

## PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

# OGÓLNOPOLSKI PROGRAM EDUKACYJNY DOTYCZĄCY PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC (POChP)

Warszawa, czerwiec 2017 r.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## Spis treści

I.	STRONA TYTUŁOWA.....	4
III.	OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO .....	5
	1. Problem zdrowotny .....	5
	2. Epidemiologia .....	12
	3. Obecne postępowanie.....	17
IV.	CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI.....	31
V.	CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI.....	33
VI.	PLANOWANE INTERWENCJE I SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ .....	36
	I. Tworzenie poradni antynikotynowych.....	36
	II. Działania informacyjno-edukacyjne .....	41
VII.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	45
VIII.	Bezpieczeństwo planowanych interwencji.....	45
IX.	ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	46
X.	KOMPETENCJE/WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	48
XI.	TRYB ZAPRASZANIA DO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	48
XII.	SPÓJNOŚĆ MERYTORYCZNA I ORGANIZACYJNA .....	48
XIII.	MONITOROWANIE I EWALUACJA.....	49
XIV.	KOSZTY .....	50

The first step in the standardization process is to identify the variables that are to be standardized. This is done by conducting a literature review and consulting with experts in the field. Once the variables have been identified, the next step is to determine the units and scales for each variable. This is done by consulting with experts and reviewing existing research. The final step is to develop a standardization protocol that will be used to standardize the data. This protocol should include information on the units and scales for each variable, as well as information on how to handle missing data and outliers.

The standardization process is a critical step in data analysis. It ensures that the data is comparable and that the results are valid.

Standardization is a process of making data comparable by adjusting for differences in units and scales.

Standardization is a process of making data comparable by adjusting for differences in units and scales. This is done by dividing each variable by its standard deviation. This process is often used in regression analysis and other statistical techniques. Standardization is important because it allows for the comparison of variables that are measured on different scales. For example, if one variable is measured in inches and another in centimeters, it would be difficult to compare them. By standardizing the data, the units are made consistent, making it easier to compare and analyze the results.

Standardization is a process of making data comparable by adjusting for differences in units and scales. This is done by dividing each variable by its standard deviation. This process is often used in regression analysis and other statistical techniques. Standardization is important because it allows for the comparison of variables that are measured on different scales. For example, if one variable is measured in inches and another in centimeters, it would be difficult to compare them. By standardizing the data, the units are made consistent, making it easier to compare and analyze the results.

## I. STRONA TYTUŁOWA

1. **Autorzy Programu:** Program został przygotowany przez Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, przy wykorzystaniu programu przygotowanego przez dr hab. n. med. Krzysztof Kuziemskiego przy merytorycznym udziale i wsparciu grupy roboczej składającej się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. **Okres realizacji Programu:** 2018-2023

3. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Ciągłość i trwałość programu zostanie zachowana. Program zostanie poddany ewaluacji, a następnie zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014-2020 i/lub ewentualnie innych środków (np. Programów Operacyjnych kolejnej perspektywy finansowej UE).

Należy dodać, że Program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

### **III. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

#### **1. Problem zdrowotny**

Problem zdrowotny będący przedmiotem niniejszego programu polityk zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126) - zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu.

#### **Definicja przewlekłej obturacyjnej choroby płuc**

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to zespół kliniczny, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych.<sup>1,2</sup> POChP jest to chorobą poddającą się prewencji i leczeniu, z istotnymi zmianami pozapłucnymi, które mogą się przyczyniać do ciężkości stanu poszczególnych chorych. Zmiany płucne w POChP charakteryzują się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to jest zwykle postępujące i wiąże się z nieprawidłową odpowiedzią zapalną płuc na szkodliwe pyły lub gazy (najważniejszym czynnikiem etiologicznym jest dym tytoniowy).

POChP należy podejrzewać u każdej osoby po 40 r.ż., palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na środowiskowe zanieczyszczenia powietrza, która kaszle i wykrztusza plwocinę (zazwyczaj rano). Dolegliwości te występują przez wiele lat. Chory zazwyczaj skarży się na postępującą z upływem lat duszność, która początkowo występuje tylko podczas wysiłku. W końcowym okresie choroby i podczas jej zaostrzeń duszność może być również odczuwana w spoczynku<sup>3</sup> (PTChP 2014).

#### **Podstawowe objawy POChP**

Charakterystyczną cechą POChP jest to, że choroba rozwija się w sposób powolny, skryty, wieloletni. Pierwszym objawem jest kaszel, który jest często lekceważony przez palaczy papierosów. Chory zwykle zgłasza się do lekarza dopiero, gdy jest zaniepokojony pojawianiem się duszności podczas czynności, które do niedawna wykonywał bez trudu. Niestety u dużej części chorych duszność podczas wysiłku pojawia się dopiero w zaawansowanym stadium choroby.

---

<sup>1</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014, 82, 227–263.

<sup>2</sup> Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease updated 2016 gold dostęp: <http://goldcopd.org/>

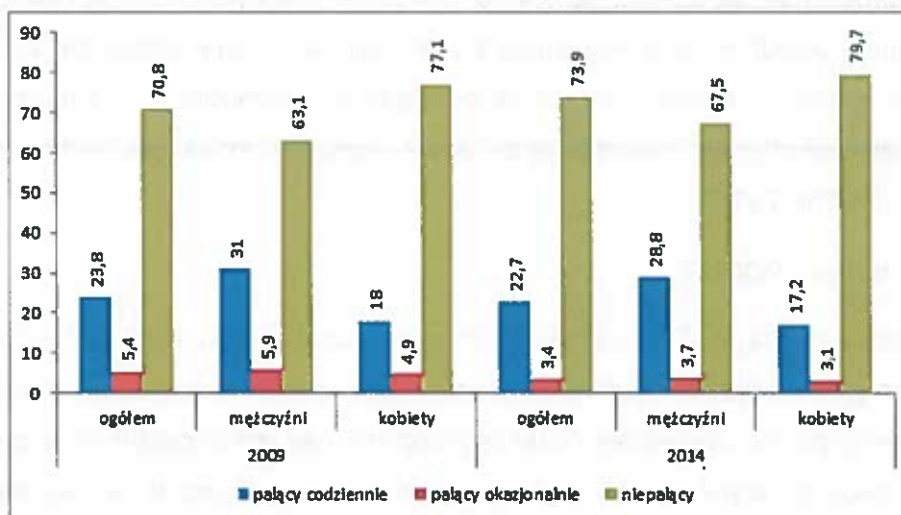
<sup>3</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014, 82, 227–263.

Do objawów wiodących POChP należą:

- przewlekły kaszel
- utrudnione odkrztuszanie wydzieliny z dróg oddechowych
- narastająca duszność

### Czynniki etiologiczne POChP

Za główny czynnik etiologiczny rozwoju POChP należy uznać **palenie tytoniu**. W Polsce nikotynizm jest nadal szeroko rozpowszechniony, jednakże w okresie ostatnich 5 lat odsetek osób palących spadł o ponad 3 pkt procentowe (z 29% do 26%). Według danych statystycznych GUS, tytoń w różnej formie pali codziennie ponad 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet (w 2009 r. 31% dorosłych mężczyzn i 18% kobiet). Szczególnie często nałóg palenia występuje u pięćdziesięciolatków (50-59 lat). W tej grupie wiekowej nałóg palenia tytoniu jest rozpowszechniony u 36% mężczyzn i 27% kobiet. Osoby mocno uzależnione od nikotyny, tj. palące co najmniej 20 papierosów dziennie (ponad 1 paczkę na dobę) stanowią 55% ogółu palących mężczyzn; natomiast wśród palących kobiet mocno uzależnionych jest 31%. Zarówno czynni i bierni palacze tytoniu są narażeni na toksyczne działanie dymu tytoniowego.<sup>4</sup> Porównanie odsetka osób palących w latach 2009 i 2014 przedstawiono na rycinie 1<sup>5</sup>.



Rycina 1. Palenie tytoniu przez osoby dorosłe w 2009 i 2014 r.

<sup>4</sup> Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietywanego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. Główny Urząd Statystyczny Warszawa, 1 grudnia 2015 r. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

<sup>5</sup> Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietywanego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. Główny Urząd Statystyczny Warszawa, 1 grudnia 2015 r. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

Palenie tytoniu niesie za sobą poważne skutki zdrowotne nie tylko w postaci POChP, ale także innych chorób układu oddechowego (np. rozedma płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli), jak również przyczynia się do rozwoju chorób układu krążenia (np. choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, miażdżycza zarostową kończyn dolnych, nadciśnienie tętnicze). Ponadto palacze narażeni są szczególnie choroby nowotworowe (np. rak płuca, rak krtani, rak tchawicy, rak języka, raka wargi, raka jamy ustnej raka nerki, raka pęcherza moczowego, raka przełyku).

#### **Główna przyczyna rozwoju POChP - palenie tytoniu w różnej postaci:**

- palenie (aktywne) tytoniu
- palenie bierne tytoniu

Palenie powoduje wzrost ryzyka zachorowania na POChP około 1-2 razy na każde 10 paczkolet.

#### **Inne czynniki ryzyka rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

Do przyczyn sprzyjających rozwojowi choroby należy zaliczyć:

- zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego w miejscu pracy lub zamieszkania
- zanieczyszczenia wynikające z używania węgla, drewna lub gazu do ogrzewania mieszkań i gotowania, w słabo wentylowanych pomieszczeniach
- infekcje układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie
- nawracające infekcje oskrzelowo-płucne
- nadreaktywność oskrzeli/astma
- uwarunkowania genetyczne

Powyższe czynniki przyspieszają rozwój POChP, w szczególności gdy dotyczą osób aktywnie palących tytoń.

Istnieje udokumentowany związek pomiędzy rozwojem POChP a narażeniem zawodowym na pyły organiczne, nieorganiczne oraz toksyczne gazy w środowisku pracy. Szacuje się, że zanieczyszczenia powietrza w środowisku pracy w krajach uprzemysłowionych są odpowiedzialne za rozwój POChP u około 19% wszystkich przypadków i 33% przypadków choroby u osób niepalących. Do najczęstszych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego o udowodnionym szkodliwym wpływie na płuca są: dwutlenek siarki (SO<sub>2</sub>), dwutlenek azotu (NO<sub>2</sub>), ozon i pył zawieszony, czyli cząsteczki pyłu o różnym składzie chemicznym unoszące

się w powietrzu ze względu na niski ciężar. W niektórych, szczególnych przypadkach POChP może być uznane za chorobę zawodową<sup>6</sup>.

Choroba zawodowa	Okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym
Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwale upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej, wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące, jeżeli w ostatnich 10 latach pracy zawodowej co najmniej w 30% przypadków stwierdzono na stanowisku pracy przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń.	1 rok

Tabela 1. POChP jako choroba zawodowa

Do czynników szkodliwych w miejscu pracy, które predysponują do powstania POChP pochodzenia zawodowego, zaliczono pyły nieorganiczne (wolnej krzemionki, pył węglowy), pyły organiczne (pył bawełny i pył zbożowy) oraz szkodliwe gazy i opary (np. kadmu).

W tabeli 2 przedstawiono najważniejsze czynniki środowiska pracy wpływające na rozwój POChP<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. 2013 r., poz. 1367)

<sup>7</sup> Wiszniewska M i wsp.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – schorzenie związane z pracą zawodową. *Medycyna Pracy* 2012; 63: 217–228



Czynniki środowiska pracy Occupational factors	POCHP COPD	Włóknienie Fibrosis	Przewlekłe zapalenie oskrzeli Chronic bronchitis
Amoniak / Ammonium	x		x
Arszenik (As-Cl <sub>3</sub> ) / Arsenic trioxide	x		
Asfalt / Bitumen	x		
Azbest / Asbestos	x	x	
Celuloza i papier / Cellulose and paper	x		
Cement / Cement	x		
Chlor / Chlorine	x		
Chrom / Chromium	x		
Czterotlenek osmu / Osmium tetroxide	x		
Dizocyjaniany / Dicyanates	x	x	
Dwutlenek azotu / Nitric dioxide	x		
Dwutlenek siarki / Sulphur dioxide	x		
Dym papierosowy / Tobacco/cigarette smoke	x		x
Dymy spawalnicze / Welding fumes	x		x
Fosforany / Phosphates	x		
Fosgen / Phosgene	x		
Huty wytopiania metali / Metal works	x		
Kadm / Cadmium	x		
Krzemiany / Silicates	x		
Krzemionka krystaliczna / Crystalline silica	x	x	x
Odlewnie / Foundries	x		
Pary i mgły olei mineralnych / Mineral oil fumes and vapors	x	x	
Pięcioletek wanadu / Vanadium pentoxide	x		x
Produkty spalania węgla i koksu / Products of combustion of coke and coal	x		x
Pył drewna / Wood dust	x		
Pył mineralny / Mineral dust	x		
Pył węgla / Carbon dust	x	x	
Pył żelaza i stali / Iron and steel dusts	x		x
Spaliny silników / Engine fumes	x		
Syntetyczne włókna szklane / Synthetic glass fibers	x		
Węgiel kamienny / Coal	x		
Węgiel wolframu / Tungsten carbide	x	x	
Włókna ceramiczne / Ceramic fibers	x		
Wytopianie aluminium / Aluminum smelting	x		

POCHP – przewlekła obturacyjna choroba płuc / COPD – chronic obstructive pulmonary disease.

Tabela 2. Zestawienie czynników środowiska pracy zwiększających ryzyko schorzeń związanych z POChP

Przedstawione czynniki etiologiczne prowadzą do rozwoju przewlekłego neutrofilowego zapalenia oraz rozwoju stresu oksydacyjnego w oskrzelach i w mięszu płuc. W POChP dochodzi do zmniejszenia sprężystości płuc i w konsekwencji nieodwracalnego uszkodzenia małych dróg oddechowych. Efektem jest wystąpienie utrwalonego ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe w czasie wydechu. Dodatkowo dochodzi do miejscowego obrzęku małych dróg oddechowych, hipersekrecji śluzu i skurcz mięśniówki gładkiej oskrzeli. Wymienione zmiany strukturalne prowadzą do stopniowego ujawnienia się typowych objawów POChP: duszność, kaszel, utrudnione odkrztuszanie wydzieliny z dróg oddechowych.

POCHP stanowi istotny problem społeczno-ekonomiczny - choroba pomimo leczenia prowadzi do powolnej progresji. POChP prowadzi do częstych zaostrzeń, rozwijają się powikłania pozapłucne, w szczególności sercowo-naczyniowe (niewydolność prawej komory serca) i zaburzenia krążenia krwi w naczyniach obwodowych. Udowodniono również związek POChP z rozwojem zespołu metabolicznego oraz depresji.

### Absencja chorobowa z powodu POChP

POChP jest istotnym czynnikiem absencji chorobowej w pracy. Zaostrzenia prowadzą do hospitalizacji, co wiąże się z obciążeniem finansowym służby zdrowia. Zaawansowane stadia choroby wiążą się z rozwojem utrwalonej przewlekłej niewydolności oddechowej.

Chorzy na POChP, będący w wieku produkcyjnym, z powodu rozwoju przewlekłej niewydolności oddechowej przechodzą wcześniej na rentę inwalidzką lub przebywają na długotrwałych zwolnieniach lekarskich. Z danych opublikowanych przez Instytut Łazarskiego wynika, że w 2012 roku z tytułu chorób wchodzących do podgrupy przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych wystawiono 137,2 tys. zwolnień lekarskich na łączną liczbę 1 535,0 tys. dni absencji chorobowej. Inna przewlekła zaporowa choroba płuc stanowiła przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 26,0 tys. przypadków na łączną liczbę 348,6 tys. dni absencji chorobowej (tabela 3)<sup>8</sup>.

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			Liczba zaświadczeń lekarskich w tys.			Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach		
	Ogółem	w tym:		Ogółem	w tym:		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
		Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni	Kobiety			
<b>OGÓŁEM (J00-Z99)</b>	<b>206 776,3</b>	<b>92 368,0</b>	<b>114 328,2</b>	<b>18 600,1</b>	<b>7 866,4</b>	<b>8 727,2</b>	<b>12,48</b>	<b>11,74</b>	<b>13,10</b>
w tym: Choroby układu oddechowego (J00 - J99)	25 330,3	12 504,9	12 726,1	4 082,6	1 918,3	2 162,7	6,20	6,57	5,88
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40 - J47)	1 535,0	847,0	688,7	137,2	73,2	64,0	11,19	11,59	10,73
Inna przewlekła zaporowa choroba płuc J44	348,6	243,1	105,4	26,0	17,5	8,5	13,40	13,88	12,42

Tabela 3. Absencja chorobowa spowodowana przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych

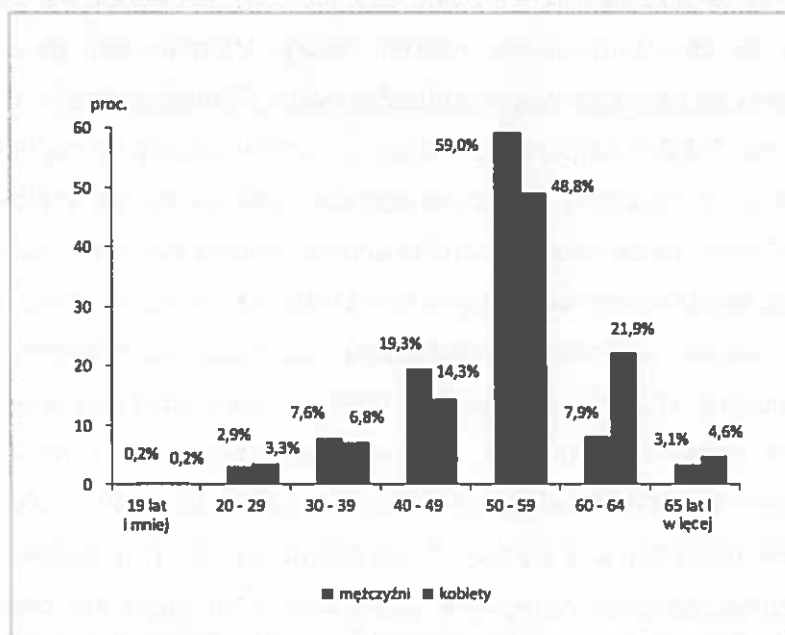
W 2012 r. liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym przynajmniej raz w ciągu roku wystawiono zwolnienie lekarskie z powodu POChP, wynosiła 12,4 tys., a przeciętna nieobecność chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na osobę wynosiła 28,07 dnia<sup>9</sup>. W tym samym roku lekarze orzecznicy ZUS wystawili ogółem 44,5 tys. orzeczeń pierwszorazowych o niezdolności do pracy do celów rentowych. Z powodu schorzeń układu oddechowego wydano 1 053 orzeczenia o niezdolności do pracy. Orzeczenia wydane w związku z przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych (w tym POChP) stanowiły w grupie tych chorób 67%, zaś w związku z inną przewlekłą zaporową chorobą płuc 46,3%<sup>10</sup>. Ponowne orzeczenie o niezdolności do pracy w tych grupach nie ulega znaczącym zmianom. W grupie osób z orzeczeniem o niezdolności

<sup>8</sup> Przewlekła obturacyjna choroba płuc – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia. Uczelnia Łazarskiego Warszawa 2014

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid.

do pracy w przedziale wiekowym 50-59 lat dominowały kobiety, natomiast w przedziale 60 lat i więcej mężczyźni (rycina 2)<sup>11</sup>.



Rycina 2. Struktura wiekowa osób z pierwszorazowym orzeczeniem niezdolności do pracy.

Wzrost wiedzy na temat czynników etiologicznych POChP, w tym przede wszystkim na temat szkodliwości palenia oraz działania mające na celu ograniczanie palenia tytoniu powinno być zasadniczym działaniem profilaktycznym związanym z dużymi korzyściami zdrowotnymi dla społeczeństwa. Co więcej, ograniczenie palenia tytoniu mogłoby wpłynąć na obniżenie społecznych i ekonomicznych kosztów leczenia chorób odtytoniowych.

<sup>11</sup> Ibid.

## 2. Epidemiologia

Według Światowej Organizacji Zdrowia POChP zajmuje czwarte miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów, za chorobami serca, udarem mózgu i zapaleniem płuc. W 2000 roku choroba ta spowodowała na całym świecie śmierć ponad 2,75 miliona ludzi<sup>12</sup>. W Polsce ocenia się liczbę chorych na POChP na ponad 2 miliony, a rocznie umiera na nią blisko 15 tysięcy, co stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów. Szacuje się, że w Polsce około 80% chorych na POChP znajduje się w łagodnym lub umiarkowanym stadium choroby i rzadko jest ona rozpoznawana. Międzynarodowe badania BOLD (*Burden of Obstructive Lung Disease*)<sup>13</sup>, przeprowadzone również w Polsce (Małopolska), dowodzą, iż częstość występowania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest w naszym kraju znacznie większa niż dotąd uważano (ok. 10% badanych populacji). W grupie osób powyżej 40. roku życia, POChP w stadium I i wyższym wg GOLD stwierdzono u 22,1% (prawie 4 mln chorych w Polsce; 27,7% u mężczyzn i 16,6% u kobiet), a w stadium II i wyższym wg GOLD (powszechnie uznawane już za klinicznie istotną chorobę) występuje u 10,9% osób w tej grupie wiekowej (prawie 2 mln chorych w Polsce; 13,3% u mężczyzn i 8,6% u kobiet). Ryzyko wystąpienia POChP w stadium II i wyższym wzrasta wraz z wiekiem (ok. 2x/10 lat życia).

Według danych szacunkowych liczbę chorych na POChP w Polsce ocenia się na ponad 2 mln, co stanowi ponad 5 % społeczeństwa. W badaniach cząstkowych cechy POChP stwierdzono u około 10% badanych powyżej 40 roku życia. Powszechny jest pogląd, że bliżej nieznana liczba chorych jest niezdiagnozowana, co wynika z małej dostępności badań spirometrycznych i nieznacznie wyrażonych objawów klinicznych, szczególnie we wczesnych postaciach choroby<sup>14</sup>.

W poniższej tabeli przedstawiono dane ilościowe wszystkich rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-X dla jednostek J43.9, J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9 łącznie w zakresie 3 rodzajów świadczeń: podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.

<sup>13</sup> Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007; 370: 741-50.

<sup>14</sup> Jahnz-Różyk K. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2011;79:337-342

<sup>15</sup> źródło: dane z systemu NFZ wg stanu na dzień 09.06.2016 r.

Rok	Ilość rozpoznań
2010	487 569
2011	497 951
2012	207 523
2013	495 882
2014	477 886
2015	219 275

Tabela 4. Liczba wszystkich rozpoznań J43.9, J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9 w latach 2010 - 2015

Ilość wszystkich rozpoznań w latach 2010 - 2015 utrzymuje się na niezmiernie wysokim poziomie. Dodatkowo w tabeli 7 przedstawiano ilość nowych rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-X dla jednostek chorobowych: J43.9, J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9 łącznie w zakresie 3 rodzajów świadczeń: podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym<sup>16</sup>.

Rok	Ilość nowych rozpoznań *
2011	247 362
2012	73 927
2013	213 140
2014	155 388
2015	52 890

Tabela 5. Ilości wszystkich nowych rozpoznań J43.9, J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9 w latach 2010 – 2015.

Liczba nowych rozpoznań w zakresie POChP jest zmienna. W latach 2011 i 2013 wynosiła ponad 200 tys. chorych/rok, natomiast w roku 2012 i 2015 obserwowany był znaczny spadek liczby rozpoznań, prawdopodobnie na skutek niedoszacowania.

Zgodnie z danymi zamieszczonymi w podsumowaniu Map potrzeb zdrowotnych dla Polski (dla 30 grup chorób) zapadalność i chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. chorób układu oddechowego (przewlekłych) przedstawia się w następujący sposób<sup>17</sup>:

Choroby układu oddechowego (przewlekłe)	Zapadalność rejestrowana	Chorobowość rejestrowana
Astma	548,8	4 878,3
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	233,6	1 920,2

<sup>16</sup> źródło: dane z systemu NFZ wg stanu na dzień 09.06.2016 r.

<sup>17</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski [http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/polska\\_final.pdf](http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/polska_final.pdf), dostęp z 6.04.2017

Choroby śródmiąższowe płuc	51,1	357
Przewlekłe choroby zapalne płuc	190,9	1 610,5
Zaburzenia oddychania w czasie snu	53,1	320,3
Niewydolność oddychania	56,6	161,2
Inne choroby układu oddechowego	247,2	1 224,5

Tabela 6. Zapadalność i chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w Polsce w 2014 r. chorób układu oddechowego (przewlekłych)

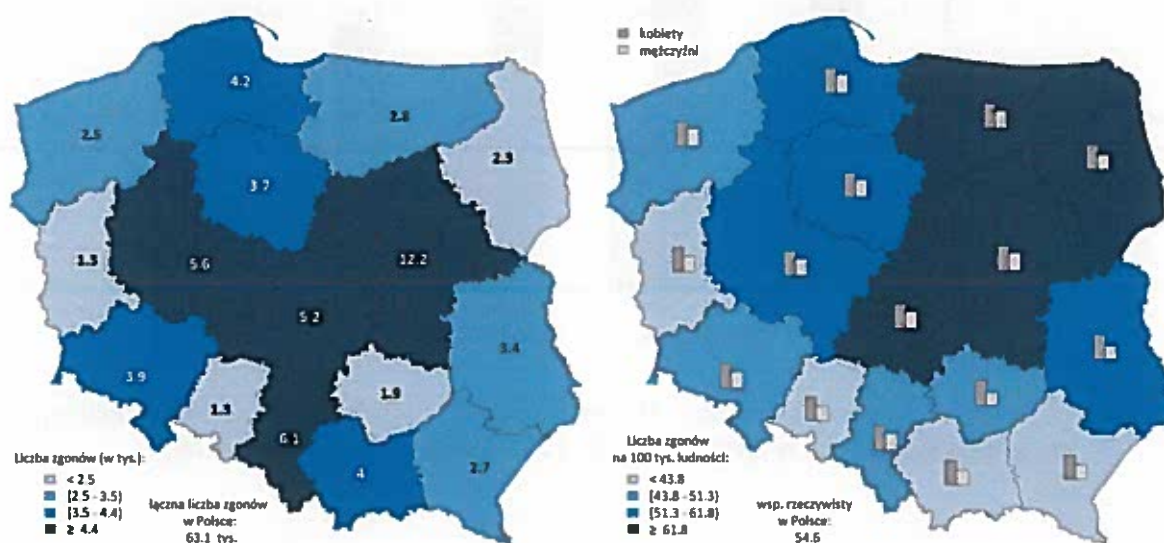
Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach potrzeb zdrowotnych dla poszczególnych województw liczba hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako POChP (J43, J44) przedstawia się następująco:

Województwo	Liczba hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako POChP (J43, J44)
dolnośląskie	3,36 tys.
kujawsko-pomorskie	2,34 tys.
lubelskie	3,69 tys.
lubuskie	1,18 tys.
łódzkie	3,46 tys.
małopolskie	3,01 tys.
mazowieckie	5,81 tys.
opolskie	1,26 tys.
podkarpackie	2,25 tys.
podlaskie	2,16 tys.
pomorskie	1,77 tys.
śląskie	4,09 tys.
świętokrzyskie	1,82 tys.
warmińsko-mazurskie	1,80 tys.
wielkopolskie	4,04 tys.
zachodniopomorskie	1,10 tys.

Tabela 7. Liczba hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako POChP (rok 2014)

Według danych Zakładu Epidemiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w 2009 roku choroby oznaczone symbolami J40-J44 były przyczyną zgonów u 8024 mieszkańców Polski. Wskaźnik zgonów wynosił 21/100 000 ludności<sup>18</sup>.

Rokowanie w zaawansowanych postaciach POChP jest porównywalne do rokowania u chorych na zaawansowanego raka płuca. Wskaźnik 5-letnich przeżyć w grupie chorych na ciężkie postaci POChP wynosi według różnych autorów 26–50%<sup>19</sup>. Szczególnie niepomyślne rokowanie występuje u chorych na POChP, u których współlistnieje całkowita niewydolność oddechowa<sup>20</sup>. W Polsce nie ma szczegółowych danych dotyczących rocznej liczby zgonów z rozpoznaniem J44. Zgodnie z informacjami zawartymi Mapach potrzeb zdrowotnych dla poszczególnych województw w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski w latach 2011-2013 w Polsce zanotowano ok. 63,1 tys. zgonów z powodu chorób układu oddechowego (ok. 26,4 tys. wśród kobiet, 36,7 tys. wśród mężczyzn). Współczynnik rzeczywisty wyniósł 54,6 na 100 tys. ludności<sup>21</sup>. Wskaźnik zgonów z powodu chorób układu oddechowego dotyczył jednostek kodowanych wg ICD-X (J00-J99), w tym również J44 (rycina 3)<sup>22</sup>.



Rycina 3. Zgony z powodu wszystkich chorób układu oddechowego w poszczególnych województwach dla jednostek kodowanych wg ICD-X (J00-J99) w latach 2011-2013.

<sup>18</sup> Korzeniewska-Koseła M. (red.). Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2010

<sup>19</sup> Budweiser S., Jorres R.A., Riedl T. i wsp. Predictors of survival in COPD patients with chronic hypercapnic respiratory failure receiving noninvasive home ventilation. *Chest* 2007; 131: 1650–1658.

<sup>20</sup> Budweiser S., Hitzl A.P., Jorres R.A. i wsp. Health-related quality of life and long-term prognosis in chronic hypercapnic respiratory failure: a prospective survival analysis. *Respir. Res.* 2007; 8: 1–9.

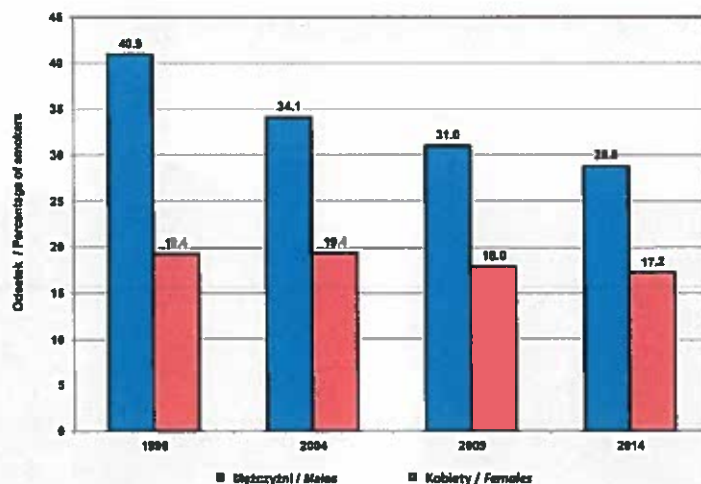
<sup>21</sup> <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/> dostęp z dnia 27.06.2016 r

<sup>22</sup> <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/> dostęp z dnia 27.06.2016 r



Na podstawie danych uzyskanych z opracowania THE TOBACCO ATLAS 2015<sup>23</sup>, można przypuszczać, że w Polsce pali ok. 28% osób (31,8 mężczyzn i 24% kobiet).

Zgodnie z opublikowanym raportem NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”<sup>24</sup> palenie papierosów było najpoważniejszym czynnikiem ryzyka łącznego obciążenia chorobami mężczyzn w Polsce w roku 2013 i odpowiada za utratę 18,6% lat przeżytych w zdrowiu. Wśród kobiet palenie jest trzecim z najważniejszych czynników ryzyka (za wysokim ciśnieniem tętniczym krwi i wysokim BMI), odpowiadało za utratę 7,9% lat przeżytych w zdrowiu. Wyniki badań GUS z 2014 roku wskazują, że rozpowszechnienie palenia tytoniu w Polsce wynosi wśród mężczyzn 28,8% oraz 17,2% wśród kobiet. Według danych WHO Polska lokuje się pod tym względem na 11-tym (mężczyźni) i 21-ym (kobiety) miejscu w Europie<sup>25</sup>.



Rycina 4. Odsetek Polaków w wieku 15 lat i więcej palących papierosy codziennie w zależności od płci w latach w 1996, 2004, 2009 i 2014 (dane: GUS)<sup>26</sup>

<sup>23</sup> THE TOBACCO ATLAS 2015. Pozyskano z: [http://3pk43x313qgr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/04/TA5\\_FactSheet\\_Poland.pdf](http://3pk43x313qgr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/04/TA5_FactSheet_Poland.pdf), dostęp z 6.03.2017

<sup>24</sup> Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” pod redakcją prof. Bogdana Wojtyniaka i dr. Pawła Goryńskiego <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/>

<sup>25</sup> WHO Europe, European Health for All Database (HFA-DB), updated July 2016, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

<sup>26</sup> Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” pod redakcją prof. Bogdana Wojtyniaka i dr. Pawła Goryńskiego <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/>



### 3. Obecne postępowanie

Obecnie realizowany jest w Polsce „Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - POChP)”. Dokładne warunki prowadzenia programu zostały zawarte w zarządzeniu Nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne<sup>27</sup>.

Program realizowany jest w dwóch etapach podstawowym i specjalistycznym<sup>28</sup>:

- etap podstawowy – w ramach poradnictwa antytytoniowego – adresowany jest dla osób powyżej 18 roku życia palących papierosy. Poradnictwo antytytoniowe z diagnostyką i profilaktyką POChP (z wykonaniem spirometrii) adresowane dla kobiet i mężczyzn pomiędzy 40-65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonywanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy, u których nie stwierdzono wcześniej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc potwierdzonej badaniem spirometrycznym. Program obejmuje: **zebranie wywiadu przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dotyczącego palenia tytoniu i stopnia uzależnienia od nikotyny**, badanie przedmiotowe (masa ciała, wzrost, ciśnienie tętnicze krwi) oraz badanie spirometryczne dla osób kwalifikujących się do profilaktyki POChP, **edukację każdego świadczeniobiorcy dotyczących skutków palenia tytoniu, poradę antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej**. Po 30 dniach w przypadku niepowodzenia pacjenci ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia kierowani są do etapu specjalistycznego programu.
- etap specjalistyczny – adresowany jest do osób powyżej 18 roku życia uzależnionych od tytoniu, skierowanych z etapu podstawowego programu lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania. Program obejmuje: **zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu i chorób współistniejących, ocenę informacji zebranych w etapie podstawowym, w przypadku osób skierowanych z etapu podstawowego, przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od tytoniu, motywacji do zaprzestania palenia, depresji, objawów abstynencji**, badanie przedmiotowe (masa ciała, wzrost, ciśnienie tętnicze), **badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu, badanie spirometryczne, przeprowadzenie edukacji, ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii grupowej lub indywidualnej oraz farmakologicznej**,

<sup>27</sup> Zarządzenie Nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne. Pozyskano z: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-672016dsoz,6509.html> dostęp z 15.05.2017

<sup>28</sup> <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/profilaktyczne-programy-zdrowotne/>

**zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu i jego realizacji, możliwość skorzystania z porady telefonicznej.**

Terapia grupowa lub indywidualna jest prowadzona przez ok. 3 m-ce, ma na celu wzmocnienie motywacji do zaprzestania palenia tytoniu. Badania kontrolne odbywają się po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii.

Do terapii farmakologicznej kwalifikowane są osoby silnie uzależnione od nikotyny, ze schorzeniami, w których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia - leczenie obejmuje 3 porady obowiązkowe (w razie potrzeby mogą być jeszcze 1-2 dodatkowe porady kontrolne) i 3 porady kontrolne po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.

Obecnie w Polsce realizowany jest również **Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce Cele i Zadania na lata 2014-2018**, który - od 1 stycznia 2018 r. - będzie realizowany na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020<sup>29</sup>.

Głównymi zadaniami ww. programu jest:

1. Monitorowanie sytuacji w zakresie używania i uprawy tytoniu.
2. Skuteczna Ochrona przed dymem tytoniowym.
3. Oferowanie pomocy w leczeniu uzależnienia od tytoniu.
4. Informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu.
5. Eliminowanie praktyk marketingowych naruszających zakaz reklamy i promocji wyrobów tytoniowych.
6. Wdrażanie ekonomicznych i administracyjnych stymulantów ograniczania konsumpcji wyrobów tytoniowych.

Zgodnie z informacjami ujętymi w sprawozdaniu z realizacji ww. Programu na rok 2015<sup>30</sup>, odwołującymi się do przeprowadzonego na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w lipcu 2015 r. badania na temat postaw i zachowań w stosunku do palenia papierosów<sup>31</sup> za trzy najskuteczniejsze czynniki ograniczające palenie Polacy uważają podniesienie cen

---

<sup>29</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. Nr 1492)

<sup>30</sup> Sprawozdanie z realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2015 roku

<sup>31</sup> Badanie zrealizowane zostało w ramach badania wielotematycznego Omnibus na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie 1004 osób w wieku 15+, techniką CAPI. Próba miała charakter losowo-kwotowy – zapewniła losowy dobór lokalizacji do badania i gwarantowała zgodność struktury próby ze strukturą populacji.

papierosów (82% wskazań), wprowadzenie zakazów palenia w miejscach publicznych (58%), a także prowadzenie kampanii społecznych i medialnych oraz programów prozdrowotnych (53%). Ponadto wskazano, że z informacjami na temat możliwości rzucenia palenia Polacy zetknęli się najczęściej u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (31% palących) oraz w kampanii społecznej (27% palących).

### **Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym**

Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP) jest specjalistyczną placówką od niemal 20 lat oferującą pomoc osobom zainteresowanym rzuceniem palenia. Celem i misją TPPP jest dostarczanie pomocy i wsparcia osobom walczącym z uzależnieniem od tytoniu przez udzielanie informacji na temat uzależnienia oraz wspomaganie procesu rzucania palenia. Łącząc funkcje telefonu zaufania, poradni i telefonu informacyjnego jest instytucją unikatową w skali kraju. TPPP funkcjonuje przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów COI. Personel TPPP stanowią osoby z wyższym wykształceniem kierunkowym (psycholodzy, pedagodzy, terapeuci), które dodatkowo ukończyły specjalistyczne szkolenia z zakresu poradnictwa oraz leczenia uzależnienia od tytoniu. Działanie TPPP jest jednym z zadań finansowanych przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w zakresie zadania pn. prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

W okresie od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. w TPPP udzielono 5679 konsultacji telefonicznych, w tym 4995 reaktywnych oraz 654 konsultacji proaktywnych (osoby objęte serwisem terapeutycznym, do których dzwonią konsultanci). Konsultanci udzielali informacji i porad osobom, których dotyczy problem uzależnienia od tytoniu. Wśród osób korzystających z usług TPPP były głównie osoby palące tytoń lub korzystające z e-papierosów, rzucające palenie oraz osoby, które zaprzestały palenia i potrzebowały wsparcia w utrzymaniu abstynencji. Odrębną grupę stanowiły osoby niepalące, które poszukiwały różnych form pomocy i informacji dla swoich bliskich, uzależnionych od tytoniu.

TPPP obsługuje również stronę [www.jakrzucicpalenie.pl](http://www.jakrzucicpalenie.pl) i profil na portalu Facebook. Regularnie tworzone i publikowane były nowe treści związane z tematyką strony i profilu na portalu społecznościowym. Na stronie [www.jakrzucicpalenie.pl](http://www.jakrzucicpalenie.pl) w 2016 r. odnotowano 1 757 518 odsłon, a posty na portalu Facebook osiągały poziom 440 „polubień”. Poprzez stronę internetową realizowane jest poradnictwo w poradni internetowej (w zakładce „Porady Eksperta”). W roku 2016 odpowiedziano na 208 listów. Poradnictwo dotyczyło głównie poszczególnych metod rzucania palenia, środków farmakologicznych wspierających proces rzucania palenia lub sposobów łagodzenia objawów odstawiennych. Internauci interesowali się też zagadnieniami związanymi z problemem utrzymania prawidłowej masy ciała,

utrzymywaniem się uczucia rozdrażnienia i napięcia, problemem utrzymywania się chęci palenia i występowaniem symptomów nawrotu. Nadsyłano również pytania od osób niepalących dotyczące sposobów motywowania bliskich do rzucenia palenia.

### **Światowy Dzień bez Tytoniu <sup>32</sup>**

Co roku 31 maja, WHO wraz z partnerami, organizując obchody Światowego Dnia bez Tytoniu, podkreśla zagrożenia dla zdrowia wynikające z używania tytoniu i występuje w roli rzecznika skutecznej polityki zmierzającej do ograniczenia użycia tytoniu. W 2016 r. podczas Światowego Dnia bez Tytoniu zorganizowano wiele pochodów oraz imprez plenerowych i festynów mających na celu zwiększenie świadomości społeczności lokalnej odnośnie do zdrowotnych skutków palenia tytoniu. Grupę odbiorców stanowił ogół społeczeństwa, jednak szczególną grupę stanowiły dzieci i młodzież.

### **Światowy Dzień Rzucania Palenia <sup>33</sup>**

Światowy Dzień Rzucania Palenia pt. „Rzuć palenie razem z nami” przypada w trzeci czwartek listopada i jest obchodzony w Rzeczypospolitej Polskiej od 1991 r. Celem obchodów jest zachęcenie jak najszerszej grupy odbiorców do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. W 2016 r. z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych odbyło się wiele przedsięwzięć z okazji obchodów, które są zwieńczeniem całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W ramach obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia w roku 2016 podjęto łącznie 135 427 działań, które objęły zasięgiem ponad 2 miliony osób.

Ponadto Główny Inspektorat Sanitarny realizuje działania inne mające na celu upowszechnienie wiedzy wśród dzieci młodzieży nt. szkodliwości palenia tytoniu. Przykładowe działania:

- realizacja pilotażowej edycji programu antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie” adresowanego do uczniów iv klas szkół podstawowych
- realizacja Krajowego programu edukacji antytytoniowej pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas” adresowanego do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (5–6 lat), ich rodziców i opiekunów
- realizacja programu edukacji antytytoniowej pt. „Nie pal przy mnie, proszę” skierowanego do uczniów klas I–III szkół

---

<sup>32</sup> Projekt Sprawozdania z realizacji Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce w 2016 roku

<sup>33</sup> Ibid.

- realizacja programu profilaktyki palenia tytoniu pt. „Znajdź właściwe rozwiązanie” adresowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów

Ponadto szereg działań związanych z realizacją Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce podejmowanych jest również przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Edukacji Narodowej czy Ministerstwo Środowiska.

### Leczenie uzależnienia od tytoniu

Świadczenia w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu kontraktowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rodzaju: psychiatria i leczenie uzależnień: w poradniach leczenia uzależnień i w poradniach antynikotynowych oraz w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne jako wcześniej opisany program profilaktyki chorób odytoniowych (w tym POChP – przewlekłej obturacyjnej choroby płuc).

### Poradnia antynikotynowa

Zgodnie z danymi ujętymi w mapach potrzeb zdrowotnych tylko w 3 województwach (lubelskie, lubuskie, śląskie) funkcjonowały poradnie antynikotynowe, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ. Zróżnicowanie liczby porad i poradni pomiędzy województwami prezentuje poniższa tabela<sup>34</sup>.

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba poradni	Liczba porad na poradnię (tys.)
lubelskie	0,39	1	0,39
lubuskie	1,03	2	0,51
śląskie	0,93	2	0,46

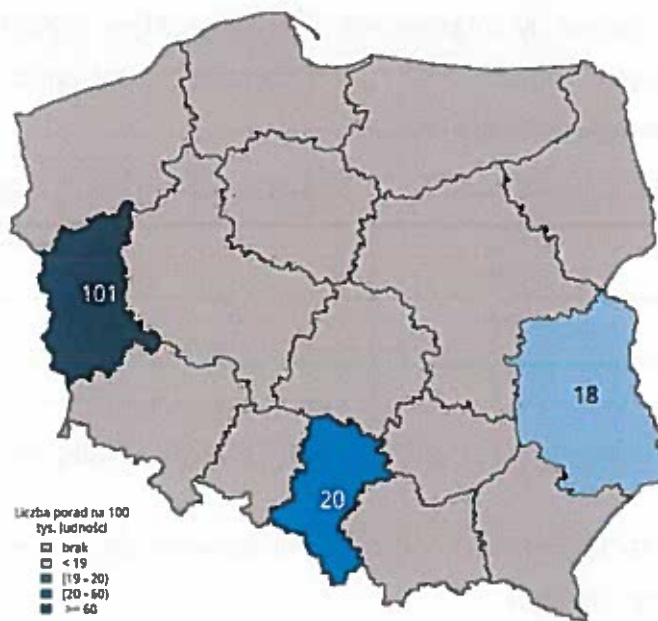
Tabela 8. Poradnie antynikotynowe - podstawowe statystyki według województw (2014 r.)

Poniższe rysunki prezentują rozkład poradni antynikotynowych w Polsce w roku 2014 oraz liczbę porad na 100 tys. ludności.

<sup>34</sup> [http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/09\\_zaburzenia\\_psychiczne\\_lubelskie.pdf](http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/09_zaburzenia_psychiczne_lubelskie.pdf) - dostęp z 24.05.2017



Rycina 5. Liczba poradni antynikotynowych w województwach (2014 r.)  
 (źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubelskiego)



Rycina 6. Liczba porad na 100 tys. ludności w poradniach antynikotynowych (2014 r.)  
 (źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa lubelskiego)

Poniższa tabela prezentuje liczbę porad udzielonych w poradniach antynikotynowych w roku 2014.

Województwo	Liczba porad NFZ	Liczba porad wg sprawozdania MZ-15, w tym:	
lubelskie	0,39 tys.	0,35 tys.	50 porad lekarskich 0 porad psychologa 0,30 tys. porad innego terapeuty
lubuskie	1,03 tys.	0,43 tys.	32 porad lekarskich 0 porad psychologa 0,40 tys. porad innego terapeuty
śląskie	0,93 tys.	0,76 tys.	172 porad lekarskich 0 porad psychologa 0,59 porad innego terapeuty

Tabela 9. Liczba porad udzielonych w poradniach antynikotynowych w roku 2014

Liczba porad na 1 pacjenta udzielonych w poradniach antynikotynowych wynosi odpowiednio: 5,39 (lubelskie) 6,14 (lubuskie) 4,35 (śląskie).

Według danych NFZ w 2016 roku 5 świadczeniodawców realizowało świadczenia w ramach poradni antynikotynowych i objęły one opieką 273 pacjentów.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba sfinansowanych świadczeń	Wartość sfinansowanych świadczeń (w zł)	Liczba pacjentów	Liczba świadczeniodawców
LUBELSKI	502	42 480,00	57	1
LUBUSKI	999	97 713,00	151	2
ŚLĄSKI	873	74 344,50	65	2
<b>razem</b>	<b>2 374</b>	<b>214 537,50</b>	<b>273</b>	<b>5</b>

Tabela 10. Realizacja w roku 2016 świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w poradni (komórce organizacyjnej) leczenia uzależnienia od tytoniu (źródło: dane NFZ)

Według danych NFZ z 6 lutego 2017 r. umowę z NFZ zawarło 5 poradni antynikotynowych na łączną kwotę 104 897 zł.

Województwo	Kwota umowy	Liczba świadczeniodawców
lubelskie	30 719	1
lubuskie	44 136	2
śląskie	30 042	2
<b>razem</b>	<b>104 897</b>	<b>5</b>

Tabela 11. Poradnie antynikotynowych w roku 2017 (źródło: dane NFZ)



## Leczenie uzależnień

Poradnictwo antynikotynowe realizowane jest również przez poradnie leczenia uzależnień oraz poradni leczenia uzależniania od substancji psychoaktywnych.

Według danych NFZ w roku 2016 świadczenia w poradni leczenia uzależnień dla rozpoznania F17 (*Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu*) realizowane były przez 69 świadczeniodawców, którzy udzieli świadczeń 343 pacjentom. Natomiast świadczenia w poradni leczenia uzależniania od substancji psychoaktywnych dla ww. rozpoznania udzielone zostały 128 pacjentom przez 23 świadczeniodawców.

Poniższe tabele przedstawiają realizację świadczeń w poradni leczenia uzależnień oraz poradni leczenia uzależniania od substancji psychoaktywnych dla rozpoznania F17.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba sfinansowanych świadczeń	Wartość sfinansowanych świadczeń (w zł)	Liczba pacjentów	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	137	12 798,00	21	4
KUJAWSKO-POMORSKI	14	1 326,00	4	2
LUBELSKI	183	12 760,00	46	3
LUBUSKI	4	279,90	3	2
LÓDZKI	110	6 476,39	34	7
MAŁOPOLSKI	191	13 674,27	35	14
MAZOWIECKI	50	3 944,36	28	8
OPOLSKI	27	1 164,39	5	3
PODLASKI	6	428,40	2	1
POMORSKI	45	3 294,18	8	2
ŚLĄSKI	2	178,50	1	1
ŚWIĘTOKRZYSKI	110	8 262,60	35	6
WARMINSKO-MAZURSKI	7	624,00	2	1
WIELKOPOLSKI	724	60 768,10	119	15
<b>razem</b>	<b>1 610</b>	<b>125 979, 09</b>	<b>343</b>	<b>69</b>

Tabela 12. Realizacja świadczeń w poradni leczenia uzależnień dla rozpoznania F17 (źródło: dane NFZ)

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba sfinansowanych świadczeń	Wartość sfinansowanych świadczeń (w zł)	Liczba pacjentów	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	6	324,00	4	3
LUBELSKI	85	6 681,45	27	5
LUBUSKI	1	54,00	1	1
MAŁOPOLSKI	42	3 468,60	5	1
MAZOWIECKI	47	3 510,00	14	3



PODLASKI	25	1 955,00	7	1
POMORSKI	59	2 991,45	9	1
ŚLĄSKI	222	20 439,00	43	4
WARMIŃSKO-MAZURSKI	5	352,80	4	1
WIELKOPOLSKI	17	1 464,00	8	1
ZACHODNIOPOMORSKI	54	3 918,50	6	2
<b>razem</b>	<b>563</b>	<b>45 159,80</b>	<b>128</b>	<b>23</b>

Tabela 13. Realizacja świadczeń w poradni leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla rozpoznania F17(źródło: dane NFZ)

## Wytyczne/rekomendacje kliniczne

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc w dokumencie pt.: „Zalecenia PTChP dotyczące rozpoznawania i leczenia POChP”<sup>35</sup> wskazuje na m. in. długofalowe sposoby profilaktyki POChP (zalecanie zostały szczegółowo opisane poniżej).

Dokument rekomenduje następującą profilaktykę POChP celem zwolnienia progresji choroby oraz zmniejszenia liczby i ciężkości zaostrzeń:

### 1) Zaprzestanie palenia tytoniu

Wg Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Europejskiego Towarzystwa Oddechowego oraz WHO palenie tytoniu zarówno jako pojedynczy czynnik oraz w połączeniu z innymi czynnikami środowiskowymi, stwarza najistotniejsze ryzyko rozwoju POChP. W Europie głównym czynnikiem ryzyka POChP jest palenie tytoniu. **Zaprzestanie palenia tytoniu pełni wiodącą rolę w pierwotnej i wtórnej profilaktyce POChP**. Jest to metoda o udowodnionej skuteczności zapobiegania postępowi rozwoju choroby. Zaprzestanie palenia jest również jedynym, poza domowym leczeniem tlenem, postępowaniem, które wydłuża życie chorych na POChP. Po zaprzestaniu palenia może dojść do poprawy FEV1, a następnie tempo obniżania FEV1 zbliża się do obserwowanego u osób niepalących. Istotny jest również wiek zaprzestania palenia tytoniu. Najlepsze wyniki w zapobieganiu postępowi POChP osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez chorego przed 40. rokiem życia. Wykazano również, że u chorych na POChP z ciężką obturacją dróg oddechowych zaprzestanie palenia jest jednak korzystne, ponieważ spowalnia roczny ubytek FEV1 co wpływa na przedłużenie życia. Wczesne rozpoznanie choroby umożliwia długotrwałe działania antytytoniowe i wpływa na usunięcie innych przyczyn choroby w celu zahamowania jej postępu. Podstawową interwencją skierowaną do ogółu osób palących tytoń z czynnikami ryzyka rozwoju POChP powinna być minimalna interwencja (metoda 5 „P”). Tego rodzaju prosta interwencja antynikotynowa może spowodować, że około 2–5% pacjentów trwale porzuci nałóg. Powinna być stosowana przez wszystkich lekarzy w kontaktach z każdym palącym papierosy pacjentem. Zasada minimalnej interwencji powinna obowiązywać nawet wówczas, gdy pacjent nie ma objawów chorobowych i nie porusza tematu palenia w rozmowie z lekarzem.

### 2) Wczesne rozpoznawanie POChP

W wielu krajach istnieją działania mające na celu wczesne, aktywne i prawidłowe rozpoznawanie choroby za pomocą wykonywania badania spirometrycznego. Badania te dedykowane są do osób wysokiego ryzyka rozwoju POChP. Przesiewowe badania

---

<sup>35</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014, 82, 227–263.

spirometryczne można wykonać w populacji ogólnej lub wśród pacjentów pozostających pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Należy zwrócić uwagę, że badania spirometryczne są również przeprowadzane przez lekarzy medycyny pracy wśród pacjentów zgłaszających się na badania wstępne lub okresowe, w tym szczególnie z grup wysokiego ryzyka rozwoju POChP.

### **3) Ograniczanie szkodliwego wpływu środowiska (profilaktyka pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa w środowisku pracy**

Podstawowym celem działań zapobiegawczych, prowadzonych jako profilaktyka pierwotna lub wtórna, jest zmniejszenie lub wyeliminowanie narażenia na potencjalne szkodliwe zanieczyszczenia powietrza.

#### **Profilaktyka pierwotna:**

- popularyzacja oświaty zdrowotnej (uświadomienie szkodliwości czynników środowiskowych w miejscu pracy), zmniejszenie zapylenia powietrza przez wprowadzenie bezpiecznych technologii produkcyjnych czy ograniczających emisję szkodliwych produktów spalania substancji organicznych, poprawa wentylacji pomieszczeń, automatyzacja i hermetyzacja procesów w produkcji.

#### **Profilaktyka wtórna:**

- indywidualne środki ochronne, maski i helmy izolujące
- monitorowanie zanieczyszczeń powietrza w środowisku pracy
- poprawa organizacji pracy: przerwy w pracy, rotacja pracowników na szczególnie szkodliwych stanowiskach
- monitorowanie zanieczyszczeń powietrza

#### **Profilaktyka trzeciorzędowa:**

- optymalne leczenie w celu zapobiegania powikłaniom

### **4) Szczepienia przeciwko grypie**

- zaleca się szczepienia przeciw grypie u chorych na POChP, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych oraz ze schorzeniami współistniejącymi

### **5) Szczepienia przeciw *Streptococcus pneumoniae***

*Streptococcus pneumoniae* jest jedną z najczęstszych przyczyn zakażeń układu oddechowego w wieku podeszłym. Zazwyczaj uważa się, że szczepienia przeciw streptokokom zmniejszają częstość inwazyjnych postaci zakażenia *S. pneumoniae*. W Polsce dostępna jest 23-walentna szczepionka przeciw *S. pneumoniae* obejmująca najczęściej występujące w schorzeniach układu oddechowego i nerwowego serotypy. Jednorazowe szczepienie było zalecane u chorych na POChP po 65. r.ż. Najnowsza metaanaliza Cochrane z 2010 roku, w której oceniono wyniki 7 badań dotyczących

skuteczności szczepień przeciw pneumokokom u 1372 chorych na POChP, nie wykazała jednak istotnego działania szczepień w zapobieganiu zapaleniom płuc, ograniczeniu liczby zaostrzeń choroby, hospitalizacji czy śmiertelności.

Zgodnie z zagranicznymi wytycznymi *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017 report, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2017)*:

- Czynnikiem ryzyka wpływającym w największym stopniu na powstawanie POChP jest palenie tytoniu. Najbardziej zagrożeni są palacze ale również osoby z najbliższego otoczenia czyli tzw. bierni palacze. Poza paleniem papierosów również zwraca się uwagę na zagrożenie wpływające z palenia fajek, cygar itp. Wytyczne potwierdzają negatywny wpływ palenia tytoniu na płód w czasie ciąży.
- **Zaprzestanie palenia tytoniu jest interwencją o największym potencjalnym wpływie na przebieg naturalny POChP.** Osoby leczące chorych na POChP powinny zachęcać wszystkich palących pacjentów do zerwania z nałogiem. Odsetek osób zrywających z nałogiem pod wpływem porady lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia jest znamienne większy niż osób przestających palić w wyniku samodzielnej decyzji. Nawet krótkie, 3-minutowe poradnictwo nakłaniające do rzucenia nałogu powoduje zaprzestanie palenia przez 5-10% palaczy.
- Zaleca się wspieranie kompleksowych programów zwalczania palenia tytoniu, z jednoznaczną i powtarzalną zachętą do niepalenia. Wytyczne wskazują również na potrzebę zmian zmierzających do wprowadzenia zakazu palenia tytoniu w szkołach, miejscach użyteczności publicznej oraz w miejscach pracy zawodowej. Należy również zachęcać chorych do powstrzymywania się od palenia tytoniu w domach.
- Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem powodującym rozwój POChP, natomiast należy zauważyć, że nie stanowi on jedyne go czynnika. Do pozostałych czynników rozwoju można zaliczyć czynniki genetyczne. Głównym czynnikiem genetycznym może być ciężki wrodzony niedobór alfa-1 antytrypsyny (AATD). W przypadku niekorzystnych uwarunkowań środowiskowych czy też palenia tytoniu przez osoby, czynniki genetyczne mogą powodować dodatkowym synergizm powstawania ograniczenia przepływu powietrza w drogach oddechowych. Badania przesiewowe w kierunku niedoboru alfa 1-antytrypsyny warto wykonać u pacjenta, u którego POChP rozwinęła się przed 45. rokiem życia, a także w przypadku silnie obciążającego wywiadu rodzinnego. Stężenie alfa1-antytrypsyny w osoczu < 15-20% wartości prawidłowych budzi duże podejrzenie homozygotycznego niedoboru.

- Kolejnym czynnikiem ryzyka może być wiek oraz płeć. Zauważono, że zachorowalność na POChP w populacjach krajów rozwijających się są na zbliżonych poziomach zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Przypuszcza się, że jest to związane z trendami palenia tytoniu w społeczeństwie. Osoby po 40 r.ż. mogą zostać poddane badaniu spirometrycznemu.
- Innymi zagrożeniami wpływającymi z przebywania w niebezpiecznym środowisku (np. w pracy) jest **narażenie na działanie pyłów organicznych i nieorganicznych, środków chemicznych czy też dymów**. Przekrojowe badanie obserwacyjne wykazały, że narażenie na pył i opary w miejscu pracy jest nie tylko związane ze wzrostem przepływu powietrza w układzie oddechowym, ale także może prowadzić do rozedmy płuc. Należy podkreślać znaczenie prewencji pierwotnej, której najlepszą metodą jest eliminacja lub zmniejszenie narażenia na różne substancje obecne w miejscu pracy. Ważna jest również prewencja wtórna, realizowana poprzez odpowiedni nadzór i wczesne wykrywanie choroby.
- Innym czynnikiem wpływającym na wzrost zachorowania na POChP może być **wysoki poziom zanieczyszczenia powietrza w miastach**, szczególnie dla osób z istniejącą chorobą serca lub płuc. Wytyczne zauważają, że istnieją dowody na to, że dzieci przebywające w środowisku gdzie poziom stężenia dwutlenku azotu oraz pyłów PM<sub>2,5</sub> jest na wysokim poziomie, wykazują gorsze wyniki badań czynnościowych płuc (FEV<sub>1</sub> < 80%) niż dzieci przebywające w środowisku gdzie poziom dwutlenku azotu oraz pyłów PM<sub>2,5</sub> jest na zdecydowanie niższym poziomie. konieczne jest wdrażanie metod służących zmniejszeniu lub zlikwidowaniu narażenia na zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, spowodowane spalaniem biomasy w celu ogrzewania lub gotowania w słabo wentylowanych pomieszczeniach. Należy zalecać chorym śledzenie informacji dotyczących stopnia zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego i - w zależności od stadium POChP - unikanie intensywnych wysiłków na wolnym powietrzu lub pozostawanie w domu w okresach zwiększonego zanieczyszczenia powietrza.
- Niższy status społeczno-ekonomiczny jest związany ze zwiększonym ryzykiem rozwoju POChP. Istnieją mocne dowody na stwierdzenie, że ryzyko rozwoju POChP jest odwrotnie proporcjonalna do statusu społeczno-ekonomicznego. Nie jest jednak jasne, które z czynników związanych ze statusem socjo-ekonomicznym (przebywanie w zanieczyszczonym powietrzu, niewłaściwa dieta, zakażenia, inne czynniki związane z niskim statusem społeczno-ekonomicznym) mają największy wpływ.

- Choroby przebyte w dzieciństwie również wydają się mieć wpływ na ryzyko rozwoju POChP natomiast ich wpływ nie jest jasny. Ciężkie infekcje dróg oddechowych w dzieciństwie mogą przekładać się na zaburzenia czynnościowe płuc w wieku dorosłym. Istnieją dowody na to, że zakażenie HIV w połączeniu z paleniem tytoniu przyspiesza wystąpienie rozedmy płuc oraz POChP.
- Szczepienie przeciwko grypie może zmniejszyć ryzyko wystąpienia choroby o ciężkim przebiegu oraz zgonu wśród chorych na POChP. Zaleca się stosowanie szczepionek zawierających zabite lub żywe atenuowane wirusy, szczepienie powinno się powtarzać co rok. Dodatkowo u chorych na POChP w wieku >65 lat zaleca się szczepienie polisacharydową szczepionką pneumokokową. U pacjentów powyżej 65 r.ż. zaleca się stosowanie szczepionek PCV13 and PPSV23, natomiast u młodszych pacjentów – szczepionki PPSV23.
- Rola przesiewowych badań spirometrycznych w ogólnej bezobjawowej populacji jest kontrowersyjna. Bezobjawowe osoby bez istotnej ekspozycji na dym tytoniowy lub inne szkodliwe czynniki, nie powinny być poddawane spirometrii. W przypadku pacjentów z czynnikami ryzyka tj. > 20 paczkolet, nawracającymi infekcjami układu oddechowego, powinno wykorzystać się spirometrię jako narzędzie do wczesnej diagnostyki.
- Podejrzanie POChP powinno zostać rozważone u każdej osoby, u której stwierdza się duszność, przewlekły kaszel, odkrztuszanie śluzowo-ropnej płwociny oraz stwierdza się, że osoba jest narażona na przebywanie w otoczeniu z czynnikami ryzyka (np. w miejscu pracy, zamieszkania).

Dodatkowo należy zwrócić uwagę również na inne wytyczne, np. COPD-X, Concise Guide for Primary Care, Lung Foundation Australia (LFA 2016), Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, US Preventive Services Task Force (USPSTF 2016), Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2010), European Lung White Book, European Respiratory Society, 2013, które wskazują na edukację pacjentów, poradnictwo w zakresie rzucenia palenia, jak również konieczność ograniczenia narażenia na dymy przemysłowe oraz wszelkiego rodzaju zanieczyszczenia powietrza.

#### **IV. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI**

##### **Cel główny**

Celem głównym jest wzrost świadomości społecznej na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w okresie i na terenie realizacji programu.

Należy zauważyć, że cel wpisuje się w priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126) oraz główne założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

##### **Cele szczegółowe:**

- 1) zwiększenie w okresie i na terenie realizacji Programu świadomości w zakresie czynników etiologicznych POChP, rozpoznania POChP, skutecznych metod rozstania się z nałogiem palenia tytoniu (co również może się przyczynić do profilaktyki innych chorób odtytoniowych)
- 2) zwiększenie w okresie i na terenie realizacji Programu dostępności poradnictwa antynikotynowego
- 3) zwiększenie w okresie i na terenie realizacji Programu świadomości dotyczącej realizowanych na danym terenie programów profilaktycznych, w tym w zakresie POChP
- 4) zwiększenie w okresie i na terenie realizacji Programu świadomości w zakresie działania czynników szkodliwych w środowisku pracy
- 5) zwiększenie w okresie i na terenie realizacji Programu świadomości kadry medycznej w zakresie POChP (pielęgniarek POZ, lekarzy POZ, lekarzy medycyny pracy)

##### **Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

- liczba nowopowstałych poradni antynikotynowych
- liczba osób objętych opieką poradni antynikotynowych
- liczba osób, które podjęły próbę porzucenia nałogu tytoniu
- liczba osób, które porzuciły nałóg palenia tytoniu i nie powróciły do niego w ciągu roku
- odsetek uczestników programu deklarujących wzrost wiedzy o POChP w okresie i na terenie realizacji programu - co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety)
- liczba przeprowadzonych w ramach Programu kampanii medialnych
- liczba wypełnionych testów pozwalających na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP

- liczba rozkolportowanych do poradni POZ / pulmonologicznych / gabinetów medycyny pracy/aptek materiałów edukacyjnych (broszury/ulotki)
- liczba przeprowadzonych szkoleń/warsztatów/pogadank
- liczba osób, które wzięły udział w prowadzonych szkoleniach / warsztatach / pogadankach
- liczba pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp), którzy wzięli udział w szkoleniach
- liczba szkoleń pracowników ochrony zdrowia
- liczba pracowników ochrony zdrowia (pielęgniarek, lekarzy POZ, lekarzy medycyny pracy), którzy wzięli udział w szkoleniach



## V. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

### Populacja docelowa

Adresatami Programu będą:

- (1) osoby w wieku aktywności zawodowej palące nałogowo tytoń
- (2) (a) pracownicy palący nałogowo tytoń (bez znaczenia na branżę pracy), (b) osoby pracujące w narażeniu na działanie czynników szkodliwych predysponujących do powstania POChP (np. pracownicy branży rolniczej, górniczej, zakładów przetwórstwa bawełnianego, przemysłu metalurgicznego) oraz (c) pracownicy służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp)
- (3) pracownicy ochrony zdrowia

### Liczebność grupy docelowej

Opierając się na danych GUS<sup>36</sup> osoby w wieku produkcyjnym w Polsce stanowią 24.002.168 osób. Na podstawie danych uzyskanych z opracowania THE TOBACCO ATLAS 2015<sup>37</sup>, można przypuszczać, że w Polsce pali ok. 28% osób (31,8 mężczyzn i 24% kobiet). Zatem populacja osób palących w produkcyjnym może oscylować w granicach ok. 6,7 mln osób. Zakłada się, że zaplanowane w ramach niniejszego programu działania informacyjno-edukacyjne (kampanie medialne, internet) obejmą ogół społeczeństwa (w tym rodziny osób narażonych na wystąpienie POChP), jednak działania powinny być nakierowane na osoby w wieku aktywności zawodowej. Szacuje się, że działania te dotrą do ok. 4 mln osób, co stanowi ok. 60 % grupy docelowej.

### Edukacja pracowników

Za wyłonienie zakładów pracy, które zostaną objęte działaniami edukacyjnymi odpowiedzialni będą realizatorzy programu.

Szacuje się, że w okresie realizacji programu w każdym województwie zostanie zorganizowanych co najmniej 18 szkoleń w zakładach pracy (warsztaty / spotkania edukacyjne / konsultacje), przy czym w każdym z nich weźmie udział ok. 20 pracowników (w tym 1 pracownik służb bhp).

Zakładając powyższe można uznać, że łącznie zostanie przeszkolonych co najmniej 5.760 osób (18 szkoleń x 20 pracowników x 16 województw). Treści edukacyjne mogą być ponadto dystrybuowane za pomocą e-mailingu, zamieszczane w newsletterze lub Intranecie (o ile

<sup>36</sup> Stańczak J i wsp.: Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r. Stan w dniu 31 XII. Warszawa 2016 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych.

<sup>37</sup> THE TOBACCO ATLAS 2015. Pozyskano z: [http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctih.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/04/TA5\\_FactSheet\\_Poland.pdf](http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctih.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/04/TA5_FactSheet_Poland.pdf), dostęp z 6.03.2017

zakład pracy wyrazi zgodę). Zakłada się, że po wyczerpaniu środków przeznaczonych na realizację tego zadania, zadanie będzie kontynuowane w formie e-learningu.

#### Szkolenia pracowników ochrony zdrowia

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia ujętych w raporcie *Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie*<sup>38</sup> w Polsce w roku 2015 praktykowało ponad 32 tys. lekarzy POZ, w ponad 6 200 podmiotach, mając pod opieką 34 720 753 osoby. Liczba lekarzy znacząco różniła się w poszczególnych województwach i wynosiła od 655 w lubuskim do 4.184 w mazowieckim.

Zgodnie z danymi ujętymi w Centralnym Rejestrze Lekarzy<sup>39</sup>, według stanu na dzień 30.04.2017, liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy wykonujących zawód wynosiła 3 376 (1.737 lekarzy specjalistów i 1.639 lekarzy posiadających I stopień specjalizacji).

Zgodnie z ww. raportem dot. POZ liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów zawartych w 2015 r. na realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła ponad 19,5 tys. Natomiast zgodnie z Raportem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pn. *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*<sup>40</sup> w 2016 roku do realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń zgłoszonych zostało łącznie 217.228 pielęgniarek, z czego w ramach POZ 38.161.

W okresie trwania programu przeszkolonych zostanie co najmniej 1.920 pracowników ochrony zdrowia - pielęgniarek i lekarzy POZ oraz lekarzy medycyny pracy (zakłada się, że w każdym województwie przeprowadzonych zostanie co najmniej 6 szkoleń dla personelu medycznego, w którym weźmie udział ok. 20 osób – 6 szkoleń x 20 osób x 16 województw), przy czym w przypadku wyczerpania środków na realizację szkoleń w formie stacjonarnej zadanie będzie kontynuowane za pośrednictwem platformy e-learningowej (co w konsekwencji może zwiększyć liczebność osób przeszkolonych). Realizator planując liczbę szkoleń weźmie pod uwagę liczebność grupy docelowej.

#### Poradnictwo antynikotynowe

Zakłada się, że w wyniku realizacji programu w każdym województwie funkcjonować będą co najmniej 2 poradnie antynikotynowe, co oznacza, że na zakończenie realizacji projektu funkcjonować będzie co najmniej 32 poradni antynikotynowych (w tym 5 już funkcjonujących

---

<sup>38</sup> Podstawowa Opieka Zdrowotna potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa styczeń-luty 2016

<sup>39</sup> Źródło: Centralny Rejestr Lekarzy prowadzony przez Naczelną Izbę Lekarską <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>

<sup>40</sup> Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pn. *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, marzec 2017 r.

oraz 27, które powstaną w ramach programu). Każda z poradni powinna objąć wsparciem co najmniej 20 pacjentów miesięcznie. Biorąc pod uwagę powyższe możliwe jest, że przez cały okres realizacji programu opieką nowopowstałych poradni antynikotynowych objętych zostanie 35 640 osób (27 poradni x 20 pacjentów miesięcznie x 66 miesięcy<sup>41</sup>). Liczba pacjentów będzie zależała od liczby nowoutworzonych poradni antynikotynowych, jak również skuteczności prowadzonych działań edukacyjno-informacyjnych zwiększających zainteresowanie osób palących korzystaniem z usług poradni.

---

<sup>41</sup> Zakłada się, że funkcjonowanie poradni rozpocznie się najwcześniej w czerwcu 2018 roku (6 miesięcy), natomiast program przewidziany jest do 2023 r., czyli łączny czas funkcjonowania poradni to 66 miesięcy

## VI. PLANOWANE INTERWENCJE I SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

### I. Tworzenie poradni antynikotynowych

Biorąc pod uwagę bezdyskusyjny wpływ palenia tytoniu na rozwój POChP oraz ograniczoną dostępność poradnictwa antynikotynowego w Polsce, znaczną część zaplanowanych w ramach programu działań ukierunkowano na tworzenie i funkcjonowanie poradni antynikotynowych.

Założono, że w ramach programu utworzone zostaną poradnie antynikotynowe – w każdym województwie planuje się utworzenie co najmniej 2 poradni (przy czym pod uwagę będzie brane rozmieszczenie poradnictwa aktualnie funkcjonującego w ramach NFZ).

Realizatorem programu może być:

- uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym* lub
- medyczny instytut badawczy działający w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. *o instytutach badawczych* lub
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie pneumonologii lub onkologii lub opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień lub
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka zdrowotna w zakresie pneumonologii lub
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Koszt funkcjonowania poradni (zatrudnienie personelu i ew. zapewnienie lokalu, koszty związane z prowadzeniem dokumentacji, archiwizacją) zostanie sfinansowany w ramach programu. Jednocześnie w przypadku wyczerpania środków przeznaczonych na realizację programu polityki zdrowotnej w ramach programu POWER, w szczególności w przypadku nieosiągnięcia wskazanej w programie liczby poradni, niniejszy program będzie mógł być wdrażany przez poszczególne Instytucje Zarządzające Regionalnym Programem Operacyjnym.

Poradnie oferować będą bezpłatne poradnictwo specjalistyczne dla osób, które chcą rzucić palenie (udzielane w formie porad, wizyt, sesji psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień). Wartością dodaną będzie możliwość realizacji poradnictwa „w terenie” – we współpracy np. z innymi placówkami POZ, placówkami medycyny pracy, zakładami pracy, czy innymi jednostkami. Za identyfikację potrzeb realizacji poradnictwa „w terenie”, nawiązanie współpracy z odpowiednimi jednostkami oraz jego realizację (np. w formie sesji psychoterapii grupowych) odpowiedzialni będą realizatorzy programu.

Tworzone poradnie antynikotynowe powinny spełniać wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2013, poz. 1386, z późn. zm.).

W załączniku nr 7 do ww. zarządzenia określony został zakres świadczeń oraz warunki ich realizacji:

<b>Świadczenia antynikotynowe - udzielane przez porady, wizyty, sesje psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień:</b>	
<p><b>1) porada lub wizyta diagnostyczna</b> - porada lub wizyta rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno - terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca:</p> <p>a) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy i rodziny,  b) ocenę stanu psychicznego i somatycznego,  c) niezbędne badanie psychologiczne,  d) niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne,  e) ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego;</p>	<p>1. Personel:  1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;  2) psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy klinicznej, lub specjalista psychoterapii uzależnień*, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.</p> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania porady albo wizyty wynosi co najmniej 45 minut.</p>
<p><b>2) porada lub wizyta terapeutyczna</b> - kolejna porada lub wizyta, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca:</p> <p>a) ocenę stanu psychicznego,  b) ocenę przebiegu leczenia,  c) wsparcie psychologiczne,  d) działania edukacyjne,  e) oddziaływania interwencyjne;</p>	<p>1. Personel:  1) psycholog kliniczny lub  2) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub  3) psycholog, lub  4) specjalista psychoterapii uzależnień*, lub  5) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.</p> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania porady albo wizyty wynosi co najmniej 30 minut.</p>
<p><b>3) porada lub wizyta lekarska</b> - porada lub wizyta lekarza kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca:</p> <p>a) ocenę stanu psychicznego i somatycznego,  b) ocenę przebiegu i postępów leczenia,  c) niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne,  d) czynności pielęgniarskie;</p>	<p>1. Personel:  1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub  2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub  3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.</p> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania porady albo wizyty wynosi co najmniej 15 minut.</p>

<p><b>4) wizyta instruktora terapii uzależnień</b> - wizyta kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca:</p> <p>a) ocenę postępu leczenia,</p> <p>b) realizację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia,</p> <p>c) niezbędne skierowania na konsultacje do specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa lub lekarza, w razie potrzeby,</p> <p>d) działania informacyjno - motywacyjne na wstępnym etapie kontaktu świadczeniobiorcy z świadczeniodawcą, przed ustaleniem diagnozy i indywidualnego planu leczenia;</p>	<p>1. Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista psychoterapii uzależnień* lub</li> <li>2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub</li> <li>3) instruktor terapii uzależnień**, lub</li> <li>4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień.</li> </ol> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania porady albo wizyty wynosi co najmniej 30 minut.</p>
<p><b>5) sesja psychoterapii indywidualnej</b> - sesja z jednym świadczeniobiorcą, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych;</p>	<p>1. Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista psychoterapii uzależnień* lub</li> <li>2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub</li> <li>3) osoba prowadząca psychoterapię, lub</li> <li>4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.</li> </ol> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut w ciągu dnia oraz do 50 godzin w okresie roku.</p>
<p><b>6) sesja psychoterapii rodzinnej</b> - sesja z rodziną (dotyczy osób współuzależnionych, niezależnie od liczby osób), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych;</p>	<p>1. Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista psychoterapii uzależnień* lub</li> <li>2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub</li> <li>3) osoba prowadząca psychoterapię, lub</li> <li>4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.</li> </ol> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.</p>
<p><b>7) sesja psychoterapii grupowej</b> - sesja realizowana z grupą od 6 do 12 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych; u osób uzależnionych lub współuzależnionych;</p>	<p>1. Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista psychoterapii uzależnień* lub</li> <li>2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub</li> <li>3) instruktor terapii uzależnień**, lub</li> <li>4) osoba prowadząca psychoterapię, lub</li> <li>5) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.</li> </ol> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 120 minut w ciągu dnia oraz do 240 godzin w okresie roku.</p>

<p><b>8) sesja psychoedukacyjna</b> - sesja realizowana w grupach do 25 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych.</p>	<p>1. Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista psychoterapii uzależnień* lub</li> <li>2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub</li> <li>3) instruktor terapii uzależnień**, lub</li> <li>4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień lub</li> <li>5) osoba prowadząca psychoterapię, lub</li> <li>6) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.</li> </ol> <p>2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut w ciągu dnia oraz do 160 godzin w okresie roku.</p>
--	---

\* osoba, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

\*\* osoba, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Biorąc pod uwagę powyższe w poradni zatrudniony będzie personel posiadający odpowiednie kwalifikacje - zaleca się, aby był to: co najmniej lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii) oraz psycholog kliniczny (lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy klinicznej, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień). Jednakże biorąc pod uwagę ograniczone zasoby kadrowe, jak również wskazania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wynikające z analizy doświadczeń zagranicznych oraz zaleceń wytycznych, dopuszcza się odstępstwo od ww. warunku na rzecz zatrudnienia osób z wyższym wykształceniem kierunkowym (np. psychologów, pedagogów, terapeutów, psychoterapeutów), które dodatkowo ukończyły specjalistyczne szkolenia z zakresu poradnictwa oraz leczenia uzależnienia od tytoniu. Szczególny nacisk w funkcjonowaniu poradnictwa antynikotynowego położony zostanie na działania prowadzone przez psychologów.

W celu objęcia jak największej liczby osób opieką poradni antynikotynowych, nawiążą one ścisłą współpracę z innymi placówkami np. POZ, placówkami medycyny pracy, jak również zakładami pracy (realizacja tzw. wizyt „w terenie”). Informacja o możliwości skorzystania z usług oferowanych przez poradnię będzie dostępna na stronie internetowej, dystrybuowana w postaci ulotek, plakatów dostępnych np. w aptekach, placówkach POZ, jak również w prasie lokalnej. Ponadto opisane poniżej działania informacyjno-kampanijne prowadzone przez

realizatora będą miały na celu poinformowanie jak najszerszego grona osób, które potencjalnie mogłyby być zainteresowane skorzystaniem z poradnictwa antynikotynowego.

Realizator zapewni dostępność poradni 6 godzin dziennie przez co najmniej 5 dni w tygodniu (w tym w soboty), przy czym godziny pracy poradni muszą być zróżnicowane (8.00 – 20:00). Kontakt telefoniczny umożliwiający umówienie się na wizytę będzie dostępny 5 dni w tygodniu w godz. 8.00 – 20.00. W przypadku dużego zainteresowania korzystaniem z usług poradni antynikotynowej, możliwe jest zwiększenie wymiaru czasu funkcjonowania poradni. W celu zapewnienia jak największej dostępności będzie możliwe udzielanie tzw. poradnictwa antynikotynowe „w terenie”, np. w innym mieście (np. we współpracy z innym placówkami POZ, placówkami medycyny pracy, jak również zakładami pracy). Pacjenci znajdujący się pod opieką poradni będą również informowani o możliwości skorzystania z wyżej opisanej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym: 801 108 108, funkcjonującej w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Poradnictwo antynikotynowe powinno być realizowane zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>42</sup> oraz będzie udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

W ramach poradnictwa antynikotynowego stosowana będzie zasada 5P (akronim od słów: Pytaj, Poradź, Przeprowadź ocenę, Pomóż, Powtarzaj). Zaleca się stosowanie jednej lub kilku poniższych metod wsparcia w rzuceniu palenia:

- słownego stwierdzenia konieczności rzucenia palenia,
- przedstawienia korzyści z rzucenia palenia,
- zaproponowanie farmakologicznego wsparcia w rzuceniu palenia,
- przedstawienie materiałów w postaci ulotek, broszur,
- zaproponowania wykorzystania wsparcia w postaci porady telefonicznej lub też kontaktu ze specjalistami z poradni antynikotynowej.

Jednocześnie w ramach poradnictwa antynikotynowego wykorzystywane mogą być nowoczesne interaktywne narzędzia informatyczne dodatkowo motywujące osoby podejmujące próbę porzucenia nałogu, np. aplikacje mobilne. Aplikacje te będą ogólnodostępne i możliwe do wykorzystania również przez osoby nie znajdujące się pod opieką poradni antynikotynowej.

---

<sup>42</sup> Możliwe są wskazane wyżej odstępstwa w zakresie zatrudniania personelu



## II. Działania informacyjno-edukacyjne

### Strona internetowa oraz kampania medialna

Na stronie internetowej funkcjonującej na portalu [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl) dostępne będą informacje poświęcone tematyce POChP (dot. m.in. czynników etiologicznych POChP, rozpoznawania POChP, przebiegu choroby, w tym czynników zaostrzających, szczepień przeciwko grypie i pneumokokom, jak również wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie). Szczególny nacisk zostanie położony jednak na kwestię palenia tytoniu (w tym edukację nt. chorób odtytoniowych) i informacje o działaniach antynikotynowych (dostępności poradnictwa antynikotynowego, możliwych metod rzucania palenia, możliwości otrzymywania wiadomości tekstowych wspierających osoby w rzuceniu nałogu, adresów stron internetowych o tematyce rzucania palenia, broszur informacyjnych, najbliższych poradni antynikotynowych, a także numerów telefonów do telefonicznych linii wsparcia antynikotynowego.) Dodatkowo stworzona zostanie możliwość wypełnienia za pośrednictwem internetu krótkiego testu pozwalającego na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP - pod uwagę będzie wzięty np. wiek, płeć, charakterystyka palenia papierosów, objawy, wykonywanie w przeszłości spirometrii (i ew. jej wynik). W przypadku wyniku testu wskazującego na duże ryzyko wystąpienia POChP zostanie wyświetlona informacja o konieczności kontaktu z lekarzem POZ oraz o dostępnych na danym terenie programach profilaktycznych (np. programie profilaktyki chorób odtytoniowych finansowanym przez NFZ). Dodatkowo do osób aktualnie palących papierosy (co będzie wynikało z odpowiedzi udzielonych w teście) zostanie skierowana w formie krótkiego komunikatu informacja zachęcająca do podjęcia próby porzucenia nałogu (wraz ze wskazaniem dostępności poradnictwa antynikotynowego). Strona będzie również stwarzała możliwość wypełnienia testów określających stopień uzależnienia od nikotyny (test Fagerstroma) oraz stopień motywacji do zaprzestania palenia tytoniu (test Schneider).

Ramowy zakres materiałów oraz test pozwalający na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP zostanie opracowany przez Radę Programu. Wszystkie informacje zamieszczane na stronie internetowej będą zgodne z obowiązującymi wytycznymi oraz aktualną wiedzą medyczną. Na stronie dostępne będą również informacje dotyczące aktualnie realizowanych programów profilaktycznych w zakresie POChP finansowanych przez NFZ lub realizowanych przez np. organizacje pozarządowe. W celu dotarcia do jak największej liczby osób promocja prowadzonych działań może odbywać się z wykorzystaniem mediów społecznościowych.

Każdy realizator przeprowadzi kampanię medialną, która będzie miała na celu przede wszystkim uświadomienie wagi problemu POChP, czynników etiologicznych ze szczególnym

zwróceniem uwagi na palenie tytoniu, jak również znaczenia wczesnego rozpoznawania i leczenia choroby. W prowadzonych działaniach szczególne miejsce powinna znaleźć informacja o funkcjonującej poradni antynikotynowej i możliwości skorzystania z usług przez nią świadczących. Kampania powinna również wskazywać, że dodatkowe informacje znajdują się na stronie internetowej, m. in. stwarzającej możliwość wypełnienia krótkiego testu pozwalającego na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP. Działania powinny być prowadzone m.in. poprzez środki masowego przekazu – np. radio, internet, ulotki, broszury, plakaty informacyjne, jak również w prasie branżowej (w przypadku narażenia na czynniki szkodliwe w miejscu pracy).

### **Edukacja pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp) – szkolenia (warsztaty / spotkania edukacyjne / konsultacje)**

Rolą realizatora będzie nawiązanie współpracy z zakładami pracy, w których prowadzone będą działania edukacyjne kierowane do (a) pracowników palących nalogowo tytoń, (b) osób pracujących w narażeniu na działanie czynników szkodliwych predysponujących do powstania POChP oraz (c) pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp).

Tematyka działań edukacyjnych każdorazowo będzie dostosowana oddzielnie do pracowników pracujących w narażeniu na substancje szkodliwe, jak i pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy. Zakres szkoleń będzie obejmował podstawowe informacje dotyczące POChP oraz szkodliwości palenia tytoniu, wpływu palenia tytoniu na zwiększenie ryzyka wystąpienia POChP u osób narażonych na działanie pyłów i innych substancji szkodliwych na stanowisku pracy, jak również dostępności programów profilaktycznych oraz poradnictwa antynikotynowego. Dodatkowo zakres szkoleń każdorazowo dostosowany zostanie do występowania w środowisku pracy czynników szkodliwych i będzie uwzględniał przykładowo następujące kwestie: szkodliwość czynników środowiskowych w miejscu pracy, organizacja pracy (przerwy w pracy, rotacja pracowników na szczególnie szkodliwych stanowiskach), indywidualne środki ochronne, maski i hełmy izolujące. Szkolenia będą prowadzone przez wykwalifikowaną/przeszkoloną kadrę – w zależności od tematyki szkoleń będzie to np. edukator zdrowotny, psycholog, specjalista w zakresie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

Treści edukacyjne prezentowane podczas szkoleń mogą być ponadto dystrybuowane za pomocą e-mailingu, zamieszczane w newsletterze lub Intranecie (o ile zakład pracy wyrazi zgodę). W przypadku dystrybucji informacji edukacyjnych poprzez e-mailing dodatkowo wymagane jest wyrażenie zgody przez pracownika na otrzymywanie informacji edukacyjnych

za pomocą tego nośnika. Po wyczerpaniu środków przeznaczonych na realizację tego zadania, zadanie będzie mogło być kontynuowane w formie e-learningu.

Jednocześnie prowadzenie działań edukacyjnych w miejscu pracy będzie dobrą okazją do zwrócenia uwagi pracodawców na problem palenia tytoniu oraz zachęcania do udziału/organizacji wydarzeń promujących zdrowy styl życia. Zaleca się zatem, aby w etap edukacji pracowników włączany był pracodawca lub przedstawiciel pracodawcy.

### **Edukacja personelu medycznego (seminaria)**

Realizator programu przeprowadzi szkolenia dla personelu medycznego (pielęgniarek, lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy). Szczegółowy program i zakres szkoleń zostanie opracowany przez Radę Programu.

Minimalny zakres seminariów:

I moduł (prowadzony przez lekarza – specjalistę w dziedzinie chorób płuc):

- czynniki etiologiczne POChP, rozpoznanie (wskazania do wykonania spirometrii, w tym informacja o dostępności programu NFZ i ew. innych), czynniki pogarszające przebieg choroby, istota prawidłowego i systematycznego stosowania leków, jakość życia chorych na POChP, choroby współistniejące
- rola profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym informacja o realizowanych w Polsce programach)
- szczepienie przeciwko grypie i pneumokokom jako metoda zmniejszania częstości zaostrzeń, hospitalizacji oraz śmiertelności u chorych na POChP
- wpływ zanieczyszczenia powietrza na zdrowie

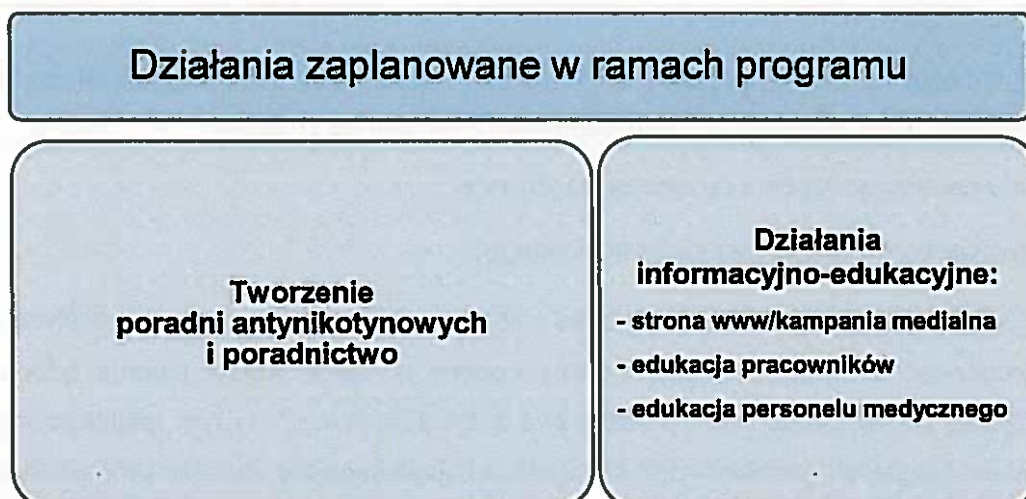
II moduł (prowadzony przez psychologa klinicznego):

- zagadnienia dotyczące palenia tytoniu - skutki palenia tytoniu, choroby odtytoniowe, szkodliwość palenia papierosów przez kobiety w ciąży, wpływ palenia tytoniu na działanie leków, dostępność poradnictwa antynikotynowego, w tym realizowanego w ramach programu, problemy psychologiczne pojawiające się podczas prób porzucania nałogu oraz sposoby radzenia sobie ze stresem, korzyści porzucenia nałogu, konieczność stosowania przez personel medyczny metody minimalnej interwencji (metody 5 „P”), potencjalne bariery w prowadzeniu działań edukacyjnych wśród osób palących.

Ww. działania edukacyjne będą prowadzone w formie ok. 5-6 godzinnych warsztatów w grupach max. 20-osobowych. Szczegółowe wymagania dla osób prowadzących szkolenia zostaną określone przez Radę Programu. Zakłada się, że po wyczerpaniu środków

przeznaczonych na realizację tego zadania, materiały szkoleniowe będą dostępne dla personelu medycznego w formie e-learningu.

Reasumując działania informacyjno-edukacyjne należy podkreślić, że w dużej części program zakłada zwiększenia świadomości dotyczącej POChP, w szczególności w kontekście głównego czynnika ryzyka jakim jest palenie papierosów. Działania edukacyjne, jak również możliwość wykonania za pośrednictwem strony internetowej krótkiego testu pozwalającego na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP, powinny doprowadzić do wcześniejszego zgłoszenia się osoby z podejrzeniem POChP do lekarza POZ, który powinien przeprowadzić diagnostykę i w razie konieczności skierować dalej pacjenta do specjalisty chorób płuc. Choć pozornie działania te mogą przyczynić się do zwiększenia kolejki do specjalisty, należy podkreślić, że osoby te w dużej mierze i tak trafiłyby do specjalisty, ale niejednokrotnie w dużo bardziej zaawansowanym stadium choroby. Istotne jest to, że dodatkowo osoby uzyskają informację o dostępności poradnictwa antynikotynowego, jak również o możliwości skorzystania z innych programów profilaktycznych realizowanych na danym terenie. Niezwykle istotną rolę odgrywa w całym procesie personel medyczny, który w dłuższej perspektywie czasowej może pozytywnie wpłynąć na postawę pacjenta (np. uczulenie lekarzy POZ na konieczność prowadzenia przy każdej wizycie pacjenta minimalnej interwencji - metoda 5 „P”).



## **VII. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

W ramach prowadzonego Programu uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału na każdym etapie programu. Program powinien się charakteryzować transparentnością i dostępnością informacji na każdym etapie.

W części dotyczącej szkoleń personelu medycznego, zakończenie szkolenia będzie równoznaczne z zakończeniem udziału w tej części Programu. Personel medyczny powinien stosować zdobytą wiedzę w ramach realizowanych wizyt patronażowych.

## **VIII. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Działania informacyjno-szkoleniowe związane z realizacją Programu nie niesie ze sobą ryzyka zdrowotnego i nie stanowi problemu z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego. Za opracowanie merytoryczne materiałów informacyjnych i szkoleniowych odpowiedzialna będzie Rada programu, w skład której będą wchodzić osoby spełniające stosowane wymagania (opisane poniżej). Przewidziany test internetowy, pozwalający na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP, nie będzie stanowił badania diagnostycznego, a jedynie informacje dla osoby go wypełniającej o ryzyku zachorowania na POChP i konieczności zgłoszenia się do lekarza POZ w celu przeprowadzenia badania spirometrycznego, co zostanie wyraźnie podkreślone przy wypełnieniu testu.

Przy realizacji poradnictwa antynikotynowego stosowane będą metody uznane za bezpieczne dla pacjentów, które są stosowane również w ramach poradnictwa finansowanego przez NFZ.

Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należeć będzie do realizatora, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem informacji oraz będzie pełnił rolę Administratora Bezpieczeństwa Systemów Informatycznych (dotyczy Poradni antynikotynowych).

Wszystkie dane osobowe pozyskane w trakcie realizacji programu będą przetwarzane zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm).

## IX. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

### Części składowe, etapy i działania organizacyjne

#### a) część logistyczno-administracyjna

Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego naboru wniosków o dofinansowanie projektu, a ich wybór realizatorów programu nastąpi w oparciu o zapisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014 - 2020*.

Zakłada się, że w ramach ww. naboru wnioski o dofinansowanie projektu będą mogły składać następujące podmioty:

- uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym* lub
- medyczny instytut badawczy działający w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. *o instytutach badawczych* lub
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie pneumonologii lub onkologii lub opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień lub
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka zdrowotna w zakresie pneumonologii lub
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

#### b) część merytoryczna (realizacja programu)

Zadania tej części programu realizowane będą przez:

- ww. realizatorów Programu
- wskazanych przez realizatorów ekspertów w zakresie chorób płuc – pracujących w ramach powołanej Rady Programu – Rada powinna składać się z co najmniej 6 ekspertów, tj. profesorów /dr hab. n. med. - specjalistów w dziedzinie chorób płuc, psychologów klinicznych oraz osób z organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką POChP oraz poradnictwem antynikotynowym. Każdy z realizatorów oddeleguje eksperta spełniającego ww. kryteria do udziału w pracach ww. Rady.

Rada odpowiedzialna będzie za merytoryczne przygotowanie materiałów nt. POChP, internetowego testu pozwalającego na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP, który będzie dostępny na stronie www, ramowego programu szkoleń (seminariów) dla

personelu medycznego, szkoleń dla pracowników (ze szczególnym uwzględnieniem pracowników bhp), które będą realizowane przez poszczególnych realizatorów.

Ponadto Rada dokona oceny realizacji programu, analizy statystycznej i epidemiologicznej wyników programu, odpowiedzialna będzie za przygotowanie raportów i ewentualnego cyklu publikacji naukowych. Główne działania podejmowane przez Radę będą miały miejsce w pierwszym półroczu realizacji Programu. Na późniejszych etapach realizacji Programu spotkania Rady powinny odbywać się w celu zebrania informacji od realizatorów odnośnie podejmowanych działań w poszczególnych województwach i ocenie realizacji wdrażanych działań.

c) część oceniająca

Powołana przez realizatorów Rada Programu, odpowiedzialna będzie za ocenę realizacji programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników programu, podsumowanie programu, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu, przygotowanie raportów i ewentualnego cyklu publikacji naukowych.

<b>Etap realizacji</b>	<b>Termin realizacji</b>	<b>Zadania</b>
<b>Etap I (przygotowawczy)</b>	2017/2018	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konkurs na realizatorów programu.</li> <li>2. Utworzenie Rady Programu – 1 miesiąc od rozpoczęcia realizacji Programu.</li> <li>3. Opracowanie przez Radę Programu. materiałów - 2 miesiące od powołania Rady– 3 miesiące od powołania Rady.</li> <li>4. Prace przygotowawcze do utworzenia poradni antynikotynowych (przygotowanie miejsca udzielania porad, rekrutacja personelu)</li> <li>5. Rozpoczęcie działań informacyjno-edukacyjnych</li> </ol>
<b>Etap II – realizacji</b>	II połowa 2018 - 2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Działalność poradni antynikotynowych</li> <li>2. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych - strony internetowe i kampanie medialne, edukacja pracowników w zakładach pracy, edukacja personelu medycznego)</li> <li>3. Prowadzenie monitoringu uczestników programu</li> </ol>
<b>Etap III – pogłębiona analiza wsparcia</b>	2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przygotowanie przez Radę Programu analizy.</li> <li>2. Analiza zaproponowanych w programie rozwiązań wraz z rekomendacjami możliwych zmian / usprawnień.</li> <li>3. Dokonanie ewentualnych zmian w programie.</li> </ol>
<b>Etap IV – realizacji</b>	2021-2023	Dalsza realizacja Programu po ewentualnych zmianach.

Etap V – ocena/ podsumowanie	2023	1. Opracowanie przez Radę Programu raportu końcowego
---------------------------------	------	--

## **X. KOMPETENCJE/WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

W ramach ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia konkursu wybrani zostaną realizatorzy programu, który będą musieli spełnić określone w naborze wymagania.

Projektodawcą (po podpisaniu umowy na realizację programu zwany realizatorem) może być uczelnia medyczna, instytut badawczy, szpital posiadający kontrakt w zakresie pneumonologii, onkologii lub opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, poradnie udzielające świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie pneumonologii, podmioty lecznicze udzielające świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

## **XI. TRYB ZAPRASZANIA DO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Rekrutacja osób do udziału w programie prowadzona będzie przez realizatorów w oparciu o działania informacyjno-promocyjne (opisane powyżej). Realizator rozdystrybuuje broszury i plakaty informacyjne oraz plakaty informacyjne dotyczące realizowanego programu do placówek POZ, poradni specjalistycznych pulmonologicznych, gabinetów medycyny pracy, jak również aptek. W celu uzyskania jak największej zgłaszalności do poradni antynikotynowych (pacjent nie potrzebuje skierowania) realizator nawiąże współpracę z pielęgniarkami, lekarzami POZ, jak również lekarzami medycyny pracy, którzy będą zachęcali swoich pacjentów do skorzystania z usług poradni. Dodatkowo informacja o prowadzonych działaniach dostępna będzie na stronach internetowych realizatorów, jak również w formie ogłoszenia o realizowanym programie w lokalnej lub w specjalistycznej prasie. W celu realizacji działań edukacyjnych w zakładach pracy realizator nawiąże współpracę jednostkami Państwowej Inspekcji Pracy, jak również zamieści ogłoszenia w prasie branżowej (np. Hutnik, Górnik).

Ponadto informacje o możliwości udziału personelu medycznego w szkoleniach dystrybuowane będą, oprócz stron internetowych, za pośrednictwem prasy branżowej i organizacji zrzeszających dane grupy zawodowe.

## **XII. SPÓJNOŚĆ MERYTORYCZNA I ORGANIZACYJNA**

Zaproponowany program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



Celem Programu jest zwiększenie świadomości w zakresie POChP, co pozytywnie wpłynie na zwiększenie zgłaszalności osób chorych na POChP we wczesnym etapie choroby. Ścieżka korzystania przez chorego ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie ulegnie zmianie (jednocześnie zwiększy się dostępność do poradnictwa antynikotynowego).

### **XIII. MONITOROWANIE I EWALUACJA**

Przewiduje się, iż w ramach programu powołany zostanie zespół monitorujący w postaci Rady Programu, do którego oddelegowana zostanie co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu.

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej należy zakończyć wraz z końcem realizacji programu.

Monitorowaniem objęta zostanie zgłaszalność oraz jakość.

Mierniki odnoszące się do oceny zgłaszalności:

- liczba osób objętych opieką poradni antynikotynowych
- liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach (w podziale na pielęgniarki, lekarzy POZ, lekarzy medycy pracy
- liczba odsłon stron internetowych
- liczba wypełnionych testów (testów pozwalających na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP, testów określających stopień uzależnienia od nikotyny (test Fagerstroma) oraz stopień motywacji do zaprzestania palenia tytoniu (test Schneider))
- liczba zakładów pracy biorących udział w programie
- liczba pracowników zakładów pracy i pracowników bhp uczestniczących w szkoleniach

Ocena jakości usług świadczonych w ramach programu przez poradnie antynikotynowe, jak również prowadzonych dla personelu medycznego i pracowników zakładów pracy szkoleń będzie oceniana za pomocą ankiety satysfakcji (wzory ankiet dedykowane poszczególnym populacjom docelowym zostaną przygotowane przez Radę Programu). Monitorowaniu podlegać będzie również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie (i z jego poszczególnych etapów/części). Weryfikowane będą powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu.

W ramach ewaluacji wykorzystywane będą następujące wskaźniki:

- liczba osób, które podjęły próbę porzucenia nałogu tytoniu
- liczba osób, które porzuciły nałóg palenia tytoniu i nie powróciły do niego w ciągu roku.

Wszystkie gromadzone dane będą uwzględniały podział m. in. ze względu na płeć oraz wiek. Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji programu będą poddane

szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki.

#### XIV. KOSZTY

Wysokość zaplanowanej alokacji na konkurs, w którym wyłonieni zostaną realizatorzy programu wynosi 15 mln zł. Ponadto po 3 latach realizacji Programu planowana jest pogłębiona analiza jego wdrażania, która będzie podstawą do dalszych decyzji odnośnie kształtu i/lub budżetu Programu. W przypadku wyczerpania dostępnej alokacji i niezrealizowania zakładanych działań program będzie wdrażany w ramach innych programów operacyjnych (np. RPO).

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020*, dostępnych pod adresem: <https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/>.

Zaleca się rozliczenie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w ww. *Wytycznych*. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

Szacunkowe koszty w Programie (na 3 lata realizacji):

Działanie/interwencja	Koszt
Tworzenie poradni antynikotynowych (oraz poradnictwo)	12.000.000 zł 80 % budżetu programu
Działania informacyjno-edukacyjne	3.000.000 zł 20 % budżetu programu

Szacunkowe koszty w Programie w podziale na pierwsze 3 lata jego realizacji<sup>43</sup>:

2018	2019	2020
5.000.000 zł	5.000.000 zł	5.000.000 zł

<sup>43</sup> w zależności od daty rozpoczęcia realizacji programu

### **Poradnie antynikotynowe (12.000.000 zł)**

Zakłada się, że na funkcjonowanie, zgodnie z ww. założeniami, poradni antynikotynowych zostanie przeznaczony ok. 80 % budżetu programu, co stanowi 12.000.000 zł.

### **Działania informacyjno-edukacyjne (3.000.000 zł)**

**Strona internetowa oraz kampania medialna 1.992.000-2.184.000 zł**

w tym koszt np. opracowania i druku materiałów edukacyjno-informacyjnych, strony internetowej (przygotowanie, administrowanie, moderowanie przez specjalistę), spotów telewizyjnych, radiowych, kinowych, billboardów)

**Koszty szkoleń pracowników** (obejmują wynagrodzenie osób prowadzących szkolenia oraz koszt materiałów)

2.000 - 2.500 (koszt 1 szkolenia) x 18 (liczba szkoleń) x 16 woj. = 576.000 – 720.000 zł

**Koszty szkoleń pracowników medycznych**

2.500 - 3.000 (koszt 1 szkolenia) x 96 (liczba szkoleń) = 240.000 – 288.000 zł

### **Planowane koszty całkowite**

Całkowita alokacja przewidziana na konkurs na wdrożenie przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wynosi 15 mln zł.

W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, w ramach którego zostaną wybrani realizatorzy programu (podmioty, z którymi zostanie podpisana umowa o dofinansowanie projektu).

### **Źródła finansowania, partnerstwo**

Przy realizacji programu możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 - 2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.).

