powyższych postulatów służy redukcji liczby tych zdarzeń.

- Przesunięcie nakładów z leczenia skutków zaostrzeń na ich zapobieganie jest uzasadnione ekonomicznie.
- Przedwczesna niezdolność do pracy i renty z powodu POChP generują koszty wykraczające poza budżet ochrony zdrowia. Skuteczna opieka ambulatoryjna ogranicza również te wydatki.
- Postulujemy zlecenie przez płatnika analizy kosztów bezpośrednich i pośrednich POChP w Polsce z uwzględnieniem potencjału oszczędności wynikającego z wdrożenia opieki koordynowanej i pełnego dostępu do rekomendowanych terapii.