

UCHWAŁA
RADY MINISTRÓW

z dnia 2022 r.

w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób
Układu Krążenia na lata 2022–2032

Na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, z późn. zm.¹⁾) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. Ustanawia się program wieloletni pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonawcą Programu jest minister właściwy do spraw zdrowia.

§ 3. 1. Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Programu nie mogą być w poszczególnych latach wyższe niż:

- 1) 24 mln zł w 2022 r.;
- 2) 270 mln zł rocznie w latach 2023–2032.

2. Możliwe jest finansowanie działań przewidzianych w ramach Programu z innych źródeł.

3. Nakłady z budżetu państwa, o których mowa w ust. 1, są określane w ustawach budżetowych na poszczególne lata, w ramach części 46 – zdrowie.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, zwiększyć środki finansowe na realizację Programu, powyżej kwot, o których mowa w ust. 1, z oszczędności będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach części 46 – zdrowie, w danym roku budżetowym.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1236, 1535, 1773, 1927, 1981, 2054 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 583, 655 i 1079.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

PREZES RADY MINISTRÓW

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, stanowi odpowiedź na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia (ChUK) oraz wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności, pogorszenia jakości życia chorych oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób.

Z dniem 31 grudnia 2021 r. zakończyła się realizacja Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2021. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, zwany dalej „Programem”, jest kompleksową narodową strategią kardiologiczną. Program stanowi reformę polskiej kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, angiologii, neurologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z ChUK, skupiając działania w pięciu głównych obszarach, kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Rzeczypospolitej Polskiej. Zakres realizowanego dotychczas programu POLKARD na lata 2017–2021¹⁾ stanowi wyłącznie wycinek zadań, które zostały zaplanowane w ramach Programu. Mając na uwadze kompleksowość projektowanych rozwiązań w obszarze kardiologii, zdecydowano o nadaniu Programowi wyższej rangi niż program zdrowotny, tj. wieloletniej strategii działań. Programy wieloletnie ustanawia bowiem Rada Ministrów i realizują one strategie przyjęte przez Rząd – dotyczą ważnych zjawisk i problemów, które wymagają decyzji i działań na poziomie Rady Ministrów – w przypadku Programu wynika to także z exposé Prezesa Rady Ministrów.

Program został przygotowany przez Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032²⁾ we współpracy z Narodowym Instytutem Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowym Instytutem Badawczym, zwanym dalej „NIK–PIB”.

Do zadań Pełnomocnika należy ocena prowadzonych działań z zakresu chorób układu krążenia w Rzeczypospolitej Polskiej, koordynacja przygotowania i wdrożenia Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, monitorowanie efektów realizacji Programu, w tym realizacji Krajowej Sieci Kardiologicznej, koordynacja przygotowania

¹⁾ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukladu-sercowo-naczyniowego-polkard-na-lata-2017-2020>, dostęp: 27.06.2022 r.

²⁾ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 10).

rocznych harmonogramów realizacji Programu uwzględniających podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary i działania Programu oraz koordynacja sprawozdawczości.

Współrealizacja i monitorowanie Programu należy do zadań NIK–PIB, zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 października 2019 r. w sprawie reorganizacji Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego oraz nadania instytutowi statusu państwowego instytutu badawczego (Dz. U. poz. 2177).

Diagnoza sytuacji w obszarze chorób układu krążenia

Choroby niezakaźne (ang. non-communicable diseases, NCDs), w tym ChUK, nowotwory, otyłość, przewlekłe choroby układu oddechowego czy cukrzyca są główną przyczyną niepełnosprawności, problemów zdrowotnych i przedwczesnych zgonów oraz odpowiadają za około 80% zgonów w Unii Europejskiej (UE). Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) rocznie około 550 tysięcy osób w wieku produkcyjnym w UE umiera przedwcześnie z powodu chorób niezakaźnych. Choroby te są główną przyczyną zgonów w UE i pochłaniają większość wydatków na opiekę zdrowotną³⁾.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych 91% wszystkich zgonów w 2019 r. nastąpiło z powodu problemów zdrowotnych z grupy chorób niezakaźnych⁴⁾. Głównymi przyczynami zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1990–2019 były i nadal są ChUK oraz choroby nowotworowe. W 2018 r. były one odpowiedzialne za 65% wszystkich zgonów (ChUK – 40,5%; nowotwory 24,5%)⁵⁾. Najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są choroby serca (w 2018 r. – 99,0 tys. zgonów, w tym zawał serca 12,0 tys., a więc odpowiednio 59,0% i 7,2% zgonów z powodu ChUK), drugą grupę stanowią choroby naczyń mózgowych (30,0 tys. zgonów, 17,8% całej grupy). Przyczyną tego zjawiska jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia.

Spośród chorób układu krążenia przyczyną największej liczby zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej – podobnie jak w całej Europie – jest choroba niedokrwienna serca (ChNS), która w 2016 r. stanowiła przyczynę 10% wszystkich zgonów (w porównaniu z 12% w UE). ChNS

³⁾ Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

⁴⁾ Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3707>. Dostęp: 22.09.2021r.

⁵⁾ Ibidem.

jest również główną przyczyną przedwczesnych zgonów i istotną przyczyną inwalidztwa. Pomimo tego, że w Europie, w tym w Polsce, liczba zgonów z powodu ChUK systematycznie spada, ChNS na przestrzeni ostatnich 10-ciu lat niezmiennie zajmuje pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów w krajach Unii Europejskiej (EU-28)⁶.

Populacja polska w porównaniu do populacji europejskiej (EU-28) charakteryzuje się prawie 2-krotnie wyższą umieralnością z powodu choroby niedokrwiennej serca (Rzeczpospolita Polska – 131 zgonów/100 tys. mieszkańców; EU-28 – 77 zgonów/100 tys. mieszkańców) oraz 1,5-razy wyższą umieralnością z powodu udaru mózgu (odpowiednio: 53 zgonów/100 tys. w porównaniu do 38 zgonów/100 tys. mieszkańców).

Zagrożenie życia ludności Polski spowodowane chorobami układu krążenia ogółem w latach 1999-2018 zmniejsza się w stałym tempie (względne tempo spadku wśród mężczyzn -2,8%/rok, kobiet -3,0%/rok), które jest nieznacznie wolniejsze niż w Czechach, ale szybsze niż obserwowane w ostatnich latach w Niemczech czy na Węgrzech⁷). Poziom umieralności z powodu ChUK w 2018 r. w Polsce był wyższy niż w Szwecji w 2017 r. o 71% w przypadku mężczyzn i 66% w przypadku kobiet i jest zbliżony do poziomu umieralności w Czechach. Standaryzowany współczynnik zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. był wyższy od średniego dla EU-28 w 2016 r. o około 41% zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet⁸).

Natężenie umieralności z powodu chorób układu krążenia oraz ich udział w ogólnej liczbie zgonów stopniowo zmniejszają się po 2015 r., ale nadal stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia w Rzeczypospolitej Polskiej.

Nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe oraz otyłość i cukrzyca należą do głównych czynników ryzyka ChUK, a ich rozpowszechnienie w kraju jest bardzo duże. Behawioralne czynniki ryzyka w sumie odpowiadają w Rzeczypospolitej Polskiej za utratę 35,8% lat przeżytych w zdrowiu DALY – ang. disability adjusted life-years, który stanowi sumę liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych z niesprawnością (43,0% przez mężczyzn i 27,1% przez kobiety).

⁶) Santos JV, Souza J, Valente J et al. The state of health in the European Union (EU-28) in 2017: an analysis of the burden of diseases and injuries. *European Journal of Public Health* 2020; 30, 3: 590–595, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz203>.

⁷) Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

⁸) Ibidem.

Na podstawie wskaźnika utraconych lat życia w zdrowiu – DALY, zaobserwowano, że w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu ChUK (21%), a spośród ChUK największa strata związana była z chorobą niedokrwienną serca (51%), udarem mózgu (28%) oraz kardiomiopatiami i zapaleniem mięśnia sercowego (6%)⁹⁾.

Pojęcie umieralności możliwej do uniknięcia (ang. avoidable mortality) opiera się na koncepcji, że przedwczesne zgony z powodu określonych zdarzeń zdrowotnych powinny być rzadkie lub w ogóle nie powinny wystąpić, jeśli istnieją skuteczne interwencje medyczne lub z zakresu zdrowia publicznego. Umieralność z powodu tych przyczyn obejmuje zgony z powodu przyczyn, którym można zapobiegać (tzw. preventable causes of deaths) oraz zgony z powodu przyczyn, które są podatne na medyczną interwencję i można je skutecznie leczyć (tzw. treatable causes of deaths)¹⁰⁾.

Współczynniki zgonów z powodu ChUK, którym można zapobiegać, po spadku w latach 1999-2016 (5,7% rocznie) w okresie 2016–2018 utrzymują się na stałym poziomie. Umieralność mężczyzn z powodu ChUK możliwych do leczenia jest znacznie wyższa niż umieralność z powodu nowotworów, natomiast wśród kobiet trend jest odwrotny¹¹⁾.

W 2018 r. współczynnik hospitalizacji w wynosił 20 931 osób/100 tys. ludności. Ogółem w latach 2003–2018 współczynniki hospitalizacji wzrosły o 25%, a współczynniki hospitalizacji z powodu ChUK o 12% (z 2 338 na 2 638). Najczęściej pacjenci szpitali – 13% hospitalizowanych - byli leczeni z powodu ChUK. Struktura przyczyn hospitalizacji uległa bardzo niewielkim zmianom w porównaniu z danymi z 2016 r., m. in. w latach 2003–2018 udział ChUK w przyczynach hospitalizacji malał (z 18% do 15%). Porównując standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn i kobiet zwraca uwagę fakt znacznie częstszego leczenia szpitalnego mężczyzn, zarówno z powodu ChUK ogółem (1,6 x częściej), jak i zawału serca (2,5 x), ChNS (2,2 x) czy chorób naczyń mózgowych (1,4 x).

Mając na uwadze wysokie współczynniki zgonów z powodu ChUK, możliwych do uniknięcia lub możliwych do skutecznego leczenia należy wskazać na słuszność i potrzebę zintegrowania szerokich działań medycyny naprawczej i zdrowia publicznego.

⁹⁾ Ministerstwo Zdrowia. Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027, z perspektywą do 2030r. Dostęp 26.07.2021r.: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>.

¹⁰⁾ Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

¹¹⁾ Ibidem.

Działania ograniczające epidemię chorób układu krążenia

W Rzeczypospolitej Polskiej od wielu lat podejmowane są działania mające na celu ograniczenia epidemii ChUK. W ciągu ostatnich 20 lat działania te w znacznym stopniu uległy zintensyfikowaniu. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w latach 2018–2019 zrealizowano około 20 programów profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.

W latach 1993-2001 Minister Zdrowia wprowadził Narodowy Program Ochrony Serca oraz Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Kontynuacją tych programów był Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Sercowo-Naczyniowych – POLKARD, realizowany w latach 2003–2008, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016 oraz Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2021.

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032

Celem Programu jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia. Efektem realizacji Programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Celami nadrzędnymi Programu są:

- 1) obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, w tym obniżenie nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym (25–64 lata) oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia (długość trwania życia, liczba zgonów oraz chorobowość) do średnich wskaźników w EU–27;
- 2) zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu ChUK związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych;
- 3) zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu;
- 4) poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w zakresie między innymi identyfikacji populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na ChUK oraz głównych przyczyn rozwoju ChUK, a także wypracowania rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.

Program będzie koncentrował się na działaniach reformatorskich w pięciu obszarach:

- I. Inwestycje w kadry;
- II. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia;
- III. Inwestycje w pacjenta;
- IV. Inwestycje w naukę i innowacje;
- V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej.

I. Inwestycje w kadry

W ostatnich latach widoczny jest nieznaczny wzrost osób wykonujących zawody lekarza i pielęgniarki. W 2019 r. zarejestrowanych i posiadających prawo wykonywania zawodu było 140,6 tys. lekarzy, z których 131,3 tys. wykonywało zawód¹²⁾. Spośród wszystkich pracujących lekarzy, 128,2 tys. lekarzy (98%) pracowało w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Poza podmiotami leczniczymi pracowało 32,1 tys. lekarzy (24%) – część z nich jednocześnie pracowała w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2019 r. nie podjęło pracy 9,4 tys. zarejestrowanych lekarzy. Większość w tej grupie stanowili lekarze powyżej 64 r.ż. – 56 % (5,3 tys. lekarzy). Oznacza to, że 4,1 tys. lekarzy poniżej 65 r.ż. jest zarejestrowanych w Naczelnej Izby Lekarskiej i nie podejmowało w 2019 r. zatrudnienia¹³⁾.

Z danych prezentowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w 2019 r. wynika, że liczba pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu wynosiła 299,6 tys. Pielęgniarek, spośród których pracę w Rzeczypospolitej Polskiej podjęło 230,0 tys. zarejestrowanych pielęgniarek (77%). W okresie od dnia 31 grudnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2019 r., liczba pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu wzrosła o 17 097 (około 6 %), w tym aktywnie wykonujących zawód 11 191 osób (około 5,11 %) ¹⁴⁾.

Na podstawie dostępnych danych międzynarodowych Rzeczpospolita Polska od wielu lat miała jeden z najniższych wskaźników liczby praktykujących lekarzy i pielęgniarek na 1 tys. ludności w UE. W 2017 r. wyniósł on 2,4 przy średniej nieważonej dla UE 3,7 (lata 2016–2019). Jednym z głównych problemów systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej jest zaawansowany wiek znaczącej grupy pracowników medycznych. Spośród 142 030 lekarzy,

¹²⁾ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>. Dostęp: 19.07.2021 r.

¹³⁾ Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Ministerstwo Zdrowia, 2021, str. 90.

¹⁴⁾ <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-polozych-zarejestrowanych-zatrudnionych/> Dostęp: 19.07.2021 r.

według stanu na dzień 31 maja 2021 r., 16 779 osób, to osoby w wieku powyżej 71 lat (bez względu na płeć), co stanowi blisko 12% ogólnej liczby lekarzy. Drugą najliczniejszą grupą (15 907 osób), zajmują lekarze obu płci w przedziale wiekowym 51-55 lat. Średnia wieku zatrudnionych pielęgniarek wynosi 53,2 lata. 83 129 pielęgniarek to osoby w wieku od 51 do 60 lat, co stanowi 35,8% liczby zatrudnionych. Mimo nabycia uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 63 120 pielęgniarek (przedziały 61–70 i przedział powyżej 70 lat). Stanowi to 27,2% ogółu zatrudnionych¹⁵⁾.

Wobec starzejącego się personelu medycznego priorytetem jest zapewnienie odpowiedniej liczbowo i jakościowo kadry. Jest to podstawowym warunkiem skutecznej realizacji strategii państwa w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia. Dobrze wykształcona i zmotywowana kadra medyczna to kluczowy warunek dla wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz możliwości koncentracji działań wokół pacjenta i jego potrzeb.

II. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Zarówno wyniki wcześniej prowadzonych na reprezentatywnych próbach osób dorosłych ogólnopolskich przekrojowych badaniach zdrowia ludności NATPOL 2011¹⁶⁾, WOBASZ II (2013-2014)¹⁷⁾, PolSenior2¹⁸⁾, jak i dane opublikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, zwany dalej „NIZP PZH – PIB”, w 2020 r.¹⁸⁾ pokazują, iż sytuacja w zakresie ChUK w Rzeczypospolitej Polskiej wymaga interwencji z uwagi na duże rozpowszechnienie i niską wykrywalność czynników ryzyka tych chorób. Według raportu NIZP PZH – PIB z 2020 r.¹⁹⁾ rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka ChUK wyglądało następująco:

¹⁵⁾ Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Dostępne: <https://nipip.pl/raport2021/>. Dostęp: 19.07.2021r.

¹⁶⁾ NATPOL 2011 (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce Plus Zaburzenia Lipidowe i Cukrzyca) – ogólnopolskie badanie rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób układu krążenia, celem którego była ocena rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego oraz innych podstawowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w tym zaburzeń lipidowych i cukrzycy w Polsce.

¹⁷⁾ WOBASZ II – badanie realizowane w ramach programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego na lata 2010-2012 POLKARD” w zakresie zadania pn.: Analizy i epidemiologia – „Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia: Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ II”.

¹⁸⁾ PolSenior 2 – ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia.

¹⁹⁾ Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

- 1) nadwagę (BMI: 25-29.9) miało 54% badanych, częściej byli to mężczyźni (64%) niż kobiety (46%), a otyłość (BMI \geq 30) – 10% (12% mężczyzn i 8% kobiet); około 1/3 mężczyzn i kobiet zwiększyła swoją masę ciała w czasie pandemii COVID-19;
- 2) duży odsetek nadwagi wśród osób młodych, w wieku 20–44 lata (mężczyźni dwa razy częściej niż kobiety – 59% vs 29%), a rozpowszechnienie otyłości w tej grupie wynosiło odpowiednio 9% i 5%;
- 3) jedynie co trzecia osoba regularnie uprawiała sport lub rekreacyjną aktywność fizyczną. Dla obu płci odsetek osób nieaktywnych zwiększał się z wiekiem; około 1/3 osób zmniejszyła swoją aktywność fizyczną w związku z pandemią COVID-19;
- 4) prawie 70% mężczyzn i kobiet miało hiperlipidemię, z czego tylko 6% było skutecznie leczonych;
- 5) około 40% osób dorosłych miało nadciśnienie tętnicze, a tylko co piąty był skutecznie leczony;
- 6) 30% mężczyzn i 21% kobiet paliło papierosy;
- 7) łącznie, około 90% mężczyzn i kobiet miało co najmniej jeden czynnik ryzyka;
- 8) behawioralne czynniki ryzyka w sumie odpowiadały w Rzeczypospolitej Polskiej za utratę 35,8% lat przeżytych w zdrowiu DALY (43,0% przez mężczyzn i 27,1% przez kobiety);
- 9) największa strata lat przeżytych w zdrowiu była związana z paleniem tytoniu oraz ze zbyt dużą masą ciała.

Dlatego też niezbędne jest inwestowanie w zdrowie obywateli przez edukację i profilaktykę zdrowotną.

III. Inwestycje w pacjenta

Pomimo szerokiego wachlarza programów profilaktycznych skierowanych do obywateli, obserwuje się niewielkie zainteresowanie nimi. Trend ten przekłada się na niską wykrywalność ChUK we wczesnych stadiach rozwojowych, a tym samym na mniejsze szanse wyleczenia oraz, jak pokazują analizy ekonomiczne, na zwiększające się nakłady na opiekę zdrowotną i społeczną.

W 2016 r. Najwyższa Izba Kontroli, zwana dalej „NIK”, zwróciła uwagę na ograniczoną realizację świadczeń w zakresie profilaktyki ChUK przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”. Świadczenia te są gwarantowane w ramach umowy, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z

2021 r. poz. 540, z późn. zm.). Zgodnie z ustaleniami NIK na świadczenia w zakresie profilaktyki ChUK w latach 2012–2015, wydatkowano łącznie 13.474,11 tys. zł, z czego 3.967,20 tys. zł w 2012 r., 2.918,85 tys. zł w 2013 r., 3.162,78 tys. zł w 2014 r. oraz 3.425,28 tys. zł w 2015 r. Do objęcia programem profilaktycznym uprawnione były wszystkie osoby spełniające kryteria programu, zapisane do danego lekarza POZ. Pomimo odrębnej wyceny świadczeń (poza stawką kapitulacyjną) oraz wdrożenia dedykowanego systemu informatycznego do monitorowania profilaktyki, liczba osób przebadanych w latach 2012–2015 wyniosła jedynie 280.668 osób, tj. 3,4% osób z grupy spełniających kryteria do objęcia Programem²⁰).

Pomimo istotnych zmian w ostatnim czasie, w szczególności uruchamiania nowych programów profilaktycznych i podjęcia prób zwiększania zgłaszania się do obowiązujących programów badań przesiewowych, sytuacja wymaga wprowadzania dalszych zmian i modyfikacji w omawianym zakresie.

IV. Inwestycje w naukę i innowacje

Nakłady wewnętrzne na działalność badawczo-rozwojową w 2019 r. wyniosły 30,3 mld zł i wzrosły w stosunku do poprzedniego roku o 18,1%²¹). W 2019 r. łączne nakłady na działalność badawczo-rozwojową w relacji do produktu krajowego brutto (PKB) w Rzeczypospolitej Polskiej w stosunku do 2018 r. zmieniły się nieznacznie (wskaźnik GERD – Gross Domestic Expenditures on Research & Development – w latach 2018–2019 wyniósł odpowiednio 1,21% i 1,32%) i odbiegają od poziomu nakładów w najbardziej rozwiniętych gospodarkach światowych²²). Pomimo podwojonych nakładów na działalność badawczo-rozwojową w ostatniej dekadzie (2000–2019) w relacji do PKB nadal ich udział jest niższy niż średnia dla EU-28 (2,03%)²³). Natomiast na podkreślenie zasługuje fakt, że wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Rzeczpospolita Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów na działalność badawczo-rozwojową w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów na działalność badawczo-rozwojową ogółem. Liczba podmiotów prowadzących działalność w obszarze działalności badawczo-rozwojowej wzrosła natomiast w 2019 r. o 1,5%

²⁰) NIK (2016); Raport: Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia.

²¹) GUS (2020), Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2019 roku. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>. Dostęp: 26.07.2021.

²²) OECD (2019), Data, Gross domestic spending on R&D. Dostępne: <https://data.oecd.org/rd/gross-domestic-spending-on-r-d.htm>. Dostęp: 26.07.2021 r.

²³) Ibidem.

w stosunku do 2018 r.²⁴). Wydatki na działalność badawczo-rozwojową w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu w 2019 r. stanowiły ok. 12% ogółu wydatków na badania i rozwój i wzrosły w stosunku do 2018 r. o ok. 21 %²⁵.

System finansowania nauki nie stwarza obecnie optymalnych warunków do opracowania i realizacji poważnych projektów badawczych lub interwencyjno-badawczych dotyczących problematyki ChUK, profilaktyki pierwotnej i wtórnej, edukacji zdrowotnej oraz działań z zakresu promocji zdrowia.

Prowadzenie badań klinicznych w obszarze chorób sercowo-naczyniowych oznacza szereg korzyści dla wszystkich zainteresowanych, w szczególności: pacjentów (rejestracja nowoczesnych leków, najlepsza możliwa terapia, wyższy standard opieki, szansa na przedłużenie życia), badaczy (wiedza i doświadczenie oraz dostęp do narzędzi badawczych), ośrodków naukowych (rozwój know-how, tworzenie nowych standardów leczenia, rozwój technologii medycznych, rozwój gospodarki opartej na wiedzy), a także dla całej gospodarki kraju. Rozszerzenie dostępu do użytecznych osiągnięć technologicznych, takich jak telemedycyna i teleopieka, stanowią odpowiedź na coraz większe wyzwanie, jakim jest leczenie coraz bardziej obciążonego CHUK starzejącego się społeczeństwa oraz rozwój innowacyjnych usług i technologii medycznych dla potrzeb kardiologii.

V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Cechą charakterystyczną polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak koordynacji leczenia i izolowanie procesów terapeutycznych. Świadczy o tym odsyłanie pacjentów do innych podmiotów z powodu braku możliwości kompleksowego leczenia, co negatywnie wpływa na efekty leczenia²⁶.

Dotychczasowe niedoskonałości systemu powodują, że większość ChUK wykrywana jest w zaawansowanych stadiach, a brak koordynacji i pomiaru jakości udzielanych świadczeń skutkują opóźnieniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ryzykiem nieprawidłowego kwalifikowania chorego do określonej metody leczenia i w konsekwencji niezadawalającymi wynikami leczenia.

²⁴) GUS (2020), Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2019 roku. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>. Dostęp: 26.07.2021 r.

²⁵) GUS (2019) - Bank Danych Lokalnych. Nakłady wewnętrzne na działalność B+R według dziedzin B+R. Dostępne: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>. Dostęp: 26.07.2021r.

²⁶) Raport System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, Warszawa 2019.

Konieczne jest wypracowanie szybkiej ścieżki wprowadzania terapii kardiologicznych. Kluczowe jest też stworzenie kompleksowego systemu opieki, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, nad pacjentem dorosłym z wadą wrodzoną serca. Wymaga to ścisłej współpracy kardiologów dziecięcych oraz dorosłych, powstaniu zespołów z udziałem m.in. psychologów, rehabilitantów, doradców zawodowych. oraz stworzenia tzw. strefy przejściowej dotyczącej sposobu przekazywania pacjenta z wadą wrodzoną serca z opieki pediatrycznej pod opiekę kardiologów dorosłych. Ważne jest uruchomienie systemu rehabilitacji kardiologicznej dla dzieci z wadami wrodzonymi serca. Szacuje się, że około 90% wad wrodzonych serca jest rozpoznawanych w okresie prenatalnym i dużą część z nich można już skutecznie leczyć.

Główne problemy w opiece nad pacjentami z ChUK spowodowane są fragmentacją opieki medycznej i zagubieniem pacjenta w systemie, a także brakiem nadzoru i możliwości mierzenia jakości udzielanych świadczeń. Niedostateczne rozwiązania systemowe powodują, że pacjent nie wie, jak będzie wyglądało jego leczenie i jakie podmioty będą w ten proces zaangażowane. Aktualnie różni świadczeniodawcy realizują poszczególne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego, często bez ujednoczonych wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Problemy dotyczą także funkcjonowania podmiotów publicznych, a związane są z nadmiernym angażowaniem czasu lekarzy i personelu medycznego do wypełniania dokumentacji, jak również brakiem bezpośredniej integracji danych z systemami szpitalnymi.

Odpowiedzią na ww. problemy będą m.in. nowoutworzone Centra Doskonałości Kardiologicznej (CDK), które współpracując z lekarzami POZ i specjalistami pracującymi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na poziomie powiatu i całego województwa, a więc w ramach działającej w skali regionalnej i krajowej sieci kardiologicznej (sercowo-naczyniowej), będą spełniać rolę wyspecjalizowanych i zintegrowanych ośrodków zapewniających nowoczesną koordynowaną diagnostykę i leczenie chorób sercowo-naczyniowych. Jednym z zadań CDK będzie realizacja i wsparcie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej ChUK, prowadzonych przez instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe, a także prowadzenie badań przesiewowych w szczególności w kierunku wczesnego wykrywania genetycznie uwarunkowanych chorób serca.

Z uwagi na ważny interes państwa, a także wagę Programu i jego znaczenie dla zdrowia publicznego, zakłada się, że uchwała wejdzie w życie z dniem następującym po dniu

ogłoszenia. Należy zauważyć, iż z dniem 31 grudnia 2021 r. zakończyła się realizacja programu POLKARD na lata 2017-2021. Mając jednocześnie na uwadze na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia oraz wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności, a także poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób, konieczne jest pilne wdrożenie kompleksowej strategii kardiologicznej jaką jest projektowany Program. Przepis ten nie pozostaje w sprzeczności z zasadami demokratycznego państwa prawnego.

Projekt uchwały nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt uchwały nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana uchwała nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt uchwały nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej uchwały środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.