



---

**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 164/2015 z dnia 11 września 2015 r.  
o projekcie programu profilaktycznego „Płuca nie boją, ale bez nich  
nie da się żyć” dla mieszkańców powiatu  
mikołowskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Płuca nie boją, ale bez nich nie da się żyć”- program profilaktyczny dla mieszkańców powiatu mikołowskiego”

**Uzasadnienie**

Poruszany w opiniowanym programie problem zdrowotny nie został zdefiniowany w sposób dokładny i precyzyjny. Proszę zwrócić uwagę, że program ma na celu diagnostykę wielu chorób płuc, zaś w opisie problemu odniesiono się jedynie do raka płuc. Należy przedstawić sytuację epidemiologiczną i rozprzestrzenienia się danych chorób w rejonie, tak aby wskazać zasadność prowadzenia zaplanowanych działań.

Postawione w projekcie cele szczegółowe nie są spójne z celami głównymi, oczekiwanymi efektami oraz miernikami efektywności. Należy mieć na uwadze, że postawienie poprawnie sformułowanych celów jest kluczowym elementem planowania programu. Bez poprawnej definicji trudno stwierdzić, co ma być osiągnięte dzięki podjęciu interwencji w ramach programu. Natomiast mierniki efektywności powinny być zaprojektowane w taki sposób, aby w dokładnie określały wielkość efektu osiąganego dzięki realizacji programu, w tym szczególnie wpływ programu na zdrowie mieszkańców powiatu.

Populacja, która ma zostać włączona do programu stanowi jedynie 0,3% populacji docelowej zamieszkującej powiat, co może skutkować brakiem znaczących efektów zdrowotnych w powiecie. Ponadto warto doprecyzować kryteria kwalifikacji do programu oraz wskazać sposób zapraszania uczestników do programu. W tym względzie proszę rozważyć włączenie do programu w pierwszej kolejności osób z grup ryzyka.

Zaplanowane interwencje są świadczeniami dostępnymi w ramach środków publicznych, co może powodować podwajanie świadczeń medycznych i podwójne ich finansowanie. Ponadto zgodnie z rekomendacjami towarzystw naukowych wskazanych w dalszej części opinii, nie ma klinicznych podstaw do prowadzenia skriningu w kierunku wskazanych w projekcie chorób. Proszę zwrócić uwagę, że przy zapobieganiu wymienionym chorobom duże znaczenie mają zarówno czynniki środowiskowe, jak i palenie papierosów. Dlatego też wartym rozważenia byłoby w ramach zaplanowanych środków finansowych zwrócenie większej uwagi na wartość działań edukacyjnych, które zachęcą do ograniczania czynników ryzyka oraz wykonywania badań przesiewowych w ramach NFZ.





Działania edukacyjne, które mogą być prowadzone w ramach dostępnych zasobów, mogą obejmować zarówno poradnictwo antynikotynowe, jak również szeroko rozumianą akcję propagującą zdrowy styl życia oraz zachęcającą do korzystania z ogólnopolskiego „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. Takie działania pozwolą uniknąć powielania świadczeń medycznych oraz umożliwi powiązanie działań ze świadczeniami oferowanymi w ramach dostępnej opieki medycznej.

Zaplanowane w projekcie monitorowanie i ewaluacja nie odnoszą się do celów programu. Proszę mieć na uwadze, że monitorowanie i ewaluacja programu powinny zakładać ocenę zgłaszalności, ocenę jakości udzielanych świadczeń oraz ocenę efektywności. Ważnym elementem jest również sprawdzenie utrzymywania się efektów programu po zakończeniu jego działania ( np. niska zapadalność na choroby, zgłaszalność do badań profilaktycznych, trwałe zaprzestanie palenia, jako wynik prawidłowo przeprowadzonej edukacji zdrowotnej)

Przedstawiony w projekcie budżet nie budzi zastrzeżeń.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnej diagnostyki chorób płuc. Budżet programu wynosi 10 000 zł, zaś okres realizacji to II półrocze 2015r.



## **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy ważnego problemu zdrowotnego dotyczącego chorób układu oddechowego, a jego zakres pozostaje w zgodzie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 – cel strategiczny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

Problem zdrowotny został opisany w sposób niedokładny, odniesiono się jedynie do szczegółów dotyczących raka płuc, natomiast brakuje odniesienia do innych chorób, o których wspomina się w projekcie.

W projekcie przedstawiono dane epidemiologiczne jedynie dla raka płuca. Uzupelnienia wymagają również dane dotyczące innych chorób (m.in. POChP i gruźlicy).

Na etapie definiowania problemu zdrowotnego, warto jest prześledzić sytuację epidemiologiczną oraz środowiskową (np. wpływ zanieczyszczeń) w rejonie tak, aby skupić się na problemie najbardziej rozpowszechnionym. Prowadzenie programu polityki zdrowotnej, który wykrywać będzie dużą liczbę jednostek chorobowych może nie przynieść takich efektów, jak prowadzenie działań w kierunku jednej jednostki chorobowej. Proszę pamiętać, że istotą programów polityki zdrowotnej jest nie tylko wieloaspektowa diagnoza pacjenta, ale poprawa zdrowia w populacji oraz prowadzenie działań, które będą zmniejszać występowanie danych jednostek chorobowych na wskazanym obszarze.

### Cele i efekty programu

Celem głównym w programie jest wczesne wykrycie chorób nowotworowych układu oddechowego. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych, które dotyczą wykrywania innych chorób płuc. Cele te nie są spójne z celem głównym. W stosunku do sformułowanego celu głównego, cele szczegółowe mogą odnosić się do zmniejszenia liczby hospitalizacji spowodowanych nowotworami płuc, zmniejszenia kosztów leczenia zaawansowanych stadiów raka, podniesienia wiedzy uczestników na temat chorób płuc i szkodliwości palenia. Należy jednak mieć na uwadze, że jeśli w programie planuje się diagnostykę kilku chorób, to wszystkie one powinny mieć swoje odzwierciedlenie w postawionych celach głównych.

Oczekiwane efekty wskazane w programie stanowią dokładne odzwierciedlenie postawionych celów głównych i szczegółowych. W momencie przeformułowania powyższej części, również oczekiwane efekty wymagają zmiany.

Miernikiem efektywności wskazanym w projekcie jest liczba wykrytych patologii układu oddechowego dzięki szybkiej i pełnej diagnostyce. Wskazać jednak należy, że w tym miejscu ważne jest również uwzględnienie innych wskaźników efektywności dla testów diagnostycznych, w tym określenie odsetka przypadków fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych. Ponadto obliczenie jednego wskaźnika może nie przedstawić w pełni efektywności programu i stopnia realizacji celów. W ramach tej oceny warto zaplanować ocenę wskaźników zachorowalności (ze wskazaniem stadiów choroby), liczby hospitalizacji, umieralności oraz konsekwencji finansowych, w tym kosztów ponoszonych na leczenie dla wszystkich diagnozowanych chorób oraz odnieść te dane do sytuacji epidemiologicznej z lat poprzednich. Warto również zweryfikować stan wiedzy i zmianę postaw uczestników, jako efekt działań edukacyjnych (np. zgłaszalność na padania profilaktyczne). Proszę pamiętać, że mierniki efektywności muszą być spójne z postawionymi celami i oczekiwanymi efektami.

### Populacja docelowa

W projekcie zdefiniowano trzy populacje szczegółowe, które planuje się objąć badaniami: osoby z podwyższonym ryzykiem choroby nowotworowej (wiek 40-67 lat), osoby zagrożone POChP (wiek >40 r. ż.) oraz osoby zgłaszające długotrwałe dolegliwości ze strony układu oddechowego.

Na podstawie danych GUS za 2014 r., liczba osób zamieszkujących powiat mikołowski w wieku 40-67 lat wyniosła ok. 37 tys. osób, zaś do programu planuje się włączyć 100 osób, co będzie stanowić ok. 0,3% populacji docelowej.

Włączenie do programu niewielkiego odsetka populacji docelowej może nie być zauważalne w ocenie programu w kontekście populacyjnym. Ponadto doprecyzowania wymagają kryteria kwalifikacji. Warto przedstawić grupy ryzyka choroby nowotworowej oraz grupy ryzyka POChP (długoletni palacze, liczba paczkołat) oraz wskazać, jakie dolegliwości ze strony układu oddechowego są podstawą do włączenia uczestnika do programu.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano wykonanie badania rentgenowskiego płuc, spirometrii, porad antynikotynowych, specjalistycznych konsultacji lekarskich oraz poradnictwa rehabilitacyjnego.

U wszystkich włączonych osób zostanie wykonane RTG i spirometria z opisem oraz zostaną przeprowadzone konsultacje specjalistyczne. U 60 osób planuje się przeprowadzić porady antynikotynowe, zaś u 40 osób porady rehabilitacyjne oraz psychologiczne. Warto podać uzasadnienie dla tak zaplanowanej liczby uczestników poszczególnych interwencji oraz kryteria kwalifikacji, na podstawie których planuje się podjąć kolejne działania (porada rehabilitacja) tylko u części uczestników programu.

Po otrzymaniu wyników badań pacjent ma mieć przeprowadzoną ponownie konsultację specjalistyczną, w ramach której, w razie potrzeby, również zostanie przedstawiona mu porada antynikotynowa. W razie wykrycia nieprawidłowości realizator programu może zaproponować (już po zakończeniu programu) diagnostykę i dalsze leczenie. Proszę uwzględnić w postępowaniu sytuację, w której uczestnik badania wymagający pogłębionej diagnostyki i/lub leczenia nie zgłasza się po wynik.

Warto wskazać, że zaproponowane w ramach interwencji badania i konsultacje są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Wobec czego należy dokładnie wyjaśnić, na jakich zasadach odbywa się finansowanie świadczeń w ramach programu z wyłączeniem finansowania ze środków NFZ.

W odniesieniu do diagnostyki chorób płuc z użyciem zdjęcia RTG wytyczne Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2003 (ANZG 2003), wskazują, że przednie i boczne zdjęcie RTG klatki piersiowej pozwala na wykluczenie innych stanów chorobowych, jak np. rak płuca. RTG nie jest czułym narzędziem w diagnostyce POChP i nie pozwala na wykluczenie raka drobnokomórkowego.

Według Kodeksu Walki z Rakiem, badanie RTG klatki piersiowej jest nieprzydatne, jako narzędzie w badaniu przesiewowym w kierunku raka płuc, zaś American Lung Association, 2012 (ALA 2012) nie rekomenduje badania RTG dla indywidualnych pacjentów, jako skriningu w kierunku raka płuc

Stanowisko Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (2013 r.), wskazuje, że osoby z wystąpieniem i utrzymywaniem się specyficznych objawów – np. kaszel utrzymujący się powyżej 3 tygodni - powinny się zwrócić do lekarza

rodzinnego celem wykonania badania RTG klatki piersiowej, badania płwociny oraz wykonania testu tuberkulinowego.

W publikacji Wiszniewska 2013 wskazano informację, że do rozpoznania pylicy płuc niezbędne jest pełnowymiarowe, poprawnie wykonane technicznie, zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w projekcji tylnoprzodniej.

W odniesieniu do badania spirometrycznego nie jest ono rekomendowane, jako masowe badanie przesiewowe w kierunku POChP u osób dorosłych, u których nie występują objawy ze strony układu oddechowego, zaś jest rekomendowane u osób, u których występują określone objawy/czynniki ryzyka (m.in. przewlekły kaszel, odkrztuszanie płwociny, palenie tytoniu).

W kwestii wykonywania spirometrii w diagnostyce raka płuca nie odnajduje się jednoznacznych wytycznych i rekomendacji, dlatego należy zachować ostrożność we wdrażaniu tej interwencji w ramach badań skринingowych. Brak jest również dowodów na stosowanie spirometrii, jako metody przesiewowej w przypadku gruźlicy.

W pylicy płuc zaleca się wykonywanie spirometrii (Wiszniewska 2013).

W projekcie zaplanowano również prowadzenie porad antynikotynowych, nie wskazano jednak, jakie treści będą one przedstawiać oraz w jakiej formie będą się odbywać, co wymaga uzupełnienia. Warto również wskazać celowość prowadzenia porad rehabilitacyjnych i zakres tematyczny, jaki miałyby one poruszać.

Zaplanowano również działania informacyjno-edukacyjne prowadzone poprzez kolportaż ulotek i plakatów. Warto wskazać, że odpowiednio przeprowadzona kampania informacyjna może przyczynić się do zwiększenia frekwencji w programie. Natomiast w obrębie omawianego zagadnienia działania edukacyjne mogą odgrywać kluczową rolę.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie przedstawiono część dotycząca monitorowania i ewaluacji, jednak nie została ona przygotowana w sposób, który pozwoli zweryfikować stopień realizacji celów.

W ramach oceny zgłaszalności powinno się określić liczbę osób, które wzięły udział w badaniach oraz tych, którzy nie zostali zakwalifikowani do badań w trakcie konsultacji lekarskich. Dane te powinno się odnieść do całości populacji docelowej.

Efektywność programu może być oceniona poprzez analizę zachorowań na poszczególne choroby, określenie liczby hospitalizacji i zgonów z ich powodu. Warto także ocenić koszty ponoszone na leczenie i zgłaszalność na badania profilaktyczne poza programem. Uzyskane wyniki powinny zostać odniesione do danych z lat poprzednich.

#### Warunki realizacji

W projekcie programu zaproponowano, że realizator programu zostanie wyłoniony w otwartym konkursie ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Przedstawiono również szczegółowe informacje dotyczące kryteriów wyboru realizatora.

W projekcie przedstawiono najważniejsze części składowe, etapy i działania organizacyjne, planowane interwencje, przedstawiono kryteria kwalifikacji uczestników do programu.

Na podstawie informacji przedstawionych w projekcie można podejrzewać, że o udziale w programie (poza wskazanymi kryteriami), będzie decydowała przede wszystkim kolejność zgłoszeń.

Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 10 000. Wskazano wszystkie jego składowe oraz koszty jednostkowe. Przedstawiony budżet nie budzi wątpliwości.

Okres realizacji to dowolne dwa miesiące w II połowie 2015r.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### **Problem zdrowotny**

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą, w której współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Główną przyczyną rozwoju POChP jest wieloletnie palenie papierosów. Charakterystyczną cechą choroby jest to, że przez wiele lat rozwija się bezobjawowo. Pierwszym objawem jest kaszel, który palacze papierosów często lekceważą. Chory zwykle zgłasza się do lekarza dopiero, gdy jest zaniepokojony pojawianiem się duszności podczas czynności, które do niedawna wykonywał bez trudu. Niestety u dużej grupy chorych duszność podczas wysiłku pojawia się dopiero w zaawansowanym stadium choroby, kiedy ponad połowa rezerw oddechowych płuc została bezpowrotnie utracona.

Poza paleniem tytoniu do powstawania POChP przyczyniają się również: zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, narażenie na pyły i dymy w miejscu pracy, częste infekcje dróg oddechowych i palenie bierne w dzieciństwie, nawracające infekcje oskrzelowo-płucne, uwarunkowania genetyczne, czynniki klimatyczne i społeczne.

Rak płuc jest to oskrzelopochodny nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka dróg oddechowych. Stanowi on zdecydowaną większość nowotworów płuc i jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce. Dominującym czynnikiem etiologicznym w rozwoju raka są rakotwórcze substancje zawarte w dymie tytoniowym. Znacznie mniejsze znaczenie w etiologii raka płuca mają inne czynniki, takie jak: predyspozycja genetyczna, czy narażenie na radon, azbest, przemysłowe zanieczyszczenia powietrza, metale ciężkie, promieniowanie jonizujące i niektóre substancje chemiczne.

Gruźlica jest to choroba wywoływana przez prątki z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* – *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*. Źródłem prątków gruźlicy jest chory wydalający prątki podczas oddychania, mówienia oraz kaszlu. Prątki mogą przez długi czas pozostawać w organizmie człowieka i nawet po wielu latach dawać początek gruźlicy płuc i gruźlicy pozapłucnej. Rozwój choroby zależy od liczby komórek bakteryjnych, które dostały się do płuc, od ich zjadliwości oraz sprawności układu immunologicznego. Do grupy dużego ryzyka zakażenia prątkiem gruźlicy i zachorowania na gruźlicę należą: osoby zakażone HIV, osoby, które miały kontakt z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy wykrywane metodą rozmazu, osoby ze zmianami „minimalnymi” w płucach (widocznymi w RTG klatki piersiowej), osoby nadużywające alkoholu lub zażywające narkotyki, bezdomni, imigranci z obszarów o dużej zapadalności na gruźlicę, chorzy na choroby przewlekłe, takie jak: cukrzyca, nowotwory złośliwe, niewydolność serca, przewlekła niewydolność nerek i wątroby, niedobory odporności (również na skutek leczenia immunosupresyjnego).

Pylice płuc to przewlekłe choroby układu oddechowego powstające najczęściej w odniesieniu do osób zawodowo narażonych na pył towarzyszący procesom przemysłowym lub wydobywczym. Charakter zmian chorobowych jest uzależniony od składu chemicznego pyłu, jego stężenia, stopnia rozdrobnienia oraz czasu trwania narażenia.

### **Alternatywne świadczenia**

Interwencje zaproponowane w ramach projektów znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Założenie projektu programu jest zbieżne z celami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, którego celem strategicznym jest zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

Dodatkowo w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje w ramach programów profilaktycznych Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP, składający się z dwóch etapów. Celem programu jest:

- Zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe,
- Poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu,
- Poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu.

### **Ocena technologii medycznej**

W odniesieniu do POChP badania spirometryczne nie są zalecane (m.in. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, USPSTF), jako badania przesiewowe dla całej populacji. Badania spirometryczne są rekomendowane dla osób, u których występują następujące objawy/czynniki ryzyka: przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny, świszczący oddech lub duszność, palenie tytoniu, nawracające ostre infekcyjne zapalenie oskrzeli, narażenie na pyły i środki chemiczne w środowisku pracy. Najniższy, sugerowany przez wytyczne, wiek osób, narażonych na wyżej wymienione czynniki, u których rekomendowane jest przeprowadzenie badania spirometrycznego, to 35 lat .

Spirometria ma kluczowe znaczenie w diagnostyce POChP u osób z grup ryzyka i w regularnej obserwacji pacjentów chorych na POChP. Powinna być dostępna w warunkach podstawowej opieki medycznej w celu wykrywania obturacji u pacjentów z objawami ze strony układu oddechowego. Badanie powinno być przeprowadzane przez wykwalifikowany personel na odpowiednio wykalibrowanym urządzeniu.

Natomiast w diagnostyce POChP nie zaleca się wykonywania badań radiologicznych klatki piersiowej.

Jak wynika z rekomendacji i wytycznych, zaprzestanie palenia jest jedynym środkiem o udowodnionej skuteczności w spowalnianiu rozwoju POChP, a jednocześnie interwencją najbardziej kosztowo-efektywną. Najlepsze wyniki w zapobieganiu postępowi choroby osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez chorego przed 40 r.ż.

Z odnalezionych przeglądów systematycznych dotyczących wczesnej diagnostyki raka płuca wynika, że badanie radiologiczne klatki piersiowej oraz badanie cytologiczne plwociny uznano za nieefektywną metodę przesiewową. Wykrycie wczesnego stadium raka płuc jest możliwe dzięki zastosowaniu tomografii komputerowej o niskich dawkach promieniowania. Należy zaznaczyć, że rekomendacje kliniczne nie są zgodne co do stosowania LDCT w ramach scriningu raka płuca. Amerykańskie i szwedzkie wytyczne (m.in. NCCN, The American Association for Thoracic Surgery, American Lung Association, Swedish Thoracic Surgery Service), zalecają wykonywanie w/w badań w określonych grupach ryzyka u osób w wieku od 55 r.ż . Natomiast polskie wytyczne zamieszczone w Kodeksie Walki z Rakiem wskazują, że najskuteczniejszym sposobem zwalczania nowotworu płuca jest ograniczenie palenia papierosów. Również wytyczne kanadyjskie (Canadian Coordination Office for Health Technology Assessment, 2003) oraz Wielkiej Brytanii (National Health Service, National Screening Committee), nie rekomendują wykonywania scriningu w kierunku raka płuc do czasu uzyskania dodatkowych wyników badań na temat skuteczności omawianej interwencji w skriningu.

Różnorodność wyników badań dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowania tomografii, jako metody przesiewowej może budzić wiele wątpliwości. Dlatego też decyzja o tej metodzie diagnostycznej powinna być świadomą decyzją pacjenta, podjętą w porozumieniu z lekarzem. Duże znaczenie przypisuje się rozwojowi poradnictwa w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc. W większości badań podkreśla się, że programy przesiewowe w kierunku raka płuc, dla zwiększenia efektywności kosztowej, powinny zawierać zaplanowaną edukację czy poradnictwo dot. zaprzestania palenia tytoniu, wśród osób narażonych na raka płuc.

Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, osoby, które zauważą u siebie wystąpienie i utrzymywanie się specyficznych objawów – szczególnie kaszel utrzymujący się co najmniej 3 tygodnie, powinny zwrócić się do lekarza rodzinnego w celu wykonania badania RTG klatki piersiowej, badania płwociny oraz wykonania testu tuberkulinowego.

Kanadyjska Agencja Zdrowia Publicznego nie zaleca badań przesiewowych w kierunku utajonej gruźlicy u osób lub grup, które są zdrowe i mają niskie ryzyko rozwoju aktywnej choroby.

W publikacji Wiszniewska 2013 wskazano, że do rozpoznania pylicy płuc niezbędne jest pełnowymiarowe, poprawnie wykonane technicznie, zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w projekcji tylnoprzodniej. W pylicy płuc zaleca się również wykonywanie spirometrii.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-161/2015, „Płuca nie bolą, ale bez nich nie da się żyć”- program profilaktyczny dla mieszkańców powiatu mikołowskiego” realizowany przez Powiat Mikołowski, Warszawa, sierpień 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy wczesnego wykrywania raka płuc – wspólne podstawy oceny”, maj 2014 r.; „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – wspólne podstawy oceny”, czerwiec 2012 r.; „Programy z zakresu wczesnego wykrywania gruźlicy – wspólne podstawy oceny”, czerwiec 2012 r.