

## **WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP)**

### **I. CZĘŚĆ A.**

#### **1. Opis problemu zdrowotnego**

Palenie tytoniu jest chorobą przewlekłą opisaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych pod numerem F17. W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione, znacząco wpływając na jakość i długość życia. Codziennie pali ok. 9 milionów dorosłych Polaków, w tym ok. 40% mężczyzn i 20% kobiet. Najczęściej Polacy w średnim wieku (między 30 a 50 rokiem życia), mieszkańcy dużych miast, w tym Warszawy, gdzie kobiety palą równie często, jak mężczyźni. W szczególności osobami palącymi są: nisko wykształceni, pochodzący z biedniejszych warstw społecznych lub bezrobotni. To oni najczęściej ponoszą zdrowotne i społeczno-ekonomiczne koszty palenia i wymagają specjalistycznego i refundowanego leczenia uzależnienia od tytoniu. Polacy palą także dużo (mężczyźni - 20 papierosów dziennie, kobiety - 15), długo (średnio 20 lat) i wcześnie rozpoczynają palenie. Raport HBSC z roku 2010 przedstawiający badania zachowań zdrowotnych młodzieży wskazuje, że próby palenia tytoniu od 11 roku życia deklaruje już 16,9% chłopców i 9,4% dziewcząt. Natomiast systematycznie, codziennie pali 0,8% chłopców i 0,3% dziewcząt w wieku 11-12 lat. W wieku 13 - 14 lat pali już systematycznie 6,9% chłopców i 4,6% dziewcząt. Ok. 50% palaczy posiada symptomy uzależnienia od tytoniu, a 15% uzależnionych jest biologicznie od nikotyny.

Związane z paleniem objawy chorobowe i zgony występują zwykle po długim okresie bezobjawowym. Skala i niekorzystne wzory palenia tytoniu w Polsce doprowadziły do epidemii chorób odtyniowych i pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Umieralność na nowotwory płuca, chorobę występującą prawie wyłącznie u palaczy tytoniu, jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów na świecie, przede wszystkim u mężczyzn w średnim wieku. Szacunki epidemiologiczne wskazują, że w populacji mężczyzn w wieku 35-69 lat ok. 60% zgonów na wszystkie nowotwory złośliwe, 40% zgonów na choroby układu krążenia, 70% zgonów na schorzenia układu oddechowego i 20% zgonów na inne schorzenia, np. układu pokarmowego jest związane w Polsce z paleniem tytoniu. Łącznie, palenie jest odpowiedzialne za ok. 40% przedwczesnych zgonów w populacji mężczyzn, a corocznie z powodu schorzeń odtyniowych umiera przedwcześnie ok. 50 tys. Polaków.

#### **2. Cel programu.**

Celem programu jest zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtyniowe, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu w szczególności dla osób obciążonych chorobami układu krążenia, układu oddechowego i nowotworowymi a w konsekwencji zmniejszenie kosztów leczenia chorób odtyniowych.

#### **3. Populacja, do której skierowany jest program**

Zgodnie z l.p. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

#### **4. Warunki finansowania świadczeń w poszczególnych etapach realizacji programu**

**Etap podstawowy** realizacji Programu stanowi cykl zdarzeń rozliczanych jako jedno świadczenie i obejmuje:

**A. Poradnictwo antytytoniowe** (przeprowadzone zgodnie z zakresem i zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 1),

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów określone w części C, w szczególności:

- 1) nr 1 - zmodyfikowany test oceny poziomu uzależnienia od tytoniu,
- 2) nr 3 – „Karta badania lekarskiego”.

Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;

**B. Poradnictwo antytytoniowe z diagnostyką i profilaktyką POChP (z wykonaniem spirometrii)** - (przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 1)

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów określone w części C, w szczególności:

- 1) nr 1 - zmodyfikowany test oceny poziomu uzależnienia od tytoniu,
- 2) nr 2 – „Ankieta o stanie zdrowia świadczeniobiorcy”,
- 3) nr 3 – „Karta badania lekarskiego”

Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;

Świadczenia w etapie podstawowym programu udzielane są świadczeniobiorcom na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniobiorcy, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy nie miał wykonanego badania spirometrycznego w ramach programu profilaktyki POChP (także u innych świadczeniodawców).

**Etap specjalistyczny** (przeprowadzony zgodnie z zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 1)

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów określone w części C, w szczególności:

- 1) nr 4 - test Fagerströma,
- 2) nr 5 – test motywacji do zaprzestania palenia,
- 3) nr 6 – skala Becka do oceny depresji.

- 1) Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w Poradni Pomocy Palącym oraz zaproponowanie wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;
- 2) porada obejmująca: zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami programu oraz zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, aktualizację informacji z etapu podstawowego, przeprowadzenie testu Fagerströma i testu motywacji do zaprzestania palenia, ocenę depresji i objawów abstynencji, wykonanie badania przedmiotowego, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących, oznaczenie tlenu węgla w wydychanym powietrzu, przeprowadzenie edukacji, ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii grupowej lub indywidualnej i farmakoterapii oraz zaplanowanie schematu leczenia jest poradą wstępną w cyklu farmakoterapii lub poradą kwalifikacyjną do terapii grupowej lub indywidualnej:
  - a) terapia grupowa finansowana jest dla osób z przeciwwskazaniami do farmakoterapii, ze słabszą motywacją i gotowością do zaprzestania palenia, wybierających psychoterapię,
    - grupa terapeutyczna powinna liczyć 10 – 12 osób,
    - terapia grupowa jest prowadzona i finansowana przez ok. 3 miesiące, zalecane jest zrealizowanie cyklu 10 spotkań z częstotliwością jedno spotkanie w tygodniu; spotkania mają na celu wzmocnienie motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, opracowanie indywidualnego planu rzucenia palenia, nauki nowych zachowań, interakcji grupowych oraz podtrzymania chęci zaprzestania palenia; terapia grupowa obejmuje prowadzenie także ćwiczeń relaksacyjnych,
    - badania kontrolne finansowane są po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii,
  - b) terapia farmakologiczna finansowana jest dla osób palących, silnie uzależnionych od nikotyny, ze schorzeniami, w których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia, w szczególności po zawale mięśnia sercowego, z POCHP, po leczeniu raka krtani, w trakcie chemioterapii, bez przeciwwskazań do farmakoterapii,
    - finansowany jest cykl leczenia obejmujący 3 porady obowiązkowe (porada wstępna oraz 2 porady kontrolne – w razie potrzeby mogą być zrealizowane i sfinansowane jeszcze 1-2 dodatkowe porady kontrolne) i 3 porady kontrolne po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia,
  - c) terapia indywidualna prowadzona i finansowana jest przez ok. 3 miesiące, w cyklu do 10 spotkań, badania kontrolne finansowane są po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii,

W ramach porady kontrolnej po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia finansuje się w szczególności:

- 1) wywiad dotyczący zaprzestania palenia;
- 2) badanie masy ciała i ciśnienia krwi;
- 3) badanie tlenu węgla w wydychanym powietrzu;

- 4) edukację pacjenta i wsparcie psychiczne podtrzymujące go w zaprzestaniu palenia;

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## **5. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów**

### **1) w etapie podstawowym programu**

- a) skuteczność zapraszania na badania:
  - liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
  - liczba osób spoza listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
  - liczba osób objętych Programem ogółem,
- b) efekty badań:
  - liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
  - liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
  - liczba osób zakwalifikowanych do grupy ryzyka POChP,
  - liczba osób z rozpoznaniem POChP,
  - liczba osób skierowanych do etapu specjalistycznego;

### **2) w etapie specjalistycznym programu**

- a) liczba osób objętych programem,
- b) liczba osób uzależnionych od tytoniu,
- c) liczba osób umotywowanych do zaprzestania palenia,
- d) liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
- e) liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
- f) liczba osób objętych leczeniem odwykowym w etapie specjalistycznym,
- g) liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia,
- h) terapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią),
- i) leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią),
- j) liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.

## **II. Część B.**

W celu realizacji programu świadczeniodawca zobowiązany jest do uzyskania od świadczeniobiorcy udokumentowanej zgody, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (w szczególności wyników badań, wezwania po odbiór wyników badań) bezpośrednio z systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia lub przez koordynatora programu.

### **Wzór**

#### **zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu komórkowego: ..... (nieobowiązkowe)

Nr telefonu stacjonarnego: ..... (nieobowiązkowe)

Adres e-mail: ..... (nieobowiązkowe)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS \*\* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....

Miejscowość i data  
\*\* niepotrzebne skreślić

.....

czytelny podpis świadczeniobiorcy

### **III. CZĘŚĆ C.**

#### **Wzory dokumentacji realizacji Programu:**

#### **1) wzór nr 1 - ZMODYFIKOWANY TEST OCENY WIELKOŚCI UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY**

##### **W Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)**

**Uwaga!** Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w teście należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

1. Jak szybko po obudzeniu zapala Pan/i pierwszego papierosa?
  - a) w ciągu pierwszej godziny TAK I\_ I
  - b) później niż w pierwszej godzinie TAK I\_ I
2. Ile papierosów wypala Pan/i w ciągu dnia?
  - a) < 10 TAK I\_ I
  - b) 10-20 TAK I\_ I
  - c) > 20 TAK I\_ I
3. Czy częściej pali Pan/i w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia ?
  - a) TAK I\_ I
  - b) NIE I\_ I

#### **Ocena testu:**

- Odpowiedzi
- 1a, 2c i 3a świadczą o silnym uzależnieniu od nikotyny TAK I\_ I
- 1a, 2a lub 2b i 3a świadczą o średnim uzależnieniu TAK I\_ I
- 1b, 2a i 3b świadczą o małym uzależnieniu od nikotyny TAK I\_ I

.....  
data i podpis sporządzającego

## 2) wzór nr 2 - ANKIETA O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY

**W**

### Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

**Uwaga!** Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zakwalifikowania do badania spirometrycznego.

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

**Dane świadczeniobiorcy:**

Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Imię | | | | | | | | | | | | | | Płeć (K- kobieta, M - mężczyzna) | |, Wiek | | |

PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| tel. kontaktowy |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

tel. komórkowy | | | | | | | | | |      adres e-mail.....@.....

Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kod      | | | - | | | |      Poczta | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ulica	Nr lokalu	Nr mieszk.
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

[illegible]

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/  
przekazanie drogą SMS \*\* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....

Miejscowość i data  
\*\* niepotrzebne skreślić

.....

czytelny podpis świadczeniobiorcy

## 1. PALENIE PAPIEROSÓW:

- palę czynnie od    I\_I\_I lat,
- wypalam dziennie    I\_I\_I sztuk papierosów,
- palę w domu    I\_I,    w pracy    I\_I,    palłam/paliłem w dzieciństwie    I\_I

## 2. KASZEL:

- mam poranny kaszel dla „oczyszczenia” płuc, przez przynajmniej 3 miesiące w roku, od przynajmniej dwóch lat - TAK | I, NIE | I

### 3. UCZUCIE DUSZNOŚCI:

- nie mam duszności I\_I,
- mam duszność tylko podczas wysiłku fizycznego I I

**4. CZY KIEDYKOLWIEK LEKARZ ROZPOZNAŁ U PANI/PANA:**

- |   |  |
|---|--|
| • rozedmę płuc  | TAK I_ <input type="checkbox"/> ,      NIE I_ <input type="checkbox"/> |
| • przewlekłe zapalenie oskrzeli (przewlekły bronchit) | TAK I_ <input type="checkbox"/> ,      NIE I_ <input type="checkbox"/> |
| • przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)         | TAK I_ <input type="checkbox"/> ,      NIE I_ <input type="checkbox"/> |

**5. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁ PAN(I) WYKONANE BADANIE SPIROMETRYCZNE**

TAK I\_☐,      NIE I\_☐

**Obowiązkowo wypełnia lekarz**

Pacjent zakwalifikowany do badania spirometrycznego      TAK I\_☐,      NIE I\_☐

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### 3) wzór nr 3 - KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

**w etapie podstawowym Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)**

Nazwisko

Imię | | | | | | | | | | | | | Data urodzenia | | || | | | |

Płeć (K,M) | | ,      Wiek | | |      PESEL | | | | | | | | | | | | | |

Wzrost | | | | cm

Waga | \_ | \_ | \_ , | \_ | \_ | kg

1. Sinica języka TAK ☐, NIE ☐

## 2. Badanie kl. Piersiowej

- widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych TAK ☐, NIE ☐
- klatka piersiowa beczkowata TAK ☐, NIE ☐

a) cechy rozedmy:

- wypuk nadmiernie jawny/ bębnekowy TAK |\_\_|, NIE |\_\_|
- ściszenie szmeru pęcherzykowego TAK | |, NIE | |

b) cechy zwężenia oskrzeli:

- |                    |           |         |
|--------------------|-----------|---------|
| • wydłużony wydech | TAK  __ , | NIE  __ |
| • świsty           | TAK  __ , | NIE  __ |
| • furczenia        | TAK    ,  | NIE     |

3. **Wątroba** - powiększona TAK ☐, NIE ☐

4. Obrzęki kończyn dolnych TAK ☐, NIE ☐

## 5. Wynik wstępnego badania spirometrycznego

FEV <sub>1</sub> (litr)	
FEV <sub>1</sub> (% naležnej normy)	
FVC (litr)	
FVC (% naležnej normy)	
FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	
FEV <sub>1</sub> /FVC (% naležnej normy)	

Należy podać najlepszy wynik dla każdego z parametrów (niezależnie z którego wydechu).

**6. Rozpoznanie:**.....

## 7. Zalecenia:

---

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza



**4) wzór nr 4 - TEST UZALEŻNIENIA OD TYTONIU WG. FAGERSTRÖMA**

Proszę zaznaczyć jedną właściwą odpowiedź dla każdego pytania

	<b>Pytanie</b>	<b>Odpowiedź</b>	<b>Punktacja</b>
1.	Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan(Pani) pierwszego papierosa?	a. do 5 min b. w 6-30 min c. w 31-60 min d. po 60 min	3 2 1 0
2	Czy ma Pan(Pani) trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie jest to zakazane?	tak nie	1 0
3.	Z którego papierosa jest Panu(Pani) najtrudniej zrezygnować?	z pierwszego rano z każdego następnego	1 0
4.	Ile papierosów wypala Pan(Pani) w ciągu dnia?	a. 10 lub mniej b. 11-20 c. 21-30 d. 31 i więcej	0 1 2 3
5.	Czy częściej pali Pan(Pani) papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	tak nie	1 0
6.	Czy pali Pan (Pani) papierosy nawet wtedy, gdy jest Pan(Pani) tak chory/a, że musi leżeć w łóżku?	tak nie	1 0

Suma punktów .....

Interpretacja testu :	liczba punktów	0-3	uzależnienie słabe
	liczba punktów	4-6	uzależnienie umiarkowane
	liczba punktów	7-10	uzależnienie silne

**data i podpis  
sporządzającego**

**5) wzór nr 5 - TEST MOTYWACJI DO ZAPRZESTANIA PALENIA TYTONIU**

Proszę zaznaczyć jedną właściwą odpowiedź dla każdego pytania

<b>Pytanie</b>	<b>Odpowiedź</b>	
1. Czy chcesz rzucić palenie tytoniu?	TAK	NIE
2. Czy decydujesz się na rzucenie palenia tytoniu		
• dla samego siebie (zaznacz TAK),		
• czy dla kogoś innego, np. dla rodziny (zaznacz NIE)	TAK	NIE
3. Czy podejmowałaś/eś już próby rzucenia palenia?	TAK	NIE
4. Czy orientujesz się w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	TAK	NIE
5. Czy wiesz dlaczego palisz tytoń?	TAK	NIE
6. Czy mogłabyś/mógłbyś liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół itp. gdybyś chciał/a rzucić palenie?	TAK	NIE
7. Czy członkowie twojej rodziny są osobami niepalącymi?	TAK	NIE
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	TAK	NIE
9. Czy jesteś zadowolona/y ze swojej pracy i trybu życia?	TAK	NIE
10. Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miał/a problemy z utrzymaniem abstynencji?	TAK	NIE
11. Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażony/a w okresie abstynencji?	TAK	NIE
12. Czy wiesz w jaki sposób samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?	TAK	NIE

WYNIK: TAK...../NIE.....

Interpretacja wyników testu motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider:

- przewaga odpowiedzi **TAK** (>6) oznacza istnienie motywacji do zaprzestania palenia,
- przewaga odpowiedzi **NIE** oznacza brak motywacji do zaprzestania palenia.

**data i podpis sporządzającego**

**6) wzór nr 6 - SKALA BECKA DO OCENY DEPRESJI**

Ocena dotyczy ostatniej doby. W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź.

- A. 0. Nie jestem smutny ani przygnębiony
  - 1. Odczuwam często smutek, przygnębienie
  - 2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć
  - 3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania
- B. 0. Nie przejmuję się zbyt przyszłością
  - 1. Często martwię się o przyszłość
  - 2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka
  - 3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni
- C. 0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań
  - 1. Sądzę, że nie czynię więcej zaniedbań niż inni
  - 2. Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań
  - 3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle
- D. 0. To co robię sprawia mi przyjemność
  - 1. Nie cieszy mnie to, co robię
  - 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia
  - 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności, wszystko mnie nuży
- E. 0. Nie czuję się winnym wobec siebie, ani wobec innych
  - 1. Dość często miewam wyrzuty sumienia
  - 2. Często czuję, że zawiniłem
  - 3. Stale czuję się winnym
- F. 0. Sądzę, że nie zasługuję na karę
  - 1. Sądzę, że zasługuję na karę
  - 2. Spodziewam się ukarania
  - 3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany)
- G. 0. Jestem z siebie zadowolony
  - 1. Nie jestem z siebie zadowolony
  - 2. Czuję do siebie niechęć
  - 3. Nienawidzę siebie
- H. 0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi
  - 1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy
  - 2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy
  - 3. Winie siebie za wszystko zło, które istnieje
- I. 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia
  - 1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać
  - 2. Pragnę odebrać sobie życie
  - 3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność
- J. 0. Nie płaczę częściej niż zwykle
  - 1. Płaczę częściej niż dawniej
  - 2. Ciągłe chce mi się płakać
  - 3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie
- K. 0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej
  - 1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej

- 2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony
  - 3. Wszystko co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne
- L. 0. Ludzie interesują mnie jak dawniej
- 1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej
  - 2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi
  - 3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi
- M. 0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej
- 1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji
  - 2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji
  - 3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji
- N. 0. Sądzę, że nie wyglądam gorzej niż dawniej
- 1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie
  - 2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej
  - 3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco
- O. 0. Mogę pracować jak dawniej
- 1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność
  - 2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek
  - 3. Nie jestem w stanie nic zrobić
- P. 0. Sypiam dobrze, jak zwykle
- 1. Sypiam gorzej niż dawniej
  - 2. Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć
  - 3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć
- Q. 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej
- 1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio
  - 2. Męczę się wszystkim co robię
  - 3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek zrobić
- R. 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej
- 1. Mam trochę gorszy apetyt
  - 2. Apetyt mam wyraźnie gorszy
  - 3. Nie mam w ogóle apetytu
- S. 0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca)
- 1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg
  - 2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg
  - 3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
- Jadam specjalnie mniej, by stracić na wadze: tak ☐, nie ☐
- T. 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze
- 1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle
  - 2. Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę
  - 3. Tak bardzo się martwię o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć
- U. 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom
- 1. Jestem mniej zainteresowany sprawami seksu
  - 2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują
  - 3. Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu

**data i podpis sporządzającego**

**ZAKRES DANYCH SPRAWOZDAWCZYCH W RAPORTACH STATYSTYCZNYCH  
Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ w etapie podstawowym Programu**

**Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>1</sup>	Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1	5.01.00.0000049	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	n.d	SWIAD
2	5.01.00.0000050	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) z wykonanym badaniem spirometrycznym – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	n.d	SWIAD

**Objaśnienia:**

<sup>1</sup>) kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

**Słownik efektów udzielanych świadczeń w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)**

Kod efektu	Nazwa efektu
1011	pacjent podjął próbę zaprzestania palenia
1012	pacjent objęty leczeniem odwykowym w etapie podstawowym Programu
1013	pacjent zakwalifikowany do grupy ryzyka POChP
1014	pacjent z rozpoznaną POChP
1015	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w etapie specjalistycznym Programu
1016	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w poradni leczenia uzależnień

Pieczęć świadczeniodawcy

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE z realizacji etapu specjalistycznego Programu**

z realizacji umowy nr .....za okres .....

**PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (w tym POChP)**

L.P.	miara produktu			liczba osób
1	Liczba osób objętych leczeniem odwykowym w Etapie specjalistycznym w podziale na:	osoby skierowane z poz lub ze szpitala		
		osoby, które zgłosiły się bez skierowania.		
		razem		
2	Liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w Etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia	psychoterapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią),	liczba osób objętych psychoterapią	
			liczba osób, które zaprzestały palenia tytoniu	
		psychoterapia indywidualna (w stosunku do liczby osób objętych terapią),	liczba osób objętych psychoterapią	
			liczba osób, które zaprzestały palenia tytoniu	
		leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią).	liczba osób objętych farmakoterapią	
			liczba osób, które zaprzestały palenia tytoniu	
3	Liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.			

.....

Data sporządzenia

.....

Pieczęć i podpis świadczeniodawcy