

UCHWAŁA NR ...
RADY MINISTRÓW

z dnia 2024 r.

zmieniającą 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, 1572 i 1717) 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 w różnej formie wyraz „NIK-PIB” zastępuje się wyrazem „NIKARD-PIB”;
- 2) użyty w różnej formie 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 osoba wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. 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 aktualizacji 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” pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów oraz dostępności kadry medycznej, a także poprawa jakości kształcenia w dziedzinach związanych z leczeniem chorób układu krążenia z wykorzystaniem m.in. centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej

1.1. Przegląd i nowelizacja standardów kształcenia na studiach dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego oraz programów specjalizacji gwarantujące zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką kardiologiczną i wczesnym wykrywaniem chorób serca i naczyń oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu chorób układu krążenia, w szczególności z wykorzystaniem centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.

1.2. Przegląd i nowelizacja standardów kształcenia na studiach dla kierunku pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia i elektroradiologia w sposób gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką kardiologiczną i wczesnym wykrywaniem chorób serca i naczyń oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu chorób układu

krążenia, w szczególności z wykorzystaniem centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.

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 chorób układu krążenia.

1.4. Opracowanie programów kursów dla koordynatorów opieki kardiologicznej i prowadzenie kształcenia w formie kursów kwalifikacyjnych dla koordynatorów opieki kardiologicznej.

1.5. Przyznawanie personelowi medycznemu, w szczególności lekarzom, certyfikatów umiejętności zawodowej, w tym z zakresu odpowiadającego diagnostyce, elektroterapii i kardiologii interwencyjnej oraz intensywnej terapii kardiologicznej, właściwych w ChUK.

1.6. 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.”,

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”:

- ppkt 3.1 otrzymuje brzmienie:

„3.1. Ocena potrzeb, przygotowanie w oparciu m. in. o koncepcję „10 dla serca” założeń kampanii oraz realizacja kampanii społecznych, programów profilaktycznych oraz programów edukacyjnych, ukierunkowanych na zapobieganie rozwojowi i progresji ChUK.”,

- 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 Odtytoniowych, 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. 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.

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

7) w części III „Inwestycje w pacjenta”:

a) na str. 76 w części „Oczekiwane rezultaty” w pkt 1 wyrazy „2024 r.” zastępuje 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.”:

- 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 i wdrożenie narzędzi (w tym m.in. do oceny stanu zdrowia i 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.”,

- ppkt 6.4 otrzymuje brzmienie:

„6.4. Zaangażowanie ośrodków o statusie 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 przesiewowych w zakresie ChUK.”,

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

- ppkt 7.1 otrzymuje brzmienie:

„7.1. Przygotowanie i realizacja działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań oraz kontroli czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego poprzez wykorzystanie m.in. alternatywnych form komunikacji z pacjentem (w szczególności w ramach krajowej sieci kardiologicznej – kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowego Konta Pacjenta, portal kardiologiczny, profilaktycznych infolinii m.in. NFZ), wraz z ewaluacją skuteczności działań.”

- uchyla się ppkt 7.2,

- uchyla się ppkt 7.3,

- uchyla się ppkt 7.4,

d) uchyla się w pkt 8,

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”

ppkt 9.1 otrzymuje brzmienie:

„9.1. Wspieranie rozwoju badań klinicznych pacjentów z ChUK realizowanych przez Centra Wsparcia Badań Klinicznych przy wybranych ośrodkach naukowych, a także promocja badań klinicznych skierowana do pacjentów i lekarzy, w szczególności w dziedzinie kardiologii i w dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK.”,

- 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.”,

- ppkt 10.4 otrzymuje brzmienie:

„10.4. Realizacja 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.”,

- 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” dotyczącą ppkt. 11.1,

- 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” pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„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.

12.2. Realizacja programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.

12.3. Przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie systemu teleinformatycznego dla KSK.

12.4. Wdrażanie KSK, w tym koordynacja i monitorowanie KSK oraz realizacja innych zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa.”,

- 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 ppkt 13.1 otrzymuje brzmienie:

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

- uchyla się ppkt 13.2,

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

- na str. 100 część „Realizatorzy” dotycząca pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„Realizatorzy: minister właściwy do spraw zdrowia, NFZ, AOTMiT, NIKARD-PIB we współpracy z właściwymi towarzystwami naukowymi.”,

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

- ppkt 15.1 otrzymuje brzmienie:

„15.1 Rozszerzenie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i po operacjach kardiochirurgicznych, a także opieki dla chorych z niewydolnością serca oraz dla dzieci z wadami serca.”

- ppkt 15.2 otrzymuje brzmienie:

„15.2 Wyrównywanie i zwiększanie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach dla pacjentów z ChUK 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.”,

- 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.”,

- ppkt 16.2 otrzymuje brzmienie:

„16.2 Wypracowanie rekomendacji dla mechanizmów wspierających poprawę dostępu do opieki domowej dla pacjentów z chorobami układu krążenia z wykorzystaniem nowych technologii do sprawowania zdalnej opieki i nadzoru.”,

- ppkt 16.3 otrzymuje brzmienie:

„16.3. Analiza potrzeb i wypracowanie rekomendacji na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów z ChUK, w szczególności przez:

- 1) zapewnienie właściwej wyceny i finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu ChUK,
- 2) zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu ChUK,
- 3) dążenie do stopniowego znoszenia limitów na świadczenia z zakresu ChUK,
- 4) poprawę wyników leczenia dzieci, młodzieży i dorosłych z chorobami układu krążenia,
- 5) wdrożenie kontroli jakości opieki kardiologicznej z zakresu ChUK.”,

- na str. 101 część „Realizatorzy” dotycząca pkt 16 otrzymuje brzmienie:

„Realizatorzy: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z NIKARD-PIB, państwowe instytuty badawcze, podmioty realizujące projekty w ramach Programu Zdrowie, finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i budżetu państwa.”,

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”,

- ppkt 17.1 otrzymuje brzmienie:

„17.1 Utworzenie centralnego i zintegrowanego systemu informatycznego obejmującego rejestry medyczne w chorobach serca i naczyń, utrzymanie i wsparcie rozwoju 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 poziomemu finansowaniu, a także bazy danych dla badań przesiewowych oraz bazy danych procedur kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgicznych.”,

- ppkt 17.2 otrzymuje brzmienie:

„17.2. Rozbudowywanie i utrzymanie istniejących usług informacyjnych, takich jak: pacjent.gov.pl, Internetowe Konto Pacjenta oraz stworzenie i utrzymanie portalu kardiologicznego zawierającego informacje dot. NPChUK, KSK oraz instrumenty wspierające działania koordynatorów opieki kardiologicznej 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”:

- ppkt 18.1 otrzymuje brzmienie:

„18.1 Sfinansowanie inwestycji w aparaturę i wyroby medyczne, inwestycji w rozwiązania z obszaru telemedycyny, jak również rozwiązania mające na celu informatyzację podmiotów leczniczych, inwestycji infrastrukturalnych oraz modernizacji istniejących podmiotów leczniczych, celem poprawy dostępności i jakości specjalistycznej diagnostyki i terapii chorób układu sercowo-naczyniowego, a także zagwarantowania wykonywania większej liczby badań diagnostycznych we wczesnych stadiach zaawansowania choroby, a także skuteczniejszego leczenia pacjentów kardiologicznych.”,

- uchyla się ppkt 18.2,

- uchyla się ppkt 18.3,

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 związany z leczeniem chorób układu krążenia.

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 rozszerzenia 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.

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) skrót „NIK-PIB” zastępuje się skrótem „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/

| | | | | | | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 i wdrożenie narzędzi (w tym m.in. do oceny stanu zdrowia i 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 ośrodków o statusie 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 przesiewowych w zakresie ChUK. | | | | | | | | | | | |
| 7. | Zwiększenie świadomości pacjentów na temat konieczności wykonywania badań przesiewowych i przestrzegania zaleceń | | | | | | | | | | | |
| 7.1. | Przygotowanie i realizacja działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 14.2. | 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. | | | | | | | | | | | |
| 15. | Poprawa dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki paliatywnej w ramach kompleksowej opieki kardiologicznej | | | | | | | | | | | |
| 15.1. | Rozszerzenie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i po operacjach kardiologicznych, a także opieki dla chorych z niewydolnością serca oraz dla dzieci z wadami serca. | | | | | | | | | | | |
| 15.2. | Wyrównywanie i zwiększanie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach dla pacjentów z ChUK 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. | | | | | | | | | | | |
| 16. | Poprawa jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia kardiologicznego | | | | | | | | | | | |
| 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 rekomendacji dla mechanizmów wspierających poprawę dostępu do opieki domowej dla pacjentów z chorobami układu krążenia z wykorzystaniem nowych technologii do sprawowania zdalnej opieki i nadzoru. | | | | | | | | | | |
| 16.3. | <p>Analiza potrzeb i wypracowanie rekomendacji na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów z ChUK, w szczególności przez:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zapewnienie właściwej wyceny i finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu ChUK, 2) zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu ChUK, 3) dążenie do stopniowego znoszenia limitów na świadczenia z zakresu ChUK, 4) poprawę wyników leczenia dzieci, młodzieży i dorosłych z chorobami układu krążenia, 5) 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. | Utworzenie centralnego i zintegrowanego systemu informatycznego obejmującego rejestry medyczne w chorobach serca i naczyń, utrzymanie i wsparcie rozwoju 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 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>badan przesiewowych oraz bazy danych procedur kardiologii interwencyjnej i kardiologicznych.</p> | | | | | | | | | | |
| <p>17.2.</p> | <p>Rozbudowywanie i utrzymanie istniejących usług informacyjnych, takich jak: pacjent.gov.pl, Internetowe Konto Pacjenta oraz stworzenie i utrzymanie portalu kardiologicznego zawierającego informacje dot. NPChUK, KSK oraz instrumenty wspierające działania koordynatorów opieki kardiologicznej w celu poprawy dostępu pacjentów i pracowników medycznych do informacji o sposobie, miejscu, skuteczności diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz oceny jakości leczenia.</p> | | | | | | | | | | |
| <p>18.</p> | <p>Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych</p> | | | | | | | | | | |
| <p>18.1.</p> | <p>Sfinansowanie inwestycji w aparaturę i wyroby medyczne, inwestycji w rozwiązania z obszaru telemedycyny, jak również rozwiązania mające na celu informatyzację podmiotów leczniczych, inwestycji infrastrukturalnych oraz modernizacji istniejących podmiotów leczniczych, celem poprawy dostępności i jakości specjalistycznej diagnostyki i terapii chorób układu sercowo-naczyniowego, a także zagwarantowania wykonywania większej liczby badań diagnostycznych we wczesnych stadiach zaawansowania choroby, a także skuteczniejszego leczenia pacjentów kardiologicznych.</p> | | | | | | | | | | |

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 zapisów do dokonywanych zmian w zarządzeniu 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. Wprowadzone zmiany wskazują, że Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 wybierany jest przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

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”:

- w poddziałaniach 1.1.-1.3. rozszerzono zakres przeglądu i nowelizacji w obszarze programów specjalizacji. Zamieniono zwrot „(...) leczeniu kardiologicznym” na zwrot „(...) leczeniu chorób układu krążenia”, który obejmuje szerszy zakres i jest spójny z założeniami NPChUK. Dodatkowo w poddziałaniu 1.2. uwzględniono elektroradiologów z uwagi na znaczący wpływ tej grupy zawodowej na proces diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia,

- połączenie poddziałania 1.4 do zakresu zadań poddziałania 3.1 ma charakter porządkowy. Zakres zadań jest zbieżny z nowym brzmieniem poddziałania 3.1. Zaproponowana zmiana korzystnie wpłynie na spójność podejmowanych działań w zakresie edukacji, informacji oraz innych działań skierowanych do ogółu społeczeństwa oraz indywidualnie - do wybranych grup docelowych. Takie podejście zapewnia, że wszystkie elementy kampanii edukacyjno-informacyjnej w NPChUK – od wizualnych po komunikacyjne – są zsynchronizowane i wzajemnie się uzupełniają,

- propozycja uchylenia realizacji poddziałań 1.5 i 1.6 wynika z uwzględnienia tych zadań w poddziałaniu 1.2. Przegląd i nowelizacja programów kształcenia w ramach kursów specjalistycznych lub kwalifikacyjnych oraz kształcenie w ramach programów specjalizacyjnych zostały uwzględnione w proponowanym nowym brzmieniu ppkt 1.2,

- uchylenie poddziałania 1.7. spowodowane jest tym, że zakres zadania jest komplementarny z założeniami poddziałania 16.2, w którym zawierają się założenia pilotażu modeli telemedycznych w dziedzinie kardiologii,

- wydłużenie realizacji poddziałań 1.8 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. Ponadto, zamiast opracowania programów studiów podyplomowych zaproponowano opracowanie kursów dla koordynatorów kardiologicznych. Propozycja zmiany formy prowadzenia edukacji w przedmiotowym zakresie została dostosowana do potrzeb edukacyjnych tej grupy w tym zakresie i jest ujednolicono z rozwiązaniami przyjętymi w Narodowej Strategii Onkologicznej w odniesieniu do szkoleń koordynatorów onkologicznych,

- zmiana brzmienia poddziałania 1.9 wraz z włączeniem zadań przewidzianych do realizacji w poddziałaniu 1.10 związane jest z próbą zachowania integralności podejmowanych działań w ramach NPChUK. Zaproponowane, nowe brzmienie zawiera w sobie zarówno proces poprzedzający przyznawanie certyfikatów (rozwiązania legislacyjne i/lub organizacyjne) jak również proces przyznawania takich certyfikatów. Z kolei nowe brzmienie poddziałania 1.10 związane jest z przeniesieniem zadań z poddziałania 7.1, które związane jest z edukacją lekarzy,

- w wyniku wyżej opisanych zmian dokonano właściwej korekty numeracji poddziałań od 1.1 do 1.6.

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,

- dokonana zmiana poddziałania 3.1 uwzględnia również zadania, uprzednio zaplanowane w poddziałaniu 5.5. oraz 5.8. Zaproponowana zmiana korzystnie wpłynie na spójność podejmowanych działań w zakresie edukacji, informacji oraz innych działań skierowanych do ogółu społeczeństwa oraz indywidualnie - do wybranych grup docelowych. Takie podejście zapewnia, że wszystkie elementy kampanii edukacyjno-informacyjnej w NPChUK – od wizualnych po komunikacyjne – są zsynchronizowane i wzajemnie się uzupełniają.

- 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 terminów realizacji odpowiednio poddziałań 4.2, 4.3, 5.1, 5.3 wynika z konieczności dostosowania terminów obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia oraz Narodowej Strategii Onkologicznej, w ramach, których to programów poddziałania te są realizowane.

- uchylenie poddziałania 5.5 wynika z uwzględnienia zakresu zadań tego poddziałania w poddziałaniu 3.1.

- 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 koncepcji „10 dla serca” pozwala zachować spójność podejmowanych w ramach działania 5 zadań. Sformułowanie „opartych m. in. na koncepcji” nie ogranicza realizacji innych działań. Ponadto, usunięcie wyrazu „Realizowanie” oraz dodanie po słowie „badań” słowa „profilaktycznych” ma na celu dostosowanie brzmienia do kompetencji podmiotów wskazanych jako Realizatorzy zadania,

- 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,

- w wyniku wyżej opisanych zmian dokonano właściwej korekty numeracji poddziałań od 2.1 do 5.6.

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

- skrócenie realizacji poddziałań 6.1 i 6.2 jest związane z komplementarnością podejmowanych zadań w ramach NPChUK z zadaniami realizowanymi również w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Główne czynniki ryzyka chorób onkologicznych są zbieżne z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia. Zasadne jest kontynuowanie już podejmowanych działań w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej i skrócenie realizacji poddziałania 6.1 i 6.2 w NPChUK do 2024 r.,

- 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. Ponadto, wprowadzone zmiany nazwy poddziałania wynikają z konieczności doprecyzowania charakteru zaplanowanych do realizacji zadań w ramach tego poddziałania przez nadanie mu nowego brzmienia dodając po wyrazach „Przygotowanie” dodanie wyrazów „i wdrożenie”. Modyfikacja obecnego brzmienia nazwy poddziałania 6.3. wynika z procesu rozgraniczenia zadań w poszczególnych poddziałaniach i nadania im logicznego związku przyczynowo – skutkowego,

- w poddziałaniu 6.4 dokonano modyfikacji nazwy poddziałania polegającej na doprecyzowaniu zakresu wykonywania badań przesiewowych przez nadanie mu nowego brzmienia dodając po wyrazach „prowadzenie badań przesiewowych” wyrazów „w zakresie ChUK”. Wprowadzona zmiana obejmuje szerszy zakres i jest spójna z założeniami NPChUK.

- zmiana brzmienia działania 7 poprzez dodanie po wyrazach „wykonywania badań przesiewowych” wyrazy „i przestrzeganie zaleceń” ma na celu zwrócenie uwagi na podejmowanie działań związanych z budowaniem świadomości w zakresie znaczenia nie tylko w kontekście działań profilaktycznych, ale również znaczenia przestrzegania zaleceń wydanych przez personel medyczny.

- poddziałanie 7.1 zostało stosownie przesunięte do Obszaru I. Inwestycje w Kadry z uwagi na fakt, że poddziałanie to odnosi się do edukacji lekarzy (poddziałanie ujęto w projektowanym poddziałaniu 1.6). Ponadto 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,

- dokonano konsolidacji poddziałania 7.2 oraz 7.3 zachowując komplementarność podejmowanych działań w ramach NPChUK. Włączenie poddziałania 7.2 do działań zaplanowanych i realizowanych w poddziałaniu 7.3 związanych z przygotowaniem i realizacją działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań oraz kontroli czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Rozszerzenie zadania o utworzenie portalu kardiologicznego (chorób układu krążenia – na wzór tworzonego portalu onkologicznego) ma na celu stworzenia kompendium wiedzy, który stanowić będzie narzędzie wsparcia dla pacjentów z chorobami serca i naczyń oraz ich bliskich w poszukiwaniu rzetelnych, wiarygodnych i aktualnych informacji w zakresie kardiologii i dziedzin pokrewnych,

- uchylono poddziałanie 7.4 z uwagi na komplementarność niektórych zaplanowanych do realizacji zadań w ramach NPChUK z zadaniami realizowanymi również w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej,

- poddziałanie 8.1 włączono w poddziałanie 14.1 celem zachowania komplementarność podejmowanych działań w ramach NPChUK. Wprowadzona zmiana ma na celu zminimalizowanie zbliżonych do siebie zadań w NPChUK. Rezygnując z wyszczególniania poszczególnych zakresów, w których istnieje potrzeba opracowywania i wprowadzenia standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK wprowadza się elastyczność opracowania i wprowadzania standardów adekwatnie do potrzeb bez konieczności dostosowywania i wprowadzania zmian w NPChUK,

- w wyniku wyżej opisanych zmian dokonano właściwej korekty numeracji poddziałania od 6.1 do 7.1.

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

- nadanie nowego brzmienia poddziałaniu 9.1. wynika z konsolidacji poddziałania 9.1-9.3, która ma na celu kompleksowe uwzględnienie sposobu realizacji zadań przez Realizatorów ukierunkowanych na zwiększenie udziału pacjentów z chorobami układu krążenia w badaniach klinicznych. 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,

- zmiana brzmienia poddziałania 10.4. poprzez zastąpienie wyrazów „Inicjowanie i uruchamianie” postępowań konkursowych na granty badawczo-naukowe i rozwojowe z zakresu kardiologii i dziedzin pokrewnych z zakresu ChUK, które umożliwią sfinansowanie wyrazem „Realizacja”. Zmiana ma na celu uwzględnienie kompetencji poszczególnych realizatorów poddziałania,

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

- 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 wyniku wyżej opisanych zmian dokonano właściwej korekty numeracji poddziałań od 9.1 do 11.1.

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

- dokonano uchylecia poddziałania 12.2 z uwagi na projektowane przepisy ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, w której dokonano zdefiniowania CDK. Zgodnie z założeniami, minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia m. in. rodzaj CDK i szczegółowe kryteria warunkujące przyznanie ośrodkowi kardiologicznemu statusu CDK.

- poddziałanie 12.3 wymagało doprecyzowania w zakresie wskazania realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (tzw. pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej). Wprowadzona zmiana odnosi się wprost do okresu trwania pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej nie określając szczegółowo zakresu podejmowanych działań,

- wprowadzenie nowego poddziałania 12.4 w brzmieniu: „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,

- dodanie poddziałania 12.5 związane jest z zapewnieniem możliwości realizacji niezbędnych zadań związanych z wdrażaniem ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, a wynikających z projektowanych postanowień ww. ustawy i obowiązków przypisanych poszczególnym jednostkom,

- zastąpienie poddziałania 13.1 poddziałaniem 13.2 wynika z zadań realizowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – podmiot ten odpowiada za rozwiązania legislacyjne w zakresie zadań związanych z akredytacją podmiotów leczniczych, a także bezpośrednio bierze udział w akredytacji. Analogicznie do powyższego w nowym brzmieniu poddziałania słowo „akredytacja” zastąpiono słowem „certyfikacja”,

- zmiana zakresu poddziałania 14.1 wynika z potrzeby opracowywania standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych w kolejnych nowych obszarach. Rezygnując z wyszczególniania poszczególnych zakresów, w których istnieje potrzeba opracowywania i wprowadzenia standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK wprowadzona zostaje elastyczność opracowania i wprowadzania standardów adekwatnie do potrzeb bez konieczności dostosowywania i wprowadzania zmian w NPChUK,

- do grupy realizatorów działania 14 dookreślono współpracę z właściwymi towarzystwami naukowymi z uwagi na udział towarzystw naukowych w opracowaniu standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznych – zgodnie z brzmieniem projektowanej ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej,

- 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,

- poddziałanie 16.2 – dokonano modyfikacji nazwy działania z uwagi na jego połączenie z poddziałaniem 1.7. Ponadto, z uwagi na dynamiczny rozwój technologii zasadne jest wydłużenie zadania do końca realizacji programu.

- w poddziałaniu 16.3 zaproponowana zmiana wynika z realizacji projektu pn. „Odwrócona Piramida Świadczeń”, realizowanym od stycznia 2024 do czerwca 2027 przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, celem którego jest stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń, czyli przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Działania w ramach ww. projektu są komplementarne do zadań realizowanych i planowanych do realizacji w ramach 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 przeniesione zostały z poddziałania 1.7 z zakresu obszaru I „Inwestycje w kadry”,

- modyfikacja poddziałania 17.1 związana jest z koniecznością uporządkowania sposobu organizacji i prowadzenia rejestrów medycznych w chorobach układu krążenia. Dostrzegając znaczenie rejestrów medycznych, a także problemy związane z zapewnieniem kompletności danych, proponuje się zmianę brzmienia poddziałania 17.1 w celu możliwości prowadzenia prac związanych z utworzeniem centralnego i zintegrowanego systemu informatycznego obejmującego rejestry medyczne w chorobach układu krążenia. Oczekiwaną korzyścią jest uzyskanie jak najbardziej kompletnych danych z zakresu chorób układu krążenia, przy jednoczesnym najmniejszym obciążeniu podmiotów leczniczych,

- zmiana w poddziałaniu 17.2 odnosi się do możliwości prowadzenia prac związanych ze stworzeniem i utrzymaniem portalu kardiologicznego zawierającego informacje dot. NPChUK, Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz instrumentów wspierających działania koordynatorów opieki kardiologicznej (na wzór tworzonego portalu onkologicznego),

- konsolidacja poddziałań wskazanych w działaniu 18 (dotyczy 18.1, 18.2 oraz 18.3) ma na celu zapewnienie integralności i elastyczności podejmowanych zadań związanych z finansowaniem inwestycji w ramach NPChUK,

- w wyniku wyżej opisanych zmian dokonano właściwej korekty numeracji poddziałań od 12.1 do 18.1.

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 wejścia 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.

