

UCHWAŁA NR ...
RADY MINISTRÓW

z dnia 2024 r.

zmieniająca uchwałę 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 2024 r. poz. 1530 i 1572) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. W uchwale nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (M.P. poz. 1265) w załączniku do uchwały wprowadza się następujące zmiany:

1) użyty wyraz „NIK-PIB” zastępuje się wyrazem „NIKARD-PIB”;

2) użyty wyraz „Program” zastępuje się wyrazem „NPChUK”;

3) na str. 2 w części „Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032” akapit 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„Funkcję Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, zwanego dalej „Pełnomocnikiem”, pełni prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski. Do zadań Pełnomocnika należy ocena prowadzonych działań z zakresu chorób układu krążenia w Rzeczypospolitej Polskiej, koordynacja przygotowania i wdrożenia oraz inicjowanie realizacji zadań NPChUK - i jego zmian, współpraca z Ministerstwem Zdrowia i z Krajową Radą do spraw Kardiologii oraz NIKARD-PIB przy realizacji NPChUK, w tym także realizacji krajowej sieci kardiologicznej, koordynacja przygotowania rocznych harmonogramów realizacji NPChUK uwzględniających podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary i działania NPChUK oraz koordynacja sprawozdawczości i ocena uzyskanych efektów z realizacji NPChUK i krajowej sieci kardiologicznej.”;

4) na str. 34 w części „Obszary Programu” ostatni akapit otrzymuje brzmienie:

„Realizacja zadań w ramach NPChUK jest zaplanowana na lata 2022–2032. W ramach wyżej wymienionych obszarów planuje się szereg działań opisanych w dalszej części dokumentu.”;

5) w części I „Inwestycje w Kadry” na str. 49 w części „Działania i realizatorzy” w pkt 1 „Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów oraz dostępności kadry medycznej z wykorzystaniem modelu telemedycznego, a także poprawa jakości kształcenia w dziedzinie kardiologii i dziedzinach pokrewnych z wykorzystaniem m.in. centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.”:

a) w ppkt 1.1 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

b) w ppkt 1.2 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

c) w ppkt 1.3 skreśla się wyrazy „Do końca 2023 r.”,

d) w ppkt 1.4 skreśla się wyrazy „Od 2025 r.”,

e) w ppkt 1.5 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

f) w ppkt 1.6 skreśla się wyrazy „W latach 2023-2026”,

g) w ppkt 1.7 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

h) w ppkt 1.8 skreśla się wyrazy „Do końca 2026 r.”,

i) w ppkt 1.9 wyrazy „W latach 2022-2023 przygotowanie propozycji rozwiązań” zastępuje się wyrazami „Przygotowanie rozwiązań”,

j) w ppkt 1.10 skreśla się wyrazy „Od 2024 r.”,

k) na str. 51 w części „Realizatorzy” kropkę zastępuje się przecinkiem i po wyrazach: „państwowe instytuty badawcze” dodaje się wyrazy: „podmioty realizujące projekty w ramach Programu Zdrowie, finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014–2021 i budżetu państwa.”;

6) w części II „Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia” na str. 66 w części „Działania i realizatorzy”:

a) w pkt 2 „Poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw i zachowań na ChUK”:

- w ppkt 2.1:

-- skreśla się wyrazy „Od 2022 r.”,

-- po wyrazie „Wspieranie” dodaje się wyrazy „i realizacja”,

- uchyla się ppkt 2.2,

b) w pkt 3 „Poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na ChUK”:

- w ppkt 3.1 skreśla się wyrazy „Od 2022 r.”,

- w części „Realizatorzy” kropkę zastępuje się przecinkiem i po wyrazach: „ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej” dodaje się wyrazy: „GIS, NFZ, NIKARD-PIB, NIZP PZH-PIB.”,

c) w pkt 4 „Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie”:

- w ppkt 4.1 skreśla się wyrazy „Do 2025 r.”,

- w ppkt 4.2 skreśla się wyrazy „Od 2022 r. podjęcie działań mających na celu”,

- ppkt 4.3 otrzymuje brzmienie:

„4.3 Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością (działanie zaplanowane do realizacji m.in. w ramach NPZ na lata 2021–2025).”,

d) pkt 5 „Wdrażanie i dostosowywanie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową” otrzymuje brzmienie:

„5. Wdrażanie i dostosowywanie regulacji prawnych, procesu szkolenia kadr medycznych, założeń kampanii społecznych i badań profilaktycznych w zakresie prewencji chorób układu krążenia

5.1. Monitorowanie realizacji Programu Profilaktyki Chorób Odytoniowych, w tym programu POChP i dostosowywanie go do aktualnych potrzeb (działania zaplanowane do realizacji w ramach NSO na lata 2020–2030).

5.2. Zwiększanie dostępności do profilaktyki antytytoniowej w ramach Poradni Pomocy Palącym.

5.3. Wprowadzenie obowiązku przeprowadzenia wywiadu w kierunku ustalenia stopnia narażenia na dym tytoniowy (aktywne lub bierne palenie) pacjentów w szpitalach w całym kraju oraz wymóg zaproponowania adekwatnej formy wsparcia medycznego, w tym przez kontakt z Telefoniczną Poradnią Pomocy Palącym lub zalecenie nikotynowej terapii

zastępczej (działania zaplanowane do realizacji w ramach NSO na lata 2020–2030 oraz NPZ na lata 2021–2025).

5.4. Realizacja działań na rzecz systematycznego wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, w tym nowatorskie wyroby tytoniowe oraz płyny do ponownego napełniania elektronicznych papierosów.

5.5. Przygotowanie założeń kampanii społecznych i założeń programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie rozwojowi i progresji ChUK.

5.6. Zweryfikowanie dotychczasowego zakresu obowiązkowych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników w odniesieniu do poszczególnych grup, częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań diagnostycznych umożliwiających wczesne wykrywanie czynników ryzyka i ChUK.

5.7. Realizowanie i inicjowanie profilaktycznych badań bilansowych, opartych m.in. na koncepcji „10 dla serca”, obejmujących główne czynniki ryzyka ChUK i zasady zdrowego stylu życia.

5.8. W oparciu m. in. o koncepcję „10 dla serca”, ocena potrzeb edukacyjnych poszczególnych grup docelowych oraz kadr medycznych w odniesieniu do profilaktyki ChUK oraz opracowanie wytycznych/standardów programów edukacyjnych dla poszczególnych grup docelowych i kontynuacja procesu szkolenia..”;

7) w części III „Inwestycje w pacjenta”:

a) na str. 76 w części „Oczekiwane rezultaty” w pkt 1 wyrazy „2024 r.” zastępuję się wyrazami „2032 r.”,

b) na str. 76 w części „Działania i realizatorzy” w pkt 6 „Poprawa zgłaszalności na badania przesiewowe oraz zwiększenie zaangażowania personelu medycznego POZ i medycyny pracy w identyfikację oraz ocenę czynników ryzyka ChUK, we współpracy z Centrami Zdrowia Publicznego i Centrami Doskonałości Kardiologicznej.”:

- w ppkt 6.1 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

- w ppkt 6.2 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

- ppkt 6.3 otrzymuje brzmienie:

„6.3. Przygotowanie narzędzi (Kalkulator stanu zdrowia, Klasyczna/Elektroniczna Karta ryzyka ChUK), umożliwiających indywidualną ocenę ryzyka ChUK w oparciu o m. in. wyodrębnione obszary w koncepcji „10 dla serca” oraz gromadzenie i analiza danych dotyczących poziomu ryzyka ChUK w populacji.”,

- w ppkt 6.4 skreśla się wyrazy „Od 2025 r.”,

c) w pkt 7 „Zwiększenie świadomości pacjentów na temat konieczności wykonywania badań przesiewowych.”:

- ppkt 7.1-7.3 otrzymują brzmienie:

„7.1. Prowadzenie szkoleń dla lekarzy, w szczególności uczestniczących w krajowej sieci kardiologicznej, wspierających efektywną komunikację z pacjentem jako partnerem i współdecydem w procesie leczenia i prowadzenia zdrowego stylu życia.

7.2. Zintensyfikowanie wykorzystania alternatywnych form komunikacji z pacjentem, w szczególności w ramach krajowej sieci kardiologicznej – kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowego Konta Pacjenta, mediów społecznościowych, profilaktycznych infolinii m.in. NFZ.

7.3 Przygotowanie i realizacja działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań oraz kontroli czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, wraz z ewaluacją skuteczności działań.”

- w ppkt 7.4 skreśla się wyrazy „W 2024 r.”,

d) w pkt 8 „Poprawa jakości opieki nad pacjentami z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym lub wymagających specjalistycznej opieki.” ppkt 8.1 otrzymuje brzmienie:

„8.1. Opracowanie, a w latach 2025-2027 wdrożenie i realizacja programu opieki koordynowanej nad chorym z niewydolnością serca.”;

8) w części IV „Inwestycje w naukę i innowacje”:

a) na str. 86 w części „Oczekiwane rezultaty”:

- w pkt 3 wyrazy „2024 r.” zastępuje się wyrazami „2028 r.”,

- pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych dotyczących prowadzenia badań genetycznych i biobankowania ludzkiego materiału biologicznego dla celów naukowych – do końca 2027 r., oraz zbudowanie sieci biobanków kardiologicznych działających przy CDK i doprowadzenie do otwarcia badań klinicznych nakierowanych na terapie celowane – do końca 2032 r.”,

- w pkt 5 wyrazy „2026 r.” zastępuje się wyrazami „2032 r.”,

b) na str. 87 w części „Działania i realizatorzy”

- pkt 9 „Zwiększenie udziału pacjentów z ChUK w badaniach klinicznych” otrzymuje brzmienie:

„9. Zwiększenie udziału pacjentów z ChUK w badaniach klinicznych

9.1. Promocja badań klinicznych skierowana do pacjentów i lekarzy, w szczególności w dziedzinie kardiologii i w dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK.

9.2. Wspieranie rozwoju badań klinicznych pacjentów z ChUK realizowanych przez Centra Wsparcia Badań Klinicznych przy wybranych ośrodkach naukowych.”,

- w pkt 10 „Poprawa organizacji systemu badań naukowych w kardiologii”:

- tytuł otrzymuje brzmienie:

„10. Poprawa organizacji systemu badań naukowych w ChUK.”,

- w ppkt 10.1 skreśla się wyrazy „Do końca 2032 r.”,

- w ppkt 10.2 skreśla się wyrazy „Od 2022 r.”,

- w ppkt 10.3 skreśla się wyrazy „Do końca 2026 r.”,

- w ppkt 10.4 wyrazy „Od 2022 r. uruchomienie” zastępuje się wyrazami „Inicjowanie i uruchamianie”,

- na str. 88 część „Realizatorzy” otrzymuje brzmienie:

„Realizatorzy: minister właściwy do spraw zdrowia, ABM, NIKARD-PIB.”,

- w pkt 11 „Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w kardiologii oraz dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK”:

- uchyla się ppkt 11.1,

- uchyla się część „Realizatorzy”,

- ppkt 11.2 oznacza się jako 11.1 i nadaje brzmienie:

„11.1. Realizacja działań zmierzających do zwiększenia dostępu do najnowszych metod terapeutycznych przez rozszerzenie wykazu leków refundowanych w terapiach kardiologicznych i innych związanych z ChUK oraz wdrażanie innowacyjnych usług, technologii i procedur medycznych.”;

9) w części V „Inwestycje w system opieki kardiologicznej”:

a) na str. 96 „Oczekiwane rezultaty”:

- w pkt 1 wyrazy „2026 r.” zastępuje się wyrazami „2032 r.”,

- w pkt 7 wyrazy „2026 r.” zastępuje się wyrazami „2032 r.”,

b) na str. 97 „Działania i realizatorzy” w pkt 12 „Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej”:

- w ppkt 12.1 skreśla się wyrazy „W latach 2022-2025”,

- ppkt 12.2 i 12.3 otrzymują brzmienie:

„12.2. Tworzenie CDK odpowiedzialnych za koordynację opieki kardiologicznej nad pacjentem z ChUK w województwie lub makroregionie (w przypadku, gdy w danym województwie nie funkcjonuje wyspecjalizowany ośrodek leczenia kardiologicznego), ściśle współpracujących z jednostkami o niższym poziomie referencyjności, do zadań których ponadto będzie należało między innymi:

1) wspieranie, koordynacja i udział w realizacji lokalnych i ogólnokrajowych działań w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej ChUK, w tym działań edukacyjnych oraz badań przesiewowych;

2) prowadzenie programów profilaktyki i badań epidemiologicznych w makroregionie, w tym programów interdyscyplinarnych pozwalających na monitorowanie stanu zdrowia populacji;

3) utrzymywanie systemu współpracy pomiędzy CDK, jak również ośrodkami w makroregionie w celu łatwej konsultacji, w tym on-line, co wyrównuje szanse na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej o najwyższej referencyjności ośrodkom niższego poziomu (także na poziomie lekarzy POZ);

4) rozwijanie alternatywnych form komunikacji z pacjentem (kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, media społecznościowe, profilaktyczna infolinia kardiologiczna);

5) prowadzenie dydaktyki przed- i podyplomowej w celu kształcenia w zakresie ChUK (i dziedzin pokrewnych) we współpracy z ośrodkami akademickimi oraz ośrodkami zagranicznymi;

6) realizacja projektów naukowych, prowadzenie rejestrów medycznych;

7) udział w tworzeniu sieci biobanków kardiologicznych;

8) prowadzenie badań klinicznych, w tym opartych o biomarkery, i nakierowanych na terapię celowane;

9) opracowywanie i wdrażanie innowacyjnych procedur oraz technologii farmakologicznych i sprzętowych w połączeniu z kompleksową opieką kardiologiczną i kardiochirurgiczną nad pacjentami;

10) inicjowanie zmian w standardach i zaleceniach diagnostyczno-terapeutycznych dla KSK w kluczowych ChUK.

12.3. Realizacja programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.”,

- dodaje się ppkt 12.4 w brzmieniu:

„12.4. Przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie systemu teleinformatycznego dla KSK.”,
- na str. 98 część „Realizatorzy” dotycząca pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„Realizatorzy: minister właściwy do spraw zdrowia, NFZ, CeZ, NIKARD-PIB”,

d) w pkt 13 „Wdrożenie kryteriów jakości dla kluczowych funkcji diagnostycznych w systemie opieki kardiologicznej”:

- w ppkt 13.1 skreśla się wyrazy „Do końca 2025 r.”,

- pkt 13.2 otrzymuje brzmienie:

„13.2. Przy udziale uprawnionych podmiotów, akredytacja pracowni diagnostycznych i terapeutycznych wykonujących diagnostykę finansowaną ze środków publicznych z obszaru ChUK.”,

e) w pkt 14 „Opracowanie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla KSK w kluczowych ChUK”:

- ppkt 14.1 otrzymuje brzmienie:

„14.1. Opracowanie i wprowadzenie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w całym kraju w kluczowych ChUK, opierających się na uznanych dowodach naukowych i uwzględniających bieżące warunki finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w szczególności w zakresie:

1) kompleksowej opieki nad chorym z niewydolnością serca celem redukcji śmiertelności wśród pacjentów, podniesienie jakości życia chorych i ich rodzin, zapewnienia aktywnego nadzoru nad przebiegiem choroby, ograniczenia liczby hospitalizacji i lepszego wykorzystania dostępnych środków na leczenie pacjentów, a w konsekwencji zatrzymania epidemii niewydolności serca;

2) opieki nad chorym z nadciśnieniem tętniczym (przede wszystkim jego form wtórnych i nadciśnienia opornego), nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia, a także opieki na chorym z nabytą wadą zastawkową serca;

3) opieki nad chorym po przebytej ostrej zatorowości płucnej celem redukcji śmiertelności, standaryzacji i ujednoczenia opieki na poszczególnych poziomach sieci kardiologicznej;

4) stosowania przezskórnej embolektomii tętnic płucnych u chorych z zatorowością płucną w oparciu o sieć dyżurujących pracowni hemodynamiki;

5) opieki nad chorymi z zakrzepowo-zatorowym nadciśnieniem płucnym z uwzględnieniem balonowej angioplastyki tętnic płucnych;

6) opieki nad chorymi z pierwotnymi strukturalnymi (kardiomiopatiami) i elektrycznymi (kanałopatiami) chorobami mięśnia sercowego, w tym w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych z uwzględnieniem tych schorzeń u dorosłych i dzieci;

7) kompleksowej opieki nad pacjentem z wadą wrodzoną serca;

8) opieki nad pacjentami z chorobami aorty, tętnic szyjnych i tętnic obwodowych;

9) opieki nad chorymi z zaburzeniami lipidowymi.”,

- w ppkt 14.2 skreśla się wyrazy „Do końca 2032 r.”,

f) w pkt 15 „Poprawa dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki paliatywnej w ramach kompleksowej opieki kardiologicznej”:

- w ppkt 15.1 skreśla się wyrazy „Do końca 2024 r.”,

- w ppkt 15.2 skreśla się wyrazy „Od 2025 r.”,

- na str. 100 część „Realizatorzy” dotycząca pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„Realizatorzy: minister właściwy do spraw zdrowia, NFZ, NIKARD-PIB.”,

g) w pkt 16 „Poprawa jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia kardiologicznego”:

- ppkt 16.1 otrzymuje brzmienie:

„16.1. Opracowanie i wdrożenie badań ankietowych potrzeb i satysfakcji pacjentów kardiologicznych, wykonywanych w placówkach kardiologicznych, w szczególności uczestniczących w KSK, udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w tym w zakresie formy i jakości udzielonej pomocy pacjentom kardiologicznym po zakończonym leczeniu.”,

- w ppkt 16.2 skreśla się wyrazy „Do końca 2026 r.”,

- w ppkt 16.3 wyrazy „Od 2022 r. zintensyfikowanie” zastępuje się wyrazem „Realizacja”,

h) w pkt 17 „Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii, w tym w szczególności stworzenie i rozwój systemu rejestrów medycznych oraz baz danych badań przesiewowych.”:

- tytuł otrzymuje brzmienie:

„17. Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie ChUK, w tym w szczególności stworzenie i rozwój systemu rejestrów medycznych oraz baz danych badań przesiewowych”,

- w ppkt 17.1 skreśla się wyrazy „Do 2032 r.”,

- ppkt 17.2 otrzymuje brzmienie:

„17.2. Rozbudowywanie i utrzymanie istniejących usług informacyjnych, takich jak: pacjent.gov.pl, Internetowe Konto Pacjenta oraz stronę internetową NIKARD-PIB w celu poprawy dostępu pacjentów i pracowników medycznych do informacji o sposobie, miejscu, skuteczności diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz oceny jakości leczenia.”,

i) w pkt 18 „Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych”:

- w ppkt 18.1 skreśla się wyrazy „W latach 2022-2032”,

- w ppkt 18.2 skreśla się wyrazy „W latach 2022-2032”,

- w ppkt 18.3 skreśla się wyrazy „W latach 2023-2032”;

8) na str. 103 w części „Monitorowanie realizacji programu”:

a) pierwszy akapit otrzymuje brzmienie:

„Nadzór nad realizacją NPChUK sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia za pośrednictwem Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 ustanowionego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. Do zadań Pełnomocnika należy ocena prowadzonych działań z zakresu chorób układu krążenia w Rzeczypospolitej Polskiej, koordynacja przygotowania i wdrożenia NPChUK, inicjowanie realizacji zadań NPChUK i jego zmian, monitorowanie efektów realizacji NPChUK, w tym realizacji KSK, koordynacja przygotowania rocznych harmonogramów (tj. ustalenia i wskazania priorytetowych zadań w poszczególnych obszarach do realizacji w danym roku) realizacji NPChUK uwzględniających podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary i działania Programu oraz koordynacja sprawozdawczości i ocena uzyskanych efektów z realizacji NPChUK i KSK.”,

b) przedostatni i ostatni akapit otrzymują brzmienie:

„Roczne sprawozdanie z realizacji NPChUK za poprzedni rok kalendarzowy Pełnomocnik przedstawia ministrowi do spraw zdrowia, nie później niż do dnia 31 lipca następnego roku kalendarzowego.

Roczne sprawozdanie z realizacji NPChUK za poprzedni rok kalendarzowy, po zaopiniowaniu sprawozdania przez Krajową Radę do spraw Kardiologii, minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 października następnego roku kalendarzowego.”;

10) na str. 110 część „Ramy finansowe programu” otrzymuje brzmienie:

„RAMY FINANSOWE PROGRAMU

Ramy finansowe NPChUK określające zasady wieloletniego finansowania realizacji polityki rozwoju są ujęte w przepisach o finansach publicznych. Katalog źródeł finansowania

określa art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w którym obok środków budżetu państwa znalazły się m.in. środki z budżetu UE oraz programów wspólnotowych. Jednocześnie w myśl art. 136 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, ustawa budżetowa może określać, w ramach limitów wydatków na rok budżetowy, limity wydatków na programy wieloletnie, natomiast ust. 2 stanowi, programy wieloletnie są ustanawiane przez Radę Ministrów w celu realizacji strategii przyjętych przez Radę Ministrów.

W zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia podziale wydatków ujętych w ustawie budżetowej na rok 2022, kwota środków zaplanowanych na realizację NPChUK w 2022 r. wynosiła 24 mln zł.

W latach 2023–2032 planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach NPChUK nie mogą być wyższe niż 270 mln zł rocznie, w tym:

A) w roku 2023 i 2024, nie więcej niż:

- 1) 10 mln zł na inwestycje w kadry;
- 2) 25 mln zł na inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia;
- 3) 45 mln zł na inwestycje w pacjenta;
- 4) 40 mln zł na inwestycje w naukę i innowacje;
- 5) 150 mln zł na inwestycje w system opieki kardiologicznej.

W roku 2023 i 2024 dopuszcza się przesunięcia środków pomiędzy poszczególnymi obszarami w wysokości nie przekraczającej 20% łącznej kwoty przewidzianej w danym roku na realizację NPChUK. Przy opracowywaniu rocznego podziału środków na realizację NPChUK dopuszcza się dokonanie przesunięcia nie więcej niż 20% łącznej kwoty przewidzianej na realizację NPChUK w danym roku między poszczególnymi obszarami.

B) w latach 2025–2032:

- 1) 170 mln zł – wydatki na cele inwestycyjne (środki majątkowe) oraz
- 2) 100 mln zł – wydatki na cele nieinwestycyjne (środki bieżące).

Środki zaplanowane na wydatki bieżące i majątkowe mogą ulec zmianie w trakcie roku z uwagi na konieczność zabezpieczenia finansowania zadań zgodnie z aktualnymi potrzebami.

Szczegółowy podział środków na poszczególne obszary NPChUK będzie corocznie określany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie rekomendacji Pełnomocnika oraz komórki organizacyjnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia odpowiadającej za wdrażanie NPChUK, po uzyskaniu pozytywnej opinii

Krajowej Rady do spraw Kardiologii. Coroczne planowanie budżetu na poszczególne obszary NPChUK umożliwi wykorzystanie środków zgodnie z aktualnymi potrzebami.

Na koordynację NPChUK przeznaczają się rocznie nie więcej niż 1,5% środków przeznaczanych na realizację NPChUK w danym roku.

Zgodnie z ustawą z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1773) - tzw. „ustawa 7% PKB”, zostały zwiększone wartości referencyjne wysokości nakładów na ochronę zdrowia do następujących poziomów:

- 1) 5,75% PKB w 2022 r.;
- 2) 6,00% PKB w 2023 r.;
- 3) 6,20% PKB w 2024 r.;
- 4) 6,50% PKB w 2025 r.;
- 5) 6,80% PKB w 2026 r.

Realizacja NPChUK może być wspierana przez działania jednostek podległych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia zgodnie z ich działalnością statutową i w ramach posiadanych środków, bez konieczności ubiegania się o ich zwiększenie z tytułu realizacji NPChUK.

Do przykładów takich działań można zaliczyć:

- 1) działania realizatorów zadań NPChUK;
- 2) działania NFZ, np. związane z narzędziami motywacyjnymi dla zespołów podstawowej opieki zdrowotnej w ramach badań przesiewowych, wprowadzeniem badań przesiewowych finansowanych ze środków publicznych, czy też rozszerzania wykazu leków refundowanych w terapiach związanych z ChUK;
- 3) działania ministra właściwego do spraw zdrowia i ABM w zakresie opracowania i wdrożenia rozwiązań legislacyjnych np. dotyczących KSK, CDK, badań klinicznych, badań genetycznych czy też biobankowania ludzkiego materiału biologicznego dla celów naukowych;
- 4) działania ABM związane ze wspieraniem rozwoju Centrów Wsparcia Badań Klinicznych przy wybranych uniwersyteckich ośrodkach akademickich i ośrodkach kardiologicznych.

Należy zaznaczyć, że wysokość środków przeznaczanych na realizację NPChUK w każdym roku w ramach zadań własnych jednostek podległych i nadzorowanych, a także zadań wynikających z przepisów i przyjętych do realizacji dokumentów strategicznych, w tym

Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej wynika z alokacji środków przyznanych na ich realizację. Pełna kwota przeznaczona na realizację działań określonych w NPChUK, będących jednocześnie działaniami określonymi w innych przepisach i dokumentach strategicznych, będzie znana po zakończeniu roku budżetowego. Minister właściwy do spraw zdrowia za pośrednictwem Pełnomocnika we współpracy z NIKARD – PIB, po przyjęciu przez Rząd ustawy budżetowej na dany rok budżetowy, określa podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary NPChUK i działania oraz sposób i zakres ich realizacji.

Realizacja działań, w szczególności mających charakter zakupów inwestycyjnych, będzie dokonywana w trybie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, z uwzględnieniem postanowień art. 95 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Minister właściwy do spraw zdrowia wskaże realizatorom sposób dokonywania zakupów inwestycyjnych, tj. czy zakupy będą dokonywane indywidualnie przez realizatorów, czy w drodze zakupów wspólnych organizowanych i prowadzonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą ze względu na prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych.

Niezależnie od wskazanych w NPChUK realizatorów, minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć realizację poszczególnych działań z zakresu NPChUK:

- 1) wskazanej przez siebie komórce organizacyjnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanej, na podstawie upoważnienia, w którym określa się rodzaj zadania lub działania powierzonego jednostce do realizacji oraz okres realizacji zadania lub działania;
- 3) realizatorowi niebędącemu jednostką, o której mowa w pkt 1 i 2, który został wskazany w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 4) realizatorowi niebędącemu jednostką, o której mowa w pkt 1 i 2, wybranemu w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Minister właściwy do spraw zdrowia, przy realizacji działań NPChUK, będzie miał na względzie potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach Rzeczypospolitej Polskiej, biorąc pod uwagę m. in. mapę potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, aby stopniowo zmniejszać nierówności w dostępie do usług zdrowotnych w poszczególnych województwach.”;

11) na str. 115 w części „Wykaz skrótów”:

a) wyrazy „NIK-PIB” zastępuje się wyrazami „NIKARD-PIB”,

b) po skrócie „NPChUK | Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032” dodaje się skrót „NPZ | Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025” i „NSO | Narodowa Strategia Onkologii na lata 2020-2030”,

c) po skrócie „OECD | Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju” dodaje się skrót „POChP | Przewlekła obturacyjna choroba płuc”,

d) po skrócie „WHO | Światowa Organizacja Zdrowia” dodaje się skrót „WOBASZ | Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badania Stanu Zdrowia Ludności”;

12) załącznik do załącznika do uchwały pn. Harmonogram wdrażania Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

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

PREZES RADY MINISTRÓW

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,

LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Władysław Puzoń

Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

1.3.	Dostosowanie programów specjalizacji w dziedzinach z zakresu ChUK oraz medycyny rodzinnej i medycyny pracy do aktualnych wytycznych międzynarodowych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia kardiologicznego, z uwzględnieniem wykorzystania centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.											
1.4.	Prowadzenie kampanii informacyjno-promocyjnej wśród studentów medycyny dotyczącej wyboru dziedzin z obszaru ChUK jako ścieżki dalszego rozwoju zawodowego po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego.											
1.5.	Weryfikacja potrzeby dokonania ewentualnych zmian w programach szkolenia specjalizacyjnego w wybranych dziedzinach dla pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów celem poszerzenia ich wiedzy i umiejętności związanych z profilaktyką i opieką nad chorym na ChUK, w tym z niewydolnością serca, w czasie leczenia i po jego zakończeniu, w szczególności z wykorzystaniem centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.											
1.6.	Opracowanie programów kursów specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów z zakresu interwencji antytytoniowej oraz dietetycznej, a także rozpoczęcie szkolenia kadr w tym zakresie.											
1.7.	Przeprowadzenie pilotażu modeli telemedycznych w dziedzinie kardiologii i jego ewaluacja.											
1.8.	Opracowanie programów kształcenia podyplomowego dla koordynatorów opieki kardiologicznej oraz rozpoczęcie kształcenia w formie studiów podyplomowych dla tych specjalistów.											

1.9.	Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych, które pozwolą na uzyskanie przez personel medyczny, w szczególności lekarzy, certyfikatów umiejętności zawodowej, w tym z zakresu odpowiadającego diagnostyce, elektroterapii i kardiologii interwencyjnej właściwych w ChUK.											
1.10.	Rozpoczęcie procesu przyznawania personelowi medycznemu, w szczególności lekarzom, certyfikatów umiejętności zawodowej, w tym z zakresu odpowiadającego diagnostyce, elektroterapii i kardiologii interwencyjnej właściwych w ChUK.											
II. INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA												
2. Poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw i zachowań na ChUK												
2.1.	Wspieranie i realizacja powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, w szczególności w zakresie aktywności fizycznej, sposobu żywienia i walki z otyłością, następstw spożywania alkoholu oraz używania wyrobów tytoniowych, skierowanej do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych (działania zaplanowane do realizacji w ramach NPZ na lata 2021–2025, NSO na lata 2020–2030 oraz realizowane przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej).											
3. Poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na ChUK												

3.1.	<p>Zwiększenie zasięgu kampanii społecznych przez standaryzację i intensyfikację działań mających na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia, w zakresie promocji:</p> <p>1) aktywności fizycznej i zdrowej diety;</p> <p>2) życia wolnego od tytoniu;</p> <p>3) życia wolnego od alkoholu.</p>											
4.	Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie											
4.1.	<p>Prowadzenie prac nad systemem przyjaznego etykietowania żywności (działania zaplanowane do realizacji w ramach NPZ na lata 2021–2025).</p>											
4.2.	<p>Upowszechnianie standardów żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz wprowadzanie nowych standardów żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych (działania zaplanowane do realizacji w ramach NSO na lata 2020–2030 oraz NPZ na lata 2021–2025).</p>											
4.3.	<p>Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością (działanie zaplanowane do realizacji m.in. w ramach NPZ na lata 2021–2025).</p>											
5.	Wdrażanie i dostosowywanie regulacji prawnych, procesu szkolenia kadr medycznych, założeń kampanii społecznych i badań profilaktycznych w zakresie prewencji chorób układu krążenia											
5.1.	<p>Monitorowanie realizacji Programu Profilaktyki Chorób Odytoniowych, w tym programu POChP i dostosowywanie go do aktualnych potrzeb (działania zaplanowane do realizacji w ramach NSO na lata 2020–2030).</p>											

5.2.	Zwiększanie dostępności do profilaktyki antytytoniowej w ramach Poradni Pomocy Palącym.											
5.3.	Wprowadzenie obowiązku przeprowadzenia wywiadu w kierunku ustalenia stopnia narażenia na dym tytoniowy (aktywne lub bierne palenie) pacjentów w szpitalach w całym kraju oraz wymóg zaproponowania adekwatnej formy wsparcia medycznego, w tym przez kontakt z Telefoniczną Poradnią Pomocy Palącym lub zalecenie nikotynowej terapii zastępczej (działania zaplanowane do realizacji w ramach NSO na lata 2020–2030 oraz NPZ na lata 2021–2025).											
5.4.	Realizacja działań na rzecz systematycznego wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, w tym nowatorskie wyroby tytoniowe oraz płyny do ponownego napełniania elektronicznych papierosów.											
5.5.	Przygotowanie założeń kampanii społecznych i założeń programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie rozwojowi i progresji ChUK.											
5.6.	Zweryfikowanie dotychczasowego zakresu obowiązkowych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników w odniesieniu do poszczególnych grup, częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań diagnostycznych umożliwiających wczesne wykrywanie czynników ryzyka i ChUK.											
5.7.	Realizowanie i inicjowanie profilaktycznych badań bilansowych, opartych m.in. na koncepcji „10 dla serca”, obejmujących główne czynniki ryzyka ChUK i zasady zdrowego stylu życia.											

5.8.	W oparciu m. in. o koncepcję „10 dla serca”, ocena potrzeb edukacyjnych poszczególnych grup docelowych oraz kadr medycznych w odniesieniu do profilaktyki ChUK oraz opracowanie wytycznych/standardów programów edukacyjnych dla poszczególnych grup docelowych i kontynuacja procesu szkolenia.											
III. INWESTYCJE W PACJENTA												
6.	Poprawa zgłaszalności na badania przesiewowe oraz zwiększenie zaangażowania personelu medycznego POZ i medycyny pracy w identyfikację oraz ocenę czynników ryzyka ChUK, we współpracy z Centrami Zdrowia Publicznego i Centrami Doskonałości Kardiologicznej											
6.1.	Wdrożenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ mających na celu objęcie „lokalnych” populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi w kierunku czynników ryzyka ChUK.											
6.2.	Wprowadzenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów medycyny pracy mających na celu objęcie pracowników z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi w kierunku czynników ryzyka ChUK.											
6.3.	Przygotowanie narzędzi (Kalkulator stanu zdrowia, Klasyczna/Elektroniczna Karta ryzyka ChUK), umożliwiających indywidualną ocenę ryzyka ChUK w oparciu o m. in. wyodrębnione obszary w koncepcji „10 dla serca” oraz gromadzenie i analiza danych dotyczących poziomu ryzyka ChUK w populacji.											
6.4.	Zaangażowanie CDK w realizację i wsparcie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej ChUK, prowadzonych przez instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe, a także prowadzenie badań											

10.4.	Inicjowanie i uruchamianie postępowań konkursowych na granty badawczo-naukowe i rozwojowe z zakresu kardiologii i dziedzin pokrewnych z zakresu ChUK, które umożliwią sfinansowanie innowacyjnych programów profilaktycznych, poprawy modeli jakości usług medycznych oraz lepszego zarządzania danymi medycznymi, a także badań przesiewowych pozwalających na identyfikację populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia.												
11.	Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w kardiologii oraz dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK												
11.1.	Realizacja działań zmierzających do zwiększenia dostępu do najnowszych metod terapeutycznych przez rozszerzenie wykazu leków refundowanych w terapiach kardiologicznych i innych związanych z ChUK oraz wdrażanie innowacyjnych usług, technologii i procedur medycznych.												
V.	INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ												
12.	Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej												
12.1.	Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych, na podstawie których będą wdrażane nowe struktury organizacji i zarządzania opieką kardiologiczną w całym kraju. W ramach KSK wprowadzenie hierarchizacji ośrodków leczniczych, ustanowionych w oparciu o stopień referencyjności, odzwierciedlający poziom wyspecjalizowania oraz zakres przypisanych obowiązków i zadań.												

<p>kluczowych ChUK, opierających się na uznanych dowodach naukowych i uwzględniających bieżące warunki finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w szczególności w zakresie:</p> <ol style="list-style-type: none">1) kompleksowej opieki nad chorym z niewydolnością serca celem redukcji śmiertelności wśród pacjentów, podniesienie jakości życia chorych i ich rodzin, zapewnienia aktywnego nadzoru nad przebiegiem choroby, ograniczenia liczby hospitalizacji i lepszego wykorzystania dostępnych środków na leczenie pacjentów, a w konsekwencji zatrzymania epidemii niewydolności serca;2) opieki nad chorym z nadciśnieniem tętniczym (przede wszystkim jego form wtórnych i nadciśnienia opornego), nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia, a także opieki na chorym z nabytą wadą zastawkową serca;3) opieki nad chorym po przebytej ostrej zatorowości płucnej celem redukcji śmiertelności, standaryzacji i ujednolicenia opieki na poszczególnych poziomach sieci kardiologicznej;4) stosowania przezskórnej embolektomii tętnic płucnych u chorych z zatorowością płucną w oparciu o sieć dyżurujących pracowni hemodynamiki;5) opieki nad chorymi z zakrzepowo-zatorowym nadciśnieniem płucnym z uwzględnieniem balonowej angioplastyki tętnic płucnych;6) opieki nad chorymi z pierwotnymi strukturalnymi (kardiomiopatiami) i elektrycznymi (kanałopatiami) chorobami mięśnia sercowego, w tym w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych z uwzględnieniem tych schorzeń u											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>dorosłych i dzieci;</p> <p>7) kompleksowej opieki nad pacjentem z wadą wrodzoną serca;</p> <p>8) opieki nad pacjentami z chorobami aorty, tętnic szyjnych i tętnic obwodowych;</p> <p>9) opieki nad chorymi z zaburzeniami lipidowymi. .</p>										
14.2.	<p>Przygotowanie i wprowadzenie efektywnych mechanizmów kontrolnych w celu weryfikacji przestrzegania standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym wyszkolenie zasobów kadrowych, a także zapewnienie efektywnych narzędzi informatycznych.</p>										
15.	<p>Poprawa dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki paliatywnej w ramach kompleksowej opieki kardiologicznej</p>										
15.1.	<p>Rozszerzenie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i opieki dla chorych z niewydolnością serca, a także dla dzieci z wadami serca.</p>										
15.2.	<p>Wyrównywanie i zwiększanie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach dla pacjentów z ChUK, w tym przy CDK w ramach KSK oraz dokonanie oceny zasadności wprowadzenia zmian w katalogu jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwłaszcza dla chorych z niewydolnością serca.</p>										
16.	<p>Poprawa jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia kardiologicznego</p>										

16.1.	Opracowanie i wdrożenie badań ankietowych potrzeb i satysfakcji pacjentów kardiologicznych, wykonywanych w placówkach kardiologicznych, w szczególności uczestniczących w KSK, udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w tym w zakresie formy i jakości udzielonej pomocy pacjentom kardiologicznym po zakończonym leczeniu.											
16.2.	Wypracowanie mechanizmów wspierających poprawę dostępu do opieki domowej dla pacjentów kardiologicznych z niewydolnością serca z wykorzystaniem nowych technologii do sprawowania zdalnej opieki i nadzoru.											
16.3.	Realizacja działań na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów z ChUK, w szczególności przez zapewnienie właściwej wyceny i finansowania świadczeń zdrowotnych z obszaru kardiologii i dziedzin pokrewnych, zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu ChUK, dążenie do stopniowego znoszenia limitów na świadczenia z tego obszaru, poprawę wyników leczenia dzieci, młodzieży i dorosłych z chorobami układu krążenia, a także wdrożenie kontroli jakości opieki kardiologicznej z zakresu ChUK.											
17.	Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie ChUK, w tym w szczególności stworzenie i rozwój systemu rejestrów medycznych oraz baz danych badań przesiewowych											
17.1.	Utrzymanie i wsparcie rozwoju systemu rejestrów medycznych dla monitorowania stanu epidemiologicznego i statusu opieki zdrowotnej ChUK oraz rejestrów badań przesiewowych w Rzeczypospolitej Polskiej, w tym oceny jakości realizacji procedur w kardiologii i ich poziomu finansowania, a także bazy danych dla badań przesiewowych oraz bazy danych procedur kardiologii											

18.3.	Sfinansowanie inwestycji w nowoczesny sprzęt medyczny i wyposażenie do realizacji innowacyjnych procedur i technologii medycznych, inwestycji w rozwiązania z obszaru ChUK, w tym telemedycynę, jak również rozwiązania mające na celu informatyzację podmiotów leczniczych.											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UZASADNIENIE

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, zwany dalej „NPChUK”, jest strategicznym i kompleksowym programem, który wytycza kierunki rozwoju w obszarze kardiologii w Rzeczypospolitej Polskiej. NPChUK jest odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia. Treść NPChUK została przyjęta w drodze uchwały nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (M.P. poz. 1265).

NPChUK wszedł w życie z dniem 28 grudnia 2022 r., więc rzeczywista realizacja większości zadań rozpoczęła się w 2023 r. Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, jest m.in. dokonanie aktualizacji terminów i zakresu działań realizowanych w ramach NPChUK wobec rzeczywistego jego przyjęcia z końcem 2022 r. Wprowadzenie zmian we wskazanym dokumencie jest podyktowane koniecznością uporządkowania informacji na temat zadań realizowanych w ramach NPChUK, przy uwzględnieniu faktycznego stanu ich implementacji. Urealniono także terminy osiągnięcia niektórych rezultatów dotyczących zadań, których realizacja została przesunięta w czasie. Zmiany zostały wypracowane przy udziale Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia oraz ekspertów Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego.

Główna zmiana dotyczy odstąpienia od sporządzania rocznych harmonogramów NPChUK i wprowadzenia jednego zbiorczego harmonogramu Programu na lata 2022–2032. Harmonogram ten będzie aktualizowany w przypadku konieczności wprowadzenia zasadnych zmian. Uzasadnieniem powyższej modyfikacji jest fakt nieujmowania terminów realizacji poszczególnych działań w ujęciu miesięcznym w przyjętym w 2022 r. NPChUK, a jedynie przedstawiania ich zaplanowanego wdrażania w latach. Zmodyfikowane podejście pozwoli na przyjęcie długoletniej perspektywy realizacji NPChUK i nie będzie wymagało corocznych zmian uchwały i przyjmowania harmonogramu. Na bazie przyjętego harmonogramu NPChUK, rokrocznie, zadania priorytetowe do realizacji w danym roku będą ustalane przy współpracy z Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia.

Zweryfikowano ponownie zakres działań merytorycznych wobec informacji uzyskanych od realizatorów i ich uwag zgłaszanych w trakcie dotychczasowego wdrażania NPChUK, a następnie uszczegółowiono niektóre poddziałania, doprecyzowano ich zakres bądź połączono poddziałania zbieżne, co pozwoli na nienakładanie się zakresów i uniknięcie niepotrzebnego mnożenia zadań.

Zmiany w treści NPChUK wynikają również z konieczności dostosowania do aktualnego zarządzenia 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), które określa m.in. osobę pełniącą funkcję Pełnomocnika, zakres zadań Pełnomocnika, a także z aktualizacji zakresów zadań NPChUK przyjętych przez Krajową Radę do spraw Kardiologii.

Ponadto, wprowadzono zmianę skrótu oznaczającego nazwę Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego z „NIK-PIB” na „NIKARD-PIB”, w ślad za właściwym określeniem nazwy skróconej Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego użytym w statucie z dnia 7 lipca 2020 r. oraz w celu jednolitej identyfikacji jednostki i właściwego rozróżnienia od innych organów posługujących się w części zbieżną nazwą skrótową.

NPChUK wszedł w życie na sam koniec 2022 r. i niemożliwa była realizacja działań zaplanowanych na 2022 r., stąd w załączniku do uchwały pn. Harmonogram wdrażania Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 urealniono terminy rzeczywistej realizacji działań. W przypadku niektórych działań, dla których nie były wskazane terminy realizacji, doprecyzowano okres ich realizacji, tak, aby dla każdego działania określony był rok rozpoczęcia i zakończenia jego realizacji. W części uchwały „Obszary Programu” zrezygnowano z przywoływania terminów realizacji działań, gdyż byłoby to zbędnym powtórzeniem informacji z harmonogramu.

W odniesieniu do wymienionych poniżej działań, uzasadnienie wprowadzenia zmian w harmonogramie ich realizacji przedstawia się następująco:

1. W części „I. Inwestycje w kadry – działania i realizatorzy”:

- propozycja przesunięcia realizacji poddziałań 1.5 i 1.6 na lata 2024–2027 wynika z konieczności przeprowadzenia dodatkowej analizy potrzeby dalszej modyfikacji standardów kształcenia, po wypracowaniu wytycznych postępowania i w miarę rozwoju badania WOBASZ NIKARD,

- wydłużenie realizacji poddziałań 1.8 – 1.10 do końca 2032 r. wynika z faktu, że określenie funkcji w podmiotach oraz zadań koordynatorów opieki kardiologicznej będzie możliwe do sprecyzowania w miarę dalszych zmian systemowych, w tym dalszego wprowadzania koordynowanej opieki, krajowej sieci kardiologicznej, zmian w standardach kształcenia i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Dlatego zasadnym jest wydłużenie okresu realizacji działania do końca trwania NPChUK,

- zmiana w punkcie „Realizatorzy” wynika z rozszerzenia katalogu realizatorów działania i uwzględnienia podmiotów wdrażających projekty w ramach Programu Zdrowie (finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i budżetu państwa), które wpisują się w zakres obszaru I „Inwestycje w kadry”.

2. W części „II. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia” – działania i realizatorzy:

- poddziałania 2.1 i 2.2 zostały połączone, gdyż że stanowią one interwencje komplementarne, skierowane do tej samej populacji tj. uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz realizowane będą przez te same podmioty,

- zmieniono nazwę działania 5, gdyż jego obecne brzmienie dotyczy tylko i wyłącznie regulacji prawnych polityki antynikotynowej, natomiast działania objęte działaniem 5 dotyczą wszystkich obszarów profilaktyki chorób układu krążenia, w tym szczególnie innych czynników ryzyka ChUK, a także poza regulacjami prawnymi, obejmują procesy szkolenia oraz założenia kampanii społecznych i profilaktycznych,

- zmiana dotycząca poddziałania 5.5 wynika z faktu, że jest ona związana z wdrażaniem zmian w standardach kształcenia i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zasadne jest wydłużenie okresu realizacji poddziałania do 2027 r., celem uwzględnienia w realizacji poddziałania ww. zmian w standardach. Obecnie proponowana zmiana nazwy jest szersza i koncentruje się na przygotowaniu założeń oraz tematyki kampanii społecznych i programów profilaktycznych, uwzględniając także poprzedni zakres poddziałania,- w odniesieniu do poddziałania 5.6. uwzględniono fakt, że realizacja poddziałania nie rozpoczęła się jak pierwotnie zakładano w 2022 r. oraz że równolegle realizowano inne prace analityczne. Dlatego weryfikację zakresu badań postanowiono przesunąć na lata 2024-2027, gdy będzie już zaawansowana realizacja badania WOBASZ i będą znane pierwsze wyniki w kontekście rozpowszechnienia czynników ryzyka w danych grupach,

- zawarcie w nowej nazwie poddziałania 5.7 i poddziałania 5.8 koncepcji „10 dla serca” pozwala zachować spójność podejmowanych w ramach działania 5 zadań. Sformułowanie „opartych m. in. na koncepcji” nie ogranicza realizacji innych działań,

- w liście realizatorów wykazano wszystkie podmioty rzeczywiście zaangażowane w realizację tożsamyh działań również w ramach NPZ i NSO, które wypełniają założenia działania NPChUK tj. GIS, NFZ, NIK-PIB oraz NIZP PZH-PIB.

3. W części „III. Inwestycje w pacjenta – działania i realizatorzy”:

- wydłużenie realizacji poddziałań 6.1 i 6.2 jest związane z wprowadzaniem w ramach Funduszu Medycznego finansowej motywacji dla lekarzy i pielęgniarek w POZ w zakresie promowania udziału w badaniach profilaktycznych. Wydłużony okres realizacji poddziałań umożliwi przeprowadzenie w ramach NPChUK analizy zasadności wdrożenia, innych niż finansowe, narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ, które mają zachęcać osoby z grup podwyższonego ryzyka do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku czynników ryzyka chorób układu krążenia, dalej „ChUK”,

- proponuje się wydłużenie realizacji poddziałania 6.3 do 2032 r. tak, by modyfikacja programów profilaktyki ChUK uwzględniała wyniki dokonującej się obecnie analizy poprzednich edycji badania WOBASZ oraz pierwszych obserwacji uzyskiwanych z badania WOBASZ NIKARD, po której możliwe będzie określenie kierunku i dokładnych zakresów modyfikacji. Modyfikacja obecnego brzmienia nazwy poddziałania 6.3 wynika z procesu rozgraniczenia zadań w poszczególnych poddziałaniach i nadania im logicznego związku przyczynowo – skutkowego,

- w poddziałaniu 7.1 doprecyzowano, że będzie ono prowadzone w szczególności w ramach sieci kardiologicznej. Sieć w założeniach ma zwiększyć jakość udzielanych świadczeń i poziom satysfakcji pacjentów, zasadnym zatem jest, by w szczególności lekarze w niej uczestniczący byli odbiorcami działania. Dodatkowo z uwagi na fakt, że sieć ma usprawnić proces organizacji świadczeń, położono nacisk na wykorzystanie narzędzi komunikacji elektronicznej z pacjentem,

- w poddziałaniu 7.3 oprócz zmiany terminu rozpoczęcia realizacji poddziałania, przeformułowano je by odpowiadało precyzyjnie założeniom – realizacji różnorodnych działań, nie tylko w formie kampanii społecznych, które sprzyjają wzrostowi świadomości w zakresie chorób układu krążenia. Usunięto też dokładną datę ewaluacji, która będzie stałym, regularnym etapem działań, zależnym od użytych narzędzi co powoduje, że niezasadnym obecnie jest wskazanie konkretnego momentu jej przeprowadzenia,

- w poddziałaniu 8.1 proponuje się brak rozłącznego określenia terminów dla opracowania i wdrożenia programów opieki - mając na uwadze, że jest to poddziałanie zależne od realizacji poddz. 14.1 i opracowania w ramach niego standardów diagnostyczno-terapeutycznych, na których programy te będą oparte. Zaproponowano przesunięcie terminu realizacji poddziałania, tak by oprzeć je na wynikach poddziałania 14.1, w którym pierwsze standardy w pełni zostaną określone do 2025 r. Zmieniona nazwa poddz. 8.1 doprecyzowuje jego zakres i uwzględnia fakt, że część działań jest realizowana w ramach poddz. 14.1.

4. W części „IV. Inwestycje w naukę i innowacje – działania i realizatorzy”:

- w działaniu 9 uchylono ppkt 9.1. z uwagi na fakt, że zakres poddziałania jest realizowany przez Agencję Badań Medycznych, zwaną dalej „ABM”, i NIKARD-PIB, w ramach poddziałania 9.2 Proponuje się, by obecne poddziałanie 9.1. zostało włączone do poddziałania 9.2, które dotyczy ogółem promocji badań klinicznych, w której zostanie również ujęta działalność NIKARD-PIB w tym zakresie. Ponadto, mając na uwadze, że ABM rozbudowuje serwisy informacyjne w zakresie wszystkich badań klinicznych prowadzonych w Rzeczypospolitej Polskiej zasadnym jest, by działania NIKARD-PIB wspierały to rozwiązanie i promowały w nim tematykę badań w szczególności w dziedzinie kardiologii i z dziedzin pokrewnych. Równocześnie proponuje się, by promocję badań klinicznych w ramach NPChUK rozpocząć w 2024 r., po starcie działań ABM w tym zakresie,

- w odniesieniu do działania 11 z uwagi na tworzenie przez ABM sieci regionalnych centrów medycyny cyfrowej, mających ww. działanie w swojej właściwości (we współpracy z Centrami Wsparcia Badań Klinicznych) proponuje się odstąpienie od realizacji poddziałania 11.1 w ramach NPChUK,

- w poddziałaniu 12.2 dodano jako realizatora Centrum e-Zdrowie, zwane dalej „CeZ”, mając na uwadze jego wiodącą rolę w informatyzacji działań podmiotów leczniczych. Ponadto, mając na uwadze, że standardy i zalecenia dotyczące opieki kardiologicznej będą opracowywane i wdrażane w ramach poddziałania 14.1 planuje się, by rolą CDK po ich wdrożeniu było inicjowanie zmian w nich na bazie doświadczeń z ich wdrażania i ewaluacji,

- poddziałanie 12.3 wymagało uszczegółowienia w zakresie utrzymania i rozbudowy systemu teleinformatycznego utworzonego na potrzeby pilotażu KSK,

- wprowadzenie nowego poddziałania 12.4 w brzmieniu: „12.4 Przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie systemu teleinformatycznego dla KSK” dotyczącego opracowania systemu teleinformatycznego na potrzeby organizacji i funkcjonowania krajowej sieci kardiologicznej wynika z faktu, że rozwiązanie wprowadzone programem pilotażowym zgodnie z poddziałaniem 12.3 ma być wdrożone docelowo w formie ogólnopolskiej sieci. W ramach poddziałania CeZ we współpracy z NIKARD-PIB opracuje i wdroży system, który będzie spójny z testowanym obecnie ze środków europejskich projektem eKonsylium umożliwiającym zdalne konsultacje pacjentów między specjalistami z różnych ośrodków i ułatwienie komunikacji między nimi. Proponuje się realizację poddziałania od 2024 r., tj. zgodnie z założonym terminem wdrożenia krajowej sieci kardiologicznej zgodnie z Krajowym Planem Odbudowy,

- do grupy realizatorów włączono NIKARD-PIB, gdyż Instytut jest instytucją realizującą zadania z zakresu działania 10.

5. W części „V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej – działania i realizatorzy”:

- zmiana zakresu poddziałania 14.1 wynika z faktu, że NIKARD-PIB po wstępnej analizie zmienił zakres dziedzinowy koniecznych do opracowania standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów postępowania, rozszerzając ich zakres. Zrezygnowano w tym zakresie z tworzenia wytycznych dla organizacji badań przesiewowych mając na uwadze, że stanowią one zakres poddziałania 6.3,

- zmiana w terminie rozpoczęcia poddziałania 14.2 wynika z faktu, że przygotowanie i wprowadzenie efektywnych mechanizmów kontrolnych do weryfikacji przestrzegania standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym wyszkolenie zasobów kadrowych, a także zapewnienie efektywnych narzędzi informatycznych jest uzależnione od efektów wypracowanych w poddziałaniu 14.1,- poddz. 16.1. – w związku z trwającym pilotażowym programem opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej i dokonującym się w nim testowaniem modelu organizacji opieki kardiologicznej w podmiotach leczniczych, zasadnym jest rozpoczęcie wdrożenia badania potrzeb i satysfakcji pacjentów po jego pełnym wdrożeniu – tym samym zasadna jest zmiana terminu rozpoczęcia na 2024 r. i wydłużenie jego trwania do końca trwania NPChUK tj. do 2032 r. Zapewni to możliwość regularnego prowadzenia badań ankietowych. Ponadto doprecyzowano, że działanie będzie prowadzone w ramach sieci kardiologicznej – mając na uwadze, że sieć w założeniach ma zwiększyć jakość udzielanych świadczeń i poziom satysfakcji pacjentów, jest zasadne, by w szczególności po jej wprowadzeniu zmonitorować w podmiotach w niej uczestniczących odczucia pacjentów,

- poddz. 16.2 – zasadnym jest by mechanizmy usprawniające opiekę domową zostały opracowane i wprowadzone w pełni po zakończeniu przygotowania modeli telemedycznych w ramach poddziałania 1.7 oraz ich ewaluacji. Tym samym, w związku z wciąż dokonującym się ich wdrażaniem, realizację poddziałania proponuje się wydłużyć do 2028 r.

6. Zmiana brzmienia w części „Monitorowanie realizacji programu” w przedostatnim akapicie dotyczy rezygnacji z opiniowania sprawozdania przez Krajową Radę do spraw Kardiologii przed przekazaniem sprawozdania przez NIKARD-PIB ministrowi do spraw zdrowia, tj. przed uzgodnieniem ostatecznej wersji dokumentu, która zostanie przekazana Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej. Zasadne jest, by sprawozdanie roczne z realizacji NPChUK przedkładane Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej było dokumentem uzgodnionym i zaopiniowanym przez Krajową Radę do spraw Kardiologii. Opinia Rady powinna się odnosić do dokumentu uzgodnionego w Ministerstwie Zdrowia, przedkładanego Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej.

7. Zmiana brzmienia w części „Ramy finansowe programu” jest związana z odejściem od sporządzania rocznych harmonogramów na rzecz jednego harmonogramu dla NPChUK na lata 2022–2032. Usunięto zdanie odnoszące się do przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi obszarami w danym roku realizacji NPChUK przy przygotowywaniu rocznych harmonogramów. Druga zmiana polegająca na usunięciu sformułowania „w rocznych zestawieniach działań” i dodania słowa „realizatorom” wynika z rezygnacji ze sporządzania rocznych harmonogramów działań NPChUK. Zapewni to ministrowi właściwemu do spraw zdrowia większą elastyczność w informowaniu realizatorów o sposobie dokonywania zakupów inwestycyjnych.

Modyfikacja zapisów odnoszących się do podziału środków finansowych w latach 2024–2032, polegająca na wprowadzeniu podziału środków na wydatki na cele inwestycyjne (środki majątkowe) oraz wydatki na cele nieinwestycyjne (środki bieżące) na dany rok, bez określania ich podziału na poszczególne obszary NPChUK, ma na celu większą elastyczność w planowaniu wykorzystania środków, adekwatnie do potrzeb.

8. W części „Załączniki”, w związku z odejściem od sporządzania rocznych harmonogramów na rzecz jednego harmonogramu dla NPChUK, została zmieniona nazwa załącznika z harmonogramem na adekwatną do obecnego sposobu realizacji NPChUK.

Zakłada się wejście w życie uchwały z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Proponowany termin wejście w życie uchwały wynika z konieczności pilnego wejścia w życie jej postanowień w zakresie realizacji działań NPChUK, w tym w szczególności zadań związanych z krajową siecią kardiologiczną. Jest to niezbędne z uwagi na ważny interes publiczny, w tym szeroko rozumiane zdrowie publiczne, na który ma wpływ pilne wdrożenie kompleksowej, zmodyfikowanej strategii kardiologicznej.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) 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 demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym.

Projekt uchwały nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt uchwały nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub 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 zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt uchwały nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Wejście w życie projektu uchwały nie będzie miało wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.