

**Stanowisko Nr 7**  
**Zespołu Konsultacyjnego**  
**dotyczącego pakietu rekomendacji**  
**w zakresie zmian w prawie**  
**ze stosowaniem zasad dostępności.**

Tytuł projektu: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”.

Działanie 2.16. Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Data spotkania: 05.08.2022r.

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: Stanisław Maćkowiak

Miejsce spotkania: Hotel Czarna Perła, Przejazdowo, ul. Główna 18A.

W spotkaniu uczestniczyło 10 osób

- 10 przedstawicieli Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## SPIS TREŚCI

**Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (MZ 1321)**

- |     |   |        |
|-----|---|--------|
| I.  | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 3 |
| II. | Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego                              | Str. 5 |



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## **Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (MZ 1321)**

### **I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie**

Procedowana zmiana ma celu zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) przez umożliwienie pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej realizacji świadczeń z zakresu profilaktyki ChUK, jak również poszerzenie kręgu świadczeniobiorców uprawnionych do uzyskania tychże świadczeń.

Zmiana ma na celu rozwiązanie problemu związanego z poziomem realizacji świadczeń z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) i dostępem do świadczeń. Koncepcję świadczenia opracował Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej.

Do zadań Zespołu należy:

- 1) przygotowanie koncepcji zmian dotyczących działania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) wypracowanie zmian w zakresie finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) wypracowanie mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitałowej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich.

Dotychczasową populację świadczeniobiorców uprawnionych do uzyskania świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu poszerza się o osoby z przedziału wieku 55–65 lat. Równocześnie umożliwienie pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) realizacji ww. świadczeń ma na celu zwiększenie dostępu do przedmiotowych świadczeń. Określono, że kryteriami kwalifikującymi do skorzystania ze świadczeń z zakresu profilaktyki ChUK są:



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



1) wiek 35–65, bez uprzednio rozpoznanej ChUK, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek lub rodzinnej hipercholesterolemii oraz

2) niekorzystanie ze świadczeń ChUK w ciągu 5 lat.

Dodatkowo umożliwienie realizacji wymaganych procedur medycznych w kolejności ustalonej przez świadczeniodawców oraz odbycia jednej z dwóch porad lekarza lub pielęgniarki POZ na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności sprzyjać będzie, zdaniem projektodawcy, łatwiejszemu dostępowi i sprawniejszej realizacji świadczenia.

W projektowanych rozwiązaniach rezygnuje się z dodatkowych kryteriów kwalifikacji celem ułatwienia dostępu do świadczeń. Jednocześnie, dotychczasowy warunek uzależniający udzielanie świadczeń wyłącznie w roku kalendarzowym, w którym pacjent kończył odpowiednio 35, 40, 45, 50 oraz 55, został zastąpiony wymaganiami niekorzystania z przedmiotowych świadczeń w odstępie pięciu lat przez zainteresowanych świadczeniobiorców.

Przedmiotowy projekt będzie miał pozytywny wpływ na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, które działają w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej. Przedsiębiorcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej będą mieli większą elastyczność w udzielaniu świadczeń z zakresu profilaktyki ChUK.

Przedmiotowy projekt będzie miał wpływ na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe przez zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu profilaktyki ChUK.

Przedmiotowy projekt będzie miał wpływ na osoby starsze i niepełnosprawne przez zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu profilaktyki ChUK.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



demokratycznego państwa prawa nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. W ocenie projektodawcy ważny interes państwa wymaga jak najszybszego udostępnienia świadczeniobiorcom świadczeń z zakresu profilaktyki ChUK. Zasady demokratycznego państwa prawa nie stoją na przeszkodzie przyjęcia takiego rozwiązania.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2022 r., tj. w ciągu tygodnia od opublikowania projektu rozporządzenia na stronie RPL.

## II. Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego

Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji publicznych projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Określa on na nowo warunki dostępu do świadczeń z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, czyli programu ChUK. Zespół Konsultacyjny uważa, że jest to krok w dobrym kierunku. Z programu ma szansę skorzystać dodatkowo ponad 3,3 miliona pacjentów.

Obecnie, aby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej mógł skierować na badania w programie ChUK, pacjent musi:

- być obciążony czynnikami ryzyka (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek,);
- nie mieć dotychczas rozpoznanej choroby układu krążenia,
- w okresie ostatnich 5 lat nie korzystać ze świadczeń udzielanych w ramach programu profilaktyki CHUK także u innych świadczeniodawców.

Środowiska pacjenckie, reprezentowane przez członków Zespołu Konsultacyjnego, co do zasady wspierają decyzje ministerstwa zawartą w projektowanym rozporządzeniu dotyczącą rozszerzenia programu profilaktyki chorób układu krążenia.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Jest to tym ważniejsze, iż jak wynika z literatury medycznej, umieralność w Polsce z tego powodu należy do najwyższych w Europie. Choroby układu krążenia, a w szczególności choroba wieńcowa, są główną przyczyną przedwczesnych zgonów i ważną przyczyną inwalidztwa w krajach europejskich. Ich występowanie, oprócz genetycznych skłonności, jest ściśle związane z niezdrowym stylem życia.

Wykazano, że dziewięć poddających się modyfikacji czynników ryzyka jest w 90% odpowiedzialne za wystąpienie zawału serca. Czynnikiem ryzyka określamy stan lub okoliczności, które zwiększają szansę wystąpienia danej nieprawidłowości np. zawału serca czy innej choroby układu krążenia. Osiem czynników ryzyka, o których wyeliminowanie należy zadbać modyfikując styl życia to:

- palenie papierosów,
- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca,
- nieprawidłowe stężenie cholesterolu i jego frakcji,
- niezdrowy sposób żywienia,
- nadmierne spożycie alkoholu,
- wysoki wskaźnik obwodu talia–biodra,
- niska aktywność fizyczna.

Ponadto dowiedziono, że spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia jest w ponad 50% związany z pozytywnymi zmianami w stylu życia.

Członkowie Zespołu zgadzają się z diagnozą ekspertów, iż pierwszym etapem w działaniach profilaktycznych powinna być ocena ryzyka sercowo-naczyniowego. W tym celu powstała skala ryzyka SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), a dla populacji polskiej Pol-SCORE, która ocenia dla poszczególnej osoby jej zagrożenie zgonem z powodu chorób układu krążenia w ciągu 10 lat, biorąc pod uwagę jej płeć, wiek, skurczowe

ciśnienie tętnicze krwi, stężenie cholesterolu całkowitego oraz status palacza. Stosując skalę Pol-SCORE otrzymujemy wynik w procentach. Próg dla identyfikacji osób z wysokim ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego stanowi wartość 5%.

Zaburzenia lipidowe, czyli nieprawidłowe stężenie cholesterolu i jego frakcji jest najczęściej obserwowanym i najgorzej kontrolowanym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia w Polsce.

Członkowie Zespołu Konsultacyjnego zgadzają się ze specjalistami, że oznaczenia stężenia cholesterolu całkowitego i jego frakcji powinny być powszechne w populacji polskiej, szczególnie konieczne są u osób z chorobą układu krążenia, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, otyłością. Jeżeli stężenie cholesterolu mieści się w granicach normy (norma zależy od tego do jakiej grupy ryzyka zgonu wg Pol-SCORE zalicza się dana osoba), to oznaczenie możemy powtórzyć za 3 lata, a u osób z zaburzeniami lipidowymi co roku po osiągnięciu założonego celu terapeutycznego.

Nadciśnienie tętnicze jest bardzo istotnym i jednym z głównych, oprócz zaburzeń lipidowych i palenia tytoniu, czynników ryzyka chorób układu krążenia. Nieleczone lub leczone niewystarczająco przyczynia się do uszkodzenia wielu narządów (serca, nerek, narządu wzroku), co prowadzi do ich niewydolności.

Układ krążenia osób palących tytoń jest w bardzo istotny sposób narażony na skutki palenia tytoniu, głównie za sprawą działania nikotyny, tlenku węgla, wolnych rodników, będących składnikami dymu tytoniowego oraz substancji prozapalnych. Bierne wdychanie dymu tytoniowego przez osoby z otoczenia palaczy jest również szkodliwe.

W zapobieganiu chorobom układu krążenia, a także innym chorobom przewlekłym, jak cukrzyca, otyłość, choroba zwyrodnieniowa stawów czy depresja, bardzo ważną rolę odgrywa aktywność fizyczna. Członkowie Zespołu wspierają zalecenia towarzystw naukowych, mówiące o konieczności wykonywania umiarkowanego wysiłku fizycznego (np. szybki marsz, spokojne pływanie lub jazda na rowerze, taniec, nordic walking, itp.)

w czasie wolnym od pracy. Serce to mięsień, który jak każdy inny potrzebuje regularnego treningu. Umiarkowana aktywność fizyczna usprawnia pracę serca, poprawia przepływ krwi w naczyniach, reguluje ciśnienie, zapobiega otyłości. Wybór formy i intensywność ćwiczeń powinny być dostosowane do możliwości organizmu. Wysiłek fizyczny pomaga także rozładować stres – kolejny czynnik ryzyka chorób układu krążenia.

Sposób żywienia ma związek z wieloma chorobami, nie tylko z chorobami układu krążenia, ale także np. z cukrzycą, otyłością, czy z nowotworami. W codziennym żywieniu polecane powinno być zmniejszenie spożycia tłuszczów nasyconych (zawartych np. w margarynach twardych, tłustych wędlinach) na rzecz produktów przygotowanych z mąki z pełnego przemiału, warzyw, owoców i ryb.

Zespół konsultacyjny wspiera zalecenia ekspertów dotyczące tego, co można zrobić, aby zapobiec chorobom układu krążenia:

- rzucić palenie tytoniu i unikać ekspozycji biernej na dym tytoniowy,
- odżywiać się zdrowo (ograniczyć spożycie tłuszczów nasyconych, jeść więcej produktów pełnoziarnistych, warzyw, owoców, ryb, ograniczyć spożycie soli i alkoholu),
- więcej ruchu, uprawiać umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy (3,5-7h/tydzień lub 30-60min. dziennie).
- utrzymywać w granicach normy: masę ciała (wskaźnik masy ciała (BMI), obliczany jako stosunek masy ciała w kg do wzrostu w m<sup>2</sup>, powinien mieścić się w granicach 20-25kg/m<sup>2</sup>), a obwód pasa: < 94cm (mężczyźni), < 80cm (kobiety),
- kontrolować i utrzymywać ciśnienie tętnicze krwi w granicach normy, czyli < 140/90mmHg,
- utrzymywać prawidłowe stężenie cholesterolu całkowitego i jego frakcji (norma zależy od indywidualnego ryzyka zgonu).

Jednak członkowie Zespołu zauważają, iż profilaktyka zdrowotna od lat jest słabym punktem nie tylko publicznego systemu ochrony zdrowia, ale ogólnie polskiego społeczeństwa. Bardzo niska jest dotychczasowa realizacja Programu Profilaktyki Chorób



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny





Układu Krążenia, która w latach 2012–2018 wyniosła średnio tylko 3,7 proc. Należy więc postawić pytanie, dlaczego tak się dzieje.

1. Członkowie Zespołu zauważają, że najczęściej jest tak, że lekarz rodzinny nie mówi pacjentom o możliwości skorzystania z Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Konieczna jest aktywizacja pracowników poradni POZ (nie tylko lekarzy, ale także pozostałego personelu medycznego i administracyjnego) w zakresie zachęcania pacjentów do skorzystania z programu. Biorąc pod uwagę liczbę zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia oraz liczbę osób cierpiących z powodu tych schorzeń, warto poważnie rozważyć kampanię medialną zachęcającą do skorzystania z programu (taka kampania została przeprowadzona w ostatnim czasie w odniesieniu do badań profilaktycznych w kierunku raka jelita grubego, a w przeszłości badań cytologicznych szyjki macicy).
2. W zakresie Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia pierwszym zadaniem powinna być budowa świadomości istnienia programu oraz wiedzy o jego zakresie i prawach do korzystania z tego świadczenia. To jest zadanie głównie dla świadczeniodawców, którzy mają bezpośrednią styczność z pacjentami i cieszą się ich zaufaniem. Z kolei instytucje odpowiadające za organizację i finansowanie systemu zdrowotnego powinny rozważyć wprowadzanie mechanizmów, które będą motywować pacjentów do korzystania z programów profilaktycznych, przy czym motywacja pozytywna wydaje się bardziej akceptowalna społecznie.
3. Należy zgodzić się z postulatem ekspertów, iż ocena ryzyka w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem występowania chorób sercowo-naczyniowych – osoby z cukrzycą, palące, oraz z otyłością, powinna być prowadzona częściej.
4. Programy profilaktyczne wymagają dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określi efektywność działań jak również wskaże istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów profilaktycznych.

Uwzględnienie w programach monitorowania nasilenia wykrytych czynników ryzyka w badaniach przesiewowych (wartości ciśnienia, poziomu cholesterolu, glikemii) w kolejnych latach w tej samej grupie pozwoliłoby na ocenę skuteczności działań edukacyjnych w dłuższej perspektywie czasu, np. po okresie 2-3 lat.

5. Skuteczność badań przesiewowych zależy od warunków, w jakich się je wykonuje. Zespół Konsultacyjny rekomenduje, aby badania przesiewowe realizowane były w ośrodkach opieki zdrowotnej. Programy zakładające przeprowadzanie screeningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.
6. Planując przesiewowe badania populacji należy dołożyć starań, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program może objąć również grupę niskiego ryzyka (zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.
7. Potrzebne jest podejście łączące działania medyczne (screening, wykrywanie i leczenie) oraz działania z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim środkom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).
8. Realizatorzy programu profilaktyki powinni zaplanować szkolenia personelu medycznego mające prowadzić akcje profilaktyczne i edukacyjne w zakresie obowiązujących standardów badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia. Przeprowadzone programy interwencyjne przez przeszkolone grupy złożone np.

z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty mogą odnieść lepszy skutek. Jednak koszty takich interwencji są znacznie wyższe.

9. Należy ponadto wskazać, że dostępność działań Programu może być nieostateczna także ze względu na braki w sposobie informowania populacji (pacjentów) o istnieniu tego programu.

Stanowisko Zespołu konsultacyjnego moderował i opracował:

Stanisław Maćkowiak

Ekspert Projektu



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

