



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Minister Zdrowia
OKUK.4022.1.2025.KR

Druk nr 1897

Warszawa, 30 października 2025 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

zgodnie z uchwałą 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, z późn. zm.), zobowiązującą ministra właściwego do spraw zdrowia do przekazania Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej rocznego sprawozdania z realizacji Programu za poprzedni rok kalendarzowy, przekazuję w załączeniu dokument pn.

- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Roczne sprawozdanie z realizacji Programu za 2024 r.

Z wyrazami szacunku
Z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032

NARODOWY PROGRAM CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA NA LATA 2022-2032

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROGRAMU ZA 2024 R.



Zgodnie z uchwałą 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 oraz z 2025 r. poz. 267) roczne sprawozdanie z realizacji Programu za poprzedni rok kalendarzowy minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 października następnego roku kalendarzowego.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
Wprowadzenie	11
SYNTEZA REALIZACJI NPCChUK w 2024 r.	14
KOORDYNACJA I MONITOROWANIE PROGRAMU W 2024 R.	17
I. INWESTYCJE W KADRY.....	29
1.1. Przegląd i nowelizacja standardów kształcenia na studiach dla kierunku lekarskiego i lekarsko–dentystycznego, gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką kardiologiczną i wczesnym wykrywaniem chorób serca i naczyń oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu kardiologicznym, w szczególności z wykorzystaniem centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.....	30
1.2. Przegląd i nowelizacja standardów kształcenia na studiach dla kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i fizjoterapia 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 kardiologicznym, w szczególności z wykorzystaniem centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.....	31
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.....	36
1.4. Prowadzenie kampanii informacyjno–promocyjnej wśród studentów medycyny dotyczącą wyboru dziedzin z obszaru ChUK, jako ścieżki dalszego rozwoju zawodowego po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego.....	38
1.5. Dokonanie 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 uwzględnieniem wykorzystania centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej	40
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	41
1.7. Przeprowadzenie pilotażu modeli telemedycznych w dziedzinie kardiologii i jego ewaluacja .	43
1.8. Opracowanie programów kształcenia podyplomowego dla koordynatorów opieki kardiologicznej oraz rozpoczęcie kształcenia w formie studiów podyplomowych ww. specjalistów	50
1.9. Przygotowanie propozycji 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.....	51

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.....	53
II. INWESTYCJE W EDUKACJĘ, profilaktykę i styl ŻYCIA.....	56
2.1. Wspieranie powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, w szczególności w zakresie aktywności fizycznej, sposobu odżywiania i walki z otyłością, następstw spożywania alkoholu oraz używania wyrobów tytoniowych, skierowanej do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Narodowej Strategii Onkologii na lata 2020-2030 oraz realizowane przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej)	57
2.2. Powszechna edukacja prozdrowotna i promocja zdrowego stylu życia skierowana 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).	66
3.1. Zwiększenie zasięgu kampanii społecznych przez standaryzację i intensyfikację działań mających na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia, w zakresie:	67
– promocji aktywności fizycznej i zdrowej diety,	67
– promocji życia wolnego od tytoniu,	67
– promocji życia wolnego od alkoholu,	67
(działania zaplanowane do realizacji w ramach NSO na lata 2020–2030 oraz	67
NPZ na lata 2021–2025)	67
4.1. Prowadzenie prac nad systemem przyjaznego etykietowania żywności (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025)	72
4.2. Podejmowanie działań mających na celu upowszechnianie standardów dla żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz wprowadzanie nowych standardów dla żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 oraz Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030)	74
4.3. Prowadzenie prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością (działania zaplanowane do realizacji w ramach NPZ na lata 2021–2025)	76
5.1. Monitorowanie realizacji Programu Profilaktyki Chorób Odotytoniowych, w tym programu obturacyjnej choroby płuc (POChP) i dostosowywanie go do aktualnych potrzeb (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030)	77
5.2. Zwiększanie dostępności do profilaktyki antytytoniowej w ramach Poradni Pomocy Palącym 79	
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)	82
5.4. Działania na rzecz systematycznego wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, w tym nowatorskie wyroby tytoniowe oraz płyny do ponownego napełniania elektronicznych papierosów	83
5.5. Włączenie lekarzy różnych specjalności, w szczególności lekarzy POZ i medycyny pracy oraz innego personelu medycznego w działania profilaktyki pierwotnej i promocję zasad zdrowego stylu życia	85

5.6. Weryfikacja dotychczasowego zakresu obowiązkowych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników w odniesieniu do grup, częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań diagnostycznych umożliwiających wczesne wykrywanie czynników ryzyka i ChUK.....	91
5.7. Realizacja i inicjowanie badań bilansowych, odnoszących się do stylu życia pacjenta, np. kwestii dotyczących palenia tytoniu, spożywania alkoholu, odżywiania, aktywności fizycznej	92
5.8. Kontynuacja procesu szkolenia kadr medycznych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego i POZ dotyczącego profilaktyki, w szczególności w obszarze leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu i szkód spowodowanych spożyciem alkoholu	94
III. INWESTYCJE W PACJENTA	107
6.1. Wdrożenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ celem objęcia „lokalnych” populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi w kierunku czynników ryzyka ChUK	108
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	110
6.3. Zmodyfikowanie programów profilaktyki chorób układu krążenia, uwzględniających aktualną sytuację epidemiologiczną, w celu zapewnienia większego udziału populacji w badaniach przesiewowych, a także większą skuteczność działań edukacyjnych i leczniczych.....	111
6.4. Zaangażowanie Centrów Doskonałości Kardiologicznej w realizację i wsparcie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej ChUK, prowadzone przez instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe, a także prowadzenie badań przesiewowych w szczególności w kierunku wczesnego wykrywania genetycznie uwarunkowanych chorób serca w celu poprawy stanu diagnozowania populacji polskiej w zakresie między innymi mutacji genetycznych w hipercholesterolemii rodzinnej	117
7.1. Prowadzenie szkoleń dla lekarzy wspierających efektywną komunikację z pacjentem jako partnerem i współdecydentem w procesie leczenia i prowadzenia zdrowego stylu życia.....	118
7.2. Intensyfikacja wykorzystania alternatywnych form komunikacji z pacjentem–kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowego Konta Pacjenta, mediów społecznościowych, profilaktycznych infolinii m.in. NFZ itd.....	119
7.3. Intensyfikacja kampanii społecznych ukierunkowanych na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań oraz kontroli czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.....	123
7.4. Wprowadzenie obowiązku rejestracji przez zespoły POZ oraz medycyny pracy badań przesiewowych wykonywanych poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych.....	125
8.1. W latach 2022–2024 opracowanie, a w latach 2025–2028 wdrożenie programów opieki nad chorym z niewydolnością serca, a także nad chorym z nadciśnieniem tętniczym, opartych na ośrodkach tworzących KSK, w tym Centrach Doskonałości Kardiologicznej	126
IV. INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE	127
9.1. Rozbudowanie istniejących serwisów informacyjnych NIKARD–PIB o informacje w zakresie prowadzonych badań klinicznych w dziedzinie kardiologii i w dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK	128
9.2. Rozpoczęcie promocji badań klinicznych skierowanej do pacjentów i lekarzy	130

9.3. Wspieranie rozwoju badań klinicznych pacjentów z ChUK, realizowanych przez Centra Wsparcia Badań Klinicznych przy wybranych ośrodkach naukowych	132
10.1. Zorganizowanie i utrzymanie sieci repozytoriów próbek biologicznych w wybranych ośrodkach naukowych	134
10.2. Przeprowadzenie ogólnopolskich wieloośrodkowych badań epidemiologicznych w szczególności w zakresie częstości występowania chorób serca i naczyń, czynników ryzyka chorób serca i naczyń oraz zachowań zdrowotnych pozwalających na ocenę sytuacji zdrowotnej	138
10.3. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań legislacyjnych o biobankowaniu, a także dotyczących prowadzenia badań genetycznych.....	141
10.4. Uruchomienie postępowań konkursowych na granty badawczo–naukowe i rozwojowe z zakresu kardiologii i dziedzin pokrewnych z zakresu ChUK, które umożliwią sfinansowanie innowacyjnych programów profilaktycznych, poprawę modeli jakości usług medycznych oraz lepsze zarządzanie danymi medycznymi, a także badań przesiewowych pozwalających na identyfikację populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia.....	142
11.1. Opracowanie zasad gromadzenia i analizy danych dotyczących skuteczności innowacyjnych terapii stosowanych w Rzeczypospolitej Polskiej.....	143
11.2. Podjęcie 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	144
V. INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ.....	154
12.1. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych, na podstawie których będą wdrażane nowe struktury organizacji i zarządzania opieką kardiologiczną w całym kraju. W ramach KSK będzie wprowadzona hierarchizacja ośrodków leczniczych, ustanowionych w oparciu o stopień referencyjności, odzwierciedlający poziom wyspecjalizowania oraz zakres przypisanych obowiązków i zadań.....	155
12.2. Utworzenie Centrów Doskonałości Kardiologicznej odpowiedzialnych za koordynację opieki kardiologicznej w województwie lub makroregionie (w przypadku, gdy w danym województwie nie funkcjonuje wyspecjalizowany ośrodek leczenia kardiologicznego), ściśle współpracujących z jednostkami o niższym poziomie referencyjności	161
12.3. Rozszerzenie o kolejne województwa realizacji wprowadzonego w 2021 r. na terenie województwa mazowieckiego programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej	163
13.1. Do końca 2025 r. przygotowanie rozwiązań legislacyjnych, które pozwolą na wprowadzenie obowiązkowej akredytacji pracowni diagnostycznych i terapeutycznych wykonujących diagnostykę finansowaną ze środków publicznych z obszaru ChUK	171
13.2. W 2026 r. przy udziale uprawnionych podmiotów, rozpoczęcie procesu akredytacji pracowni diagnostycznych i terapeutycznych wykonujących diagnostykę finansowaną ze środków publicznych z obszaru ChUK	172
14.1. Opracowanie i wprowadzenie wytycznych 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	173
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.	182
15.1. Rozszerzenie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i opieki dla chorych z niewydolnością serca, a także dla dzieci z wadami serca	183
15.2. Wyrównywanie i zwiększanie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach dla pacjentów z ChUK przy Centrach Doskonałości Kardiologicznej w ramach projektowanej Krajowej Sieci Kardiologicznej 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	184
16.1. Opracowanie i wdrożenie badań ankietowych potrzeb i satysfakcji pacjentów kardiologicznych, wykonywanych w placówkach kardiologicznych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w tym w zakresie formy i jakości udzielonej pomocy pacjentom kardiologicznym po zakończonym leczeniu	185
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	186
16.3. Zintensyfikowanie 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 kardiologicznymi, a także wdrożenie kontroli jakości opieki kardiologicznej z zakresu ChUK	189
17.1. Utrzymanie i wspieranie 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 interwencyjnej i kardiochirurgicznych	193
17.2. Rozbudowywanie istniejących usług informacyjnych, takich jak: pacjent.gov.pl, Internetowe Konto Pacjenta oraz strona internetowa NIK-PIB w celu poprawy dostępu pacjentów i pracowników medycznych do informacji o sposobie, miejscu, skuteczności diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz oceny jakości leczenia.....	203
18.1. Sfinansowanie inwestycji infrastrukturalnych oraz modernizacji istniejących podmiotów leczniczych, celem skuteczniejszego leczenia pacjentów kardiologicznych oraz poprawy standardów diagnostyki i leczenia chorych na ChUK.....	207
18.2. Sfinansowanie inwestycji w aparaturę i sprzęt medyczny dla podmiotów leczniczych związanych z uzupełnieniem lub wymianą wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do kształcenia, diagnostyki i leczenia ChUK, celem poprawy 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 oraz poprawę jakości życia chorych na ChUK	211
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
214

PODSUMOWANIE FINANSOWE	216
SŁOWNIK SKRÓTÓW.....	218
SPIS TABEL	220
SPIS RYSUNKÓW.....	221

WSTĘP

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, zwany dalej „Programem” lub „NPChUK”, został przyjęty uchwałą nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (M. P. poz. 1265 oraz z 2025 r. poz. 267). Program finansowany jest ze środków publicznych.

Założenia Programu są odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia (ChUK), a także wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności oraz poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób.

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

Celami nadrzędnymi Programu są:

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

Założenia NPChUK są spójne z celami społeczno-gospodarczymi, które zostały określone w dokumentach rozwojowych mających charakter strategiczny dla państwa, zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym.

Program stanowi narodową strategię kardiologiczną obejmującą reformę polskiej kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, angiologii, neurologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z ChUK, skupiając działania w pięciu głównych obszarach kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych związanych z ChUK w Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) rozwój systemu kształcenia personelu medycznego przez **INWESTYCJE W KADRY;**
- 2) zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób układu krążenia oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych przez **INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA;**
- 3) zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości przez **INWESTYCJE W PACJENTA;**
- 4) wsparcie badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych w ChUK oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez **INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE;**
- 5) optymalizacja procesu leczenia, w tym wdrożenie jednolitych standardów opieki kardiologicznej na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia, a także doposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę przez **INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ.**

WPROWADZENIE

W odpowiedzi na aktualny stan oraz przewidywany wzrost zachorowań na ChUK, skutkujący wysoką umieralnością, Rzeczypospolita Polska jako jeden z nielicznych krajów w Europie, wdrożyła (obok Hiszpanii) strategię krajową ukierunkowaną na poprawę zdrowia sercowo-naczyniowego, jakim jest NPChUK. Program ten to kompleksowa inicjatywa, której celem jest zmniejszenie obciążenia chorobami układu krążenia przez wieloaspektowe podejście kładące nacisk na profilaktykę, wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie. Program ma na celu obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, poprawę jakości życia pacjentów, wyrównanie dysproporcji dostępu do usług ochrony zdrowia między różnymi regionami w Polsce oraz zbliżenie wskaźników zdrowotnych Polski do średnich wartości unijnych. Obejmuje on takie inicjatywy jak wdrażanie programów przesiewowych, zapewnienie adekwatnego finansowania, redukcję różnic regionalnych, poprawę koordynacji opieki, rozwój innowacji w wyspecjalizowanych ośrodkach, a także wzmożenie działań edukacyjnych w zakresie zdrowia publicznego.

Choroby układu krążenia jako główna przyczyna zgonu Polaków

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w 2023 r.¹ pokazuje, że po latach pandemii COVID-19, kiedy nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków, podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację zdrowotną w znacznym stopniu powróciły do okresu sprzed pandemii, a często przyjęły bardziej korzystne wartości.

W 2023 r. oczekiwana długość życia mężczyzn wynosiła 74,7 lat i była dłuższa o 0,6 roku niż w poprzedzającym pandemię 2019 r., a w przypadku mężczyzn w wieku 65 lat była dłuższa o 0,1 roku. Długość życia kobiet wynosiła 82,1 lat i była dłuższa o 0,3 roku niż w 2019 r. (w wieku 65 lat podobnie jak u mężczyzn była dłuższa o 0,1 roku).²

Po pandemii, w latach 2022 i 2023, nastąpiła stopniowa odbudowa opieki kardiologicznej i próba nadrobienia zaległości powstałych w czasie pandemii – zjawisko określane mianem „spłaty długu zdrowotnego”. Liczba świadczeń kardiologicznych wzrastała, próbując zaspokoić narosłe potrzeby pacjentów. Mimo tych pozytywnych trendów, w niektórych obszarach liczba

¹ Dane Głównego Urzędu Statystycznego – <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku.2.18.html>

² Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025 – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-Państwowy Instytut Badawczy.

udzielonych świadczeń wciąż nie dorównała tym sprzed pandemii. Przed systemem opieki zdrowotnej stanęły nowe wyzwania, związane z długoterminowymi skutkami COVID-19 oraz koniecznością adaptacji modeli opieki.

Tabela 1. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wartości obserwowane) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wartości oczekiwane) i ich względna różnica (%) dla mężczyzn i kobiet w latach 2022-2023 (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2022			2023		
	Wart. obs.	Wart. ocz.	%	Wart. obs.	Wart. ocz.	%
Ogółem						
ChUK (I00-I99)	477,5	447,8	7,1	436,1	446,8	-2,3
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	38,1	24,8	53,4	35,7	24,8	43,7
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	323,4	261,7	24,2	291,5	261,7	11,7
ChNS (I20-I25)	189,5	127,7	48,6	178,8	127,4	40,6
Zawał serca (I21-I22)	33,2	37,9	-12,0	31,2	37,9	-17,4
Zatorowość płucna (I26)	6,2	5,3	18,3	6,0	5,3	13,1
ChNM (I60-I69)	94,4	84,9	11,5	87,6	84,9	3,2
Miażdżycy (I70)	43,0	78,0	-44,6	41,1	77,7	-47,3
Mężczyźni						
ChUK (I00-I99)	584,1	559,8	4,7	534,7	558,8	-4,2
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	42,4	27,6	53,5	38,8	27,6	40,1
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	406,0	351,0	16,1	364,3	351,0	4,0
ChNS (I20-I25)	242,8	176,3	38,0	226,9	175,8	29,3
Zawał serca (I21-I22)	50,0	53,0	-5,2	45,7	52,8	-13,1
Zatorowość płucna (I26)	7,4	6,1	21,5	6,9	6,1	14,1
ChNM (I60-I69)	109,5	98,5	11,4	103,2	98,0	5,3
Miażdżycy (I70)	46,6	81,9	-42,9	46,4	81,7	-43,2
Kobiety						
ChUK (I00-I99)	397,2	368,0	8,5	362,8	367,6	-1,1
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	33,8	23,4	44,5	32,2	23,5	37,0
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	262,7	200,1	32,3	238,6	200,1	19,8
ChNS (I20-I25)	151,4	93,6	62,2	144,7	93,5	55,3
Zawał serca (I21-I22)	21,0	24,2	-12,9	20,6	24,1	-13,9
Zatorowość płucna (I26)	5,3	4,7	14,0	5,2	4,7	10,6
ChNM (I60-I69)	81,7	71,5	14,7	75,0	71,1	5,4
Miażdżycy (I70)	39,8	73,7	-45,6	37,0	73,3	-49,7

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025

Z powyższego wynika, że największa względna nadwyżka umieralności wciąż występuje w przypadku choroby nadciśnieniowej oraz choroby niedokrwiennej serca (ChNS) przy czym nadwyżka umieralności z powodu ChNS nie wynika z umieralności z powodu zawału serca, której poziom był niższy od oczekiwanego zarówno w 2022 r. jak i 2023 r. Może to być częściowy artefakt związany ze zmianami w kodowaniu przyczyn zgonu na co pośrednio wskazuje znacznie rzadsze przypisywanie zgonów miażdżycy. Powyższe wskazuje na konieczność jednoznacznego uporządkowania przyczyn zgonów i zmniejszenia odsetka rozpoznań „zgonów śmieciowych”³, co od dawna jest problemem w kraju.

Niezbędne zatem jest inwestowanie w zdrowie obywateli przez edukację i profilaktykę zdrowotną oraz określenie spójnej, kompleksowej i wieloletniej strategii działań profilaktycznych ukierunkowanych na zachowanie zdrowego stylu życia i zapobieganie chorobom. W międzynarodowych porównaniach obiektywnych wskaźników zdrowotnych, dotyczących długości trwania życia, zachorowalności, chorobowości i umieralności, prowadzonych systematycznie m.in. przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) czy Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) Polska zdecydowanie ustępuje krajom należącym do tzw. „starej Unii Europejskiej”.

³ Sformułowanie: "zgony śmieciowe", znane również jako "garbage codes" w statystyce medycznej, to kody ICD (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) używane do opisywania przyczyn zgonów, które są niedokładne, nieściśle lub niejasne.

SYNTEZA REALIZACJI NPCHUK W 2024 R.

NPChUK, przyjęty uchwałą 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, wszedł w życie z dniem 28 grudnia 2022 r., a jego realizacja rozpoczęła się w 2023 r.

Poniżej przedstawiono najważniejsze działania, podjęte w 2024 r., wpisujące się w zadania NPChUK. Działania te zostały uporządkowane według pięciu kluczowych obszarów Programu.

INWESTYCJE W KADRY

- Zakończono prace nad **nowelizacją rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.)** – w części dotyczącej standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów: pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego.

Celem nowelizacji rozporządzenia była potrzeba dostosowania kształcenia do zmieniających się potrzeb rynku pracy i postępu w dziedzinie medycyny oraz zwiększenie liczby zajęć praktycznych, mających na celu lepsze przygotowanie studentów do wykonywania zawodu w realnych warunkach.

- W ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek realizowano **kursy specjalizacyjne i kwalifikacyjne**.
- Realizowano **program pilotażowy telemonitoringu niewydolności serca** w 4 ośrodkach w kraju.

INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA

- Kontynuowano **program pilotażowy *Profilaktyka 40 PLUS***, wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS" (Dz. U. poz. 932), w tym **działania informacyjno-promocyjne dotyczące tego programu, ukierunkowane na zwiększanie świadomości Polaków w zakresie znaczenia i korzyści płynących z wykonywania badań profilaktycznych**. Realizacja programu trwała do dnia 31 maja 2025 r.

- Realizowano **kampanie społeczne** mające na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia np. *Planuję Długie Życie, Poznaj temat rosnącej wagi*.
- **Upowszechniano zasady zdrowego żywienia** m.in. przez publikację materiałów edukacyjnych na stronie internetowej Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej, a także prowadzono działania informacyjno-edukacyjne i promocyjne wśród dzieci i młodzieży.
- **Prowadzono działania ukierunkowane na rozwijanie powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia**, w szczególności w zakresie aktywności fizycznej, sposobu odżywiania i walki z otyłością, następstw spożywania alkoholu oraz używania wyrobów tytoniowych, skierowanej do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych.
- Kontynuowano **prace nad systemem przyjaznego etykietowania żywności** w zakresie znakowania żywności informacją o wartości odżywczej produktu z przodu opakowania.
- **Przeprowadzono badanie świadomości 18-latków na temat czynników ryzyka ChUK.**
- Prowadzono **Telefoniczną Poradnię Pomocy Palącym**.

INWESTYCJE W PACJENTA

- Kontynuowano **finansowanie motywacyjnych dodatków kwartalnych i rocznych dla świadczeniodawców**, realizujących świadczenia zdrowotne w ramach profilaktyki ChUK (której założenia są spójne z profilaktyką onkologiczną), związany z poziomem ich wykonania, a także współczynnik korygujący związany z polepszeniem jakości i zwiększeniem dostępności udzielanych świadczeń (w odniesieniu do programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS*).
- Kontynuowano prace nad **Ankieta Stanu Zdrowia – „10 dla Serca”** (aplikacja w ramach *mojeIKP*) oraz **Kartą Ryzyka Chorób Układu Krążenia** (wersja papierowa *www.ankiety*).
- **Opracowano i promowano koncepcję 10 dla Serca.**

INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE

- Utrzymywano i rozwijano **serwis *Pacjent w badaniach klinicznych***.
- Prowadzono **promocję badań klinicznych** skierowaną do pacjentów i lekarzy.
- Realizowano działania związane z **organizacją i utrzymaniem sieci repozytoriów próbek biologicznych w wybranych ośrodkach naukowych w odniesieniu do ChUK**.
- Prowadzono prace przygotowawcze do realizacji III edycji ogólnopolskiego pt. ***Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ)***.

- Przeprowadzono: **diagnozę stanu obecnego w obszarze kardiologii dziecięcej w Polsce, diagnozę stanu obecnego w obszarze rehabilitacji kardiologicznej u osób poniżej 18 r.ż., diagnozę stanu obecnego w obszarze rehabilitacji kardiologicznej osób dorosłych w Polsce, ocenę roli intensywnej terapii kardiologicznej w leczeniu pacjentów z chorobami układu krążenia.**
- Trwały intensywne prace nad stworzeniem projektu **ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej**. Ustawa z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779) weszła w życie w dniu 2 lipca 2025 r.
- Zakończono realizację **programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej**, ustanowionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 23, z późn. zm.), który został przyjęty w 2021 r., na terenie siedmiu województw: mazowieckiego, dolnośląskiego, łódzkiego, małopolskiego, pomorskiego, śląskiego, wielkopolskiego.
- **Sfinansowano inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny dla podmiotów leczniczych udzielających w danej lokalizacji określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które są udzielane pacjentom pediatrycznym (tj. do 18 r.ż.) lub pacjentom pełnoletnim, o łącznej wartości 153.721 tys. zł. W ramach tych środków zakupiono 30 angiografów i 77 echokardiografów. Łącznie dofinansowanie otrzymało 107 podmiotów leczniczych.**
- Przygotowywano **4 rekomendacje dotyczące wdrażania innowacji w systemie ochrony zdrowia.**
- Prowadzono **9 rejestrów medycznych z zakresu ChUK.**

KOORDYNACJA I MONITOROWANIE PROGRAMU W 2024 R.

Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu

W 2024 r. zespół odpowiedzialny za koordynację i monitorowanie NPChUK aktywnie uczestniczył w **230 spotkaniach**, których przedmiotem były w szczególności:

- 1) uzgodnienia robocze z Departamentem Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia (później Departamentem Opieki Koordynowanej);
- 2) spotkania koordynacyjne z prof. dr hab. n. med. Adamem Witkowskim – Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia do spraw NPChUK, podczas których m. in. podsumowywano działania podejmowane w ramach NPChUK, na bieżąco konsultowano tryb i sposób realizacji poszczególnych poddziałań NPChUK, omawiano działania planowane do realizacji;
- 3) współtworzenie założeń i kierunków kampanii informacyjno-promocyjnej w obszarze NPChUK;
- 4) spotkania koordynacyjne z realizatorami NPChUK z Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego, zwanego dalej „NIKARD-PIB” i spoza NIKARD-PIB;
- 5) uczestnictwo w spotkaniach zespołów merytorycznych realizujących poszczególne zadania NPChUK;
- 6) udział w posiedzeniach Krajowej Rady do spraw Kardiologii.

Członkowie Zespołu do spraw koordynacji i monitorowania Programu, od 2023 r. zaangażowani byli w opracowanie koncepcji kampanii społecznej prewencji ryzyka ChUK, która ostatecznie w dniu 16 stycznia 2024 r. została przekazana do Ministerstwa Zdrowia, zwanego dalej „MZ”.

Eksperti NIKARD-PIB współpracowali z przedstawicielami Biura Komunikacji MZ w ramach organizacji Tygodnia Zdrowia Kobiet, w którym piąty dzień przypadający na 8 marca został poświęcony kardiologii w kontekście zdrowia kobiet. Na potrzeby tego wydarzenia, opracowano treści merytoryczne przekazu, oparte wokół koncepcji *10 dla Serca*, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyk dominujących u kobiet.

Eksperti NIKARD-PIB wzięli udział w recenzji materiałów edukacyjnych opracowanych dla uczniów szkół podstawowych (klasy 4-8) oraz szkół ponadpodstawowych. Materiały docelowo mają być wykorzystywane do prowadzenia nowego przedmiotu dot. edukacji zdrowotnej.

W dniu 18 września 2024 r., podczas XXVIII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zwanego dalej „PTK” w Katowicach, odbyła się sesja poświęcona NPChUK. Prezentację otwierającą przedstawił prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski – Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK, w której omówił obszary działania Programu. Pozostała część sesji objęła tematycznie wybrane działania realizowane w 5 obszarach NPCHUK:

1. Inwestycje w kadry – Koordynatorzy opieki kardiologicznej.
2. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia – 10 dla Serca.
3. Inwestycje w pacjenta – Kompleksowa Opieka nad Pacjentem z Niewydolnością Serca (KONS).
4. Inwestycje w naukę i innowacje – Zorganizowanie i utrzymanie sieci repozytoriów próbek biologicznych.
5. Inwestycje w system opieki kardiologicznej – Krajowa Sieć Kardiologiczna.

W IV kwartale 2024 r. miały miejsce następujące aktywności członków Zespołu do spraw monitorowania i koordynacji Programu:

- 1) na bieżąco, zgodnie ze zgłaszanymi przez MZ potrzebami, dokonywano uzgodnień scenariuszy w obszarach cukrzycy, otyłości, aktywności fizycznej, na potrzeby akcji informacyjno-edukacyjnej prowadzonej przez MZ pt. *Kierunek: Życie*;
- 2) dokonano weryfikacji merytorycznej 2 scenariuszy wypowiedzi na potrzeby wystąpień w telewizji śniadaniowej (dot. nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii);
- 3) dokonano weryfikacji merytorycznej briefu dotyczącego higieny snu na potrzeby wypowiedzi w programie Dzień Dobry TVN.

W 2024 r. Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK oraz Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu uczestniczył w przygotowaniu zmian w Programie, uwzględniających aktualne potrzeby w obszarze ChUK. Opracowane zmiany w NPChUK, zostały przedstawione i przyjęte na posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Kardiologii w dniu 15 kwietnia 2024 r. Zmiana uchwały uwzględniająca powyższe, jak również inne zmiany wynikające z aktualnych potrzeb w obszarze ChUK były przedmiotem dyskusji podczas kolejnych posiedzeń Krajowej Rady do spraw Kardiologii. W dniu 18 listopada 2024 r. MZ udostępniło w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia w zakładce Ministerstwo Zdrowia>Co robimy>Legislacja>Projekty aktów prawnych, do

konsultacji publicznych i opiniowania oraz uzgodnień zewnętrznych, projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Uchwała nr 19 Rady Ministrów z dnia 11 marca 2025 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (M. P. poz. 267) weszła w życie w dniu 25 marca 2025 r.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK oraz Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu brali udział w 18 posiedzeniach Krajowej Rady do spraw Kardiologii w dniach: 22 lutego 2024 r., 15 kwietnia 2024 r., 13 maja 2024 r., 3 czerwca 2024 r., 24 czerwca 2024 r., 8 lipca 2024 r., 5 sierpnia 2024 r., 19 sierpnia 2024 r., 26 sierpnia 2024 r., 9 września 2024 r., 16 września 2024 r., 20 września 2024 r., 28 października 2024 r., 18 listopada 2024 r., 25 listopada 2024 r., 2 grudnia 2024 r., 9 grudnia 2024 r., 16 grudnia 2024 r.

Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu aktywnie uczestniczył w opracowaniu 6 Kart Inicjatyw:

1. Włączenie do bilansu rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego tzw. „bilansu 6-latka” badań przesiewowych w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej (FH) w postaci wykonania lipidogramu z krwi obwodowej.
2. Wdrożenie w polskich Oddziałach i Pododdziałach Udarowych oprogramowania do analizy postprocessingowej obrazowania mózgu oraz naczyń domózgowych i wewnątrzczaszkowych pozwalającego na rozszerzenie oraz optymalizację procesu kwalifikacji do leczenia reperfuzyjnego udaru niedokrwiennego mózgu wraz z monitorowaniem efektów wdrożenia i opracowaniem ścieżki pacjenta w systemie.
3. Krajowy system prewencji nagłego zgonu sercowego (PROTECTOR) – opracowanie i zastosowanie innowacyjnych technik komunikacyjno-informatycznych w celu skrócenia czasu rozpoznania zatrzymania krążenia i udzielenia pomocy.
4. Rejestr pacjentów leczonych w ramach Narodowego Programu Leczenia Chorych z Wstrząsem Kardiogenym w Polsce.
5. Rozszerzenie grup zawodowych uprawnionych do kierowania pacjentów z dziedzicznymi chorobami układu krążenia na refundowane badania genetyczne.
6. Rozszerzenie grup zawodowych uprawnionych do wykonywania i interpretacji badań rezonansu magnetycznego serca i dużych naczyń oraz nieinwazyjnej koronarografii (tomografii komputerowej tętnic wieńcowych).

Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu przygotowywał materiały oraz aktywnie uczestniczył w spotkaniach dwóch zespołów opiniotawczo-doradczych powołanych przy Pełnomocniku Ministra Zdrowia do spraw NPChUK:

1. Zespołu Doradczego do spraw ChUK u Dzieci – spotkanie Zespołu odbyło się w dniu 9 maja 2024 r., a efektem jego pracy była przekazana do MZ Karta Inicjatywy pn.: Włączenie do bilansu rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego tzw. „bilansu 6-latka” badań przesiewowych w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej (FH) w postaci wykonania lipidogramu z krwi obwodowej.
2. Zespołu do spraw opracowania wzoru Karty Opieki Kardiologicznej – spotkania Zespołu odbyły się w dniach: 23 sierpnia 2024 r., 4 września 2024 r., 6 września 2024 r., 13 września 2024 r., 23 września 2024 r., 30 września 2024 r., a efektem jego pracy było opracowanie założeń do elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej, które zostały przekazane do MZ w dniu 3 października 2024 r., celem dalszego wykorzystania w pracach nad opracowaniem elektronicznego narzędzia.

Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu prowadził obsługę Zespołu do spraw opracowania wzoru elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej.

W ramach współpracy podmiotów, w 2024 r. kontynuowano współpracę z utworzonym w lipcu 2023 r. Zespołem multidyscyplinarnym z udziałem Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw NPChUK oraz przedstawicieli Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT” i NIKARD-PIB.

W celu realizacji zadań NPChUK w 2024 r., Zespół do spraw koordynacji i monitorowania Programu nawiązał współpracę w ramach poszczególnych aktywności ze **130 zewnętrznymi Ekspertami merytorycznymi**, reprezentującymi w szczególności następujące podmioty:

- 1) Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu;
- 2) Centrum Medyczno-Diagnostyczne sp. z o.o. w Siedlcach;
- 3) Gdański Uniwersytet Medyczny;
- 4) Górnośląskie Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 5) Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 6) Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 7) Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki;

- 8) Instytut Kardiologii UJ CM Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie;
- 9) Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- 10) Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- 11) Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców;
- 12) Łomżyńskie Centrum Medyczne sp. z o.o.;
- 13) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 14) Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie;
- 15) Polskie Towarzystwo Lipidologiczne;
- 16) Przychodnia BaltiMed sp. z o. o. sp. k.;
- 17) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 18) SP Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie;
- 19) SP ZOZ MSWiA w Lublinie;
- 20) Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 21) Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze;
- 22) Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 23) Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- 24) Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji;
- 25) Uczelnia Łazarskiego;
- 26) Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 im. Marii Konopnickiej w Łodzi;
- 27) Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
- 28) Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 29) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 30) Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie;

- 31) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku;
- 32) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu;
- 33) Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
- 34) Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu;
- 35) Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie;
- 36) Warszawski Uniwersytet Medyczny;
- 37) Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie;
- 38) 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie;
- 39) Gdański Uniwersytet Medyczny;
- 40) Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum;
- 41) Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie;
- 42) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy;
- 43) Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku;
- 44) Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny;
- 45) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 46) Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- 47) SP ZOZ "REPTY" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach;
- 48) 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu.

Zespół do spraw koordynacji i monitorowania na bieżąco wspierał realizację zadań Programu przez liczny zespół Ekspertów merytorycznych NIKARD-PIB, który w 2024 r. liczył ponad 85 osób.

Przedstawiciele Zespołu do spraw koordynacji i monitorowania Programu aktywnie wspierali Departament Lecznictwa MZ w przygotowaniu założeń oraz rekomendacji dla postępowań konkursowych na zakup sprzętu, w celu:

- 1) wzmocnienia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w diagnostyce chorób układu krążenia przez zakup:

- a) rejestratorów typu Holter ciśnieniowy lub Holter EKG wraz z akcesoriami,
 - b) systemów prób wysiłkowych,
 - c) aparatów EKG z funkcją archiwizacji i przesyłu danych;
- 2) poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez zakup angiografów stacjonarnych oraz mobilnych z ramieniem C;
- 3) poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez zakup:
- a) echokardiografów z funkcją echokardiografii przezprzełykowej,
 - b) echokardiografów z funkcjami echokardiografii np. przezprzełykowej lub wewnątrznaczyniowej lub wewnątrzsercowej;
- 4) poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez zakup zestawów do ergospirometrii.

Powyższe propozycje zostały przedstawione Członkom Krajowej Rady do spraw Kardiologii oraz zaakceptowane przez nich w dniu 22 lutego 2024 r.

Przedstawiciele Zespołu do spraw koordynacji i monitorowania Programu aktywnie uczestniczyli w pracach związanych z opracowaniem przez MZ projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki, Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK do dnia 7 marca 2024 r., wziął udział w czterech konferencjach:

- 1) **Multiforum Interna 2024 (konferencja online) w dniu 12 stycznia 2024 r.** Kongres kierowany do młodych lekarzy oraz do wszystkich zainteresowanych problematyką interny oraz farmakoterapii. Program kongresu obejmował zagadnienia odpowiadające na najczęstsze i najtrudniejsze wyzwania internistyczne pojawiające się w codziennej pracy tej grupy lekarzy. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki był przewodniczącym *Sesji II: Nowe terapie na nowe czasy*. Przedstawił wykład pt. *Przypadek kliniczny*, w którym nawiązał do stanu realizacji NPChUK oraz przybliżył zagadnienia związane z Programem;
- 2) **II Ogólnopolska Konferencja Asocjacji Wad Zastawkowych Serca PTK w Krakowie w dniu 2 marca 2024 r.** Program naukowy konferencji obejmował łącznie 26 wykładów i warsztatów przedstawiających w sposób praktyczny możliwości diagnostyki i leczenia chorego z wadami zastawkowymi. Podczas konferencji przedstawiono możliwości nowoczesnej diagnostyki i leczenia wady aortalnej, niedomykalności zastawki mitralnej

i trójdzielnej w 2024 r. Omówiono przypadki pacjentów z wadą zastawkową serca i wielochorobowością. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki wziął udział w sesji inauguracyjnej, którą poprowadził. Profesor nawiązał do realizacji NPChUK podkreślając jego wagę również w aspekcie wad zastawkowych serca;

- 3) **IX Europejski Kongres Samorządów w Mikołajkach w dniach 4–5 marca 2024 r.** Program obejmował ponad 200 wydarzeń: bloków programowych, paneli dyskusyjnych, warsztatów, wykładów, prezentacji. Debaty poruszały m.in. problemy współczesnej urbanistyki, mechanizmów rozwoju miast i regionów, finansowania inwestycji, zarządzania miastem, ochrony środowiska, polityki zdrowotnej oraz działań samorządów w nowej rzeczywistości. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki brał udział w panelu pt. *Zmiany demograficzne a wyzwania zdrowotne wobec osób starszych* jako prelegent. Przedstawił zmiany jakie w ochronie zdrowia, również w zakresie opieki nad osobami starszymi, zostaną wypracowane i wprowadzone w ramach NPChUK;
- 4) **IX Kongres Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach w dniach 7–8 marca 2024 r.** Tematyka kongresu obejmowała wyzwania związane z ochroną zdrowia w Polsce. Debaty dotyczyły kierunków kluczowych zmian niezbędnych do przeprowadzenia w systemie ochrony zdrowia. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki brał udział jako prelegent w sesji pt. *Organizacja leczenia kardiologicznego w Polsce*. Wystąpienie dotyczyło zmian jakie w organizacji systemu ochrony zdrowia wprowadza NPChUK oraz funkcjonowanie Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanej dalej „KSK”.

Od dnia 7 marca 2024 r., zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 16), funkcję Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 pełni prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski.

Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK, wziął udział w następujących wydarzeniach:

- 1) **28 edycja Warszawskich Warsztatów Kardiologii Inwazyjnej (WCCI) w Warszawie w dniach 24-26 kwietnia 2024 r.** To jedna z najważniejszych konferencji organizowanych w Warszawie pod auspicjami Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych (AISN) PTK. Gromadzi ona kardiologów, kardiologów interwencyjnych, kardiochirurgów i specjalistów z całego świata. Multimedialne prezentacje, symultaniczne konferencje oraz interaktywne warsztaty praktyczne organizowane przez Fundację Wspierania Kardiologii Interwencyjnej odbywają się pod patronatem Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Centralnego Szpitala

Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie oraz Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej NIKARD-PIB w Warszawie. Podczas Konferencji prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski zaprezentował temat pt. *Narodowy Program Chorób Układu Krążenia czy jest miejsce na niewydolności serca*;

- 2) **Konferencja Asocjacji Niewydolności Serca PTK w dniach 7–8 czerwca 2024 r.** Program naukowy wydarzenia obejmował szerokie spektrum zagadnień dotyczących profilaktyki niewydolności serca, diagnostyki, farmakoterapii, leczenia inwazyjnego przezskórnego czy chirurgicznego, elektroterapii, problematyki ostrej i zaawansowanej niewydolności serca, wad zastawkowych, w tym mechanicznego wspomagania krążenia i transplantacji serca. Podczas konferencji prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski zaprezentował temat pt. *Narodowy Program Chorób Układu Krążenia czy jest miejsce na niewydolności serca*;
- 3) **XXVIII Międzynarodowy Kongres PTK w Katowicach, sesja systemowa w dniu 19 września 2024 r.** Sesja systemowa poprzedzająca kongres, poświęcona w całości wybranym zadaniom realizowanym w poszczególnych obszarach NPCChUK. Podczas konferencji prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski zaprezentował temat pt. *Terapia daremna w pracowni – kiedy odstąpić od interwencji?* w ramach sesji pt. *Interwencje wieńcowe u pacjentów z wysokim ryzykiem klinicznym* oraz temat pt. *Wytyczne ESC dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych* w ramach sesji pt. *Najnowsze wytyczne ESC/PTK 2024*”;
- 4) **XXVIII Międzynarodowy Kongres PTK w Katowicach, sesja specjalna w dniu 20 września 2024 r.** Otwarte posiedzenie Krajowej Rady do spraw Kardiologii z udziałem Minister Zdrowia – przedstawienie założeń ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej;
- 5) **XVI Konferencja Aktualności w Kardiologii Interwencyjnej w dniach 4–5 października 2024 r.** Tematyka konferencji obejmowała aktualne zagadnienia z zakresu szeroko pojętej kardiologii interwencyjnej. W sesji poświęconej aktualnościom w kardiologii w 2024 r. prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski przedstawił wykład pt. *Narodowy Program Chorób Układu Krążenia; Sieć Kardiologiczna*;
- 6) **II Beskidzka Akademia Kardiologii i Innowacji Medycznych w Bielsko-Białej w dniu 7 listopada 2024 r.** Podczas wydarzenia omawiane były najnowsze innowacje medyczne oraz istotne obszary medycyny, takie jak badania kliniczne w dziedzinie sercowo-naczyniowej, diagnostyka obrazowa serca i naczyń, nowoczesne metody leczenia wad strukturalnych i chirurgii naczyniowej. Jednym z tematów była również dyskusja nt. roli aktywności fizycznej w dziedzinie kardiologii oraz omówienie interdyscyplinarnych wyzwań, stawianych przed lekarzami różnych specjalizacji w codziennej praktyce

ambulatoryjnej. Podczas wydarzenia prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski zaprezentował temat pt. *Interwencyjna terapia opornego nadciśnienia tętniczego*;

- 7) **XVII Konferencja Naukowa Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK – Kardiologia Prewencyjna 2024 w Krakowie w dniach 15–16 listopada 2024 r.** Podczas konferencji prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski przedstawił wykład pt. *Narodowy Program Chorób Układu Krążenia: dokąd zmierzamy?* w którym omówił obszary działania w ramach NPChUK;
- 8) **New Frontiers in Interventional Cardiology (NFIC) – konferencja Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK w dniach 4–6 grudnia 2024 r.** Podczas konferencji prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski zaprezentował temat pt. *TAVI-Life time management*.

Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK, udzielił następujących wywiadów:

- 1) Emilia Grzela, *Prof. Witkowski o przełomowym programie dla polskiej kardiologii: celem jest niższa umieralność*, Puls Medycyny, opublikowany 6 sierpnia 2024 r. [link do artykułu](#);
- 2) Anna Kopras-Fijołek, *Prof. Adam Witkowski: Najlepsze metody nie zastąpią prewencji*, Wprost/NewsMed, opublikowany 17 września 2024 r. [link do artykułu](#);
- 3) *Prof. Witkowski – Wytyczne ESC dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych*, XXVIII Międzynarodowy Kongres PTK w Katowicach, Gazeta Kongresowa nr 2, 20 września 2024 r.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK, prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, przygotował na wniosek MZ:

- 1) opinię dotyczącą budowy Centrum Sercowo-Naczyniowego na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu (USK);
- 2) opinię w sprawie utworzenia ośrodków dla młodych dorosłych z wadami serca.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK, prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, aktywnie uczestniczył w pracach:

- 1) nad przygotowaniem zmian w Programie, uwzględniających aktualne potrzeby w obszarze ChUK. Opracowane zmiany w NPChUK zostały przedstawione i przyjęte na posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Kardiologii w dniu 15 kwietnia 2024 r. Celem projektowanych zmian było dokonanie aktualizacji terminów i zakresu działań realizowanych w ramach NPChUK. Istotną zmianą było odejście od sporządzania rocznych harmonogramów wdrażania NPChUK na rzecz jednego harmonogramu na lata 2022-2032. Wprowadzenie

zmian było podyktowane koniecznością uwzględnienia faktycznego stanu implementacji poszczególnych działań, doprecyzowania ich zakresu oraz usprawnienia wdrażania Programu przez uniknięcie corocznej aktualizacji harmonogramu na rzecz jego aktualizacji w przypadku wystąpienia zmian. Modyfikacja NPChUK i kompleksowej strategii kardiologicznej miała na celu zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia. Oczekiwanym efektem było dostosowanie przepisów do realnego stanu wdrażania NPChUK oraz efektywniejsze wdrażanie NPChUK w pięciu głównych obszarach którymi są:

- a) Inwestycje w kadry,
- b) Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia,
- c) Inwestycje w pacjenta,
- d) Inwestycje w naukę i innowacje,
- e) Inwestycje w system opieki kardiologicznej.

Zakres zmian NPChUK obejmował:

- a) uszczegółowienie niektórych poddziałań, doprecyzowanie ich zakresu bądź połączenie poddziałań zbieżnych, co pozwoliło na uniknięcie niepotrzebnego mnożenia zadań. Zmiana wynikała z ponownej analizy zakresu działań merytorycznych w świetle informacji uzyskanych od komórek organizacyjnych MZ oraz innych jednostek w trakcie wdrażania NPChUK,
 - b) działania związane z wdrażaniem w ramach NPChUK zadań związanych z KSK, co ułatwiło dalsze ogólnokrajowe prace związane z wdrożeniem ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej,
 - c) dostosowanie przepisów 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 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) określającego m. in. osobę pełniącą funkcję Pełnomocnika, zakres zadań Pełnomocnika, a także aktualizację zakresów zadań NPChUK przyjętych przez Krajową Radę do spraw Kardiologii;
- 2) związanych z opracowaniem przez MZ projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej;

- 3) pracach interdyscyplinarnych zespołów merytorycznych powołanych do opracowania standardów diagnostyczno-terapeutycznych oraz organizacyjnych w poszczególnych jednostkach chorobowych ChUK, wzoru elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej.

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

I.INWESTYCJE W KADRY



CEL

POPRAWA SYTUACJI KADROWEJ

I JAKOŚCI KSZTAŁCENIA W KARDIOLOGII I DZIEDZINACH POKREWNYCH

1

Inwestycje w kadry

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

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

Przedmiotowe zadanie dotyczące NPChUK rozpoczęło się 3 grudnia 2021 r. wprowadzeniem zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty, a zakończyło się wejściem w życie rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z 29 września 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. poz. 2152).

W 2024 r. nie wystąpiły okoliczności, które wymagałyby wprowadzenia kolejnych zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, Minister Edukacji i Nauki

Źródło finansowania:

budżet Ministra Edukacji i Nauki (w ramach zadań własnych), budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych; bez NPChUK)

1

Inwestycje w kadry

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

1.2. Przegląd i nowelizacja standardów kształcenia na studiach dla kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i fizjoterapia 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 kardiologicznym, w szczególności z wykorzystaniem centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej

W dniu 22 lutego 2024 r. Departament Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, zwanego dalej „MNiSW” przesłał pismo o numerze DSW-WKS.072.5.2024.KR do Departamentu Lecznictwa MZ, w sprawie podjętych aktywności związanych ze standardami kształcenia przygotowującymi do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej, i ratownika medycznego.

W piśmie tym, MNiSW poinformowało MZ, że na wniosek i we współpracy z MZ trwają prace nad zmianą rozporządzenia z dnia 29 września 2023 r. w zakresie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty, fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 2152). Rozporządzenie było wydane przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia (art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 571, z późn. zm.)).

W dniu 18 marca 2024 r. Departament Rozwoju Kadr Medycznych MZ przesłał do Departamentu Lecznictwa MZ pismo (w odpowiedzi na pismo z dnia 15 lutego 2024 r., znak: DLK.4020.1.2023.DG), dotyczące potrzeby uaktualnienia informacji o podejmowanych przez

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, Minister Edukacji i Nauki

Źródło finansowania:

budżet Ministra Edukacji i Nauki (w ramach zadań własnych), budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych; bez NPChUK)

MZ działaniach adresujących tematykę ChUK i odpowiadających na problemy w dziedzinach kardiologii i pokrewnych. W zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek podano, że w ramach kształcenia zawodowego na studiach pierwszego stopnia, na kierunku pielęgniarstwo, studenci realizowali treści kształcenia w zakresie ChUK. Natomiast w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarki realizowały przedmiotowe treści, w szczególności w ramach:

- 1) kursu specjalistycznego *Edukator w chorobach układu krążenia* – liczba pielęgniarek, która ukończyła w 2023 r. ten kurs wynosiła 1.797 (nowy kurs – zatwierdzony w listopadzie 2022 r.);
- 2) kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego – liczba pielęgniarek, które ukończyły ten kurs w latach 2000-2024 wynosiła 2.744;
- 3) szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego i zachowawczego – liczba pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w tej dziedzinie kształcenia w latach 2002-2024 wynosiła 20.521, w tym w 2024 r. w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego – 2.730.

Dodatkowo liczba pielęgniarek, które posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie **pielęgniarstwa kardiologicznego wynosiła 2.423** (obecnie szkolenie to nie jest realizowane, ostatnia możliwość rozpoczęcia kształcenia w tej dziedzinie była w sierpniu 2015 r., jednak osoby posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego w dalszym ciągu pozostają w systemie opieki zdrowotnej).

W 2024 r. Ministerstwo Edukacji i Nauki, zwane dalej „MEiN”, oraz MZ zakończyły wspólne działania mające na celu **sfinalizowanie prac nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego** (Dz. U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.) – **w części dotyczącej zawodów pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego**. W wyniku tych działań, załączniki nr 4, 5 i 8 do rozporządzenia otrzymały nowe brzmienie, określone odpowiednio w załącznikach nr 1–3 do rozporządzenia Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. poz. 1514), ogłoszonego w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 października 2024 r.

Standardy kształcenia przygotowującego do **wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego na studiach pierwszego stopnia**, zmienione w treści w załącznikach 1-3 do rozporządzenia z dnia 10 października 2024 r., w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, mają zastosowanie do kształcenia na studiach odpowiednio na kierunku pielęgniarstwo, kierunku położnictwo i kierunku ratownictwo medyczne, począwszy od cyklu kształcenia rozpoczynającego się od roku akademickiego 2025/2026.

Standard kształcenia przygotowującego do **wykonywania zawodu ratownika medycznego na studiach drugiego stopnia**, zmieniony w treści w załącznikach 1-3 do rozporządzenia z dnia 10 października 2024 r., w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, ma zastosowanie do kształcenia na studiach na kierunku ratownictwo medyczne, począwszy od cyklu kształcenia rozpoczynającego się od roku akademickiego 2024/2025.

Celem nowelizacji rozporządzenia, dotyczącego standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, w części dotyczącej zawodu pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego była poprawa jakości kształcenia na uczelniach medycznych, w szczególności:

- 1) **potrzeba dostosowania kształcenia do zmieniających się potrzeb rynku pracy i postępu w dziedzinie medycyny** – nowe standardy mają uwzględniać dynamiczny rozwój nauk medycznych i technologiczny postęp, co wymaga od absolwentów odpowiednich kompetencji i umiejętności;
- 2) **większy nacisk na praktyczne aspekty kształcenia** – zwiększenie liczby zajęć praktycznych ma na celu lepsze przygotowanie studentów do wykonywania zawodu w realnych warunkach.

Poniżej wymienione kwestie, uzgodnione przez MEiN oraz MZ, zostały uznane za szczególnie istotne z punktu widzenia dbałości o możliwie najwyższą jakość kształcenia oraz spełniające oczekiwania środowiska studentów na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne.

1. Wybrane zmiany dotyczące profilu studiów pielęgniarstkich:

- 1) struktura godzin i punktów ECTS (Europejski System Transferu i Akumulacji Punktów – European Credit Transfer and Accumulation System):
 - a) nauki społeczne i humanistyczne – zmniejszenie liczby godzin do 380 h/15 ECTS z 420 h/17 ECTS,

- b) podstawy opieki pielęgniarskiej – zwiększenie liczby godzin do 640 h/24 ECTS z 600 h/22 ECTS;
- 2) kształcenie na odległość – zwiększenie liczby godzin nauczania zdalnego dotyczących wykładów z 10% ECTS do 30% ECTS ;
- 3) praca własna studenta w grupie zajęć A–D do 30% h (łącznie max 726 h) – zmniejszenie liczby godzin na pracę własną studentów;
- 4) efekty uczenia się – wprowadzono bardziej rozbudowany opis kompetencji, który zawiera bardzo szczegółowe efekty dla każdej dziedziny wiedzy;
- 5) infrastruktura dydaktyczna – wprowadzono obowiązek posiadania pracowni pozwalających na zdobywanie umiejętności w warunkach symulowanych (pracownie umiejętności pielęgniarskich);
- 6) wyraźny nacisk na profil praktyczny studiów – bardzo szeroki zakres miejsc odbywania praktyk m.in. oddziały neonatologiczne, punkty szczepień.

2. Wybrane zmiany dotyczące profilu studiów położniczych:

- 1) wyraźny nacisk na profil praktyczny studiów oraz na „wysoką wierność symulacyjną” w pracowniach;
- 2) nauczanie zdalne – zwiększenie liczby godzin nauczania zdalnego z 10% ECTS do 30% ECTS co do zajęć z wykładów;
- 3) wprowadzono konieczność nabycia wiedzy z zakresu: immunologii, niepłodności, szczepień, komunikacji w zespole interdyscyplinarnym, myślenia w warunkach krytycznych, EKG, onkologii ginekologicznej, uroginekologii, promocji zdrowia seksualnego.

3. Wybrane zmiany dotyczące profilu studiów ratownictwa medycznego:

- 1) wprowadzono praktyki zawodowe w dyspozytorni i na oddziałach: ginekologia, psychiatria oraz izbie przyjęć;
- 2) wprowadzono do kształcenia wiedzę z zakresu szczepień, komunikacji z rodziną, elementów zarządzania jakością, nauki o języku migowym;
- 3) wprowadzono do kształcenia wiedzę z zakresu telemedycyny, zarządzania jakością, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej.

Nowelizacja rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty

laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, dotyczącego kształcenia na studiach na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne, miała na celu opracowanie ulepszonych standardów nauczania dopasowanych do bieżących potrzeb rynku pracy, zmieniających się technologii oraz postępu w dziedzinie medycyny, kładąc nacisk na praktyczny profil edukacji.

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

1

Inwestycje w kadry

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

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

Za aktualizację programów specjalizacyjnych lekarzy i lekarzy dentyistów odpowiedzialny jest, zgodnie z art. 16f ust. 4 i 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm), Zespół ekspertów powołany przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Program specjalizacji redaguje Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego⁴, zwane dalej „CMKP” i zatwierdza Minister Zdrowia.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, CMKP,
NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

Każdy program specjalizacji przewiduje w standardzie akredytacji warunki, jakie musi spełnić jednostka w celu zapewnienia realizacji programu specjalizacji. Jednym z warunków jest podpisanie umów z jednostkami akredytowanymi na realizację procedur medycznych lub staży kierunkowych określonych w programie specjalizacji, których jednostka nie zapewnia w ramach swojej struktury organizacyjnej. Powyższe pozwala na elastyczne działania jednostki prowadzącej szkolenie i skierowanie lekarza do innych jednostek akredytowanych celem poznania przez niego technik wysokospecjalistycznych realizowanych za pośrednictwem najnowocześniejszej aparatury medycznej. Zapewnienie odpowiedniej jakości szkolenia danego lekarza spoczywa na jednostce akredytowanej, z którą lekarz podpisał umowę w sprawie szkolenia specjalizacyjnego.

⁴ Od 1 stycznia 2025 r. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych zostało zlikwidowane, a jego zadania przejęło CMKP, które zmienia nazwę na Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

W kolejnych latach realizacji Programu dokonany zostanie przegląd dotychczas realizowanych programów specjalizacji w dziedzinach z zakresu ChUK oraz medycyny rodzinnej i medycyny pracy pod kątem aktualnych wytycznych międzynarodowych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia kardiologicznego, z uwzględnieniem wykorzystania centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej. Na podstawie dokonanego przeglądu zaproponowana będzie ewentualna zmiana programów specjalizacji w dziedzinach z zakresu ChUK.

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu, a także po jego zakończeniu jako zadanie realizowane w sposób ciągły, dostosowujący do aktualnej wiedzy i technologii medycznej.

1

Inwestycje w kadry

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

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

Prowadzenie, w ramach NPChUK, kampanii informacyjno-promocyjnej wśród studentów medycyny dotyczącej wyboru dziedzin z obszaru ChUK, jako ścieżki dalszego rozwoju zawodowego po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego zaplanowano do realizacji od 2025 r.

Zadanie będzie realizowane w oparciu o wypracowaną wspólnie z MZ strategię komunikacji. Na 2025 r. zaplanowano uruchomienie portalu informacyjnego *kardiologia.gov.pl*, jako platformy edukacyjno-promocyjnej, za pośrednictwem której będzie można promować badania przesiewowe, prowadzić edukację i promocję zdrowego trybu życia w oparciu o koncepcję *10 dla Serca*, zwiększać świadomość odbiorców w zakresie ChUK. Portal będzie przeznaczony zarówno ogółowi społeczeństwa jak i personelowi medycznemu, zarówno na etapie kształcenia jak również w trakcie wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, ratownika itp. Kolejnymi grupami, do których będą kierowane treści edukacyjne są koordynatorzy opieki kardiologicznej w ramach KSK oraz instytucje i podmioty lecznicze.

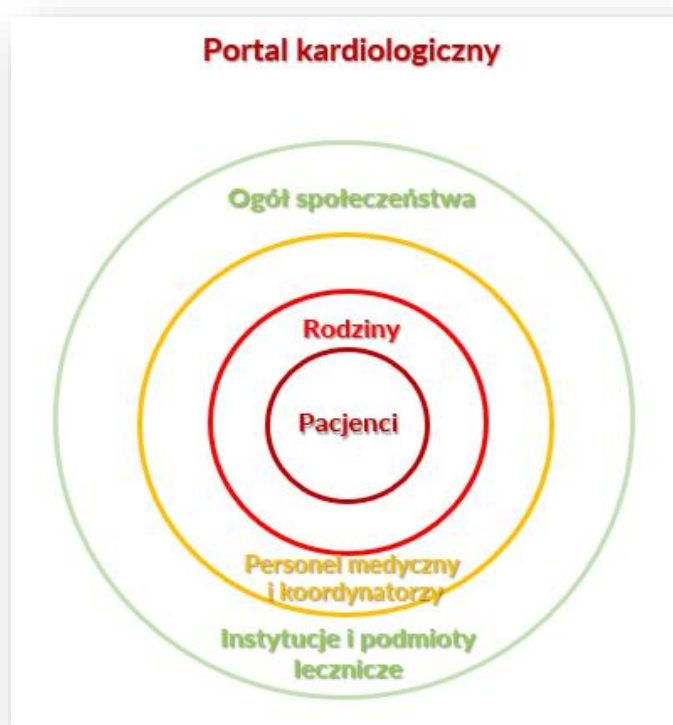
Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, CMKP,
NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

Rysunek 1. Schemat funkcjonowania platformy informacyjnej *kardiologia.gov.pl*



Źródło: opracowanie własne

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

1

Inwestycje w kadry

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

1.5. Dokonanie 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 uwzględnieniem wykorzystania centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej

W 2024 r. nie dokonano 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 uwzględnieniem wykorzystania centrów zaawansowanych technik symulacji medycznej.

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

CKPPIP, NIKARD-PIB

Źródło finansowania:
budżet NPChUK

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

Inwestycje w kadry

1

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

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

Otyłość jest chorobą, której przyczyny są złożone i wymagające leczenia przyczynowego. W Polsce na otyłość choruje ok. 9 mln osób. Choroba ta prowadzi do wielu powikłań zdrowotnych, takich jak cukrzyca typu 2 czy nadciśnienie. Jest ona czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów, które są głównymi przyczynami zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej. Nierozpoznana i nieleczona otyłość prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, jak również problemów psychologicznych i społecznych.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

CKPPIP, CMKP, NIKARD-
PIB

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

W 2024 r. interwencje z zakresu przeciwdziałania otyłości oraz uzależnieniu od tytoniu skupiły się wokół wydarzeń o charakterze edukacyjno-informacyjnym.

Pracownicy CMKP, tj. prof. Teresa Jackowska – kierownik Kliniki Pediatrii CMKP, prof. Wojciech Bik – zastępca dyrektora CMKP do spraw dydaktycznych i naukowych i prof. Robert Gil – kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CMKP, w 2024 r. byli uczestnikami konferencji *Poznaj temat rosnącej wagi*⁵⁵. Wydarzenie zostało zorganizowane 5 września 2024 r. w Sejmie przez wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej Monikę Wielichowską oraz Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Prof. Teresa Jackowska w panelu pt. *Choroba otyłościowa u dzieci* mówiła o znaczeniu profilaktyki. Prof. Robert Gil w panelu pt. *Wieloaspektowe znaczenie otyłości* wyjaśniał, kiedy i jak kardiolog powinien pomóc pacjentowi z chorobą otyłościową. Prof.

⁵⁵ <https://www.cmkp.edu.pl/aktualnosci/pracownicy-cmkp-uczestnikami-konferencji-poznaj-temat-rosnacej-wagi>

Wojciech Bik w sesji pt. *Moderowane wypowiedzi ekspertów* przedstawił zagadnienie profilaktyki, leczenia nadwagi i otyłości jako prewencję zespołów otępiennych, w tym choroby Alzheimera. W konferencji wzięli udział m.in.: Monika Wielichowska – wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, Izabela Leszczyna – minister zdrowia, Barbara Nowacka – minister edukacji narodowej i Piotr Borys – wiceminister sportu i turystyki, a także prof. Piotr Ponikowski – rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i prof. Marzena Dominiak – prorektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu do spraw umiędzynarodowienia uczelni.

Wydarzenie zainicjowało ogólnopolską kampanię społeczną pt. „*Poznaj temat rosnącej wagi*”, której celem jest promocja zdrowego stylu życia, a przede wszystkim podniesienie, w szczególności u dzieci i ich rodziców, świadomości na temat negatywnego wpływu cukru i otyłości na zdrowie.

Dnia 14 listopada 2024 r. odbyła się również konferencja pt. *Otyłość – powikłania i leczenie*. Udział w wydarzeniu wzięli uznani eksperci z dziedziny medycyny i nauki, którzy zaprezentowali najnowsze wyniki badań oraz praktyczne podejście terapeutyczne. Konferencja miała na celu poszerzenie wiedzy z zakresu nowoczesnych metod leczenia otyłości oraz omówienie poważnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z choroby otyłościowej.

Należy nadmienić, że Rzecznik Praw Obywatelskich przekazał Prezesowi Rady Ministrów postulaty ekspertów i organizacji społecznych dotyczące działań, jakie państwo powinno podjąć, aby zmniejszyć społeczne skutki uzależnienia m. in. od wyrobów nikotynowych. Za konieczne eksperci uznali m. in. konieczność wypracowania długofalowego programu edukacji antytytoniowej i promocji zachowań prozdrowotnych, skierowanego w szczególności do najmłodszych.

Powyższe aktywności oraz wciąż pogłębiający się problem znajdzie w kolejnych latach realizacji NPChUK szczególne miejsce.

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

1

Inwestycje w kadry

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

1.7. Przeprowadzenie pilotażu modeli telemedycznych w dziedzinie kardiologii i jego ewaluacja

Program pilotażowy pt. *Poprawa dostępu do usług opieki zdrowotnej w zakresie telemedycyny i e-zdrowia – Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca.*

Realizator: NIKARD-PIB

Projekt finansowany był z programu *Zdrowie* w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i budżetu państwa.

Celem projektu było podniesienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego oraz poprawa jakości życia chorych z niewydolnością serca przez zapewnienie skoordynowanej opieki tradycyjnej i telemedycznej oraz działania edukacyjne. W ramach projektu testowano model telemedycznej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, wykorzystując do tego specjalną platformę internetową. Środki na realizację projektu pochodzą z programu *Zdrowie* w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (85%) oraz budżetu państwa (15%). Jego całkowita wartość wyniosła 2.212.186,62 zł.

Rekrutacja do projektu odbywała się wśród chorych z niewydolnością serca, leczonych w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz w poradniach kardiologicznych realizujących projekt w ramach partnerstwa. Ostatecznie do końca stycznia 2024 r. w programie pilotażowym wzięło udział w sumie 424 chorych z niewydolnością serca w średnim wieku 65 lat, przy czym najstarszy pacjent miał 93 lata. Dużym sukcesem było objęcie opieką licznej grupy pacjentów w wieku podeszłym. W ramach monitorowania chorzy wykonali blisko 85 tysięcy

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia we
współpracy z NIKARD-PIB,
PIB

Źródło finansowania:

budżet ministra
właściwego do spraw
zdrowia (w ramach zadań
własnych) oraz budżet
NPChUK

pomiarów ciśnienia, tętna i masy ciała, z czego nieco ponad 30 tys. wykraczało poza ustalone limity normy dla danego chorego i wymagało analizy zespołu lekarskiego prowadzącego nadzór nad monitoringiem.

64% pacjentów, którzy wypełnili ankietę, było zadowolonych z zaproponowanych w projekcie rozwiązań (połowa z nich oceniła bardzo wysoko zaproponowane rozwiązanie), a 83% chorych bardzo dobrze oceniło konieczność codziennych pomiarów parametrów życiowych. Z kolei 55% badanych zadeklarowało dalsze samodzielne pomiary w przyszłości.

Telemonitoring wymagał od pacjenta większego zaangażowania w proces leczenia, w którym samoobserwacja i umiejętność reagowania na niepokojące objawy miała kluczowe znaczenie. Intensywne angażowanie pacjentów w proces leczniczy zwiększało ich poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Dodatkowo, zaproponowane w projekcie rozwiązania telemedyczne zmniejszyły obciążenie chorych związane z dojazdem do podmiotów leczniczych, wyrównując przy tym szanse na dostęp do opieki lekarskiej osobom mniej sprawnym fizycznie lub zamieszkującym tereny wykluczone lub zamieszkującym obszary o utrudnionym dostępie do tej opieki. Takie podejście nie ograniczało jednak bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Pacjenci korzystali z zaplanowanych regularnych comiesięcznych wizyt i telekonsultacji lekarskich bądź pielęgniarskich, a w razie potrzeby umawiane były tradycyjne stacjonarne porady lekarskie lub pielęgniarskie.

Projekt był realizowany przez NIKARD-PIB w partnerstwie z 11 świadczeniodawcami POZ (CMD sp. z o.o., przychodnie w Siedlcach, Mińsku Mazowieckim, Łukowie, Wielgolesie, Sterdyni, Nurze, Żelechowie, Hołubli i Domanicach; Łomżyńskie Centrum Medyczne sp. z o.o. oraz Przychodnia Baltimed sp. z o.o., sp. k. w Gdańsku) oraz Stowarzyszeniem Transplantacji Serca im. prof. Zbigniewa Religi.

Prace związane z realizacją zadania zakończyły się w I kwartale 2024 r.

Realizator: Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca w Katowicach

Projekt był finansowany z programu *Zdrowie* w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i budżetu państwa.

Podstawowym założeniem projektu realizującym poniżej wskazane cele szczegółowe była realizacja programu pilotażowego polegającego na przetestowaniu w warunkach rzeczywistych modelu świadczenia usług telemedycznych dla pacjentów z niewydolnością serca na terytorium województwa śląskiego, aby zebrać doświadczenia, ulepszyć model i docelowo wdrożyć go w całym kraju.

Cele szczegółowe prowadzonych działań w projekcie ukierunkowane były na:

- 1) przetestowanie i wykorzystanie nowoczesnych narzędzi telemedycznych w celu zapewnienia pacjentom cierpiącym na niewydolność serca opieki medycznej na najwyższym poziomie, w tym w szczególności osobom mieszkającym lub przebywającym w małych miejscowościach, mającym utrudniony dostęp do światowej klasy specjalistów i nowoczesnego sprzętu;
- 2) poprawę dostępu do usług opieki zdrowotnej (telemedycyna i e-zdrowie) przez wdrożenie usługi opieki zdrowotnej świadczonej z pomocą zakupionego nowoczesnego sprzętu, tj. telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca.

Ponadto, założeniem projektu było przeprowadzenie działań profilaktycznych w zakresie niewydolności serca.

Korzyści wynikające z realizacji przedmiotowego projektu to:

- 1) redukcja liczby hospitalizacji, a co za tym idzie, poprawa rokowania pacjentów oraz jakości ich życia dzięki skoordynowaniu działań medycznych realizowanych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych;
- 2) zaoszczędzenie funduszy przeznaczonych na leczenie pacjenta według dotychczasowej ścieżki postępowania;
- 3) kompleksowa opieka ambulatoryjna w ośrodkach POZ w oparciu o sprawną wymianę informacji na platformie internetowej między personelem medycznym opiekującym się pacjentem (w POZ i poza nim) a pacjentem;
- 4) świadczenie usług medycznych również w sytuacji epidemicznej (izolacja, wizyta stacjonarna wyłącznie w razie niezbędnej konieczności);
- 5) zniwelowanie bariery geograficznej w świadczeniu usług medycznych dzięki telemedycynie;
- 6) zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, w tym poprawa dostępu do usług opieki zdrowotnej w zakresie telemedycyny i e-zdrowia;
- 7) możliwość skorzystania z doświadczeń międzynarodowych.

W ramach programu pilotażowego opieką objętych miało zostać docelowo 510 pacjentów z niewydolnością układu serca, natomiast już na koniec 2023 r. liczba ta wynosiła 513. Bezpośrednią grupą docelową projektu byli pełnoletni pacjenci z rozpoznaniem niewydolności serca, włączani do pilotażu zarówno pod koniec hospitalizacji jak i podczas wizyt ambulatoryjnych (AOS i POZ).

Projekt realizowany był w partnerstwie z 10 POZ (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Vita” T. Janota, B. Noga-Piecuch sp. j. w Pietrzykowicach, Poradnia Rodzinna w Skoczowie sp. z o.o., Prywatna Przychodnia Specjalistyczna Drozd sp. z o.o. w Katowicach, Gardmed sp. z o.o. w Pilicy, Gyncentrum sp. z o.o. w Katowicach, Praktyka Lekarska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kostka, Mrózek, Pecold Spółka Partnerska w Goleszowie, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej TRIMED sp. z o.o. w Zebrzydowicach, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED S.C. Joanna Wawrzyczek, Dorota Dziewior w Pruchnej, INTER-MED Ewa Rogóż, Janusz Rogóż S.C. w Sosnowcu, Poradnia POZ ASKLEPION-MED. S.C. oraz partnerem norweskim Åpenhet AS Oslo, Norwegia.

Prace związane z realizacją zadania zakończyły się w I kwartale 2024 r.

Realizator: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie

Projekt finansowany był z programu *Zdrowie* w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i budżetu państwa.

Nadrzędnym celem projektu była poprawa profilaktyki i zmniejszenie nierówności w zdrowiu, który zostanie osiągnięty przez wdrożenie rezultatu programowego, tj. zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, w tym poprawę dostępu do usług opieki zdrowotnej w zakresie telemedycyny i e-zdrowia.

Rezultat projektu miał zostać osiągnięty przez objęcie 510 osób chorych na niewydolność serca usługami z wykorzystaniem diagnozy i leczenia za pomocą telemedycyny oraz co najmniej 50 pacjentów dodatkowo usługami rozszerzonymi telemedycznymi w postaci telemonitoringu zaburzeń rytmu serca z wykorzystaniem domowych event-holterów. Należy wskazać, że do końca stycznia 2024 r. przebadano 439 pacjentów.

Oczekiwane efekty projektu:

- 1) zwiększenie świadomości pacjentów ich choroby i potrzeby regularnego monitorowania się;
- 2) zmniejszenie barier cyfrowych przez edukację i bieżące stałe wsparcie pacjentów przez POZ z nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i możliwości komunikowania się na odległość, jak również przez infolinię dla pacjentów;
- 3) zmniejszenie barier geograficznych przez zastosowanie narzędzi telemedycznych;
- 4) zwiększenie świadomości o chorobie samych lekarzy POZ;
- 5) wyposażenie lekarzy POZ w bardziej efektywne narzędzia diagnostyczne i monitorujące;

- 6) zaangażowanie pacjentów w aktywny udział w życiu organizacji pacjenckich, przez umożliwienie im poznania tych fundacji, zakresu działania i możliwych form wsparcia, które głównie koncentrują się na edukacji i promocji zdrowia.

Projekt realizowany był w partnerstwie z 12 podmiotami leczniczymi POZ (BAN-MED sp. z o.o., sp. k. w Dobrzechowie, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej „Widok” sp. j. Maciej Pigoń, Maria Stebel w Skierniewicach, Zdzisław Szafran Centrum Medyczne DYNMED w Dynowie, Centrum Medyczne Kleosin Wieliczko z Kleosina, Gminny Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego w Ożarowie Mazowieckim, Centrum Medyczne MEDMAR sp. z o.o. w Krościenku Wyżnym, Panaceum Pruchnik sp. z o.o., sp. k. w Pruchniku, Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Krempnej, Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych Familia sp. z o.o. w Siemianowicach Śląskich, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SOKRATES R. Małecka, M. Małecki sp. k. w Rzeszowie), Centrum Medycznym TOMMED sp. z o.o. Ośrodkiem Diagnostyki w Katowicach oraz Uniwersytetem Rzeszowskim.

Prace związane z realizacją zadania zakończyły się w I kwartale 2024 r.

Realizator: Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Projekt finansowany był z programu *Zdrowie* w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i budżetu państwa.

Celem głównym projektu było podniesienie bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawa jakości życia pacjentów z niewydolnością serca.

Cele szczegółowe prowadzonych działań w projekcie ukierunkowane były na:

- 1) przeprowadzenie i przetestowanie w warunkach rzeczywistych projektu wdrożeniowego z zakresu telemedycyny w dziedzinie kardiologii;
- 2) przeprowadzenie działań profilaktycznych w tym zakresie;
- 3) profilaktyka zaostrzeń niewydolności serca i zgonów sercowo-naczyniowych.

W ramach projektu pilotażowego opieką miało zostać objętych 450 pacjentów z niewydolnością układu serca. Bezpośrednią grupą docelową projektu są pełnoletni pacjenci z rozpoznaniem niewydolności serca. Należy wskazać, że do końca stycznia 2024 r. przebadano 402 pacjentów.

W projekcie pilotażowym była wykorzystywana specjalna platforma internetowa, która służyła do koordynacji działań wokół pacjenta oraz jako narzędzie edukacyjne dla chorych. Platforma

umożliwiała pozyskiwanie danych medycznych i zarządzanie nimi przez lekarzy i pielęgniarki, jak również stanowiła narzędzie do świadczenia usług tzn. teleporad, zdalnego monitoringu.

Projekt realizowany był w partnerstwie z 6 podmiotami leczniczymi POZ (Centrum Medyczne Zamkowa sp. z o.o. sp. k. w Pabianicach, Przychodnia Łodzianka Strumiłło sp. j. w Łodzi, Medigab Marian Gabrysiak NZOZ Poradnia Pojezierska w Łodzi, NZOZ Le-Med. Paweł Lewek w Łodzi, CM Retkińska Gładysz i Wspólnicy sp. j. w Łodzi, Luxmedicum Głowacki, Wiśniewski, Żebrowski sp. j. w Łodzi) oraz partnerem norweskim Institute of Media and Social Sciences w Stravanger.

Prace związane z realizacją zadania zakończyły się w I kwartale 2024 r.

Projekt: *E-Konsylium – wdrożenie modelu zdalnych konsultacji kardiologicznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej*

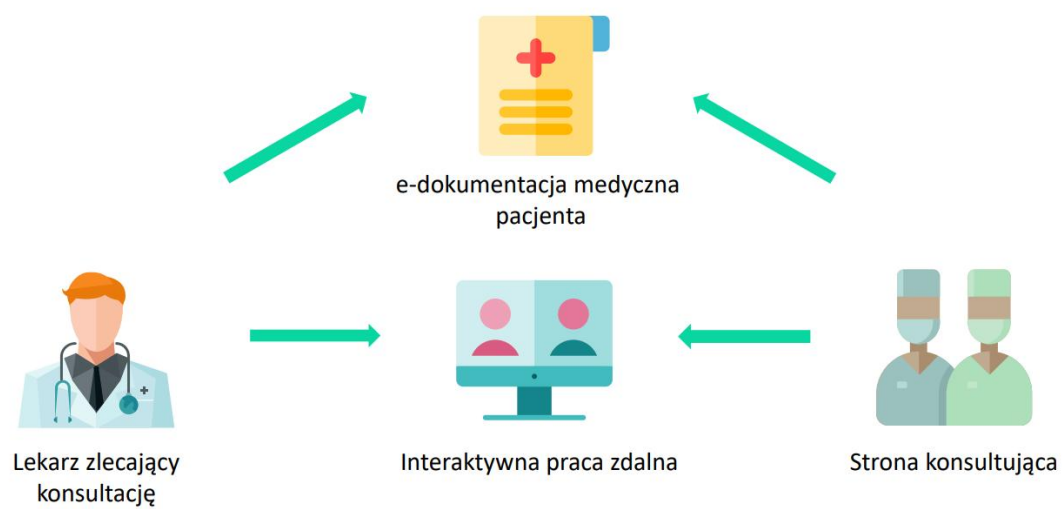
W dniu 22 października 2024 r. podpisano decyzję o dofinansowaniu projektu pt. *E-Konsylium II – realizacja zdalnych konsultacji medycznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej* realizowanego przez Departament e-Zdrowia MZ. Projekt będzie realizowany w ramach Działania: 04.15 Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia (Decyzja: FERS.04.15-IP.07-0002/24 dla projektu nr FERS.04.15-IP.07-0002/24). Całkowita wartość projektu to 119.374.310 zł, z czego wkład Funduszy Europejskich to kwota 98.507.680,61 zł. Celem projektu jest zapewnienie równego dostępu do wysokospecjalistycznych konsultacji w procesie diagnozy pacjentów i pacjentek w zakresie chorób płuc, hematologii, onkologii, kardiologii oraz chorób rzadkich u dzieci.

Projekt skierowany będzie do:

- 1) podmiotów leczniczych z całego kraju (594 podmiotów), wykonujących szpitalną działalność leczniczą, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) oraz POZ, posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”;
- 2) pracowników podmiotów leczniczych, którzy zostaną objęci szkoleniem z zakresu funkcjonalności wykorzystywanych na platformie E-Konsylium do prowadzenia zdalnych konsultacji (2530 uczestników/uczestniczek);
- 3) pacjentów, którym zostanie udzielona odpowiednia pomoc medyczna dzięki przeprowadzonym konsultacjom.

W ramach projektu będą udzielane granty szpitalom, AOS oraz POZ na prowadzenie zdalnych konsultacji oraz zakup niezbędnego sprzętu.

Rysunek 2. Schemat funkcjonowania platformy e-Konsylium



Źródło: MZ

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

Inwestycje w kadry

1

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

1.8. Opracowanie programów kształcenia podyplomowego dla koordynatorów opieki kardiologicznej oraz rozpoczęcie kształcenia w formie studiów podyplomowych ww. specjalistów

Zgodnie z harmonogramem realizacji zadań NPChUK, w 2024 r. rozpoczęto prace nad opracowaniem Ramowego Programu Kursów dla Koordynatorów Opieki Kardiologicznej w ramach KSK.

W 2024 r. dokonano analizy i oceny systemu ochrony zdrowia pod względem funkcjonowania opieki koordynowanej, ze szczególnym uwzględnieniem obszaru chorób serca i naczyń oraz porównano wdrożone w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązania z zakresu opieki koordynowanej z wdrożonymi rozwiązaniami w innych wybranych krajach europejskich. Ponadto, ważnym elementem mającym istotny wpływ na ostateczny kształt Ramowego Programu Kursu dla Koordynatorów Opieki Kardiologicznej będą zapisy projektowanej ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej i opisane w niej wymagania organizacyjne dla podmiotów zakwalifikowanych na poszczególne poziomy zabezpieczenia kardiologicznego. Ostateczna propozycja Ramowego Programu Kursu dla Koordynatorów Opieki Kardiologicznej powstała w I półroczu 2025 r.

W latach 2025-2032 planowane jest rozpoczęcie i realizacja procesu kształcenia koordynatorów opieki kardiologicznej w formie kursu kwalifikacyjnego.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z NIKARD-PIB, PIB

Źródło finansowania:

budżet ministra właściwego do spraw zdrowia (w ramach zadań bieżących) oraz budżet NPChUK

Inwestycje w kadry

1

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

1.9. Przygotowanie propozycji 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

W dniu 24 stycznia 2024 r. Departament Lecznictwa MZ, pismem o numerze DLK.4020.2.2023.PCz zlecił Narodowemu Instytutowi Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowemu Instytutowi Badawczemu, wskazanie zadań priorytetowych na 2024 r., które będą realizowane zarówno przez NIKARD-PIB jak i MZ, w związku z realizacją NPChUK. W odpowiedzi na ww. pismo Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK w dniu 31 stycznia 2024 r. w piśmie o numerze IK.D-BPS.062.5.2023 przesłał listę zadań priorytetowych na 2024 r., wskazując m.in. poddziałania 1.9 oraz 1.10 jako nowe zadania o szczególnym znaczeniu, które będą realizowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia we współpracy z NIKARD-PIB oraz państwowe instytuty badawcze.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z NIKARD-PIB, PIB

Źródło finansowania:

budżet ministra właściwego do spraw zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz budżet NPChUK

W dniu 8 lipca 2023 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. poz. 1189). W związku z powyższym, na podstawie art. 17 ust. 21 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pismem z 28 listopada 2023 r. (znak: RKL.0210.1.2021.BB) Minister Zdrowia zlecił NIKARD-PIB, opracowanie minimalnych standardów obejmujących zagadnienia, o których mowa w art. 17 ust. 20 pkt 1 i 2 ww. ustawy, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja następujących umiejętności zawodowych:

- 1) echokardiografia dorosłych;
- 2) elektroterapia kardiologiczna;

3) radiologia zabiegowa w zakresie kardiologii.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 27 listopada 2024 r. o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897), nastąpiła nowelizacja art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawierającego przepisy dotyczące procesu organizacji certyfikacji umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Znowelizowane przepisy art. 17 ww. ustawy rozszerzyły zakres tematyczny obejmujący zlecenie instytutom badawczym przygotowania minimalnego standardu organizacji certyfikacji dla danej umiejętności zawodowej, w związku z czym istnieje konieczność sporządzenia przez wskazane instytuty powyższych standardów w oparciu o nowe przepisy prawne.

Najważniejsze zmiany w art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przedstawiono poniżej.

1. **Rozszerzenie katalogu uprawnionych organizatorów certyfikacji.** Do dotychczasowych uprawnionych, towarzystw naukowych (co najmniej z 5-letnim okresem działalności) i instytutów badawczych, dodano:
 - 1) Naczelną Izbę Lekarską;
 - 2) Okręgowe Izby Lekarskie, pod warunkiem wpisu do ewidencyjno-informatycznego rejestru prowadzonego przez CMKP.
2. **Możliwość przyznania certyfikatów towarzystwom z krótszym stażem.** Minister Zdrowia może wyjątkowo zezwolić na certyfikację towarzystw mających co najmniej roczny staż, jeśli ich statutowa działalność odnosi się do realizacji Narodowego Programu Zdrowia.
3. **Nowe wymogi transparentności.** Towarzystwa certyfikujące muszą publicznie ujawniać źródła finansowania oraz wynagrodzenia członków zarządów na swojej stronie internetowej.
4. **Rejestr organizatorów prowadzony przez CMKP.** Ujednolicono zasady funkcjonowania rejestru – minimalne dane wymagane do wpisu zostały uściślone (m.in. dane organizatora, zakres certyfikacji, informacji o kontrolach etc.).
5. **Obowiązek wpisu oraz przekazywania danych do izb lekarskich.** Dyrektor CMKP ma ustawowy obowiązek wpisania organizatora do rejestru w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku, a organizatorzy muszą niezwłocznie przekazywać do właściwych izb lekarskich wykazy osób z certyfikatami i daty ich wydania.

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

Inwestycje w kadry

1

Działanie 1: Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokojenia 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

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

W 2024 r. realizowane były działania niezbędne w celu opracowania minimalnych standardów umiejętności zawodowych obejmujących zagadnienia, o których mowa w art. 17 ust. 20 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja.

W 2024 r. odbyło się wiele szkoleń branżowych, warsztatów i konferencji poświęconych tematyce standardów w zakresie echokardiografii dorosłych, elektroterapii kardiologicznej, radiologii zabiegowej.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z NIKARD-PIB, PIB

Źródło finansowania:

budżet ministra właściwego do spraw zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz budżet NPChUK

Echokardiografia dorosłych

1. XXV Ogólnopolska Konferencja Asocjacji Echokardiografii PTK – PolEcho 2024 w Krakowie w dniach 10–11 maja 2024 r. (EXPO Kraków). Program konferencji pt. *Obrazowanie serca – klucz do terapii* obejmował sesje teoretyczne i warsztaty praktyczne, m.in. quizy echokardiograficzne i lekcje anatomii serca. W wydarzeniu wzięło udział ponad 1 400 uczestników i 100 wykładowców.
2. XIII Forum Polskiej Echokardiografii Klinicznej w Warszawie w dniach 8–9 listopada 2024 r. (Hotel Renaissance). Wydarzenie zorganizowane przez Asocjację Echokardiografii PTK, w formie hybrydowej (stacjonarnie i online).

Elektroterapia kardiologiczna oraz inwazyjna elektrofizjologia

1. XXXV Konferencja Sekcji Rytmu Serca PTK – POLSTIM 2024 w Łodzi. Program obejmował wykłady, warsztaty z transmisją live zabiegów.

2. Elektroterapia z wykorzystaniem urządzeń wszczepialnych – poziom podstawowy – kurs praktyczny organizowany przez PTK skupiający się na obsłudze pacjentów z układami stymulującymi.
3. Akademia Elektroterapii – cykl edukacyjny online – platforma poświęcona telemonitoringowi, fizjologicznej stymulacji, programowaniu urządzeń ICD/CRT (Implantable Cardioverter-Defibrillator/Cardiac Resynchronization Therapy).
4. Akademia Elektroterapii pt. *Serce na Banacha* – kurs realizowany głównie przez ekspertów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
5. Kurs *Elektrofizjologia i elektroterapia* – kurs specjalizacyjny, organizowany przez Śląski Uniwersytet Medyczny/CMKP.
6. EACTS/EHRA Arrhythmia Course – kurs hybrydowy i ablacyjny organizowany w Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, we współpracy z PTK (czerwiec 2024).
7. 11 edycja Międzynarodowych Warsztatów Ablacyjnych w NIKARD-PIB w Warszawie w dniach 20–21 listopada 2024 r. W wydarzeniu wzięło udział blisko 100 gości z kraju i Europy.

Radiologia zabiegowa w kardiologii

1. IX Podkarpacka Konferencja Kardiologii Zabiegowej Live w Rzeszowie w dniach 29–30 listopada 2024 r.

Kardiologia interwencyjna

1. Warsaw Course on Cardiovascular Interventions 2024 (WCCI) w Warszawie w dniach 24–26 kwietnia 2024 r. Prestiżowe szkolenie w dziedzinie kardiologii interwencyjnej, realizowane pod auspicjami AISN PTK (Asocjacja Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego), we współpracy z European Association of Percutaneous Cardiovascular Intervention (EAPCI) i The World-Leading Course in Interventional Cardiovascular Medicine (EuroPCR).
2. Konferencja Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej (AITK) PTK w dniach 15–16 marca 2024 r. W wydarzeniu udział wzięło prawie 250 osób z całej Polski.

W dziedzinie echokardiografii dorosłych Asocjacja Echokardiografii PTK (AE PTK) opracowała zakres programowy, wytyczne kliniczne, które będą podstawą do opracowania oficjalnych standardów zgłoszonych przez NIKARD-PIB do CMKP.

W dziedzinie elektroterapii kardiologicznej oraz inwazyjnej elektrofizjologii Sekcja Rytmu Serca PTK opracowała regulamin, zakres programowy procedur i kwalifikacji, który będzie stanowił podstawę do opracowania oficjalnych standardów zgłoszonych przez NIKARD-PIB do CMKP.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPCHUK oraz Asocjacja Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK rozpoczęli działania, które mają doprowadzić do zmiany nazwy umiejętności *Radiologia zabiegowa w zakresie kardiologii* na *Kardiologia interwencyjna*.

Rozpoczęcie realizacji przedmiotowego zadania, przy udziale towarzystw naukowych, w odniesieniu do procesu przyznawania personelowi medycznemu, w szczególności lekarzom, certyfikatów umiejętności zawodowej, w tym z zakresu odpowiadającego diagnostyce, elektroterapii i kardiologii interwencyjnej właściwych w ChUK, zaplanowane zostało na 2025 r.

II. INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA



CEL

OGRANICZENIE ZACHOROWALNOŚCI NA CHOROBY SERCA I NACZYŃ
PRZEZ REDUKCJĘ CZYNNIKÓW RYZYKA,
INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 2: Poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw i zachowań na ChUK

2.1. Wspieranie powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, w szczególności w zakresie aktywności fizycznej, sposobu odżywiania i walki z otyłością, następstw spożywania alkoholu oraz używania wyrobów tytoniowych, skierowanej do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Narodowej Strategii Onkologii na lata 2020-2030 oraz realizowane przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń Narodowej Strategii Onkologii na lata 2020-2030 (NSO) oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (NPZ).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 kwietnia 2019 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół (Dz. U. z 2024 r. poz. 80)⁶ od czterech lat szkoły podstawowe i ponadpodstawowe, w ramach godzin przeznaczonych na zajęcia z wychowawcą mają możliwość realizacji zagadnień dotyczących istotnych problemów społecznych (m. in. zdrowotnych). Ośrodek Rozwoju Edukacji – Centralna Placówka Doskonalenia Nauczycieli, podległy Ministrowi Edukacji i Nauki, na stronie internetowej www.ore.edu.pl upowszechniał informacje dotyczące rekomendowanych programów promocji zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Ośrodek prowadził też doskonalenie zawodowe nauczycieli

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji i Nauki, Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej, Ministrem Sportu i Turystyki, Głównym Inspektorem Sanitarnym, NIZP PZH-PIB, NIO-PIB, NIKARD-PIB, Instytut Matki i Dziecka

Źródło finansowania:

środki w ramach NPZ na lata 2021-2025, środki w ramach NSO na lata 2020-2030 oraz budżet NPChUK

⁶ Obowiązującym aktem prawnym jest rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 20 maja 2024 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół (Dz. U. poz. 781)

dotyczące kompetencji profilaktycznych oraz przygotowywał dla nich materiały informacyjno-edukacyjne z tematyki palenia tytoniu czy spożywania alkoholu.

Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030⁷

Aby promować i kształtować prawidłowe nawyki zdrowotne od najmłodszych lat życia, w 2023 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kampanię społeczną promującą profilaktykę, w tym w szczególności nowotworów złośliwych, wśród dzieci i młodzieży. Jej celem była edukacja i budowanie świadomości znaczenia i wpływu zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, unikania używek na funkcjonowanie organizmu i samopoczucie, a także kształtowanie właściwych nawyków w tych obszarach u dzieci i młodzieży.

Kontynuując działania, w 2024 r. przeprowadzono konkurs dla uczniów klas 7–8 szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych *Zdrowie? Ogarniam TO!*. W celu szerszej promocji konkursu, nawiązano współpracę z MEN.

W 2024 r. nastąpiło rozstrzygnięcie konkursu – siedzibie MZ odbyła się uroczysta gala konkursowa wraz z wręczeniem nagród. W konkursie wzięło udział 468 szkół, w tym 300 szkół podstawowych i 168 szkół ponadpodstawowych. Zgłoszono 1.094 prace w kategoriach: komiks, film i piosenka.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025

W ramach działań zaplanowanych w ramach NPZ zrealizowano w 2024 r. następujące aktywności wpisujące się swym przedmiotem w działania ukierunkowane na rozwijanie powszechnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, w szczególności w zakresie aktywności fizycznej, sposobu odżywiania i walki z otyłością, następstw spożywania alkoholu oraz używania wyrobów tytoniowych, skierowanej do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych:

1. Instytut Matki i Dziecka, zwany dalej „IMiD”. W latach 2022-2024 przeprowadzono 6 rundę badania Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) czyli Projekt Monitorowania Otyłości Dzieci. Uzyskano dane z 37 krajów, od łącznie około 470 tys. dzieci. W Polsce, zgodnie z kryteriami WHO, nadmierna masa ciała dotyczy co trzeciego dziecka w wieku wczesnoszkolnym (33%). Nadwaga i otyłość dotyczą wyższego odsetka chłopców w porównaniu do dziewcząt (36% vs 30%). Porównując aktualne wyniki do poprzedniej

⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

edycji badania w latach 2018-2020, w zasadzie nie odnotowano zmian jeśli chodzi o chłopców. W przypadku dziewcząt odnotowano niewielki, jednak nieistotny statystycznie, wzrost występowania nadmiernej masy ciała (o 1,2 punktu procentowego)⁸. Niemal połowę ośmiolatków z nadmierną masą ciała, stanowią dzieci z otyłością (15%), przy czym jest ona stwierdzana częściej wśród chłopców (19%), niż wśród dziewcząt (11%). W porównaniu do poprzedniej rundy badania zaobserwowano nieznaczny, nieistotny statystycznie, wzrost występowania otyłości w przypadku obu płci (chłopcy – o 1,1 punktu procentowego, dziewczęta – o 1,3 punktu procentowego).

Dane uzyskane w 6 rundzie badania COSI potwierdzają, że nadwaga i otyłość u dzieci pozostają jednym z głównych wyzwań dla zdrowia publicznego. Eksperti podkreślają, że plan kontroli i powstrzymania problemu otyłości u dzieci wymaga kompleksowej strategii, która obejmuje m.in. tworzenie środowisk promujących prozdrowotny styl życia, w tym zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną zarówno wśród małych dzieci, jak i dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, a także osób dorosłych – szczególnie tych planujących założenie rodziny i kobiet w ciąży oraz karmiących.

2. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny–Państwowy Instytut Nadawczy, zwany dalej „NIZP PZH-PIB” w ramach realizacji NPZ opracował materiały edukacyjne (międzynarodowe i krajowe publikacje naukowe dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz sytuacji zdrowotnej ludności Polski), w ramach platformy translacji wiedzy (ProfiBaza). W ramach tej aktywności przygotowano cykl felietonów wraz z infografikami, w tym jeden dotyczący tematyki CHUK pt. *Choroby serca i naczyń – modyfikowalne i niemodyfikowalne czynniki ryzyka*.
3. NIZP PZH-PIB–w ramach NPZ w zakresie celu operacyjnego 1 – *Profilaktyka Nadwagi i Otyłości*, prowadził ogólnopolskie centrum żywienia. W ramach zadania prowadzona jest bieżąca edukacja w zakresie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej, promocja treści edukacyjnych, działań i narzędzi Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEŻ) oraz prowadzenie i promocja Centrum Dietetycznego Online (CDO). W 2024 r.:
 - 1) odnotowano 1.710.629 unikalnych wejść na stronę internetową NCEŻ: <https://ncez.pzh.gov.pl>, co stanowi 342% planowanego poziomu osiągnięcia wskaźnika rezultatu;

⁸ <https://ncez.pzh.gov.pl/dzieci-i-mlodziez/dzieci-przedszkolne-i-szkolne/nadwaga-i-otylosc-dzieci-w-wieku-wczesnoszkolnym-czy-cos-sie-zmienilo/>

- 2) przygotowano 247 materiałów merytorycznych do publikacji w mediach społecznościowych NCEŻ, tj. na profilu Facebook oraz Instagram w postaci postów, grafik, relacji;
 - 3) w ramach komunikacji edukacyjnej, przygotowano i rozesłano 12 newsletterów w trybie miesięcznym;
 - 4) opublikowano 42 nowych artykułów/materiałów edukacyjnych oraz 6 zaktualizowanych merytorycznie materiałów edukacyjnych na stronie NCEŻ;
 - 5) liczba zrealizowanych konsultacji dietetycznych – 11.104 konsultacji online, z czego 10.643 miała charakter porady indywidualnej, a 461 rodzinnej;
 - 6) liczba zrealizowanych konsultacji psychodietetycznych online – 1.238 konsultacji;
 - 7) liczba zrealizowanych konsultacji dotyczących aktywności fizycznej online – 611 konsultacji;
 - 8) opracowano 2 e-booki zawierające przepisy oraz praktyczne wskazówki dotyczące zasad żywienia w zakresie dietoterapii i dietoprofilaktyki: e-book *Zdrowie na pierwszym miejscu! Postaw na dietoprofilaktykę i zapobiegaj nowotworom* oraz e-book *Zespół jelita nadwrażliwego. Zadbaj o swoje jelita i zmień nawyki*;
- przeprowadzono 81 warsztatów kulinarnych dla 1.654 dzieci oraz 10 warsztatów dla 62 realizatorów żywienia zbiorowego w przedszkolach i szkołach.
4. IMiD – w ramach zadania polegającego na monitorowaniu, wczesnej diagnozie i interwencji w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci, opracowano oraz przeprowadzono pilotażowe wdrożenie i ewaluację programu profilaktyki nadwagi i otyłości *Przybij Piątkę* skierowanego do dzieci z klas 1–3 szkół podstawowych. Pilotaż programu przeprowadzono wśród uczniów klas 1–3 z 20 szkół w Polsce (lata 2023-2024), w tym w 2024 r. przeprowadzono ostatni etap ewaluacji programu, do którego przystąpiło 356 dzieci. W wyniku ewaluacji potwierdzono skuteczność programu w obszarze zapobiegania wzrostowi wskaźnika BMI (*ang. Body Mass Index – wskaźnik masy ciała*) u dzieci.

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej

W 2024 r., jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zwanej dalej „PIS” aktywnie realizowały poniższe działania dotyczące ChUK.

1. ***Biepo zdrowie*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 152 jednostki PIS. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej, która ma na celu opóźnienie lub zapobieganie inicjacji tytoniowej wśród dzieci i młodzieży, pokazanie atrakcyjności życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego oraz zwiększanie wiedzy i umiejętności uczniów na temat zdrowia w kontekście szkodliwości palenia papierosów.
2. ***Czyste powietrze wokół nas*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 110 jednostek PIS. Celem programu jest zwiększenie świadomości dzieci i dorosłych na temat szkodliwości czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy oraz wykształcenie u dzieci świadomej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których inne osoby palą przy nich papierosy. W dalszej perspektywie jest wstępem do asertywnych zachowań dzieci w obronie własnych praw i własnego zdrowia.
3. ***Nie pal przy mnie, proszę*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 56 jednostek PIS. Program o charakterze profilaktycznym mający na celu wykształcenie u dzieci świadomej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których inne osoby palą przy nich papierosy.
4. ***Znajdź właściwe rozwiązanie*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 54 jednostki PIS. Program miał na celu zwiększenie wiedzy w zakresie szkodliwości dymu tytoniowego, zwiększenie świadomości na temat zagrożeń płynących z czynnego i biernego palenia tytoniu.
5. **Realizacja programów profilaktyki antynikotynowej** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowane były 3 jednostki PIS. Akcja miała na celu propagowanie zdrowego stylu życia przez upowszechnianie wiedzy nt. skutków zdrowotnych aktywnego palenia wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych oraz biernej ekspozycji na dym tytoniowy i parę papierosów elektronicznych, kształtowanie postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, zachęcanie do zerwania z nałogiem tytoniowym przez przedstawienie korzyści płynących z niepalenia, motywowanie do przestrzegania zakazu palenia w miejscach publicznych, wskazywanie miejsc pomocy osobom uzależnionym.
6. ***Trzymaj formę!*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 165 jednostki PIS. Program skierowany do uczniów szkół podstawowych. Partnerami programu są Główny Inspektorat Sanitarny oraz Polska Federacja Producentów Żywności, w ramach realizacji strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia. Celem jest edukacja w zakresie kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej przez promocję zasad aktywnego stylu życia oraz zbilansowanej diety.

7. ***ARS, czyli jak dbać o miłość?*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 131 jednostek PIS. Program edukacyjny skierowany do młodzieży szkół ponadpodstawowych w zakresie ograniczenia niekorzystnych następstw zdrowotnych, prokreacyjnych i społecznych związanych z używaniem i nadużywaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków) przez młodzież wchodzącą w dorosłe życie.
8. ***Skąd się biorą produkty ekologiczne*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 51 jednostek PIS. W ramach podejmowanych działań zwiększano poziom wiedzy nt. rolnictwa ekologicznego oraz budowania właściwych nawyków żywieniowych.
9. ***Zajdam się zdrowiem*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowane były 3 jednostki PIS. Akcja miała na celu zwiększenie poziom wiedzy nt. wpływu racjonalnego odżywiania na zdrowie człowieka.
10. ***Edukacja żywieniowa*** – profilaktyka nadwagi i otyłości, zasady zdrowego żywienia – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 85 jednostek PIS. W ramach aktywności, zorganizowano punkty informacyjno-edukacyjne, prowadzono aktywną komunikację w mediach społecznościowych, przeprowadzono warsztaty, pogadanki, zajęcia edukacyjne w szkołach podstawowych, mające na celu zwrócenie uwagi dzieci na zdrowe, racjonalne i zbilansowane odżywianie oraz aktywność fizyczną.
11. ***Wyścig do zdrowia*** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 15 jednostek PIS. Kampania skierowana do dzieci 5–6 letnich, a jej cel to kształtowanie zdrowych nawyków u dzieci przez popularyzację aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania. Zasadniczym elementem tej akcji jest gra wielkoformatowa (o wymiarach 2 x 3 m), uzupełniona o broszurę dla rodziców, plakat i kolorowanke dla dzieci.
12. ***Dużo wiem, więc zdrowo jem*** – interwencja programowa – celem projektu było wykształcenie wśród przedszkolaków umiejętności wybierania zdrowych produktów i posiłków, wzrost świadomości dzieci na temat istotnej roli zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w życiu każdego człowieka.
13. ***Talerz Zdrowego Żywienia*** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 32 jednostki PIS. Głównym celem projektu było kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych i popularyzacja zasad prawidłowego bilansowania posiłków przez umiejętność odczytywania schematu *Talerza zdrowego żywienia*, utrwalenie wiedzy na

temat grup produktów żywnościowych i ich znaczenia dla prawidłowego funkcjonowania organizmu.

14. **Profilaktyka uzależnienia od alkoholu** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 10 jednostek PIS. Prowadzono zajęcia edukacyjne z uczniami, pogadanki dla dzieci, ćwiczenia w alkogolach, ulotki tematyczne, stoiska edukacyjno-informacyjne, informacje w mediach społecznościowych.
15. **Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 62 jednostki PIS. Działania informacyjno-promocyjne i edukacja skierowana do grup wrażliwych (dzieci, młodzież, seniorzy). Prowadzono prelekcje edukacyjne, stoiska edukacyjno-informacyjne, informacje w mediach społecznościowych, warsztaty profilaktyczne dot. profilaktyki uzależnień.
16. ***Dopalaczom mówimy STOP–wybieramy zdrowie*** – interwencja programowa – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 22 jednostki PIS. Program adresowany do uczniów szkół podstawowych województwa łódzkiego oraz ich rodziców i opiekunów, który miał na celu zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych oraz kształtowanie bezpiecznych zachowań zdrowotnych wśród młodzieży.
17. ***Stres pod kontrolą*** – (działania realizowane w powiecie białostockim w roku szkolnym 2023/2024, skierowane do ok. 2500 osób. Oprócz poszerzenia wiedzy na temat stresu i uświadomienia sobie istoty stresu, jego objawów i uwarunkowań, przekazano wiedzę i praktyczne wskazówki, jak zapobiegać negatywnym skutkom stresu i redukować napięcie emocjonalne w sytuacjach trudnych, a zwłaszcza przed czekającym ich egzaminem. Ćwiczenia fizyczne, medytacja, techniki oddechowe oraz unikanie nadmiernego stresu wspierają zdrowie psychiczne, co jest istotne w zapobieganiu chorobom serca.
18. ***Radzenie sobie ze stresem*** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 21 jednostek PIS. Program miał na celu kreowanie postaw prozdrowotnych u odbiorców mediów społecznościowych, wzbogacenie wiedzy na temat znaczenia profilaktyki dla zdrowia człowieka, zwrócenie uwagi na rolę układu krążenia w zachowaniu zdrowia. Edukacja grup docelowych, w wyniku której spodziewana jest zmiana postaw odbiorców działań w zakresie dbałości o zdrowie w kontekście profilaktyki ChUK.
19. ***Moja głowa–Moja siła*** – akcja promująca zdrowie psychiczne, miała na celu zwiększenie poziom wiedzy nt. wpływu stylu życia na zdrowie i kształtowanie prozdrowotnych nawyków.

20. **Działania edukacyjne w zakresie zdrowego stylu życia, zbilansowanej diety, profilaktyka w zakresie stosowania substancji psychoaktywnych** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 23 jednostki PIS. Akcja skierowana do dzieci i młodzieży przebywającej na wakacjach, feriach.
21. **Zajęcia dot. napojów energetyzujących i ich wpływu na zdrowie** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 315 jednostek PIS. Zorganizowano zajęcia edukacyjne, prelekcje, spotkania, stoiska edukacyjne, ekspozycje wizualne, dystrybucja materiałów edukacyjnych, mające na celu zwiększenie świadomości dzieci, młodzieży oraz dorosłych (w tym żołnierzy) na temat skutków zdrowotnych nadużywania napojów energetyzujących.
22. **Projekt *Przystań Zdrowie*** – wydarzenie poświęcone tematyce zdrowia i bezpieczeństwa. Przedsięwzięcie to efekt współpracy wielu instytucji dbających o zdrowie i bezpieczeństwo mieszkańców powiatu ciechanowskiego. Możliwość wykonania badań profilaktycznych, skorzystania z poradnictwa zdrowotnego, odwiedzenie stoisk edukacyjnych, możliwość konsultacji w zakresie zdrowego odżywiania, dbania o zdrowie, zachęcanie do aktywności fizycznej przez pokazy na scenie grup sportowych.
23. **#ŻyjDobrze** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 33 jednostki PIS. Celem programu było upowszechnienie wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem higieny osobistej, zdrowego odżywiania, profilaktyki zdrowotnej, aktywności fizycznej i zdrowia psychicznego. Program jest realizowany dla uczniów klas 0–3 i 4–8 szkół podstawowych oraz rodziców, opiekunów i kadry pedagogicznej szkół.
24. **Projekt *Promocja zdrowia z WSSE*** – w 2024 r. w przedszkolach i szkołach z miasta Poznania i powiatu poznańskiego kontynuowano realizację projektu edukacyjnego, którego celem jest m.in. profilaktyka palenia tytoniu i używania nowatorskich wyrobów tytoniowych.
25. **Edukacja prozdrowotna i promocja zdrowego stylu życia, w tym profilaktyka chorób cywilizacyjnych, profilaktyka chorób nowotworowych, prawidłowego odżywiania, wyrabiania właściwych nawyków prozdrowotnych** – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 74 jednostki PIS. Akcja miała na celu promocję zdrowego stylu życia, racjonalnego odżywiania i aktywności fizycznej przez pogadanki, prelekcje, dystrybucję materiałów edukacyjnych, poradnictwo, informacje w mediach społecznościowych, a także organizację punktów informacyjno-edukacyjnych.
26. **Działalność edukacyjna w zakresie poprawy świadomości młodzieży i osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na ChUK** – w realizację przedsięwzięcia

zaangażowanych było 11 jednostek PIS. Przeprowadzono działania edukacyjne nt. zdrowego stylu życia, publikacje w mediach społecznościowych, stoiska informacyjno-edukacyjne, wykłady, lekcje pokazowe dla uczniów, spotkania z seniorami.

27. ***Światowy Dzień bez Tytoniu/Światowy Dzień rzucania palenia*** – interwencje nieprogramowe – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 166 jednostek PIS. Akcja ukierunkowana na kształtowanie prawidłowych nawyków prozdrowotnych wśród młodzieży, zwiększenie wiedzy nt. konsekwencji nałogu tytoniowego.

28. ***Światowy Dzień Zdrowia*** – interwencje nieprogramowe – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 37 jednostek PIS. Akcja profilaktyczna mająca na celu promowanie życia bez używek, podkreślenie istotności aktywności fizycznej i zdrowej, zbilansowanej diety. Stoiska edukacyjne, warsztaty, wykłady, prelekcje, instruktaże, tablice informacyjne, posty w mediach społecznościowych, audycje w lokalnych mediach.

29. **Udział w piknikach, festynach, obchodach istotnych dla lokalnej społeczności (w tym promujących zdrowy styl życia)** – interwencje nieprogramowe – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 16 jednostek PIS. Zorganizowano stoiska edukacyjne (quizy, mini-konkursy w tematyce zdrowego stylu życia, porady indywidualne np. racjonalne odżywianie, promocja zdrowego stylu życia wolnego od uzależnień), prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych, porady indywidualne. Akcja miała na celu kształtowanie prawidłowych nawyków prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży oraz ogółu społeczeństwa.

30. ***Tydzień dla serca*** – profilaktyka ChUK – interwencje nieprogramowe – w realizację przedsięwzięcia zaangażowanych było 25 jednostek PIS. Zorganizowano zajęcia edukacyjne z uczniami szkół ponadpodstawowych połączone z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, zamieszczano informacje w mediach społecznościowych.

Prace w ramach zadania kontynuowane będą w kolejnych latach realizacji Programu.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 2: Poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie wpływu postaw i zachowań na ChUK

2.2. Powszechna edukacja prozdrowotna i promocja zdrowego stylu życia skierowana 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).

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO oraz NPZ.

W 2024 r. kontynuowano prace nad wypracowaniem kompleksowych rozwiązań w zakresie szkolnej edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia obejmujące następujące czynności:

- 1) opracowanie koncepcji zajęć dydaktycznych z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia;
- 2) zaprojektowanie i wykonanie zestawu materiałów edukacyjnych (publikacje dla uczniów, konspekty oraz scenariusze zajęć dla nauczycieli, poradnik dla nauczycieli) i pomocy dydaktycznych dla uczniów i nauczycieli oraz poradnika dla rodziców.

Działania w zakresie prowadzonych w 2024 r. działań w ramach edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia skierowanych do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych zostały opisane szerzej w poddziałaniu 2.1 niniejszego sprawozdania.

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji i Nauki, Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej, Ministrem Sportu i Turystyki, Głównym Inspektorem Sanitarnym, NIZP PZH-PIB, NIO-PIB, NIKARD-PIB, Instytut Matki i Dziecka

Źródło finansowania:

środki w ramach NPZ na lata 2021-2025, środki w ramach NSO na lata 2020-2030 oraz budżet NPChUK

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 3: Poprawa świadomości osób dorosłych w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na ChUK

3.1. Zwiększenie zasięgu kampanii społecznych przez standaryzację i intensyfikację działań mających na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia, w zakresie:

- promocji aktywności fizycznej i zdrowej diety,
- promocji życia wolnego od tytoniu,
- promocji życia wolnego od alkoholu,

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

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO oraz NPZ.

W 2024 r. wyprodukowano oraz wyemitowano audycje telewizyjne w telewizji Wirtualna Polska Media Spółka Akcyjna, Telewizja Polska S.A. w likwidacji oraz TVN S.A.:

- 1) zakupiono czas antenowy, w ramach którego wyemitowano audycje dla celów przeprowadzenia kampanii informacyjnej Ministra Zdrowia. Nadawca opracował scenariusze wątków tematycznych kampanii informacyjnej oraz przygotował i wyprodukował na ich podstawie 4 audycje stanowiące utwory audiowizualne, które zostały wyemitowane na antenie programu *Wirtualna Polska* zgodnie z planem emisji audycji;
- 2) zakupiono czas antenowy, w ramach którego wyemitowano audycje dla celów przeprowadzenia kampanii informacyjnej. Nadawca opracował scenariusze wątków tematycznych oraz przygotował i wyprodukował na ich podstawie dwie audycje stanowiące utwory audiowizualne oraz wyemitował w ramach bloku programowego pt. *Pytanie na*

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Sportu i Turystyki

Źródło finansowania:

środki w ramach NSO na lata 2020-2030, środki w ramach NPZ na lata 2021-2025 oraz budżet NPChUK

Śniadanie. Ponadto, po emisji materiału odbyła się kontynuacja tematu w studio z ekspertami z NIKARD-PIB w celu uszczegółowienia tematu kampanii informacyjnej;

- 3) zakupiono czas antenowy, w ramach którego została wyemitowana audycja dla celów przeprowadzenia kampanii informacyjnej. Nadawca opracował scenariusz wątków tematycznych oraz przygotował i wyprodukował na ich podstawie jedną audycję, stanowiącą utwór audiowizualny oraz wyemitował ww. audycję w ramach bloku programowego pt. *Dzień dobry TVN*.

W 2024 r. MZ kontynuowało realizację zapoczątkowanej w 2018 r. kampanii społecznej *Planuję Długie Życie*, polegającej na publikacji w prasie, radio, telewizji, Internecie i przestrzeni publicznej materiałów edukacyjno-promocyjnych dotyczących profilaktyki nowotworów złośliwych oraz ChUK.

Rysunek 3. Logotyp kampanii „Planuję długie życie”



Źródło: <https://planujedlugiezycie.pl/>

Działania te, skierowane do ogółu społeczeństwa, ukierunkowane są na poprawę świadomości, w szczególności w zakresie wpływu stylu życia i postaw zdrowotnych na rozwój chorób, a także korzyści wynikających z uczestnictwa w badaniach przesiewowych.

W celu zachowania spójności realizowanych działań, harmonogram kampanii zaplanowano w taki sposób, aby tematyka prezentowanych treści była zgodna z tzw. kalendarzem onkologicznym oraz nawiązywała do akcji promocyjnych prowadzonych przez inne organizacje (np. październik – miesiącem raka piersi, listopad – miesiącem tzw. nowotworów męskich).

W ramach realizacji zadania przeprowadzono szereg działań służących podniesieniu świadomości społecznej na temat pożądanых postaw prozdrowotnych.

W 2024 r. na portalu internetowym <https://planujedlugiezycie.pl/> zostały umieszczone materiały edukacyjno-promocyjne nawiązujące do tematyki chorób serca:

- 1) maj 2024 r. – *Czy siedzący tryb życia może skracać życie?*;
- 2) czerwiec 2024 r. – *Nadmiarowe kilogramy to nie problem estetyczny, ale zdrowotny*;
- 3) wrzesień 2024 r. – *E-papierosy – realne zagrożenie dla zdrowia*.

Wszystkie działania realizowane były w ścisłej współpracy z ekspertami z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytutem Badawczym, zwanym dalej „NIO-PIB” oraz z ekspertami na poziomie regionalnym. Eksperti uczestniczyli w programach telewizyjnych, audycjach radiowych, a także odpowiadali za redagowanie artykułów do prasy oraz na stronę internetową <https://planujedlugiezycie.pl/>.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025

W ramach NPZ w zakresie celu operacyjnego 1 – *Profilaktyka Nadwagi i Otyłości*, realizowane było zadanie pt. *Prowadzenie ogólnopolskiego centrum żywieniowego*. W ramach zadania prowadzona była edukacja ogółu społeczeństwa w zakresie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej przez promocję treści edukacyjnych, działań i narzędzi NCEŻ pod adresem [www https://ncez.pzh.gov.pl/](https://ncez.pzh.gov.pl/).

Było także prowadzone oraz promowane CDO dostępne pod adresem <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia/>.

Rysunek 4. Element zaproszenia do korzystania z bezpłatnych porad dietetycznych i psychodietetycznych



Źródło: <https://ncez.pzh.gov.pl>

W 2024 r. w ramach działań NCEŻ:

1. Odnotowano 1.710.629 unikalnych wejść na stronę internetową <https://ncez.pzh.gov.pl>.

Rysunek 5. Banner kierujący do e-booków



Źródło: <https://ncez.pzh.gov.pl>

2. Przygotowano 247 materiałów merytorycznych do publikacji w mediach społecznościowych, tj. na profilu Facebook oraz Instagram w postaci postów, grafik, relacji.

Rysunek 6. Przykładowe infografiki



Źródło: <https://ncez.pzh.gov.pl>

3. W ramach komunikacji edukacyjnej, przygotowano i rozesłano 12 newsletterów w trybie miesięcznym.

4. Opublikowano 42 nowych artykułów/materiałów edukacyjnych oraz 6 zaktualizowanych merytorycznie materiałów edukacyjnych na stronie <https://ncez.pzh.gov.pl>.
5. Liczba zrealizowanych konsultacji dietetycznych – 11.104 konsultacji online, z czego 10.643 miała charakter porady indywidualnej, a 461 rodzinnej.
6. Liczba zrealizowanych konsultacji psychodietetycznych online – 1.238 konsultacji.
7. Liczba zrealizowanych konsultacji dotyczących aktywności fizycznej online – 611 konsultacji.
8. Przeprowadzono 81 warsztatów kulinarnych dla 1.654 dzieci oraz 10 warsztatów dla 62 realizatorów żywienia zbiorowego w przedszkolach i szkołach.

Rysunek 7. Element zaproszenia do korzystania z bezpłatnych porad dietetycznych i psychodietetycznych



Źródło: <https://ncez.pzh.gov.pl>

9. Opracowano 2 e-booki zawierające przepisy oraz praktyczne wskazówki dotyczące zasad żywienia w zakresie dietoterapii i dietoprofilaktyki:
 - 1) e-book *Zdrowie na pierwszym miejscu! Postaw na dietoprofilaktykę i zapobiegaj nowotworom*;
 - 2) e-book *Zespół jelita nadwrażliwego. Zadbaj o swoje jelita i zmień nawyki*.

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 4: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie

4.1. Prowadzenie prac nad systemem przyjaznego etykietowania żywności (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025)

Prace nad systemem przyjaznego etykietowania żywności prowadzone były w 2024 r. przez NIZP PZH-PIB w ramach zadań NPZ, w zakresie celu operacyjnego 1 pt. *Profilaktyka Nadwagi i Otyłości*, zadanie 7 pt. *Prace nad systemem przyjaznego etykietowania żywności*.

W ramach zadania przeprowadzono analizę dokumentów UE z zakresu inicjatywy dotyczącej zmiany przepisów UE na temat informacji przekazywanych konsumentom, jako części unijnej strategii „od pola do stołu” z uwzględnieniem na bieżąco ukazujących się dokumentów, uczestniczono w spotkaniach dotyczących systemów FOPNL oraz opracowano produkt pt. *Krótkie podsumowanie na temat bieżącej sytuacji z zakresu działań w ramach inicjatywy dotyczącej zmiany przepisów UE na temat informacji przekazywanych konsumentom, jako części unijnej strategii „od pola do stołu*.

Rezultatem tych prac jest pozyskanie i utrzymywanie aktualnej wiedzy na temat bieżącej sytuacji w UE dotyczącej planowanego wprowadzenia obowiązkowego systemu znakowania wartością odżywczą z przodu opakowania (system FOPNL).

W 2024 r. przeprowadzono też pierwszy etap zaplanowanego na lata 2024-2025 badania wpływu czynników oddziałujących na dokonywanie świadomych wyborów żywieniowych, z uwzględnieniem informacji o wartości odżywczej żywności – badanie jakościowe, a także opracowano produkt pt. *Raport z realizacji w 2024 r. badania wpływu czynników oddziałujących*

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, Minister
Finansów

Źródło finansowania:

środki w ramach NPZ na lata
2021-2025

na dokonywanie świadomych wyborów żywieniowych, z uwzględnieniem informacji o wartości odżywczej żywności.

Opracowano również materiały edukacyjne dla konsumentów: dwa artykuły szerzej wyjaśniające zasady dotyczące zdrowych i zrównoważonych sposobów odżywiania z uwzględnieniem najnowszych danych i wytycznych KE, w tym dotyczących znakowania wartością odżywczą oraz krótką informację, uwzględniającą zmieniającą się sytuację w zakresie prac KE dotyczących rewizji rozporządzenia 1169/2011, które upowszechniono w newsletterze NCEŻ oraz mediach społecznościowych. Artykuły dotyczyły: zmian w zakresie składu i znakowania soków owocowych oraz zmian w zakresie znakowania wina informacją o składzie i wartości odżywczej w wyniku realizacji Europejskiego Planu Walki z Rakiem.

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 4: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie

4.2. Podejmowanie działań mających na celu upowszechnianie standardów dla żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz wprowadzanie nowych standardów dla żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 oraz Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030)

Z uwagi na znaczne obciążenie populacyjne nadwagą i otyłością dorosłych oraz dzieci, **kontynuowano działania z zakresu edukacji żywieniowej**, oparte na upowszechnianiu zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wspieraniu zdrowych wyborów żywieniowych.

W 2024 r. realizowano założenia wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. poz. 2021, z późn. zm.) – zgodnie z którym pierwotnie program miał być realizowany do 30 czerwca 2024 r. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. poz. 940) wydłużono realizację programu pilotażowego do dnia 31 grudnia 2024 r. (w 2025 r. wydłużono termin realizacji programu pilotażowego do dnia 31 grudnia 2025 r.). Realizacja programu pilotażowego obejmuje udzielanie pacjentom porad żywieniowych przez osobę planującą dietę oraz zapewnienie pacjentom wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia zgodnie z zaleceniami ogłoszonymi na stronie internetowej MZ. Do programu pilotażowego kwalifikuje się świadczeniobiorców przyjętych do szpitala, którzy nie są żywieni wyłącznie dojelitowo lub wyłącznie pozajelitowo lub nie przebywają na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

W 2024 r. program był realizowany łącznie przez 582 podmioty lecznicze.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, Minister
Finansów

Źródło finansowania:

środki w ramach NPZ na lata
2021-2025

Według stanu sprawozdawczego na dzień 2 czerwca 2025 r. – w 2024 r. udzielono 905.713 porad żywieniowych w ramach programu pilotażowego.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 4: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających zdrowe odżywianie

4.3. Prowadzenie prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością (działanie zaplanowane do realizacji w ramach NPZ na lata 2021-2025)

W 2021 r. na mocy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.) wprowadzono opłatę m.in. od napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących, czyli cukrów będących monosacharydami lub disacharydami oraz środków spożywczych zawierających te substancje, a także substancji słodzących, o których mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1333/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie dodatków do żywności (Dz.

Urz. UE L 354 z 31.12.2008 r. str. 16). Działanie to ukierunkowane jest na spadek spożycia tych produktów, a w perspektywie długofalowej powinno wpłynąć na poprawę zdrowia społeczeństwa, co realnie będzie można ocenić w perspektywie kolejnych lat. W pierwszym roku obowiązywania tego przepisu odnotowano znaczący wzrost cen słodzonych napojów bezalkoholowych oraz jednoczesny spadek popytu na te produkty. Jednakże eksperci wskazują, że mniejsza ich konsumpcja w tym okresie to także efekt pandemii oraz niższych temperatur powietrza niż w latach poprzednich. Chcąc ocenić skutki wprowadzenia „opłaty cukrowej” bardziej długofalowo w ramach realizacji NPZ zaplanowano przeprowadzenie w 2025 r. badania preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych po wprowadzeniu opłaty cukrowej od napojów słodzonych (tzw. podatku od cukru) oraz wyborów dostępnych na rynku produktów słodkich na reprezentatywnej próbie 1.000 dorosłych Polaków.

Aktualnie nie są prowadzone prace dot. nowelizacji tzw. "opłaty od środków spożywczych".

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, Minister
Finansów

Źródło finansowania:

środki w ramach NPZ na lata
2021-2025

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrażanie i dostosowywanie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

5.1. Monitorowanie realizacji Programu Profilaktyki Chorób Odtytoniowych, w tym programu obturacyjnej choroby płuc (POChP) i dostosowywanie go do aktualnych potrzeb (działania zaplanowane do realizacji w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030)

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO.

Działania związane z ograniczeniem narażenia na dym tytoniowy zostały ujęte m. in. w ramach realizacji celu operacyjnego 2 pt. *Profilaktyka uzależnień*, zawartego w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. poz. 642). Działania te, w zakresie zwalczania

następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, prowadzone są przede wszystkim przez NIO-PIB. Do zadań NIO-PIB należy m. in. prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (TPPP) oraz realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. NIO-PIB współpracuje również z organizacjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie profilaktyki antytytoniowej oraz udziela pomocy fachowej podmiotom realizującym zadania w tym zakresie. Ponadto, prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie prewencji tytoniowej.

Nowelizacja Programu Profilaktyki Chorób Odtytoniowych, w tym programu obturacyjnej choroby płuc (POChP), miała miejsce 2023 r. Miała na celu m.in. zapewnienie pomocy w całkowitym ograniczeniu używania wszystkich rodzajów wyrobów nikotynowych. Ponadto program został uzupełniony m.in. o wytyczne w zakresie udzielania pomocy w rezygnacji z używania nowatorskich wyrobów tytoniowych, w tym podgrzewanych wyrobów tytoniowych

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet ministra właściwego do
spraw zdrowia (w ramach
zadań własnych) oraz budżet
NPChUK

oraz elektronicznych papierosów. Nowelizacja rozszerzyła również grupę pacjentów, którzy mogą korzystać z etapu specjalistycznego ww. programu o osoby powyżej 16. roku życia.

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5.: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

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

Do zadań NIO-PIB należy TPPP, która jest działającą przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów w NIO-PIB, ogólnopolską specjalistyczną jednostką organizacyjną świadczącą poradnictwo przez telefon dla osób, których dotyczy problem uzależnienia od tytoniu.

W okresie od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r. NIO-PIB koordynował prace TPPP, która pracowała przez wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku oraz przez 51 sobót.

Poradnia działała od poniedziałku do piątku w godzinach 09.00–21.00 oraz w soboty w godzinach 9.00–15.00.

W ramach inicjatywy prowadzona jest również strona internetowa pod adresem <https://jakrzucicpalenie.pl/> oraz profil w serwisie społecznościowym Facebook, obserwowany przez 1.000 internautów.

Odpowiedzialność w

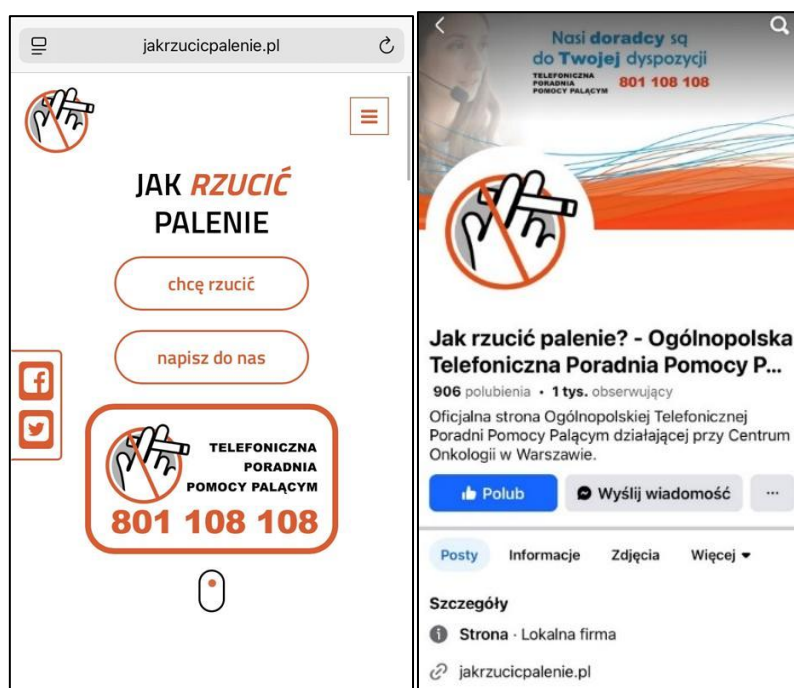
NPChUK:

Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet ministra właściwego do spraw zdrowia (w ramach zadań własnych)

Rysunek 8. Przykładowe infografiki promujące infolinię



Źródło: <https://jakrzucicpalenie.pl/>

Główne cele i zakres działania TPPP:

- 1) wsparcie telefoniczne dla osób uzależnionych od nikotyny – niezależnie od etapu motywacji do rzucenia palenia;
- 2) wsparcie psychologiczne i farmakologiczne – konsultacje obejmują strategię radzenia sobie z głodem nikotynowym, przygotowanie planu rzucenia palenia, pomoc w doborze terapii wspomagającej abstynencję;
- 3) utrzymanie abstynencji – poradnia umożliwia umawianie kolejnych rozmów z doradcą, który aktywnie oddzwania, co wspiera w długoterminowej walce z nałogiem.

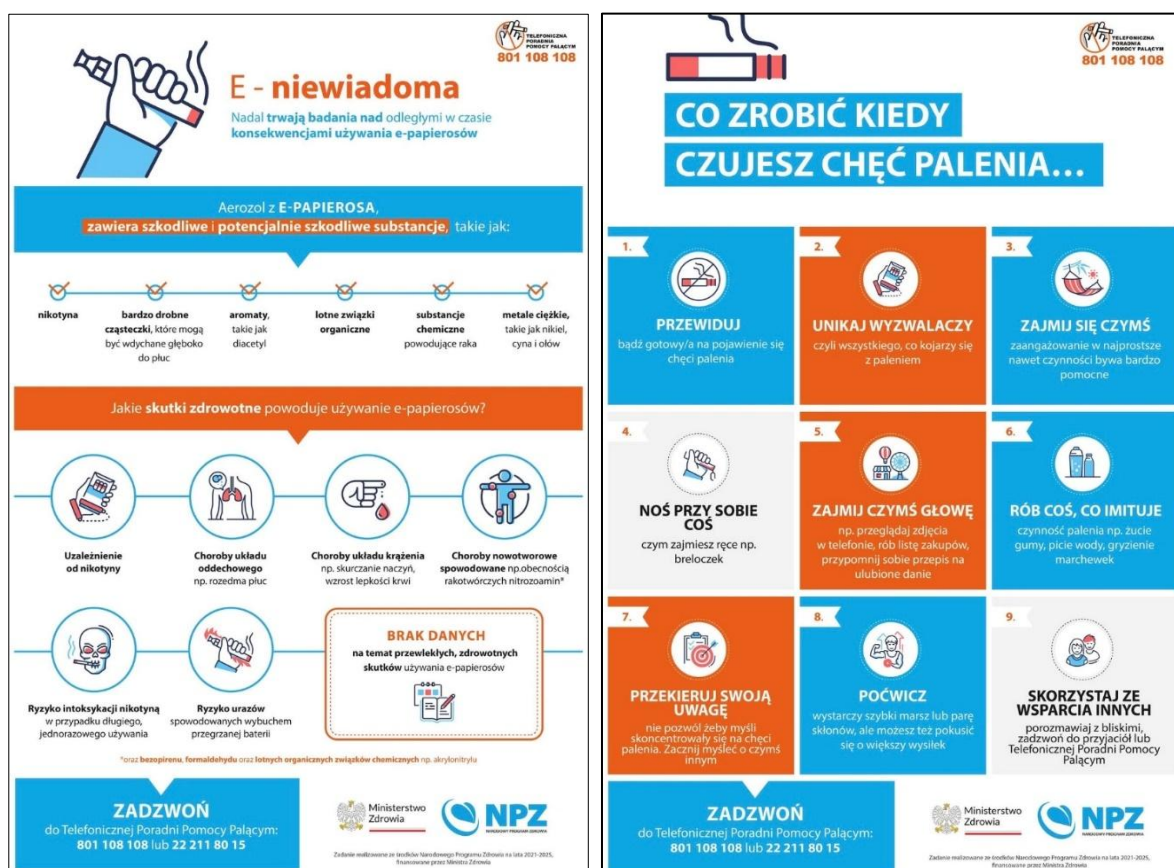
Wsparcie zapewniają wykwalifikowani psychologowie, terapeuci i lekarze – przygotowani w zakresie psychologii poznawczo – behawioralnej, dialogu motywującego oraz terapii dowodowych (EBM). Numer TPPP oraz adres internetowy www.jakrzucicpalenie.pl widnieje na każdym opakowaniu wyrobów tytoniowych dostępnych w Polsce.

Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym w 2024 r.:

- 1) obsługiwana była przez 5 linii telefonicznych;
- 2) udzieliła łącznie 7.499 konsultacji, w tym:

- a) 5.692 reaktywnych (5.344 dzwoniących na numer 801 108 108 oraz 22 211 80 15, 348 połączeń od osób, które oddzwaniały do poradni po zakończeniu uprzednio sesji proaktywnych);
 - b) 1.807 proaktywnych (realizowane do osób przesyłających zgłoszenie na stronę internetową oraz pacjentów TPPP i pacjentów onkologicznych zgłaszanych przez personel NIO-PIB);
- 3) Opublikowała 49 postów informacyjno-edukacyjnych na profilu TPPP w serwisie Facebook.

Rysunek 9. Przykładowe posty na oficjalnym serwisie Ogólnopolskiej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym



Źródło: <https://jakrzucicpalenie.pl/>

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

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)

TPPP pełni funkcję telefonu zaufania i wsparcia dla osób o różnych stopniach motywacji do rzucenia palenia. Pacjenci poradni mogą tam uzyskać informacje o metodach pomagających w walce z uzależnieniem od tytoniu lub w utrzymaniu abstynencji papierosowej, jak również mają możliwość wykonania podstawowych badań diagnostycznych:

- 1) pomiaru ciśnienia krwi;
- 2) pomiaru zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
środki w ramach NSO na lata 2020-2030, środki w ramach NPZ na lata 2021-2025 oraz
budżet NPChUK

W oparciu o Europejski Kodeks Walki z Rakiem udzielane są informacje na temat czynników rozwoju nowotworów oraz stylu życia chroniącego przed zachorowaniem. Prowadzona jest strona internetowa www.jakrzucicpalenie.pl oferująca informacje i poradnictwo.

W kontekście założeń Programu, niezwykle ważne jest zwiększenie wykrywalności ChUK w populacji osób z najważniejszymi klasycznymi modyfikowalnymi czynnikami ryzyka i ich wstępna weryfikacja. Dlatego też pod tym kątem, w kolejnych latach zaplanowano opracowanie odpowiednich narzędzi do oceny dotychczas podejmowanych działań w przedmiotowym zakresie.

Prace w ramach zadania będą kontynuowane w kolejnych latach.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

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

Narzędziem, które może zniechęcić palaczy do nałogu, jest Mapa Akcyzowa 2022-2027, którą opracowało Ministerstwo Finansów. Powstała ona w wyniku otwartych i publicznych konsultacji z branżą tytoniową. Opracowana Mapa Akcyzowa⁹ jest zatem modelowym przykładem regulacji polityki fiskalnej wobec wyrobów tytoniowych i alkoholowych w skali całej UE.

Ministerstwo Finansów podwyższyło stawki akcyzy na papierosy i tytoń do palenia oraz wyroby nowatorskie o 10%. W 2024 r. weszła w życie ustawa z dnia 18 października 2024 r. o zmianie ustawy o podatku akcyzowym (Dz. U. poz. 1681), która ma na celu m.in.:

- 1) urealnienie dotychczasowej akcyzowej mapy drogowej przez podwyższenie stawek akcyzy na wyroby tytoniowe i ich substytuty oraz objęcie zakresem tej mapy w latach 2025-2027 płynu do e-papierosów;
- 2) opodatkowanie podatkiem akcyzowym urządzeń do waporyzacji oraz objęcie ich obowiązkiem oznaczania znakami akcyzy;
- 3) wprowadzenie rocznej ważności znaków akcyzy na płyn do papierosów elektronicznych, na takich samych zasadach jak w przypadku znaków akcyzy na papierosy, tytoń do palenia oraz

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Finansów, Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
środki w ramach NSO na lata 2020-2030, środki w ramach NPZ na lata 2021-2025 oraz
budżet NPChUK

⁹ Mapa drogowa zmian stawek akcyzy 2022-2027. Ocena drugiego roku obowiązywania (2023 r.) [w:] <https://akczyza.net/mapa-drogowa-zmian-stawek-akczyzy-2/>

wyroby nowatorskie. Istotnym impulsem do wprowadzenia podwyżek stawki akcyzy na wyroby tytoniowe i ich substytuty jest zwiększająca się z roku na rok siła nabywcza konsumentów¹⁰.

Ustawy, rozporządzenia i inne akty prawne, które określają zasady opodatkowania podatkiem akcyzowym są dostępne na stronie Ministerstwa Finansów¹¹.

¹⁰ <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-podatku-akcyzowym5>

¹¹ <https://www.podatki.gov.pl/akcyza/akty-prawne/>

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

5.5. Włączenie lekarzy różnych specjalności, w szczególności lekarzy POZ i medycyny pracy oraz innego personelu medycznego w działania profilaktyki pierwotnej i promocję zasad zdrowego stylu życia

W 2024 r. kontynuowane były działania związane z:

- 1) prowadzeniem dalszych prac nad analizą potrzeb edukacji zdrowotnej, zawierającą w szczególności opis funkcjonujących mechanizmów i procedur w zakresie skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym roli lekarza POZ i lekarza medycyny pracy oraz innego personelu medycznego w zakresie realizowanych w sposób ciągły działań edukacyjnych i profilaktycznych, ukierunkowanych na prowadzenie zdrowego stylu życia;
- 2) opracowaniem ankiety, która została skierowana do pracowników ochrony zdrowia dotyczącej prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego, której celem będzie poznanie opinii na temat czynników ryzyka występowania ChUK, obecnie prowadzonych programów profilaktycznych ukierunkowanych na ChUK, jak również przyszłych oczekiwań i potrzeb oraz barier jakie występują w powyższym zakresie. W grudniu 2024 r. ankieta została przekazana do pracowników ochrony zdrowia, a jej wyniki dostępne będą w 2025 r.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi, NFZ oraz NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz budżet NPChUK

Monitorowanie i nadzór nad stanem zdrowia populacji, w tym analiza najważniejszych problemów zdrowotnych oraz ich uwarunkowań i czynników ryzyka stanowi jedno z podstawowych zadań zdrowia publicznego.

W 2024 r., przy współpracy z NIZP PZH-PIB, przeprowadzono analizę danych sprawozdawczych zgromadzonych w systemie Profibaza, dotyczących działań w ramach

interwencji realizowanych w Polsce w 2022 r. w odniesieniu do CHUK i czynników ryzyka CHUK (koncepcja *10 dla serca*).

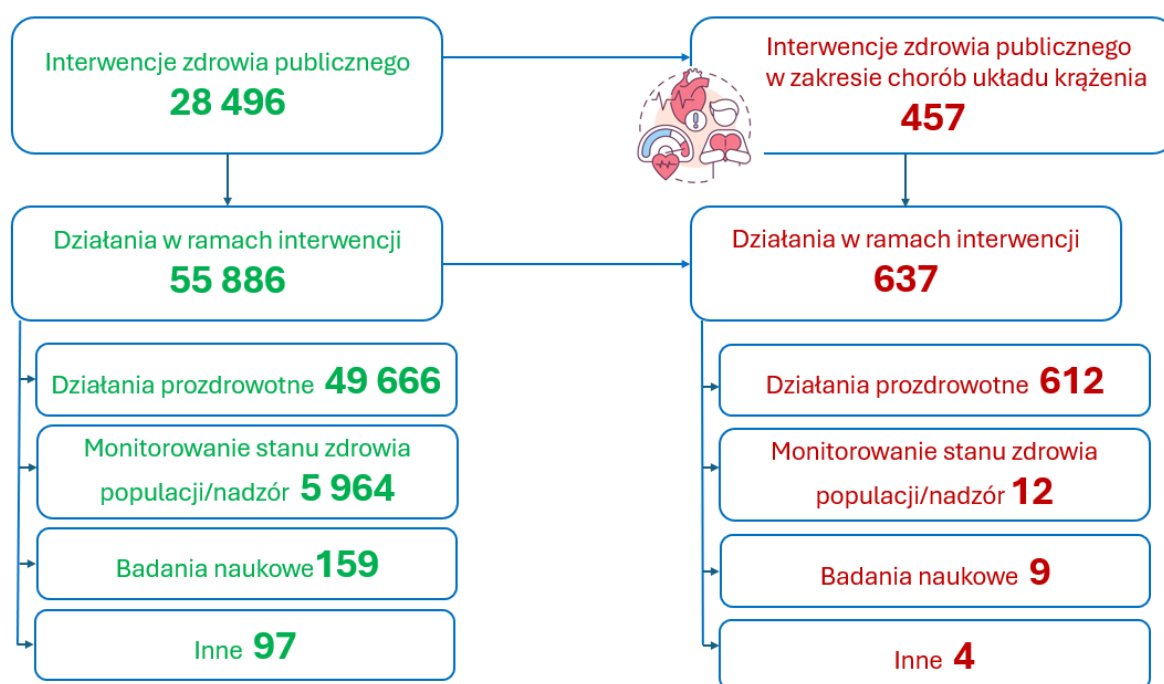
Przyjęto następujące założenia włączenia działań do analiz:

- 1) przynajmniej jedno działanie dotyczyło ChUK lub czynników ryzyka ChUK (koncepcja *10 dla Serca*);
- 2) z opisu działań wynikało, że dotyczyło ono ChUK i/lub czynników ryzyka ChUK (koncepcja *10 dla Serca*);
- 3) działanie dotyczyło ścieżki: działania prozdrowotne, monitorowanie stanu zdrowia populacji lub nadzór oraz badania naukowe.

Uwzględniono również zmienne takie jak: właściciel działania, województwo, zasięg, okres realizacji, charakterystyka populacji objętej działaniem oraz liczba odbiorców.

W 2022 r. zrealizowano łącznie 28.496 interwencji zdrowia publicznego, w ramach których przeprowadzono 55.886 działań. Spośród nich 457 interwencji (1,6%) i 637 działań (1,1%) dotyczyło profilaktyki ChUK. Większość działań skupiała się na ścieżce działań prozdrowotnych (96,1%), a pozostałe obejmowały monitorowanie stanu zdrowia (1,9%), badania naukowe (1,4%) oraz inne działania (0,6%).

Rysunek 10. Interwencje/działania zdrowia publicznego ogółem oraz zrealizowane w ramach profilaktyki ChUK według ścieżki interwencji w 2022 r.



Źródło: opracowanie własne NIZP PZH-PIB

W ramach działań prozdrowotnych dominowały świadczenia (58,5%) oraz działania organizacyjne (35,6%), natomiast budowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu stanowiło jedynie 5,9%. Działania promocyjno-informacyjne były najczęściej realizowaną formą działań organizacyjnych, stanowiąc 73,8% w obszarze ChUK. Wśród świadczeń przeważała edukacja zdrowotna (54,7%), a świadczenia zdrowotne stanowiły 45,3%.

Analiza wykazała, że działania w zakresie profilaktyki ChUK są realizowane w ograniczonym zakresie w porównaniu do ogółu działań zdrowia publicznego. Wskazuje to na **potrzebę intensyfikacji działań ukierunkowanych na prewencję chorób układu krążenia oraz lepsze wykorzystanie dostępnych danych do planowania interwencji.**

Wyniki analizy interwencji zdrowia publicznego

1. Analiza interwencji z zakresu zdrowia publicznego pokazała, że **jedynie niewielka liczba sprawozdanych działań zdrowia publicznego dotyczyła prewencji ChUK.** Wśród wszystkich działań zdrowia publicznego, jak też zrealizowanych w obszarze ChUK, przeważały działania prozdrowotne. Najczęściej była to edukacja zdrowotna oraz działania promocyjno-informacyjne.

Rekomendacje:

- 1) działania profilaktyczne stanowią skuteczną metodę ograniczania zachorowalności oraz zmniejszenia liczby zgonów z powodu ChUK. Istnieje pilna potrzeba zwiększenia liczby podejmowanych w kraju działań, w tym programów edukacyjnych, jak też innych rodzajów działań zdrowia publicznego związanych z prewencją ChUK np. świadczeń zdrowotnych lub ułatwień w środowisku mających na celu poprawę wiedzy i zmianę zachowań społeczności w zakresie profilaktyki ChUK.
2. Dominującą rolę w realizacji działań zdrowia publicznego ogółem w 2022 r. odgrywały instytucje centralne, zwłaszcza Państwowa Inspekcja Sanitarna. Natomiast w obszarze ChUK większy udział miały jednostki samorządu terytorialnego. Podkreśla to lokalny charakter interwencji w prewencji ChUK, dostosowany do specyficznych potrzeb lokalnych społeczności. Jednocześnie uwagę zwracają różnice terytorialne dotyczące aktywności poszczególnych województw w realizacji działań w tym obszarze.

Rekomendacje:

- 1) należy wzmacniać współpracę między jednostkami samorządowymi a instytucjami centralnymi oraz poprawić koordynację działań podmiotów realizujących działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki CHUK, tak aby zoptymalizować zasoby

- i zapewnić skuteczne wsparcie działań na poziomie lokalnym. Prawidłowe planowanie, monitorowanie oraz ewaluacja realizowanych w kraju programów wpłynie na poprawę sytuacji zdrowotnej w tym zakresie oraz umożliwi ograniczanie nierówności w zdrowiu;
- 2) istnieje potrzeba zwiększenia aktywności w województwach realizujących mniej działań w obszarze ChUK tak, aby ograniczyć występujące społeczne nierówności pomiędzy regionami.
3. W 2022 r. przeważały działania trwające rok lub dłużej, co zapewnia ich trwałość i jest istotne w poprawie ich skuteczności, szczególnie w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych, w tym ChUK. Większość podejmowanych działań sprawozdawana była w II i III kwartale roku.

Rekomendacje:

- 1) należy promować działania o charakterze długoterminowym, kontynuowane nawet przez wiele lat, zarówno w zakresie edukacji, jak i dostarczanych świadczeń zdrowotnych, w odpowiedzi na potrzeby odbiorców. Jednym z kluczowych elementów prowadzenia takich działań jest zapewnienie odpowiedniego i ciągłego finansowania;
- 2) należy promować także działania krótkoterminowe, skierowane do dużej liczby odbiorców, oraz podejmowane w I i IV kwartale (miesiące zimowe).
4. Działania prozdrowotne były najczęściej skierowane do osób dorosłych. W obszarze ChUK częściej odbiorcami działań były osoby starsze, co wskazuje na szczególne potrzeby tej grupy wieku w odniesieniu do promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Taki profil odbiorców nie wspiera jednak prewencji ChUK, która powinna być wdrażana od najmłodszych lat.

Rekomendacje:

- 1) planując realizację zarówno ogólnopolskich jak i lokalnych działań prozdrowotnych, profilaktycznych w zakresie CHUK należy je kierować do osób we wszystkich grupach wiekowych. Warto zwrócić uwagę na młodsze grupy wiekowe. Takie podejście pozwoli na skuteczniejsze zapobieganie ChUK oraz ograniczanie czynników ryzyka w całej populacji.
5. Wśród działań prozdrowotnych szczególnie ważne były działania edukacyjne w obszarze ChUK. Adresowano je przede wszystkim do osób dorosłych, choć istotną grupą odbiorców były również osoby młodsze (w wieku 15–19 lat). Takie działania umożliwiają kształtowanie postaw zdrowotnych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia wśród młodych osób.

Rekomendacje:

- 1) wskazane jest prowadzenie długofalowych działań edukacyjnych w obszarze profilaktyki ChUK, obejmujących zarówno dorosłych, jak i osoby młode. Edukacja skierowana do dzieci i młodzieży ma kluczowe znaczenie, ponieważ kształtuje postawy prozdrowotne, co przekłada się na większą świadomość zdrowotną w przyszłości i sprzyja budowaniu nawyków wspierających zdrowie. Działania te powinny być odpowiednio dopasowane do specyfiki grup wieku.
6. W 2022 r. dominowały działania prozdrowotne skierowane do małych grup odbiorców, niezależnie od ich płci i miejsca zamieszkania. Natomiast rzadko realizowano działania o szerokim zasięgu, w tym np. kampanie ogólnopolskie.

Rekomendacje:

- 1) działania prozdrowotne realizowane lokalnie są istotnym elementem prewencji chorób. Jednak powinny być one wspierane przez działania skierowane do szerokich grup odbiorców na poziomie ogólnopolskim. Programy o szerokim zasięgu, w tym kampanie społeczne, powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb różnych grup społecznych i realizowane w sposób uwzględniający lokalne warunki. Takie podejście jest rekomendowane w realizacji działań prozdrowotnych oraz zmniejszeniu nierówności w zdrowiu. Realizację działań powinna poprzedzać szczegółowa analiza i ocena najważniejszych czynników ryzyka ChUK charakterystycznych dla różnych grup społecznych.
7. Mimo, że w kraju obserwuje się duże rozpowszechnienie głównych **czynników ryzyka CHUK, to zrealizowane w 2022 r. działania w obszarach koncepcji 10 dla Serca** (wszystkie działania oceniane łącznie) dotyczyły najczęściej profilaktyki palenia tytoniu, zdrowej diety, nadwagi lub otyłości, nadmiernego spożycia alkoholu oraz aktywności fizycznej. Znikoma liczba działań dotyczyła takich czynników ryzyka jak: zaburzenia lipidowe, cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze. Żadne z działań nie dotyczyło higieny snu. Uzyskane wyniki wskazują na nierównomierne rozłożenie nacisku na poszczególne obszary ryzyka ChUK reprezentowane w koncepcji *10 dla Serca*, a której założeniem jest zwrócenie uwagi na konieczność jednoczesnego oddziaływania na wszystkie obszary ryzyka ChUK. W tym kontekście należy odnotować także fakt, że co trzecie działanie obejmowało prewencję w zakresie tylko jednego czynnika.

Rekomendacje:

- 1) profilaktyka ChUK opiera się na modyfikacji lub eliminacji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Ważne jest kompleksowe podejście do prewencji ChUK uwzględniające

w planowanych programach możliwie najwięcej czynników prewencyjnych spośród koncepcji *10 dla Serca*. Szczególnie duży nacisk należy położyć na wzmocnienie przekazu i świadomości głównych czynników ryzyka ChUK takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia lipidowe i otyłość. Ważne jest również podkreślanie konieczności jednoczesowego oddziaływania na wszystkie czynniki ryzyka.

8. W obszarze ChUK w odniesieniu do większości czynników ryzyka lub protekcyjnych:

- dominującą rolę w realizacji działań odgrywały jednostki samorządu terytorialnego (z wyjątkiem palenia tytoniu oraz diety). Zaobserwowano różnice terytorialne dotyczące aktywności poszczególnych województw;
- najczęściej realizowano działania trwające rok lub dłużej (z wyjątkiem spożycia alkoholu, otyłości lub nadwagi i stresu);
- większość działań prozdrowotnych skierowano do osób dorosłych. Jednak w odniesieniu do cukrzycy, otyłości lub nadwagi i diety odbiorcami były najczęściej osoby starsze, a w przypadku spożycia alkoholu i stresu była to również młodzież;
- dominowały działania skierowane do małych grup odbiorców, niezależnie od ich płci i miejsca zamieszkania.

Rekomendacje:

- 1) zalecane jest wzmocnienie koordynacji centralnej oraz wsparcie dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie wytycznych dotyczących głównych czynników prewencji ChUK, tzw. koncepcji *10 dla Serca*. Lepsza koordynacja i współpraca przyczyni się do zapewnienia spójności prowadzonych działań oraz poprawy efektywności programów prozdrowotnych, a także ograniczy występujące nierówności terytorialne;
- 2) w planowaniu działań należy także zwrócić uwagę, aby były one kierowane do różnorodnych grup odbiorców (pod względem wieku i statusu społecznego). Oprócz realizacji działań na rzecz mniejszych grup i społeczności lokalnych, zalecane są również działania o zasięgu ogólnokrajowym, skierowane do szerokiej grupy odbiorców.

Realizacja zadania będzie kontynuowana w 2025 r.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

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

Zgodnie z harmonogramem realizacji zadań Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, rozpoczęcie realizacji przedmiotowego poddziałania zaplanowane zostało na kolejne lata realizacji Programu.

Planowane jest dokonanie oceny potencjału medycyny pracy do działań profilaktycznych pod kątem częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań diagnostycznych. Pozwoli to na sprecyzowanie ewentualnych rekomendacji zmian w obowiązującym zakresie obowiązkowych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników w odniesieniu do różnych grup zawodowych.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, Instytut
Medycyny Pracy im. prof. dra
med. Jerzego Nofera w Łodzi,
NFZ oraz NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych) oraz
budżet NPChUK

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrażanie i dostosowywanie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową.

5.7. Realizacja i inicjowanie badań bilansowych, odnoszących się do stylu życia pacjenta, np. kwestii dotyczących palenia tytoniu, spożywania alkoholu, odżywiania, aktywności fizycznej

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO.

W ramach działań mających na celu wprowadzenie badań okresowych odnoszących się do stylu życia pacjenta, w 2024 r. kontynuowano realizację programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS*¹², którego celem była ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Realizacja programu miała także na celu zwiększenie liczby osób wykonujących profilaktyczne badania okresowe, a w konsekwencji umożliwienie wczesnego wykrywania chorób i zaburzeń oraz zapobieganie ich rozwojowi.

Każda osoba powyżej 40. roku życia miała możliwość dokonania zgłoszenia do programu za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) lub bezpośrednio u świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy *Profilaktyka 40 PLUS*. Na podstawie ankiety diagnostycznej otrzymywała skierowanie na bezpłatne badania profilaktyczne. Program zakładał realizację badań w formie pakietów przeznaczonych dla kobiet lub dla mężczyzn oraz pakietu wspólnego.

Od dnia 1 lipca 2021 r. do dnia 31 grudnia 2024 r. z programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS* skorzystało łącznie ponad 4 mln osób. Świadczenia były udzielane przez niemal 2.900

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi, NFZ, NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz środki Narodowego Funduszu Zdrowia

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2024 r. poz. 549, z późn. zm.).

podmiotów leczniczych. Realizacja programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS* trwała do dnia 31 maja 2025 r.

2

Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

Działanie 5: Wdrażanie i dostosowywanie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową

5.8. Kontynuacja procesu szkolenia kadr medycznych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego i POZ dotyczącego profilaktyki, w szczególności w obszarze leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu i szkód spowodowanych spożyciem alkoholu

Punktem wyjścia do planowania edukacji zdrowotnej, oprócz diagnozy epidemiologicznej, czyli rozpoznania sytuacji zdrowotnej adresatów, jest zrozumienie świadomości na temat czynników ryzyka ChUK oraz ocena stosowania tej wiedzy w praktyce. Analiza behawioralnych i środowiskowych uwarunkowań danego problemu zdrowotnego umożliwia określenie specyficznych czynników ryzyka dla danej grupy docelowej lub problemu zdrowotnego oraz identyfikację ich potrzeb edukacyjnych. Dzięki tak zgromadzonej wiedzy możliwe jest skuteczne planowanie edukacji zdrowotnej.

Realizując proces poznawczy, w 2023 r. przygotowano koncepcję, mającą na celu poznanie wiedzy i świadomości o czynnikach ryzyka ChUK wśród młodzieży. Głównym elementem było opracowanie kwestionariusza oceny pt. *Ankieta dotycząca świadomości młodocianych dorosłych na temat chorób układu krążenia*. Ankietę przygotował zespół ekspertów NIKARD-PIB we współpracy z Ekspertami Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. W ankiecie zawarto 20 pytań dotyczących czynników ChUK.

Badanie było ogólnopolskim badaniem reprezentatywnym przeprowadzonym na losowej próbie ponad 10 tys. uczniów ostatnich klas szkół średnich w Polsce. Badanie przeprowadzono w okresie od października 2023 r. do stycznia 2024 r. Mając na względzie fakt, że młodzież w Rzeczypospolitej Polskiej ma obowiązek nauki do ukończenia 18. roku życia (który to

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi, NFZ, NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych), NPZ na lata 2021-2025 oraz budżet NPChUK

uczniowie osiągają zazwyczaj w ostatniej klasie szkoły średniej) uczestnicy badania stanowią reprezentatywną próbę wkraczającej w dorosłość młodzieży w kraju.

Operatem losowania był kompletny zbiór szkół i instytucji oświatowych opublikowany na stronie MEiN (<https://dane.gov.pl/pl/dataset/839,wykaz-szko-i-placowek-oswiatowych>). Z przedstawionego kompletnego rejestru instytucji edukacyjnych w Polsce (publicznych i niepublicznych), z uwagi na założenia badania, badaniem objęto jedynie 4-letnie szkoły średnie (licea i technika, szkoły zasadnicze są trzyletnie). Do badania zostało wylosowanych (z wykorzystaniem liczb losowych wygenerowanych w pakiecie MS Excel) 250 szkół spełniających przedstawiony wyżej warunek. Wylosowana liczba szkół przypadająca na poszczególne województwa została określona na podstawie udziału procentowego 18-letniej młodzieży w kraju według województw (na podstawie danych GUS). W kolejnym kroku liczbę szkół przypadających na poszczególne województwo podzielono w stosunku 1:1 na szkoły znajdujące się w stolicy danego województwa oraz w pozostałych miejscowościach w danym województwie. W przypadku gdy liczba szkół planowanych do wylosowania w danym województwie była nieparzysta, jedna szkoła więcej zostawała przypisana do miast wojewódzkich (Tabela 2).

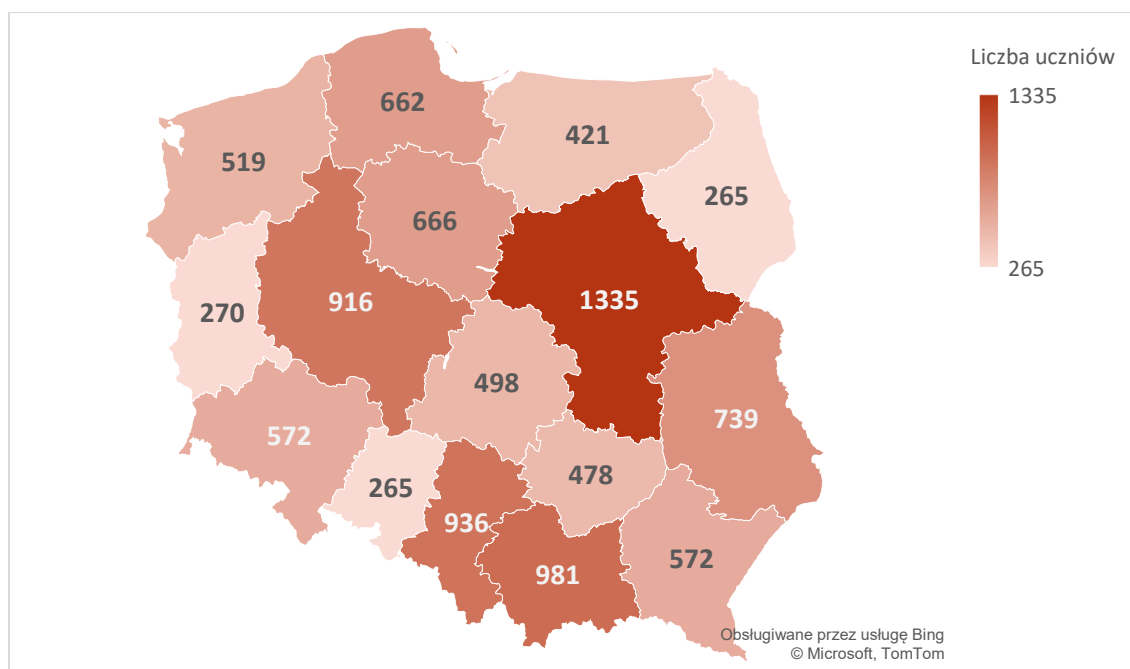
Tabela 2. Struktura wylosowanych liczby szkół według województw oraz miast wojewódzkich i pozostałych miejscowości

Województwo	Liczba osób 18-letnich (30 VI 2021)	% w kraju	Liczba szkół w badaniu		
			Stolica	Pozostałe miejscowości	Razem
Dolnośląskie	23 117	6,7%	9	8	17
Kujawsko-pomorskie	19 041	5,5%	7	7	14
Lubelskie	20 060	5,8%	7	7	14
Lubuskie	8 796	2,6%	3	3	6
Łódzkie	20 844	6,1%	8	7	15
Małopolskie	32 242	9,4%	12	11	23
Mazowieckie	49 206	14,3%	18	18	36
Opolskie	7 919	2,3%	3	3	6
Podkarpackie	20 663	6,0%	8	7	15
Podlaskie	10 614	3,1%	4	4	8
Pomorskie	22 057	6,4%	8	8	16
Śląskie	36 924	10,8%	14	13	27
Świętokrzyskie	11 010	3,2%	4	4	8
Warmińsko-mazurskie	13 332	3,9%	5	5	10
Wielkopolskie	32 954	9,6%	12	12	24
Zachodniopomorskie	14 629	4,3%	6	5	11
Razem	343 408	100%	128	122	250

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS

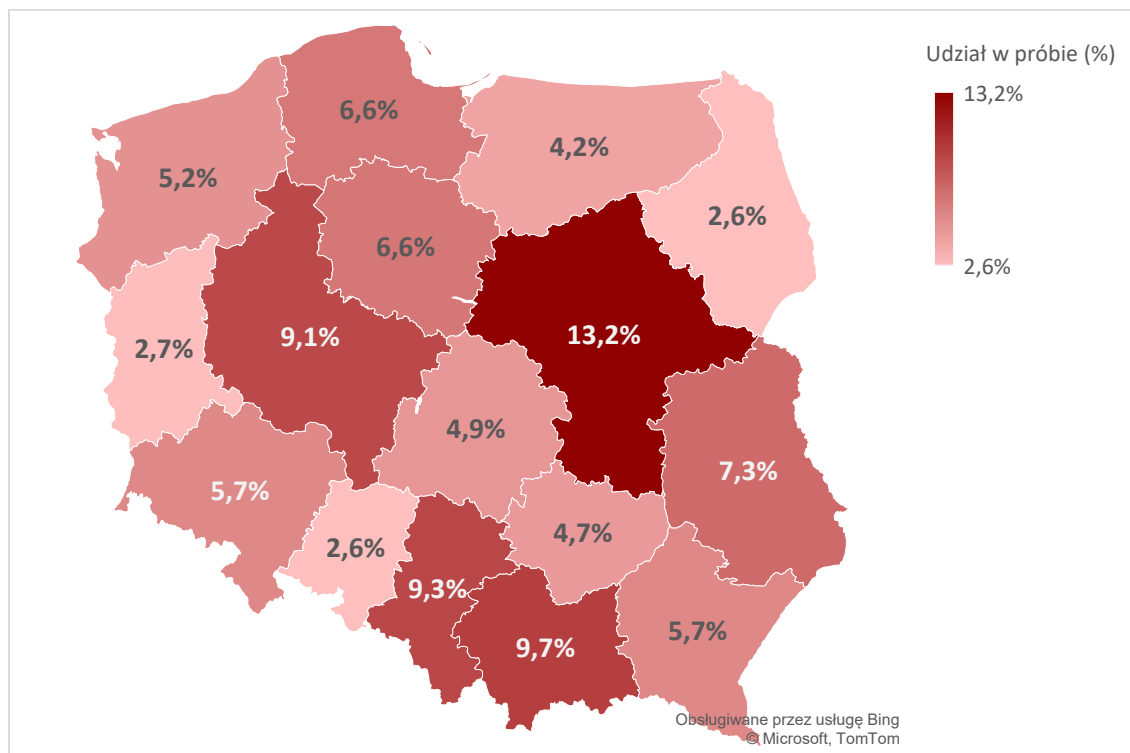
Badaniem objęto 10.095 18-latków (6.076 kobiet i 4.019 mężczyzn). Na Rysunku 4 przedstawiono liczbę uczniów, którzy wzięli udział w badaniu w poszczególnych województwach, natomiast na Rysunku 5 przedstawiono udział uczniów z poszczególnych województw w całej próbie.

Rysunek 11. Liczba udział uczniów, którzy wzięli udział w badaniu



Źródło: opracowanie własne

Rysunek 12. Udział uczniów z poszczególnych województw w całej próbie



Źródło: opracowanie własne

Ważnym aspektem postępowania w kierunku zmniejszenia ich występowania jest oddziaływanie na czynniki ryzyka, które prowadzą do rozwoju ChUK. Zadaniem NPChUK jest zmniejszenie częstości występowania ChUK m. in. przez prowadzenie działań prewencyjnych. Istotnym elementem w prewencji ChUK jest podjęcie działania już u młodych dorosłych, w tym u osób wkraczających w dorosłość, które zaczynają samodzielnie decydować o swoim stylu życia i wyborach zdrowotnych. Ograniczenie oddziaływania czynników ryzyka już w tej grupie wiekowej może przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania ChUK w Polsce. W celu zaplanowania właściwych założeń programów profilaktycznych, ważne jest poznanie wiedzy i świadomości o czynnikach ryzyka ChUK m. in. wśród młodzieży. Dlatego też, w ankiecie dla uczniów skupiono się na tych czynnikach ryzyka, opierając się na koncepcji *10 dla Serca*, które mają istotne znaczenie w wieku wczesno-dorosłym.

Reprezentatywne badanie ankietowe, którym objęto ponad 10 tys. 18-latków rozpoczynających swoje dorosłe życie, ujawniło niepokojące informacje o ich świadomości dotyczącej ChUK i ich czynników ryzyka. Wyniki wskazują, że młodzi dorośli w Rzeczypospolitej Polskiej nie znają przyczyn zgonów w kraju ani nie potrafią poprawnie zidentyfikować chorób zaliczanych do ChUK. Brakuje im także wiedzy na temat czynników ryzyka zawału serca, gdyż nie łączą w wystarczającym stopniu palenia tytoniu oraz chorób metabolicznych, takich jak otyłość, cukrzyca czy podwyższone stężenie cholesterolu LDL, z występowaniem zawału serca.

Szokujące jest, że co piąty osiemnastolatek i co dziesiąta osiemnastolatka cierpią na nadwagę lub otyłość. Co więcej, deklaratywne dane zaniżają rzeczywisty odsetek młodych dorosłych z otyłością. Wśród tych z nadmierną masą ciała, nieznacznie ponad połowa przyznaje, że ich masa ciała jest zdecydowanie za wysoka. Natomiast spośród młodych dorosłych z niedowagą, tylko połowa uznaje swoją masę ciała za lekko lub znacznie za niską.

Pomimo, że większości młodych dorosłych kiedykolwiek mierzono ciśnienie tętnicze, tylko nieliczni znają jego wartości. Pośród osób, które zadeklarowały wartość swojego ciśnienia tętniczego mały odsetek mieścił się w zakresie wartości optymalnych.

Alarmujące są także dane dotyczące aktywności fizycznej: nawet najwyższy odsetek młodych dorosłych wykonujących zalecaną umiarkowaną lub intensywną aktywność fizyczną – 77% młodych mężczyzn w okresie letnim – jest niewystarczający. W zimie odsetek ten drastycznie spada, zwłaszcza wśród kobiet. Młodzi Polacy spędzają również zbyt wiele czasu przed ekranami telewizorów, telefonów czy komputerów, bo aż 1/4 dnia.

Jakość i ilość snu, kluczowe choć niedoceniane czynniki ryzyka ChUK i chorób metabolicznych, także pozostawiają wiele do życzenia. Średnia długość snu w tygodniu to jedynie 6,7 godziny,

z tendencją do nadrabiania braków w weekendy. Młodzi dorośli nie identyfikują zaburzeń snu jako istotnego czynnika ryzyka dla ChUK i chorób metabolicznych.

Połowa osiemnastolatków pije alkohol, najczęściej mocne trunki. Zaskakujący jest fakt, że co trzeci pijący mężczyzna (34%) i co czwarta pijąca kobieta (24%) spożywają ponad 100 g alkoholu tygodniowo. Niestety, młodzi dorośli niewystarczająco kojarzą spożywanie, zwłaszcza nadmierne, alkoholu z ryzykiem rozwoju ChUK.

Ponad połowa młodych dorosłych paliła lub pali wyroby tytoniowe. Codziennie pali 23% 18-latków, a 16% pali okazjonalnie. Brak znaczących różnic w częstości palenia między kobietami a mężczyznami jest szczególnie interesujący. Najczęściej palą papierosy nieklasyczne, ale prawie połowa palących nieklasyczne papierosy pali również papierosy tradycyjne.

Młodzi Polacy są świadomi negatywnego wpływu żywności wysokoprzetworzonej, takiej jak napoje energetyczne, słodzone, fast foody, chipsy i słodczyce, lecz mimo to sięgają po nie zbyt często. Znają prozdrowotne wartości warzyw i owoców – 90% ankietowanych spożyło je co najmniej raz w ostatnim tygodniu. Nie identyfikują jednak oliwy z oliwek, oleju rzepakowego ani czarnej kawy jako prozdrowotnych. Panują także błędne przekonania na temat czerwonego mięsa, po które zdecydowanie częściej sięgają mężczyźni.

Wyniki badania wyraźnie pokazują, że istnieje pilna potrzeba edukacji zdrowotnej skierowanej do młodych dorosłych, dostosowanej do ujawnionych potrzeb, by zapobiec rosnącej epidemii chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych w przyszłości.

Wyniki badania ankietowego

- Młodzi dorośli w Polsce nie znają przyczyn zgonów w kraju ani nie potrafią poprawnie zidentyfikować chorób zaliczanych do chorób układu krążenia. Ponadto nie łączą w wystarczającym stopniu palenia tytoniu oraz chorób metabolicznych, takich jak otyłość, cukrzyca czy podwyższone stężenie cholesterolu LDL, z występowaniem zawału serca.



- Co piąty osiemnastolatek i co dziesiąta osiemnastolatka cierpią na nadwagę lub otyłość. Wśród osób z nadmierną masą ciała, tylko nieznacznie ponad połowa przyznaje, że ich masa ciała jest zdecydowanie za wysoka.



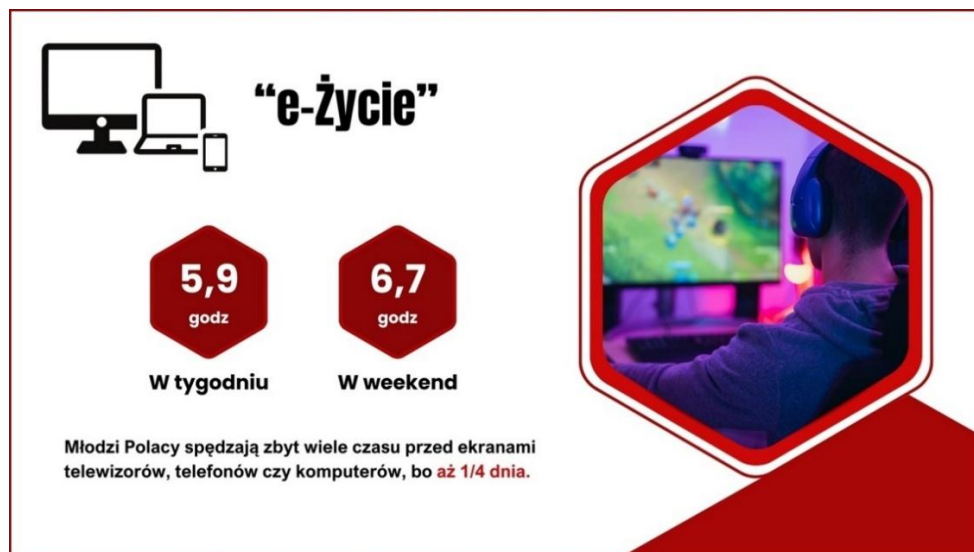
- Młodzi dorośli zbyt często spożywają wysokoprzetworzoną żywność (fast food, chipsy, słodkie oraz napoje słodzone i energetyczne) pomimo wysokiej świadomości jej negatywnego wpływu na zdrowie.



- Połowa osiemnastolatków pije alkohol, najczęściej mocne trunki. Co trzeci pijący mężczyzna i co czwarta pijąca kobieta spożywają nadmierną ilość alkoholu tygodniowo. Młodzi dorośli w niewystarczającym stopniu kojarzą spożywanie, zwłaszcza nadmierne, alkoholu z ryzykiem rozwoju chorób układu krążenia.



- Młodzi Polacy spędzają zbyt wiele czasu przed ekranami telewizorów, telefonów czy komputerów, bo aż 1/4 dnia.



- Młodzi dorośli mają zbyt krótki czas snu w tygodniu, z tendencją do nadrabiania braków w weekendy. Ponadto nie identyfikują zaburzeń snu jako istotnego czynnika ryzyka chorób układu krążenia i metabolicznych.



- Ponad połowa młodych dorosłych paliła lub pali wyroby tytoniowe. Codziennie pali 23% 18-latków, a 16% pali okazjonalnie. Najczęściej palą papierosy nieklasyczne, ale prawie połowa palących nieklasyczne papierosy pali również papierosy tradycyjne.



- Odsetek młodych dorosłych wykonujących zalecaną umiarkowaną lub intensywną aktywność fizyczną w okresie letnim jest niewystarczający. W zimie odsetek ten drastycznie spada, zwłaszcza wśród kobiet.



- Pomimo że większości młodych dorosłych kiedykolwiek mierzono ciśnienie tętnicze, tylko nieliczni znają jego wartości.



- Młodzi dorośli znają prozdrowotne wartości warzyw i owoców – 90% ankietowanych spożyło je co najmniej raz w ostatnim tygodniu. Nie identyfikują jednak oliwy z oliwek, oleju rzepakowego ani czarnej kawy jako prozdrowotnych.



Na podstawie przedstawionych danych wyłania się dramatyczny obraz potrzeby natychmiastowych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i prewencji ChUK.

Oto wnioski, które mogą zmniejszyć ryzyko ChUK:

1. **Podniesienie poziomu wiedzy o chorobach układu krążenia:** Konieczne jest wdrożenie kampanii edukacyjnych i zmiana programów szkolnych, aby uświadomić młodym dorosłym, jakie są główne przyczyny zgonów w Polsce oraz jakie choroby zaliczane są do ChUK. Te

programy muszą również szczegółowo omawiać czynniki ryzyka związane z tymi chorobami.

2. **Promocja zdrowego stylu życia:** Nie możemy pozwolić na niedocenianie wpływu diety, aktywności fizycznej i zdrowego snu na serce. W szczególności trzeba zwrócić uwagę na problem nadmiernego siedzenia przed ekranem i powszechny brak odpowiedniej ilości snu. Trzeba wprowadzić programy, które nie tylko podtrzymają letnie poziomy aktywności fizycznej w zimie, ale też będą je zwiększać.
3. **Prewencja i rzetelna ocena masy ciała:** Młodzi dorośli muszą być bardziej świadomi swojej masy ciała i umieć realistycznie ocenić, czy mieszczą się w normie, mają nadwagę, otyłość, czy niedowagę. Regularne programy edukacyjne są tu kluczowe. Bez wiedzy o znaczącym wpływie otyłości na rozwój chorób metabolicznych i ChUK, młodzi dorośli narażają się na ryzyko tych chorób.
4. **Monitorowanie i znajomość wartości ciśnienia tętniczego:** Edukacja w zakresie regularnych pomiarów i znaczenia znajomości swojego ciśnienia tętniczego może pomóc we wczesnym wykrywaniu i prewencji ChUK. Młodocianym dorosłym należy dostarczyć więcej informacji na ten temat i zachęcać ich do monitorowania swojego zdrowia sercowo-naczyniowego.
5. **Zmniejszenie spożycia alkoholu:** Nie możemy ignorować faktu, że nadmierne spożycie alkoholu to tykająca bomba również dla zdrowia serca. Kampanie informacyjne muszą wyraźnie pokazywać ryzyko związane z alkoholem, zwłaszcza w kontekście ChUK.
6. **Prewencja palenia tytoniu:** Programy antynikotynowe muszą być bardziej intensywne i skuteczne. Trzeba zapobiegać inicjacji palenia wśród młodych oraz wspierać tych, którzy już palą, w zerwaniu z nałogiem, zarówno przy klasycznych papierosach, jak i ich nowoczesnych odpowiednikach.

Te wnioski dowodzą, że potrzebujemy wszechstronnej strategii edukacyjnej i bardziej spersonalizowanego podejścia do prewencji chorób układu krążenia wśród młodych dorosłych. Musimy działać teraz, zanim będzie za późno.

Mając na uwadze wyniki analizy realizowanych w 2022 r. interwencji zdrowia publicznego, można zaobserwować, że:

- 1) większość działań zdrowia publicznego ogółem była kierowana do odbiorców działań bez względu na ich płeć (48.418 działań; 86,6%) oraz miejsce zamieszkania (38.885 działań; 69,6%), **podobnie jak w obszarze prewencji CHUK** (odpowiednio: 583 działania; 91,5% oraz 448 działania; 70,3%);

- 2) odbiorcami większości działań zdrowia publicznego ogółem były osoby dorosłe (41 824 działania; 74,8%), **podobnie jak w obszarze CHUK** (568 działań; 89,2%);
- 3) biorąc pod uwagę bardziej szczegółowe grupy wieku odbiorcami działań zdrowia publicznego ogółem najczęściej były osoby w wieku średnim. Natomiast **w obszarze ChUK** dominowały osoby starsze.

Realizacja skutecznej profilaktyki napotyka na liczne wyzwania. Jednym z nich jest brak odpowiednich zasobów i wsparcia, często brakuje także systematycznego podejścia do działań profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. Warto pamiętać, że profilaktyka powinna być zaplanowana i zorganizowana tak, aby była efektywna.

Profilaktyka to nie tylko zapobieganie problemom, ale także inwestowanie w zdrowie i rozwój młodzieży. Dlatego MEN, we współpracy z MZ dąży do wprowadzania do programów nauczania dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych lekcji, dotyczących profilaktyki zdrowotnej i identyfikacji najważniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego.

Realizacja zadania będzie kontynuowana w 2025 r.

III. INWESTYCJE W PACJENTA



CEL

ZWIĘKSZENIE POZIOMU ZGŁASZALNOŚCI NA BADANIA PRZESIEWOWE
ORAZ POPRAWA JAKOŚCI BADAŃ W KIERUNKU CHUK

3

Inwestycje w pacjenta

Działanie 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/Centrami Profilaktyki i Centrami Doskonałości Kardiologicznej

6.1. Wdrożenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ celem objęcia „lokalnych” populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi w kierunku czynników ryzyka ChUK

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO.

Celem zadania było **wprowadzenie rozwiązań wspierających poprawę zgłaszalności na badania profilaktyczne** grup kwalifikujących się do określonych programów badań przesiewowych.

Zarządzeniem nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wprowadzono nowy kwartalny i roczny dodatek motywacyjny dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (której założenia są w dużej mierze spójne z profilaktyką onkologiczną), związany z poziomem ich wykonania, a także współczynnik korygujący związany z polepszeniem jakości i zwiększeniem dostępności udzielanych świadczeń (w odniesieniu do programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS*). Wprowadzono regulacje dotyczące kwartalnego współczynnika korygującego wyrażonego kwotowo dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach umów lekarza POZ, tj. za każde 100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS* świadczeniodawca otrzymał 2.200 zł).

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z NFZ, AOTMiT, NIKARD-PIB, CZP/CP, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych), środki Funduszu Medycznego

W przypadku profilaktyki ChUK obowiązują **dwa rodzaje dodatku motywacyjnego**:

1. **kwartalny** – do każdego wykonanego świadczenia – jest zależny od procentowego poziomu objęcia populacji danego świadczeniodawcy i naliczany jest za każdy punkt procentowy wzrostu. Wynosi on od 0,50 zł od 5 % populacji danego świadczeniodawcy objętej świadczeniem do 2,00 zł w sytuacji, gdy świadczeniem tym objęto więcej niż 40% populacji (§ 18 ust. 3 przywołanego wyżej zarządzenia Prezesa NFZ);
2. **roczny** – wypłacany jest jednorazowo w wysokości iloczynu liczby osób którym wykonano świadczenie i kwoty wskazanej zależnej od wskaźnika objęcia populacji. Dodatek ten waha się od 4,00 zł w przypadku objęcia mniej niż 20 % populacji tym świadczeniem do 20,00 zł w razie objęcia więcej niż 45 % (§ 18 ust. 6 przywołanego wyżej zarządzenia Prezesa NFZ).

Zainteresowanie badaniami profilaktycznymi z roku na rok wzrasta, dlatego zasadnym wydaje się dalsza obserwacja trendu, co w konsekwencji posłuży do wypracowania w kolejnych latach realizacji NPChUK standardów wdrażania narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ celem objęcia „lokalnych” populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi.

Inwestycje w pacjenta

3

Działanie 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/Centrami Profilaktyki i Centrami Doskonałości Kardiologicznej

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

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO.

Nowe rozwiązania mające na celu uelastycznienie postępowania w zakresie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników wprowadziła **ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw** (Dz. U. z 2023 r. poz. 240), która weszła w życie w dniu 21 lutego 2023 r.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z NFZ, AOTMiT, NIKARD-PIB, CZP/CP, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz budżet NPChUK

Skuteczność działań prozdrowotnych i możliwość ich realizacji, zapewniają programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej, ustanawiane i realizowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub przez NFZ na podstawie odrębnych przepisów.

W 2024 r. nie były prowadzone dodatkowe działania w kierunku wprowadzenia lub modyfikacji narzędzi motywacyjnych dla zespołów medycyny pracy. W kolejnych latach realizacji NPChUK wyniki skuteczności prowadzonych programów przesiewowych będą podstawą do ewentualnego rekomendowania dalszych zmian w omawianym zakresie.

Inwestycje w pacjenta

3

Działanie 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/Centrami Profilaktyki i Centrami Doskonałości Kardiologicznej

6.3. Zmodyfikowanie programów profilaktyki chorób układu krążenia, uwzględniających aktualną sytuację epidemiologiczną, w celu zapewnienia większego udziału populacji w badaniach przesiewowych, a także większą skuteczność działań edukacyjnych i leczniczych

W 2024 r. zrealizowano poniższe zadania:

- 1) opracowano klasyczną Kartę Oceny Ryzyka ChUK;
- 2) opracowano założenia elektronicznej Karty Ryzyka ChUK;
- 3) trwały prace nad narzędziem Ankieta stanu zdrowia – „10 dla Serca” (zmieniono nazwę produktu z elektroniczny Kalkulator Stanu Zdrowia na Ankieta stanu zdrowia – „10 dla Serca”).

W trakcie prac wypracowano nowe podejście do narzędzi, a mianowicie zarówno elektroniczna Karta Ryzyka ChUK jak i Ankieta stanu zdrowia – „10 dla Serca” docelowo będą stanowić jedno narzędzie elektroniczne (interaktywne) w systemie ochrony zdrowia, umożliwiające pacjentom ocenę aktualnego i przyszłego (prognozowanego) stanu zdrowia w zakresie ChUK i będą docelowo dostępne dla ogółu społeczeństwa w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) oraz moje IKP.

W 2024 r. aktywnie realizowano zadania związane z uruchomieniem Ankiety stanu zdrowia – „10 dla Serca” wraz z Kartą Ryzyka ChUK. Prace te realizowano we współpracy z ekspertami NIKARD-PIB, MZ oraz Centrum e-Zdrowia, zwanego dalej „CeZ”. Uruchomienie narzędzia planowane jest w 2025 r., a od momentu uruchomienia gromadzone będą dane z ankiet pozwalające na stałe monitorowanie i identyfikację czynników ryzyka zachorowalności

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z NFZ, AOTMiT, NIKARD-PIB, CZP/CP, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych, środki NFZ, budżet AOTMiT (w ramach zadań własnych) oraz budżet NPChUK

i umieralności Polaków z powodu ChUK.

Dodatkowo w 2025 r. ruszy badanie WOBASZ, podczas którego możliwa będzie ocena zagrożenia populacji polskiej ChUK, a także ocena częstości występowania wielu czynników ryzyka tych chorób, wraz z oceną stopnia ich kontroli oraz stylu życia i wiedzy na temat działań prewencyjnych.

Omówione powyżej elementy wpisują się w koncepcję realizacji kampanii społecznych oraz działań profilaktycznych i edukacyjnych, skupiających się wokół koncepcji *10 dla Serca*.

W 2024 r. opracowano również **standardy planowania (budowania) oraz ewaluacji programów zdrowotnych**, niezdefiniowanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Podstawą opracowania była analiza licznych modeli planowania i oceny programów zdrowotnych w zdrowiu publicznym, opublikowanych w literaturze anglojęzycznej, m.in. z Australii, Hiszpanii, Kanady, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii i USA, a także tych dostępnych w polskim piśmiennictwie (m.in. zasady stosowane przez AOTMiT, dotyczące programów polityki zdrowotnej).

Opracowane propozycje standardów mają na celu:

- 1) ujednolicenie podejścia do realizacji programów zdrowotnych, w tym programów polityki zdrowotnej oraz innych działań prozdrowotnych w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia;
- 2) udoskonalenie planowania i oceny efektywności programów zdrowotnych;
- 3) podniesienie jakości realizowanych programów zdrowotnych;
- 4) uwzględnienie społecznych determinantów zdrowia oraz zasad sprawiedliwości w zdrowiu w procesie projektowania programów;
- 5) promowanie działań horyzontalnych, nie zaś wertykalnych;
- 6) zapewnienie wiarygodnej oceny skuteczności programów przez analizę wyników krótko i średnioterminowych;
- 7) umożliwienie porównywania programów zdrowotnych;
- 8) tworzenie bazy obejmującej dowody naukowe i dobre praktyki w zdrowiu publicznym;
- 9) udzielanie rekomendacji opartych na wiarygodnych dowodach naukowych;
- 10) zbieranie argumentów wspierających budowanie potencjału i finansowanie zdrowia

publicznego;

- 11) przygotowanie podstaw do przeprowadzania analiz ekonomicznych w procesie ewaluacji programów;
- 12) rozwijanie potencjału zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) wzmacnianie zdrowia w wymiarze populacyjnym.

W związku z powyższym w odniesieniu do programów zdrowotnych niezdefiniowanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rekomenduje się:

1. Powszechne stosowanie modelu logicznego w procesie planowania programów zdrowotnych, w tym programów polityki zdrowotnej podlegających procesowaniu w AOTMiT.
2. Zapewnienie ewaluacji każdego programu zdrowotnego – formatywnej, procesu oraz wyników krótkoterminowych i średnioterminowych.
3. Uświadamianie ograniczeń ewaluacji wyników, która nie pozwala na wnioskowanie o przyczynowości ani na udowodnienie, że zmiana jest efektem programu.
4. Opracowanie zbioru wymagań i standardów sprawozdawczości dotyczących realizacji programów zdrowotnych, uwzględniających kluczowe aspekty ewaluacji w celu formalnego wspierania ich udoskonalania.
5. Dążenie do wydłużenia czasu trwania/realizacji programów zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej, co pozwoli na ocenę wyników długoterminowych.
6. Dokładanie starań dla zapewnienia dojrzałości programów zdrowotnych, tak aby możliwe było przeprowadzanie ewaluacji wpływu, pod warunkiem jej uzasadnienia logicznego, naukowego i finansowego.
7. Podkreślanie, że ewaluacja wpływu jest jedyną metodą pozwalającą na udowodnienie związku przyczynowego między wdrożonym programem a zaobserwowaną zmianą.
8. Przeprowadzanie ewaluacji ekonomicznej programów zdrowotnych w celu oceny ich efektywności kosztowej.
9. Rozwijanie działań edukacyjnych i informacyjnych w zakresie planowania i ewaluacji programów zdrowotnych, w tym działalności leczniczej, szkoleń oraz inicjatyw promujących kulturę ewaluacyjną w systemie zdrowia publicznego w Polsce.

Rekomenduje się również promowanie programów długoterminowych, które cechują się większą skutecznością i trwałością. Działania te powinny być regularnie monitorowane i poddawane ewaluacji, co umożliwi ich dostosowanie do zmieniających się potrzeb społecznych oraz skuteczniejsze ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Ważne jest także podjęcie działań mających na celu zmniejszenie regionalnych nierówności w zakresie profilaktyki ChUK. W tym celu należy zwiększyć aktywność w regionach, które są mniej zaangażowane w działania prozdrowotne. Analizy terytorialne pozwolą skuteczniej planować interwencje oraz efektywniej alokować zasoby.

Planowanie działań powinno uwzględniać kompleksowe podejście do czynników ryzyka. Programy zdrowotne powinny koncentrować się na szerokim spektrum zagadnień, takich jak stres, zaburzenia lipidowe czy brak snu, a nie ograniczać się jedynie do najczęściej podejmowanych tematów, jak palenie tytoniu czy nadciśnienie.

Zmiany w zakresie edukacji zdrowotnej powinny iść w kierunku łatwo dostępnej i skutecznej edukacji zdrowotnej. Charakter edukacji powinien być ukierunkowany na poprawę publicznych i zawodowych kompetencji w promowaniu zdrowia i zwiększania świadomości zdrowotnej obywateli.

Samo udostępnianie istniejącej wiedzy na temat zdrowia, choć jest konieczne, należy uzupełnić następującymi elementami:

- 1) podkreślaniem umiejętności samooceny, indywidualnych zdolności oraz wsparcia społecznego w rozwoju zdrowego stylu życia;
- 2) praktycznym i teoretycznym szkoleniem pracowników służby zdrowia w zakresie promocji zdrowia;
- 3) szkoleniem innych grup zawodowych w celu podniesienia możliwości promowania zdrowia;
- 4) zapewnieniem skutecznej infrastruktury i wystarczających środków we wdrożeniu i koordynacji programów promocji zdrowia¹³.

Nowoczesna edukacja zdrowotna ma dostarczać informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacniać działania na jego rzecz, przekonywać oraz wpływać na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej.¹⁴

¹³ Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001

¹⁴ Kubica A., Bogdan M., Grześk G., Krakowska A., Sukiennik A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 95–98. 4. Karski J.B. Znaczenie rozwoju pojęcia zdrowia dla tworzenia nowych pojęć i wartości. W: Karski J.B. *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. CeDeWu, Warszawa 2003; 9–17

Zmiany w zakresie standardów edukacji zdrowotnej powinny zatem zmierzać w kierunku:

1. Zwiększenia skuteczności edukacji zdrowotnej jako odpowiedzi na niezadowalające wyniki dotychczasowych działań, czego dowodzą nierozwiązane problemy zdrowotne oraz konieczność intensyfikacji i usprawnienia przekazów edukacyjnych.
2. Podniesienia jakości edukacji zdrowotnej przez działania zwiększające zainteresowanie społeczeństwa treściami edukacyjnymi, podnoszenie ich wiarygodności oraz dostosowanie zaleceń do realnych możliwości ich wdrożenia w codziennym życiu.
3. Uwzględnianie różnorodności podmiotów zaangażowanych w edukację zdrowotną, zarówno instytucjonalnych, jak i tych działających poza systemem ochrony zdrowia, co wymaga elastycznego podejścia do regulacji w tym obszarze.
4. Budowanie profesjonalnych środowisk zajmujących się edukacją zdrowotną, które dostrzegają wartość w swojej profesjonalizacji, co mogłoby zostać wsparte propozycjami standardów odpowiadających potrzebom praktyki edukacyjnej.
5. Zwiększanie uwagi poświęconej edukacji realizowanej w bezpośrednich relacjach, zamiast nadmiernej koncentracji na dużych projektach zdrowia publicznego, co pozwoli na bardziej efektywne dotarcie do odbiorców.
6. Promowanie standardów opartych na analizach i rekomendacjach ekspertów, których zbieżność sugeruje możliwość ich szerokiej akceptacji w różnych środowiskach.
7. Podkreślanie etycznego wymiaru edukacji zdrowotnej, zwłaszcza budowania partnerskich relacji między uczestnikami procesu edukacyjnego oraz poszanowania ich podmiotowości.
8. Wspieranie edukacji zdrowotnej działaniami zmieniającymi środowisko społeczne, co ułatwia wdrażanie zdobytych kompetencji w praktyce i stylu życia.
9. Skupianie na redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, szczególnie tych wynikających z deprivacji społeczno-ekonomicznej, co wymaga zwiększonej aktywności edukacyjnej wobec grup najbardziej narażonych oraz działań niwelujących bariery w procesie edukacyjnym.

Mając na uwadze powyższe Zespół ekspertów rekomenduje:

1. Wspieranie tworzenia profesjonalnych środowisk edukacji zdrowotnej, obejmujących zarówno podmioty działające w systemie ochrony zdrowia, jak i poza nim, przez działania sprzyjające ich organizacji i rozwojowi.

2. Powierzenie roli lidera i koordynatora działań na rzecz profesjonalizacji edukacji zdrowotnej specjalistycznym komórkom w Ministerstwie Zdrowia lub Głównym Inspektoracie Sanitarnym, które mogłyby pełnić funkcję animatora lub rzecznika tego procesu.
3. Wykorzystanie opracowanych standardów jako podstawy dyskusji w środowisku edukatorów zdrowotnych, co umożliwi wspólne definiowanie priorytetów i kierunków profesjonalizacji w tym obszarze.

Realizacja zadania będzie kontynuowana w 2025 r.

Inwestycje w pacjenta

3

Działanie 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/Centrami Profilaktyki i Centrami Doskonałości Kardiologicznej

6.4. Zaangażowanie Centrów Doskonałości Kardiologicznej w realizację i wsparcie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej ChUK, prowadzone przez instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe, a także prowadzenie badań przesiewowych w szczególności w kierunku wczesnego wykrywania genetycznie uwarunkowanych chorób serca w celu poprawy stanu diagnozowania populacji polskiej w zakresie między innymi mutacji genetycznych w hipercholesterolemii rodzinnej

Zadanie zaplanowane do realizacji w ramach NPChUK w kolejnych latach realizacji Programu.

Celem wyodrębnienia Centrów Doskonałości Kardiologicznej (CDK) będzie w szczególności wprowadzanie do praktyki klinicznej istniejących na świecie przełomowych rozwiązań z zakresu chorób serca i naczyń oraz prace nad nowatorskimi polskimi innowacjami. Wśród zadań możliwych do realizacji przez tego typu ośrodki jest także gromadzenie materiału biologicznego i jego analiza pod kątem diagnostyki i poszukiwania nowych form terapii (stworzenie sieci biobanków kardiologicznych).

CDK zostaną utworzone w strukturach już istniejących, wiodących ośrodków o najwyższym poziomie referencyjności, przygotowanych do wykonywania wysokospecjalistycznych procedur, zapewniających wysoki poziom koncentracji eksperckiej wiedzy oraz interdyscyplinarnej diagnostyki i terapii ChUK.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia w współpracy z NFZ, AOTMiT, NIKARD-PIB, CZP/CP, CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

3

Inwestycje w pacjenta

Działanie 7: Zwiększenie świadomości pacjentów na temat konieczności wykonywania badań przesiewowych

7.1. Prowadzenie szkoleń dla lekarzy wspierających efektywną komunikację z pacjentem jako partnerem i współdecydentem w procesie leczenia i prowadzenia zdrowego stylu życia

Zadanie zaplanowane do realizacji w ramach NPChUK w kolejnych latach realizacji Programu.

Zebrane zostaną potrzeby szkoleniowe w obszarze efektywnej komunikacji z pacjentem, jako partnerem i współdecydentem w procesie leczenia i prowadzenia zdrowego stylu życia. Na bazie wyników takiej oceny przygotowane zostaną propozycje programów edukacyjnych, odpowiadających oczekiwaniom personelu medycznego.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

3

Inwestycje w pacjenta

Działanie 7: Zwiększenie świadomości pacjentów na temat konieczności wykonywania badań przesiewowych.

7.2. Intensyfikacja wykorzystania alternatywnych form komunikacji z pacjentem – kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowego Konta Pacjenta, mediów społecznościowych, profilaktycznych infolinii m.in. NFZ itd.

Celem zadania jest wykorzystanie i rozwój innowacyjnych form w bezpośredniej komunikacji z pacjentem m.in. środków komunikacji elektronicznej, mediów społecznościowych, IKP, aplikacji mojejIKP.

Koncepcja *10 dla Serca*

Koncepcja *10 dla Serca* została opracowana w 2024 r. przez Zakład Epidemiologii Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia NIKARD-PIB we współpracy z MZ, w ramach zadania realizowanego ze środków NPChUK, finansowanego przez Ministra Zdrowia.

Koncepcja *10 dla Serca* to dziesięć obszarów obejmujących mierniki zdrowia, nawyki i zachowania, które łącznie wpływają na zdrowie serca – teraz i w przyszłości:

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych,
środki NFZ oraz budżet
NPChUK



Obszary objęte interwencją to:

1. Optymalne ciśnienie tętnicze.
2. Optymalny poziom glukozy we krwi.
3. Optymalny poziom cholesterolu.
4. Zdrowa dieta.
5. Zdrowy sen.
6. Aktywność fizyczna.
7. Prawidłowa masa ciała.
8. Niepalenie tytoniu.
9. Niepicie alkoholu.
10. Redukcja stresu.

W 2024 r. MZ oraz NIKARD-PIB publikowały posty informacyjne związane z *10 dla Serca* w serwisach społecznościowych: Instagram, Facebook, LinkedIn.

Serwisy streamingowe

W serwisach streamingowych *TVP VOD* oraz *Dzień dobry TVN* zostały udostępnione nagrania audycji z udziałem ekspertów NIKARD-PIB dotyczących profilaktyki ChUK i *10 dla Serca*, wyemitowanych w stacjach telewizyjnych w grudniu 2024 r.:

1. TVP VOD – *Pytanie na śniadanie*:

- *Jak zapobiec chorobom układu krążenia?* – data emisji: 13 grudnia 2024 r. [link do materiału](#)
- *Jak zapobiegać nadciśnieniu tętniczemu?* – data emisji: 20 grudnia 2024 r. [link do materiału](#)

2. TVN – *Dzień dobry TVN*:

- *Jak przeciwdziałać chorobom układu krążenia? Posłuchaj rad specjalisty* – data emisji: 19 grudnia 2024 r. [link do materiału](#)

Komunikacja z użytkownikami mojejIKP

W 2024 r. komunikacja z użytkownikami aplikacji mojejIKP odbywała się za pośrednictwem trzech kanałów komunikacyjnych:

1. **Powiadomienia push w aplikacji mojejIKP.** Aplikacja wysyłała użytkownikom push notifications, np. przypomnienia o e-receptach, e-skierowaniach, a także przypomnienia o dawkowaniu leków zgodnie z indywidualnym harmonogramem.
2. **SMS i e-mail z kodami dostępu.** System e-zdrowie wysyłał SMS z 4-cyfrowym kodem przy odbiorze e-recept, e-skierowań. Alternatywnie można było otrzymać e-mail z PDF-em zawierającym szczegóły e-recepty. Dodatkowo, logowanie przez Profil Zaufany (również do aplikacji mojejIKP) wspierało SMS-owy mechanizm weryfikacji dwuetapowej.
3. **Powiadomienia związane z profilaktyką i e-skierowaniami.** Uczestnicy programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS* otrzymywali informację o wygenerowaniu e-skierowania na badania za pomocą SMS-a lub e-maila – w zależności od danych kontaktowych zapisanych na IKP.

Akcja Środa z profilaktyką

W 2024 r. Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki NFZ kontynuował akcję *Środa z Profilaktyką*. Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, poświęcony profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny ważny temat w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W 2024 r. edukacja zdrowotna, prowadzona w formule elektronicznej, objęła następujące tematy nawiązujące do tematyki chorób serca:

- 1) 14 lutego 2024 r. – *Zadbaj o serce. Postaw na profilaktykę!*;
- 2) 10 kwietnia 2024 r. – *Profilaktyka chorób serca*;
- 3) 30 października 2024 r. – *Profilaktyka udaru mózgu*;
- 4) 27 listopada 2024 r. – *Profilaktyka chorób serca*.

Akademia NFZ¹⁵ – YouTube

W 2024 r. w ramach *Akademii NFZ* w serwisie YouTube opublikowane zostały następujące filmy o tematyce związanej z ChUK:

¹⁵ Serwis Narodowego Funduszu Zdrowia

- 1) *Styl życia czy choroba? Poznaj prawdę o otyłości* [link do materiału](#);
- 2) *Cukrzyca ciążowa: Objawy, przyczyny, leczenie* [link do materiału](#);
- 3) *Cukrzyca ciążowa: Co każda mama musi wiedzieć* [link do materiału](#);
- 4) *Zabierz swoje serce na spacer* – relacja z wydarzenia NFZ w Opolu [link do materiału](#);
- 5) *Ukryty cukier: słodkie napoje i energetyki* [link do materiału](#).

Diety.nfz.gov.pl¹⁶

W 2024 r. strona diety.nfz.gov.pl zyskała nową, atrakcyjną szatę graficzną, wprowadziła nowe funkcjonalności oraz nowe treści. W ramach profilaktyki ChUK pojawiły się:

- 1) Plany żywieniowe dostosowane do różnych potrzeb, w tym dedykowane seniorom i pacjentom z cukrzycą;
- 2) Rodzinne planowanie żywienia – plany stworzone z myślą o całych rodzinach;
- 3) Bogata baza przepisów w różnych kalorycznościach;
- 4) Materiały wideo i porady.

Realizacja zadania będzie kontynuowana w 2025 r.

¹⁶ Serwis Narodowego Funduszu Zdrowia

3

Inwestycje w pacjenta

Działanie 7: Zwiększenie świadomości pacjentów na temat konieczności wykonywania badań przesiewowych

7.3. Intensyfikacja kampanii społecznych ukierunkowanych na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań oraz kontroli czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego

Działania podejmowane w 2024 r. w ramach kampanii społecznych były ukierunkowane na zwiększenie świadomości pacjentów w obszarze szeroko pojętej profilaktyki.

Wzorem lat poprzednich, NFZ prowadził bezpłatną infolinię – Telefoniczną Informację Pacjenta (tel. 800 190 590), funkcjonującą 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu.

W 2024 r. konsultanci infolinii odebrali 16.422 połączenia dotyczące profilaktyki. Konsultanci udzielali dzwoniącym informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym o dostępnych programach profilaktycznych.

MZ kontynuowało promocję infolinii przez publikację numeru telefonu:

- 1) na stronie internetowej www.planujedlugiezycie.pl;
- 2) w artykułach publikowanych w czasopiśmie;
- 3) w audycjach i spotach telewizyjnych oraz internetowych.

Promocja programów profilaktycznych jest działaniem ciągłym NFZ, realizowanym z wykorzystaniem różnych narzędzi, aby zwiększyć dotarcie i wzmocnić przekaz skierowany do określonych grup docelowych.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

Portal *Akademia NFZ*

Portal *Akademia NFZ* jest serwisem NFZ i ukierunkowany jest na wspieranie pacjentów, w szczególności przez rzetelne informowanie o ofercie systemowej, sposobach korzystania z niej, prawach pacjenta.

W 2024 r. aktywnie prowadzono portal www.akademia.nfz.gov.pl, na którym umieszczano i aktualizowano informacje dotyczące programów profilaktycznych.

Portal www.nfz.gov.pl

Zarówno treści publikowane na oficjalnej stronie internetowej NFZ oraz w mediach społecznościowych NFZ, obejmowały zagadnienia związane z promocją zdrowia i profilaktyką.

Działania ukierunkowane na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań oraz kontroli czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, mając na uwadze ich istotność, będą kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

3

Inwestycje w pacjenta

Działanie 7: Zwiększenie świadomości pacjentów na temat konieczności wykonywania badań przesiewowych

7.4. Wprowadzenie obowiązku rejestracji przez zespoły POZ oraz medycyny pracy badań przesiewowych wykonywanych poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Zadanie jest komplementarne do prowadzonych już działań w omawianym zakresie, w szczególności w ramach realizacji założeń NSO.

W 2024 r. trwały dalsze prace nad opracowaniem i wprowadzeniem rozwiązań mających na celu egzekwowanie obowiązku raportowania zdarzeń medycznych związanych z prowadzeniem badań przesiewowych za pośrednictwem platformy P1¹⁷.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych)

Podczas raportowania informacji o udzielonym świadczeniu opieki zdrowotnej istnieje możliwość wskazania, że jest ono realizowane w ramach programu profilaktycznego. Zapewniono techniczną możliwość gromadzenia wymaganej informacji, jednak dla podmiotów leczniczych ma ona jedynie charakter fakultatywny.

W 2024 r. podjęto działania analityczne w kontekście możliwości realizacji zadania. Podczas prac koncepcyjnych zidentyfikowano trudności natury legislacyjnej związane z egzekwowaniem obowiązku raportowania zdarzeń medycznych przez platformę P1, wynikające z braku przepisów sankcjonujących.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

¹⁷ Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych

Inwestycje w pacjenta

3

Działanie 8: Poprawa jakości opieki nad pacjentami z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym lub wymagających specjalistycznej opieki

8.1. W latach 2022-2024 opracowanie, a w latach 2025-2028 wdrożenie programów opieki nad chorym z niewydolnością serca, a także nad chorym z nadciśnieniem tętniczym, opartych na ośrodkach tworzących KSK, w tym Centrach Doskonałości Kardiologicznej

Zadanie zaplanowane do realizacji w ramach NPChUK w kolejnych latach realizacji Programu.

Zakres zadań, jakie będą realizowane od 2025 r. uzależniony będzie od zakończenia prac oraz przyjęcia standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w obszarach ChUK, które są opracowywane w ramach poddziałania 14.1 pt. *Opracowanie i wprowadzenie wytycznych 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 (...) NPChUK.*

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia, NIKARD-
PIB we współpracy z
AOTMiT oraz NFZ

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych),
środki NFZ, budżet AOTMiT
(w ramach działań własnych)
oraz budżet NPChUK

IV. INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE



CEL

ZWIĘKSZENIE POTENCJAŁU BADAŃ NAUKOWYCH I PROJEKTÓW
INNOWACYJNYCH W POLSCE W CELU UMOŻLIWIENIA PACJENTOM
KORZYSTANIA Z NAJSKUTECZNIEJSZYCH ROZWIĄZAŃ
DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 9: Zwiększenie udziału pacjentów z ChUK w badaniach klinicznych

9.1. Rozbudowanie istniejących serwisów informacyjnych NIKARD-PIB o informacje w zakresie prowadzonych badań klinicznych w dziedzinie kardiologii i w dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK

W 2024 r. ABM kontynuowała prowadzenie wyszukiwarki badań finansowanych przez ABM, która ma za zadanie ułatwić znalezienie najważniejszych informacji o projektach.

Wyszukiwarka jest dostępna w widoku głównym oficjalnej strony internetowej ABM:

<https://wyszukiwarka.abm.gov.pl/>. System umożliwia

filtrowanie wyników m.in. z podziałem na obszary terapeutyczne, etapy badania, ośrodki realizujące badanie czy nazwę leku, a funkcjonalności wyszukiwarki są stale rozwijane.

Odpowiedzialność w NPChUK:

ABM, NIKARD-PIB we współpracy z CDK

Źródło finansowania:

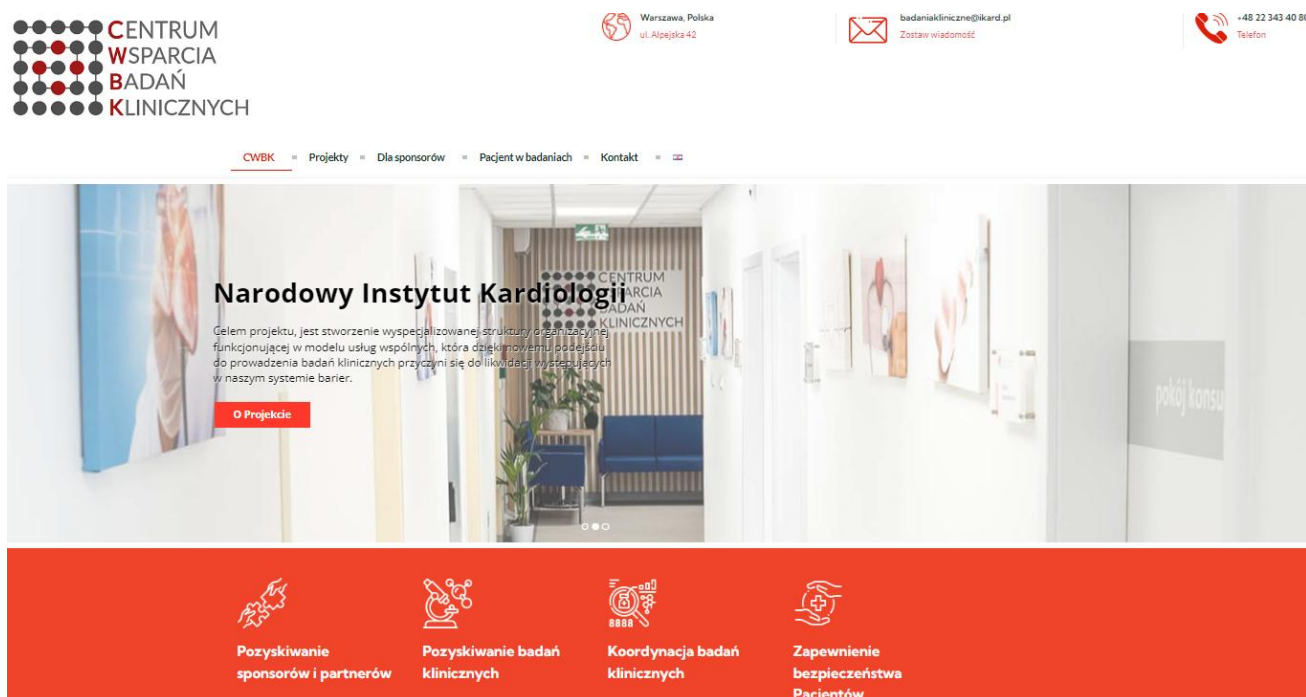
budżet NPChUK

Rysunek 13. Widok strony głównej wyszukiwarki badań finansowanych przez ABM

Źródło: <https://wyszukiwarka.abm.gov.pl>

NIKARD-PIB rozwija na bieżąco serwis www.cwbk.ikard.pl, gdzie są umieszczane na bieżąco informacje o realizowanych oraz planowanych do realizacji badaniach klinicznych w dziedzinie kardiologii i w dziedzinach pokrewnych.

Rysunek 14. Widok strony głównej Centrum Wsparcia Badań Klinicznych NIKARD-PIB



Źródło: www.cwbk.ikard.pl

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 9: Zwiększenie udziału pacjentów z ChUK w badaniach klinicznych

9.2. Rozpoczęcie promocji badań klinicznych skierowanej do pacjentów i lekarzy

Rozwój badań klinicznych, w tym w obszarze ChUK niesie za sobą liczne korzyści dla pacjentów, lekarzy oraz systemu ochrony zdrowia. Choroby serca stanowią bowiem jeden z najczęstszych czynników zgonów w naszym kraju.

Na mocy Porozumienia o Współpracy zawartego w dniu 22 maja 2019 r. ABM również w 2024 r. utrzymywała i rozwijała serwis informacyjny *Pacjent w badaniach klinicznych*¹⁸.

Odpowiedzialność w NPChUK:

ABM, ABM, NIKARD-PIB we współpracy z CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK, budżet ABM (w ramach zadań własnych)

Partnerami w projekcie są: Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Naczelna Izba Aptekarska, Fundacja Urszuli Jaworskiej, Stowarzyszenie GCPpl, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Firm Prowadzących Badania Kliniczne na Zlecenie POLCRO oraz Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Patronami projektu są Rzecznik Praw Pacjenta oraz Ministerstwo Rozwoju i Technologii.

Serwis informacyjny *Pacjent w badaniach klinicznych* (PwBK) to portal, który stanowi centralne źródło wiedzy o badaniach klinicznych dla pacjentów i ich rodzin. Zawiera najważniejsze informacje na temat standardów, procedur i wymagań dotyczących procesu prowadzenia badań klinicznych, szczegółowe informacje dotyczące udziału w badaniu klinicznym, historie uczestników badań, jak również odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania zaprezentowane w przystępny sposób.

¹⁸ <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl>

Najważniejsze aktywności zrealizowane przez ABM w 2024 r.:

1. Publikacja na stronie internetowej i w mediach społecznościowych 321 postów dotyczących aktualności z obszaru badań klinicznych ze szczególnym uwzględnieniem badań onkologicznych (125 postów), oraz materiałów własnych, w tym opracowanych przez zespół Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK) artykułów (69 postów).
2. Organizacja spotkań informacyjnych dla pacjentów z Ambasadarami Badań Klinicznych. Rolą ambasadora jest prowadzenie spotkań edukacyjno-informacyjnych wśród organizacji, stowarzyszeń i fundacji skupiających pacjentów, jak również wśród studentów, lokalnych społeczności oraz osób zainteresowanych tematyką badań klinicznych. Celem spotkań było szerzenie i propagowanie wiedzy na temat badań klinicznych oraz budowanie świadomości na temat procesu powstawania nowych leków i technologii medycznych.
3. Wydanie broszury ***Badania Kliniczne Blżej Ciebie Instrukcja jak znaleźć badanie kliniczne***, zawierającej informację o dostępnych popularnych wyszukiwarkach, które pomagają znaleźć informacje na temat badań klinicznych, które są aktualnie prowadzone.
4. Wydanie broszury ***Placebo w badaniach klinicznych***, która umożliwi pacjentom zdobycie wiedzy na temat roli placebo w badaniach klinicznych oraz uzyskanie klarownych odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.
5. Wydanie broszury ***Mity i fakty na temat badań klinicznych*** z myślą o pacjentach i ich bliskich, aby dostarczyć rzetelnych informacji na temat badań klinicznych oraz rozwiązać popularne mity.
6. Opracowanie i publikacja materiałów edukacyjnych w języku angielskim dotyczących uczestnictwa w badaniach klinicznych, w tym ***Karty praw i obowiązków uczestnika badania klinicznego***, która ma na celu zwiększenie świadomości pacjentów o ich prawach oraz broszury ***Pytania pomocne w podjęciu decyzji o udziale w badaniu klinicznym***, wspierającej pacjentów w rozważeniu wszystkich aspektów związanych z ich decyzją, a także folderu informacyjnego, który zawiera kluczowe informacje na temat nowelizacji przepisów dotyczących badań klinicznych.

W ramach działalności edukacyjno-promocyjnej, ABM była partnerem zorganizowanej w dniu 11 czerwca 2024 r. w Warszawie konferencji pod hasłem ***Badania kliniczne są dla Ciebie*** z okazji Międzynarodowego Dnia Badań Klinicznych.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 9: Zwiększenie udziału pacjentów z ChUK w badaniach klinicznych

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

W 2024 r. ABM ogłosiła kolejny otwarty konkurs na niekomercyjne badania kliniczne i eksperymenty badawcze.

W ramach naboru wpłynęło 75 wniosków. Przeprowadzono ocenę formalną i merytoryczną złożonych wniosków. Ogłoszono listę rankingową, zgodnie z którą 21 projektów na łączną kwotę 278.077.721,05 zł zostało rekomendowanych do dofinansowania¹⁹. Łącznie w ramach konkursu złożono i rozpatrzono 17 protestów od oceny merytorycznej. Po

zakończeniu procedury odwoławczej ogłoszono listę rankingową konkursu, w ramach której przyznano dofinansowanie dodatkowemu projektowi. Lista wniosków rekomendowanych do dofinansowania obejmowała 22 projekty²⁰. Zawarto 16 z 22 umów o dofinansowanie. Podpisanie pozostałych sześciu umów zostało zaplanowane na 2025 r.

W 2024 r. ABM przeprowadziła konkursy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), Komponentu D *Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia*, Inwestycji D3.1.1 *Kompleksowy rozwój badań w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu*, skierowany do:

- 1) jednostek naukowych na realizację badań o charakterze aplikacyjnym w obszarze biomedycznym. W ramach przedmiotowego konkursu wpłynęło 224 wnioski

Odpowiedzialność w NPChUK:

ABM, NIKARD-PIB we współpracy z CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK, budżet ABM (w ramach zadań własnych)

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i trybu udzielania pomocy publicznej i pomocy *de minimis* za pośrednictwem Agencji Badań Medycznych. (Dz. U. z 2024 r. poz. 990). Bez zmiany rozporządzenia nie było możliwe dalsze procedowanie konkursu.

²⁰ <https://abm.gov.pl/pl/konkursy/archiwalne-nabory-1/2024/2315,Otwarty-konkurs-na-niekomercyjne-badania-kliniczne-i-eksperymenty-badawcze-ABM20.html>

o dofinansowanie. Wnioski te zostały poddane ocenie formalnej. W ramach konkursu złożono i rozpatrzono 44 wnioski o ponowną ocenę przedsięwzięć na etapie oceny formalnej. 13 wniosków o ponowną ocenę przedsięwzięć zostało rozstrzygniętych pozytywnie. Do oceny merytorycznej przekazano 169 wniosków o dofinansowanie na łączną kwotę 1.172.509.589,22 zł;

- 2) do jednostek na doskonalenie i zwiększenie potencjału naukowo-badawczego istniejących Centrów Wsparcia Badań Klinicznych. W ramach naboru wpłynęły 22 wnioski o dofinansowanie na łączną kwotę 138.086.257,30 zł. Przeprowadzono ocenę formalną i rozpoczęto ocenę merytoryczną złożonych wniosków.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 10: Poprawa organizacji systemu badań naukowych w kardiologii

10.1. Zorganizowanie i utrzymanie sieci repozytoriów próbek biologicznych w wybranych ośrodkach naukowych

W 2024 r. administracja rządowa w Polsce oraz jednostki podległe podejmowały szereg działań związanych z organizacją i utrzymaniem sieci repozytoriów próbek biologicznych w wybranych ośrodkach naukowych w odniesieniu do ChUK, głównie w ramach szerszych strategii walki z chorobami cywilizacyjnymi oraz przez wspieranie badań naukowych. Działania te koncentrowały się na następujących obszarach:

- 1) NPChUK;
- 2) finansowanie Badań Klinicznych i Projektów Naukowych – ABM.

W ramach NPChUK, NIKARD-PIB w 2024 r. nawiązał współpracę w ramach sieci repozytoriów z trzema ośrodkami:

- 1) Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce;
- 2) Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 3) Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” s.c. w Janowie Lubelskim.

W wyniku nawiązanej współpracy wypracowano zasady biobankowania materiału biologicznego na rzecz rozwoju badań naukowych w ramach sieci repozytoriów Biobanku NIKARD-PIB oraz prowadzenia badań wysokospecjalistycznych dotyczących wyjaśnienia przyczyn i mechanizmów chorób układu sercowo-naczyniowego. W każdym z ośrodków powołano koordynatora odpowiedzialnego za nadzór w zakresie pobierania materiału biologicznego do Biobanku, jego transportu do NIKARD-PIB oraz wypracowanie zasad biobankowania materiału biologicznego.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki, ABM, NIKARD-PIB we współpracy z CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

Dokonano analizy potrzeb i wymagań w kierunku zorganizowania i utrzymania sieci repozytoriów biologicznych w obszarze ChUK. Celem analizy było zidentyfikowanie kluczowych elementów, które wpłyną na skuteczne zarządzanie materiałem biologicznym, promowanie współpracy między ośrodkami oraz stworzenie optymalnych warunków przechowywania materiału biologicznego dla badań naukowych.

Ponadto w ramach działalności Biobanku, NIKARD-PIB przygotował jednolite standardy repozytoriów dla ośrodków naukowych zawierające opis procedur w zakresie:

- 1) pobierania materiału biologicznego do Biobanku w NIKARD-PIB i w ośrodkach zewnętrznych;
- 2) transportu i przyjmowania w NIKARD-PIB próbek pobranych w ośrodkach zewnętrznych;
- 3) kontroli zdeponowanego materiału biologicznego.

Rozwój Biobanku w NIKARD-PIB w 2024 r. obejmował także uruchomienie i optymalizację oraz walidację pierwszej części nowoczesnego, dwumodułowego systemu połączonego z generatorem wytwarzającym ciekły azot (LN₂), stanowiącego hermetyczny system do biobankowania materiału biologicznego.

Prowadzone były również konsultacje dotyczące możliwości rozbudowy Biobanku NIKARD-PIB z uwzględnieniem m. in. założeń komplementarnego projektu finansowanego z ABM, związanego z tworzeniem i rozwojem Regionalnego Centrum Medycyny Cyfrowej w NIKARD-PIB. Wynikiem powyższych prac było przygotowanie programu funkcjonalno-użytkowego (PFU) dotyczącego Rozbudowy Biobanku NIKARD-PIB przez dostawę Systemu do automatycznego biobankowania wraz z niezbędnym oprzyrządowaniem, wyposażeniem oraz adaptacją pomieszczenia, opracowanego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rozwoju i Technologii z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych oraz programu funkcjonalno-użytkowego (Dz. U. poz. 2454).

W ramach prowadzonych w 2024 r. prac zidentyfikowano szereg czynników, które miały wpływ na realizację zadania, z których najistotniejsze to:

- 1) różnorodność rozwiązań pobierania i przechowywania materiału biologicznego, stosowanych w poszczególnych ośrodkach, co potwierdza potrzebę standaryzacji procesów;

- 2) brak standardowych rozwiązań w zakresie aspektów formalno-prawnych (zgody pacjentów, zgody na analizy naukowe, kwestie RODO);
- 3) trwające, inne niż NPChUK, ścieżki budowy i realizacji biobanków w instytucjach realizujących badania kliniczne – m. in. konkursy ABM na utworzenie Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej, których celem jest m.in. utworzenie sieci repozytoriów oraz ogólnopolskiej bazy danych zasobów.

W związku z uruchomieniem przez ABM naboru dla ośrodków aspirujących do Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej (RCMC), NIKARD-PIB złożył wniosek o dofinansowanie w tym zakresie. NIKARD-PIB, obok 17 innych jednostek, otrzymał pozytywny wynik oceny, co jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania w kwocie niepełna 30 mln zł na budowę RCMC. Projekt pt. *Utworzenie Regionalnego Centrum Medycyny Cyfrowej w Narodowym Instytucie Kardiologii* jest komplementarny z NPChUK. Swoimi założeniami wpisuje się w realizację priorytetów obszaru: *Inwestycje w naukę i innowacje*.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na zapotrzebowanie ośrodków działających w obszarze ChUK na utworzenie jednolitej sieci biobanków w wybranych ośrodkach naukowych. Wdrożenie zaproponowanych rozwiązań umożliwi gromadzenie większej liczby różnorodnego materiału biologicznego, zróżnicowanie terytorialne gromadzonego materiału biologicznego, promowanie współpracy między ośrodkami oraz optymalne wykorzystanie potencjału badań naukowych dużych, jak i mniejszych ośrodków specjalizujących się w ChUK. Zwiększenie udziału mniejszych ośrodków w badaniach klinicznych pozwoli docelowo na poprawę dostępu do innowacyjnych metod leczenia.

Zarządzeniem Dyrektora Narodowego Instytutu Kardiologii z dnia 27 września 2023 r. powołano Zespół do spraw inwentaryzacji i ewidencjonowania materiału biologicznego zgromadzonego w repozytorium NIKARD-PIB. W 2024 r. członkowie Zespołu byli odpowiedzialni w szczególności za:

- 1) przygotowanie niezbędnych narzędzi oraz przeprowadzenie kompleksowej inwentaryzacji wszystkich zgromadzonych w komórkach organizacyjnych NIKARD-PIB depozytów ludzkiego materiału biologicznego;
- 2) dokładne zaewidencjonowanie ludzkiego materiału biologicznego oraz dokumentacji związanej z każdym depozytem;
- 3) weryfikację spójności i poprawności danych ewidencyjnych;

- 4) ustalenie warunków przechowywania materiału, zgodnie z obowiązującymi standardami i przepisami prawa w tym zakresie;
- 5) dokonanie oceny przydatności zgromadzonego ludzkiego materiału biologicznego pod kątem możliwych zastosowań badawczych.

Obecnie NIKARD-PIB posiada zdeponowanych ok. 68.800 próbek pobranych od ok. 31.400 pacjentów, w tym:

- 1) 13.470 próbek fragmentów serca pobranych od 364 pacjentów;
- 2) 42 próbki fragmentów zastawek pobranych od około 42 pacjentów;
- 3) 12.678 próbek wyizolowanych DNA, w tym tętniaki i rozwarstwienia aorty oraz badania populacyjne WOBASZ II;
- 4) 54.785 538 próbek osocza;
- 5) 30.517 próbek surowicy;
- 6) 4.361 821 próbek moczu;
- 7) 1.138 694 próbek krwi pełnej.

Inwentaryzacja potwierdza, że zdeponowane w NIKARD-PIB próbki zawierają wyjątkową różnorodność materiału biologicznego, stanowiącą bazę do prowadzenia zaawansowanych badań nad ChUK oraz innowacyjnymi rozwiązaniami medycznymi. Zróżnicowanie zgromadzonych próbek, obejmujących m.in. fragmenty serca, fragmenty zastawek, DNA, krew pełną, osocze, surowicę oraz mocz umożliwia przeprowadzenie kompleksowych badań nad różnymi aspektami ChUK.

Opracowany w ramach analizy materiał, o którym mowa powyżej, w dalszych latach realizacji NPChUK posłuży utworzeniu i utrzymaniu sieci repozytoriów próbek biologicznych w wybranych ośrodkach naukowych w obszarze ChUK.

W 2024 r. opublikowano rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2024/771 z dnia 29 lutego 2024 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 152/2009 ustanawiające metody pobierania próbek i dokonywania analiz do celów urzędowej kontroli pasz, określające metody pobierania i przechowywania próbek, co ma znaczenie dla standaryzacji działań biobanków.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 10: Poprawa organizacji systemu badań naukowych w kardiologii

10.2. Przeprowadzenie ogólnopolskich wieloośrodkowych badań epidemiologicznych w szczególności w zakresie częstości występowania chorób serca i naczyń, czynników ryzyka chorób serca i naczyń oraz zachowań zdrowotnych pozwalających na ocenę sytuacji zdrowotnej

W 2024 r. powołano nową Komisję Przetargową, która dokonała weryfikacji dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia postępowania na wybór realizatora III edycji ogólnopolskiego wieloośrodkowego badania epidemiologicznego pt. *Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ)*.

W 2024 r. równolegle z pozostałymi pracami toczącymi się w ramach realizacji zadań związanych z przygotowaniem badania WOBASZ, zespół merytoryczny rozpoczął prace nad stworzeniem propozycji logotypu ogólnopolskiego badania zagrożenia populacji polskiej ChUK – WOBASZ, który został przekazany do MZ w dniu 11 czerwca 2024 r. w dwóch wersjach (pełnej oraz skróconej) i uzyskał akceptację w dniu 20 czerwca 2024 r.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki, ABM, NIKARD-PIB we współpracy z CDK

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

Wersja skrócona logotypu:

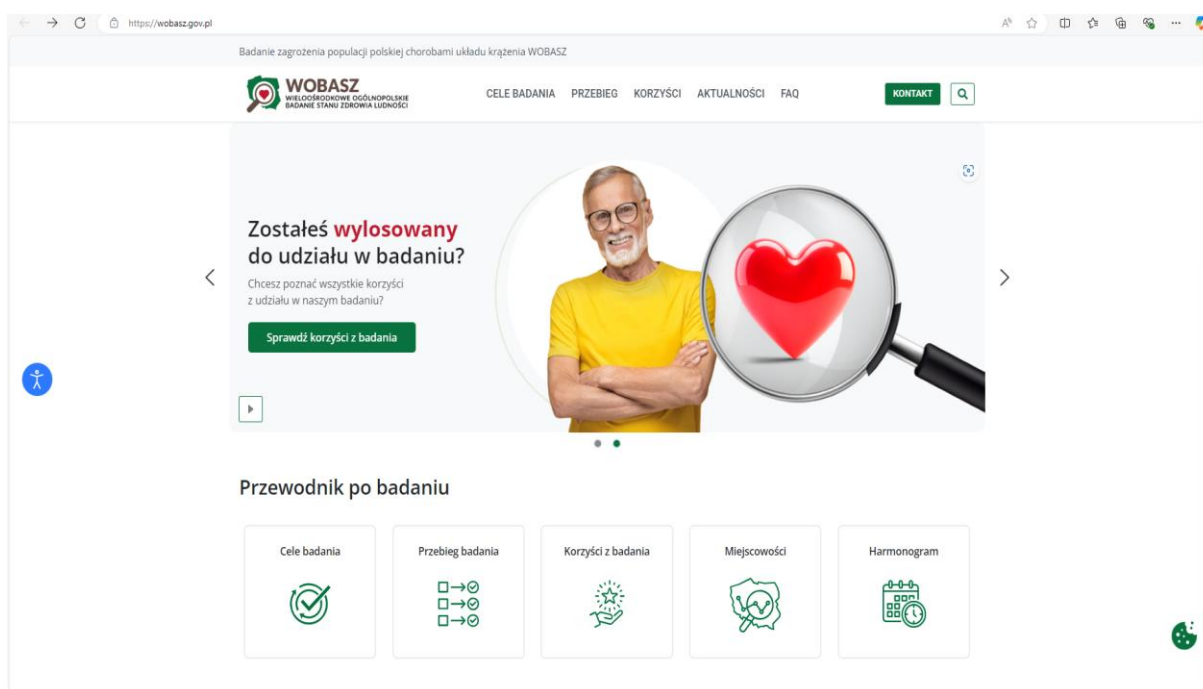


Wersja pełna logotypu:



Dodatkowo przygotowano layout strony internetowej WOBASZ i opracowano treści merytoryczne dotyczące badania WOBASZ m.in. założenia projektu oraz cele i opis przebiegu badania. Strona internetowa <https://wobasz.gov.pl> została oficjalnie opublikowana i zabezpieczona certyfikatem SSL (poniżej zdjęcie strony startowej).

Rysunek 15. Widok strony głównej WOBASZ



Źródło: <https://wobasz.gov.pl>

Na stronie internetowej zostały przedstawione szczegółowe informacje stanowiące obszerne i rzetelne kompendium wiedzy na temat samego badania m.in. założenia projektu, cele i opis przebiegu badania oraz korzyści dla uczestnika z udziału w badaniu.

W 2024 r. trwały prace nad przygotowaniem opisu przedmiotu zamówienia w celu przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia na wybór realizatora I edycji ogólnopolskiego wieloośrodkowego badania epidemiologicznego obejmującego dzieci (WOBASZ DZIECI). W związku z dużą liczbą pytań składanych przez potencjalnych wykonawców badania epidemiologicznego WOBASZ, konieczne było dokonywanie na bieżąco

aktualizacji opisu przedmiotu zamówienia dla badania WOBASZ DZIECI. Takie działanie zminimalizuje ryzyko przewlekłości postępowania dla tego zadania. Ze względu na fakt, że wartość zamówienia przekracza progi unijne, rozpoczęcie badania epidemiologicznego jeszcze w 2024 r. nie było możliwe.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 10: Poprawa organizacji systemu badań naukowych w kardiologii

10.3. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań legislacyjnych o biobankowaniu, a także dotyczących prowadzenia badań genetycznych

Pomimo rosnącego znaczenia biobankowania dla rozwoju medycyny i badań naukowych, w Rzeczypospolitej Polskiej nie ma odrębnej ustawy regulującej tę dziedzinę.

W kraju brakuje kompleksowych regulacji prawnych dotyczących biobankowania, co jest problemem zgłaszanym przez środowisko naukowe. Aktualnie biobanki funkcjonują głównie w ramach podmiotów badawczych, takich jak szpitale i uniwersytety, i opierają się na ogólnych przepisach dotyczących ochrony danych osobowych oraz regulacjach bioetycznych.

Z uwagi na złożoność tematu, prace nad ww. ustawą, która będzie regulować badania genetyczne i biobankowanie – co ma ułatwić dalszy rozwój tych obszarów w kraju, wymagają zaangażowania szerokiego grona ekspertów oraz zaangażowania wielu jednostek zarówno na szczeblu centralnym jak i towarzystw europejskich.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki

Źródło finansowania:

budżet NPChUK

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 10: Poprawa organizacji systemu badań naukowych w kardiologii

10.4. Uruchomienie postępowań konkursowych na granty badawczo-naukowe i rozwojowe z zakresu kardiologii i dziedzin pokrewnych z zakresu ChUK, które umożliwią sfinansowanie innowacyjnych programów profilaktycznych, poprawę modeli jakości usług medycznych oraz lepsze zarządzanie danymi medycznymi, a także badań przesiewowych pozwalających na identyfikację populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia

W ramach działań podjętych przez ABM ogłoszono otwarty konkurs na niekomercyjne badania kliniczne i eksperymenty badawcze, z alokacją ok. 300 mln zł, w którym choroby kardiologiczne i układu krążenia zostały wyraźnie wskazane jako jeden ze szczególnych obszarów. W ramach tych konkursów, projekty badawcze dotyczące ChUK mogły i nadal mogą ubiegać się o finansowanie w zakresie m.in. pobierania i przetwarzania próbek biologicznych, biobankowania, analiz laboratoryjnych oraz zarządzania danymi klinicznymi. Działania te stanowią wsparcie w powyższym zakresie i mają bezpośrednie przełożenie na rozwój repozytoriów próbek biologicznych, które będą gromadzone i wykorzystywane do celów naukowych i rozwojowych w dziedzinie kardiologii.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, ABM

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia
(budżet w ramach zadań własnych), budżet ABM
(w ramach zadań własnych)
oraz budżet NPChUK

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 11: Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w kardiologii oraz dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK

11.1. Opracowanie zasad gromadzenia i analizy danych dotyczących skuteczności innowacyjnych terapii stosowanych w Rzeczypospolitej Polskiej

Na posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Kardiologii, które odbyło się w dniu 29 listopada 2023 r., Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK zawnioskował o wyrażenie zgody na odstąpienie od realizacji poddziałania, związanego z opracowaniem zasad gromadzenia i analizy danych dotyczących skuteczności innowacyjnych terapii stosowanych w Rzeczypospolitej Polskiej – w związku z tworzeniem przez ABM sieci Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej, mających ww. zadanie w swojej właściwości (we współpracy z Centrami Wsparcia Badań Klinicznych). Członkowie Krajowej Rady do spraw Kardiologii jednomyślnie przyjęli zaproponowane zmiany.

Stosowne zmiany zostały zgłoszone do MZ, w celu dalszego procedowania na etapie zmiany 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. Zaproponowana zmiana weszła w życie w dniu 25 marca 2025 r.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

NIKARD-PIB we współpracy z Ministrem Zdrowia, NFZ oraz AOTMiT

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz budżet AOTMiT (w ramach zadań własnych)

4

Inwestycje w naukę i innowacje

Działanie 11: Zapewnienie dostępu do innowacyjnych terapii w kardiologii oraz dziedzinach pokrewnych związanych z ChUK

11.2. Podjęcie 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

Minister Zdrowia ciągle rozwija listę leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre wiadomości dla pacjentów oczekujących na refundację produktów w schorzeniu, na które cierpią.

W 2024 r. Minister Zdrowia oraz NFZ dokonał następujących zmian w obowiązujących przepisach dotyczących zmian w systemie opieki zdrowotnej oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze ChUK, a w szczególności:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1977) weszło w życie 1 stycznia 2025 r. – zmiana dotyczy warunków realizacji badania TK tętnic wieńcowych. Doprecyzowanie wymagań dla podmiotu leczniczego wykonującego badanie TK tętnic wieńcowych ma na celu zwiększenie liczby prawidłowo wykonanych oraz interpretowanych badań TK tętnic wieńcowych oraz zmniejszenie przypadków kierowania pacjentów na inwazyjny i bardziej obciążający zabieg diagnostyczny koronarografii.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 961) weszło w życie 1 lipca 2024 r. – dotyczy zakwalifikowania leczenia ostrej fazy udaru

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ we współpracy z AOTMiT oraz NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych) oraz budżet AOTMiT (w ramach zadań własnych)

niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. Zmiana ma na celu:

- 1) zapewnienie płynnej, nieprzerwanej dostępności do leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych od dnia 1 lipca 2024 r., a więc po zakończeniu realizacji programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, w ramach którego leczenie to było finansowane;
 - 2) umożliwienie świadczeniobiorcom realizacji świadczeń z wykorzystaniem metod terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności klinicznej, zwiększenie kompetencji personelu medycznego w zakresie stosowania nowych metod terapeutycznych;
 - 3) opracowanie, wdrożenie i stosowanie sformalizowanej procedury określającej zasady współpracy pomiędzy lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego.
3. W 2024 r. trwały prace legislacyjne nad ustawą o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UD86). Procedowane przepisy ustawowe mają na celu uregulowanie rynku płynów beznikotynowych do elektronicznych papierosów. Zaproponowane regulacje mają za zadanie m.in. objęcie przepisami ustawowymi tzw. *płyny beznikotynowe* i *woreczki nikotynowe* do elektronicznych papierosów i spowodują:
- 1) wprowadzenie zakazu ich sprzedaży osobom do 18. roku życia;
 - 2) ograniczenie miejsc gdzie możliwe będzie ich używanie, analogicznie jak w przypadku elektronicznych papierosów z płynem zawierającym nikotynę;
 - 3) wprowadzenie zakazu sprzedaży w automatach oraz sprzedaży na odległość (w tym przez Internet);
 - 4) wprowadzenie zakazu reklamy i promocji;
 - 5) konieczność zgłaszania informacji o tych wyrobach do Prezesa Biura do spraw Substancji Chemicznych;

6) konieczność dostosowania ich składu do wymogów ustawy (np. zakazu stosowania substancji o właściwościach CMR – rakotwórczych, mutagennych lub toksycznych dla rozrodczości);

7) konieczność odpowiedniego oznakowania ich opakowań.

Ustawa z dnia 21 maja 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2025 poz. 799) weszła w życie w dniu 5 lipca 2025 r.

4. W 2024 r. trwały prace legislacyjne nad ustawą o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UC18). Nowelizacja implementuje dyrektywę Komisji (UE) 2022/2100 z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniającej dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE w odniesieniu do zniesienia niektórych zwolnień w przypadku podgrzewanych wyrobów tytoniowych i ma na celu wprowadzenie zakazu sprzedaży aromatyzowanych podgrzewanych wyrobów tytoniowych.

Ustawa z dnia 21 maja 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2025 poz. 799) weszła w życie w dniu 5 lipca 2025 r.

5. Rozszerzono wskazanie refundacyjne dapagliflozyny oraz empagliflozyny u chorych z niewydolnością serca, przez zmianę wymaganej do rozpoczęcia leczenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca z poziomu $\leq 40\%$ na $\leq 50\%$.
6. Rozszerzono wskazanie refundacyjne do stosowania leku złożonego ezetymib + atorwastatyna w zapobieganiu zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie.
7. Dokonano zmiany wskazania refundacyjnego dla produktów z substancją czynną ezetymib w ramach refundacji aptecznej, skutkująca rozszerzeniem populacji mogącej korzystać z leku refundowanego.
8. Dokonano zmiany łagodzącej kryteria kwalifikacji w programie lekowym B.101 LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25) – zmiana jednego z kryteriów włączenia w części dotyczącej dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, polegająca na zmianie poziomu LDL-C z „LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l)” na „LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l)”, skutkująca rozszerzeniem populacji.

9. Objęto refundacją nowy lek w ramach programu lekowego B.101 LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25, tj. ewolokumabu).
10. Objęto refundacją tamafidis w ramach nowego, programu lekowego B.162 LECZENIE PACJENTÓW Z KARDIOMIOPATIA (ICD-10: E85, I42.1) w module LECZENIE KARDIOMIOPATII W PRZEBIEGU AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85).
11. Objęto refundacją mawakamten w ramach nowego, programu lekowego B.162 LECZENIE PACJENTÓW Z KARDIOMIOPATIA (ICD-10: E85, I42.1) w module LECZENIE PRZEROSTOWEJ KARDIOMIOPATII ZAWĘŻAJĄCEJ (ICD-10: I42.1).
12. Opublikowano pierwszą listę leków o ugruntowanej skuteczności, przeznaczoną do stosowania w wskazaniach kardiologicznych, obejmującą 14 substancji czynnych wymagających stosowania dłużej niż 30 dni w określonym stanie klinicznym i rekomendowanych w wytycznych postępowania klinicznego, w przypadku gdy wnioskodawca nie złożył dotychczas wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla danego leku w danym wskazaniu oraz upłynęła dla tego leku wyłączność rynkowa.
13. Trwają prace nad wnioskami administracyjnymi o objęcie refundacją leków z kardiologicznej listy 30a, w tym wprowadzenie do refundacji 6 z 14 cząsteczko-wskazań od 1 stycznia 2024 r. (rywaroksaban, dabigatran, torasemid, eplerenon, metyldopa, trimetazydyna) i prace nad kolejnymi wnioskami w tym zakresie.

W celu odpowiedniego przygotowania i przeprowadzenia procesu poprawy dostępu do najnowszych metod diagnostycznych i terapeutycznych koniecznym było przygotowanie i przeprowadzenie analiz w zakresie zastosowania angiografii tomografii komputerowej (angio-TK) i tomografii komputerowej – pomiaru cząstkowej rezerwy wieńcowej (ang. fractional flow reserve-FFR) (TK-FFR) u chorych diagnozowanych z powodu podejrzenia choroby wieńcowej. W 2024 r. przeprowadzono badanie obserwacyjne, obejmujące łącznie 500 kolejnych pacjentów, diagnozowanych w kierunku przewlekłego zespołu wieńcowego u których wykonano badanie koro-TK, w którym stwierdzono obecność pośredniego zwężenia (40–90% średnicy) światła dużej (potencjalnie rewaskularyzowalnej), natywnej tętnicy wieńcowej, którzy w czasie do 6 miesięcy byli poddani badaniu inwazyjnemu FFR ze wskazań klinicznych. Kolejnym warunkiem włączenia do badania była dostateczna, tzn. diagnostyczna jakość badania koro-TK. Z badania wyłączono chorych z artefaktami uniemożliwiającymi ocenę docelowo analizowanej tętnicy.

Badanie wykonano w oparciu o grupę chorych diagnozowanych zarówno w zakresie koro-TK jak i badania inwazyjnego FFR w NIKARD-PIB w latach 2011 – listopad 2023. Wszystkie badania koro-TK zostały wykonane na aparatach TK dwuźródłowych co najmniej 2x64 warstwowych w doświadczonym ośrodku wykonującym co najmniej 1500 badań koro-TK/rok (skanery TK: 2011-2013; 2x64 Somatom Definition, 2013-2015; 2x128 Somatom Definition Flash, 2015-2023 2x192 Somatom FORCE, 2023; 2x192 Naeotom Alpha).

Wszystkich 500 chorych poddano analizie koro-TK z zastosowaniem TK-FFR wybranego na podstawie oceny ofert metodą CorEx (Spimed-AI, Francja), natomiast z puli 500 chorych – 100 chorych poddano analizie trzema metodami:

- 1) CorEx, Spimed-AI, Francja – 500 pacjentów (w tym 100 pacjentów poddanych analizie za pomocą dwóch innych technologii);
- 2) Heartflow FFRCT, Heartflow Inc., USA – 100 pacjentów;
- 3) CT- μ FFR-Pulse Medical Technology Inc., Chiny – 100 pacjentów.

Analizy i interpretacji klinicznej, w tym analizy badań koro-TK i TK-FFR dokonał zespół składający się z doświadczonych kardiologów interwencyjnych NIKARD-PIB.

Wstępne, praktyczne wnioski dla Ministra Zdrowia w badanym obszarze wskazują, że:

- 1) TK-FFR ma potencjał uproszczenia i przyspieszenia diagnostyki choroby wieńcowej, ale wymaga wysokich standardów jakości i interdyscyplinarnej współpracy;
- 2) szersze wdrożenie metody musi uwzględniać wyzwania operacyjne i interpretacyjne, w tym standaryzację modeli usług oraz doprecyzowanie kompetencji lekarzy;
- 3) podejście uwzględniające „szarą strefę” TK-FFR może poprawić efektywność kosztową diagnostyki, ale wymaga dalszej oceny w prospektywnych badaniach kohortowych obejmujących rzeczywistą populację pacjentów poddawanych koro-TK;
- 4) wdrożenie analizy TK-FFR w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia wymaga przygotowania odpowiedniego modelu operacyjnego, w tym określenia kryteriów włączenia pacjenta, organizacji ośrodka, oraz jego przetestowania w warunkach prospektywnego badania klinicznego.

Dodatkowo, w ramach realizacji badania pozyskano z zasobów NFZ/CeZ dane dotyczące:

- 1) liczby procedur TK serca (różne kody) wykonanych w Polsce w latach 2017-2023;
- 2) dotyczących liczby pracowni TK, w tym wykonujących badania koro-TK;

- 3) dotyczących doświadczenia specjalistów radiologów w wykonywaniu i interpretacji badań koro-TK;
- 4) liczby procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonanych w ramach diagnostyki tych chorych;
- 5) zdarzeń sercowo-naczyniowych, które wystąpiły w ciągu 12 m-cy od wykonania badania koro-TK.

W oparciu o pozyskane dane zespół ekspertów doszedł do następujących wyników:

1. Liczba badań koro-TK w Polsce **rośnie wykładniczo** w ciągu ostatnich kilku lat, a **w 2023 r. osiągnęła wartość ponad 57 tysięcy**.
2. **Faktyczna liczba koronarografii również wzrasta** w latach 2020-2023 (wzrost liniowy), osiągając w 2023 r. wartość ponad 228.000 badań, co jest wartością nawet większą, niż przed pandemią COVID-19.
3. **Liczba inwazyjnych pomiarów wartości FFR osiągnęła w 2023 r. rekordową wartość ponad 23.000** (wzrost liniowy w ostatnich latach), co znacznie przekracza wartości w ostatnich latach przed pandemią COVID-19.
4. Liczba nieinwazyjnych badań czynnościowych/obciążeniowych wzrasta liniowo, osiągając w 2023 r. wartości znacznie wyższe niż w 2019 r.
5. Liczba badań elektrokardiograficznych testów wysiłkowych rośnie liniowo od 2020 r. Mimo to, liczba wykonanych badań w 2023 r. była istotnie niższa niż w 2019 r.
6. Najwięcej badań koro-TK w 2023 r. wykonanych było w województwach: mazowieckim, śląskim, lubelskim i pomorskim, z istotną przewagą tego pierwszego. Dominacja tych województw wynika z lokalizacji w każdym z nich jednego ośrodka o dużym wolumenie badań. W każdym z wymienionych liczba badań wzrosła w porównaniu do 2022 r.
7. Widoczny jest nierównomierny rozkład pracowni wykonujących badania – większość badań CCTA (angiografia tomografii komputerowej) jest realizowana w relatywnie niewielkim odsetku wyspecjalizowanych ośrodków, co utrudnia równy dostęp do diagnostyki w skali kraju.
8. Stwierdzono bardzo duże różnice w liczbie wykonanych badań w przeliczeniu na mln mieszkańców w różnych województwach. Istotnie dominują województwa mazowieckie, lubelskie i podlaskie, w kontraście do podkarpackiego, małopolskiego i zachodniopomorskiego.

9. Za wzrostem liczby inwazyjnych koronarografii wzrasta również liczba rewaskularyzacji, tak przezskórnych jak i operacyjnych.
10. W każdym województwie w latach 2017-2023 wzrosła liczba pracowni TK wykonujących badania serca.
11. Jakikolwiek badanie serca w 2023 r. wykonano w 436 pracowniach TK, a więcej niż 5 badań wykonano w 356 pracowniach.
12. **Umiarkowane doświadczenie (między 5 a 100 badań serca) w 2023 r. miało 92 pracownie (w porównaniu do 81 w 2022 r.).**
13. **Pracowni o wysokim wolumenie (>1000 badań/rok) w 2023 r. było w Polsce jedynie 15.**
14. Spośród pracowni, w których wykonywane są badania koro-TK największa liczba na mln mieszkańców jest w województwie warmińsko-mazurskim i łódzkim, najmniejsza w pomorskim i małopolskim.
15. Liczba badań koro-TK wykonanych w poszczególnych pracowniach pokazuje dominującą rolę NIKARD-PIB, gdzie wykonywanych jest 15-20% wszystkich wykonywanych w Polsce badań. Kolejne jednostki o dużej rocznej liczbie badań to: UCK Gdańsk, IKARDIA, VOXEL, Śląski Uniwersytet Medyczny.
16. Dalsze losy chorych po wykonanym badaniu koro-TK pokazują, że u około jednej trzeciej chorych (31,6%) badanie to zakończyło proces diagnostyczny. U 43,9% chorych po badaniu TK ustalono wskazania do wykonania inwazyjnej koronarografii. Spośród chorych skierowanych do diagnostyki inwazyjnej rewaskularyzacja była wykonana u mniej niż połowy chorych.
17. Zwraca uwagę brak integracji danych obrazowych w oddziałach kardiologii – lekarze z tych oddziałów często podejmują decyzje kliniczne wyłącznie na podstawie opisów badań koro-TK, bez dostępu do obrazów. Taka sytuacja jest nieakceptowalna, szczególnie w kontekście planowania zabiegów angioplastyki i wdrożenia TK-FFR, które wymaga pełnej dostępności i integracji danych obrazowych z danymi klinicznymi.
18. Częstość zgonów w obserwacji 12 m-cy była najwyższa u pacjentów rewaskularyzowanych operacyjnie, najniższa u osób, które zakończyły diagnostykę na badaniu koro-TK.
19. Wcześniejsze wykonanie testu wysiłkowego/badania obciążeniowego nie wpływało na odsetek chorych wymagających rewaskularyzacji.

20. Łączna obecność pracowni TK i pracowni hemodynamiki w tej samej lokalizacji nie wpływała na losy pacjentów po badaniu TK, ani na częstość rewaskularyzacji.

21. Jedynie niewielki odsetek praktykujących w Polsce radiologów ma doświadczenie w wykonywaniu i interpretacji badań koro-TK. Większość specjalistów nie wykonuje tych badań, bądź wykonuje je incydentalnie.

Choroba niedokrwienna serca pozostaje główną przyczyną zgonów w Polsce, z podkreśleniem niekorzystnego trendu w częstości występowania jej powikłań w ostatnich latach. Diagnostyka i leczenie choroby wieńcowej i jej powikłań wiąże się z rosnącymi kosztami dla systemu opieki zdrowotnej, które to koszty nie przekładają się na rzeczywistą korzyść dla pacjentów. W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, obserwujemy coroczny dynamiczny przyrost liczby wykonywanych badań koro-TK.

Analiza aktualnych danych pokazuje słabe strony obecnej praktyki klinicznej – około połowy chorych po wykonaniu badania koro-TK jest kierowanych do inwazyjnej koronarografii. W optymalnie funkcjonujących systemach odsetek ten wynosi 20-30%. Krajowe dane analityczne dotyczące wykonywania badania koro-TK prezentowane w *Raporcie końcowym z realizacji zadania w części dotyczącej badań angio-TK w diagnostyce choroby wieńcowej (ch.w.) w Polsce*, wskazują na znaczące dewiacje proporcji chorych poddawanych dalszym procedurom medycznym w stosunku do literatury światowej, w szczególności ok. dwukrotnie wyższy jest odsetek chorych kierowanych do inwazyjnej koronarografii, a także ma wykonywaną koronarografię niezakończoną rewaskularyzacją. Sugeruje to niewłaściwą organizację i warunki wykonywania badania w krajowym systemie opieki zdrowotnej.

W Polsce brakuje aktualnych rekomendacji, uwzględniających badanie koro-TK jako pierwsze badanie obrazowe w algorytmach diagnostycznych. Takie rekomendacje powinny zostać przygotowane niezwłocznie i obejmować nie tylko kardiologów, ale również internistów i lekarzy pierwszego kontaktu.

Ścisłego monitorowania wymaga realizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2023 r. w sprawie szczegółowych warunków kierowania pacjentów na badania koronarografii tomografii komputerowej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki koordynowanej (Dz. U. poz. 1234), umożliwiającego kierowanie na badania koro-TK przez lekarzy POZ w ramach opieki koordynowanej, oraz idącego w ślad za nim zarządzenia Prezesa NFZ potwierdzające refundację badań wykonanych w tym modelu. To rozwiązanie ma charakter unikalny w skali Europy, a jego rezultaty są obecnie trudne do predykcji.

Badanie koro-TK dzięki swoim unikalnym zaletom (wykluczenie miażdżycy, spersonalizowana stratyfikacja ryzyka, monitorowanie progresji lub regresji zmian miażdżycowych) stwarza potencjał do zastosowania jako narzędzie diagnostyczne w programach epidemiologicznych i prewencyjnych. Toczące się obecnie projekty angażujące algorytmy sztucznej inteligencji do bezkontrastowej identyfikacji miażdżycy stwarzają nadzieję na spełnienie przez badanie koro-TK wymagań stawianych metodzie skринingowej.

Rekomendowane jest prowadzenie corocznej szczegółowej analizy danych z rzeczywistej praktyki klinicznej w celu zidentyfikowania potencjalnych nieprawidłowości w zakresie optymalnego wykorzystania kosztochłonnej procedury diagnostycznej jaką jest koro-TK.

Proces prowadzenia analiz nie jest obecnie optymalny z uwagi na nieścisłości w analizie liczby pacjentów i liczby wykonanych badań. Stwierdzono istotne różnice między liczbą pacjentów uwzględnionych w ścieżkach pacjenta (około 17 tys.) a liczbą wykonanych badań koro-TK (ponad 70 tys.), co może wskazywać na problemy z identyfikacją pacjentów wg ustalonej metodologii i analizą ścieżek diagnostycznych. Zespoły merytoryczne NIKARD-PIB nie mają dostępu do danych, a jedynie do raportów.

Niepokój budzi wysoki odsetek badań inwazyjnych wykonanych po koro-TK – wskaźniki badań inwazyjnych oraz procedur rewaskularyzacyjnych wykonywanych po koro-TK znacząco odbiegają od danych międzynarodowych. Może to świadczyć o problemach z raportowaniem lub nieoptymalnym wykonywaniu badań inwazyjnych po badaniu koro-TK (co często wynika z niedostatecznej jakości danych koro-TK), co może negatywnie wpływać na przygotowanie systemu do wdrożenia tak badań koro-TK jak i TK-FFR.

Zebrane w ramach zadania dane pokazują istotne rozbieżności w stosunku do dostępnych w literaturze danych, min.: dane z raportów CeZ dotyczące liczby koronarografii i rewaskularyzacji w kraju nie zgadzają się z danymi Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK.

Istotnym problemem utrudniającym pełną analizę danych pochodzących z obserwacji (min. ocena częstości występowania zdarzeń sercowo-naczyniowych) jest brak możliwości pozyskania danych dotyczących indywidulanych pacjentów. Identyfikacja pacjentów wg numerów PESEL jest niezbędna, aby umożliwić dokładne śledzenie ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych, NIKARD-PIB może służyć bazą danych ponad 80.000 badań koro-TK, których analiza uwzględniająca indywidualne losy pacjentów podniosłaby jakość danych i optymalizację systemu w zakresie organizacji badań koro-TK.

Rekomendowane jest rozszerzenie współpracy NIKARD-PIB z CeZ, NFZ i innymi podmiotami w celu ujednolicenia rejestrów i zapewnienia ich spójności, co jest kluczowe dla optymalnego wykorzystania nowoczesnych metod diagnostyki w kardiologii.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnym roku realizacji Programu.

V. INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ



CEL

POPRAWA ORGANIZACJI SYSTEMU OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ
PRZEZ ZAPEWNIENIE PACJENTOM DOSTĘPU DO NAJWYŻSZEJ JAKOŚCI
PROCESÓW DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH
ORAZ KOMPLEKSOWEJ OPIEKI NA CAŁEJ „ŚCIEŻCE PACJENTA”

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 12: Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej 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 będzie wprowadzona hierarchizacja ośrodków leczniczych, ustanowionych w oparciu o stopień referencyjności, odzwierciedlający poziom wyspecjalizowania oraz zakres przypisanych obowiązków i zadań

W 2024 r. powołano cztery Zespoły Ekspertów, których zadaniem było przeprowadzenie dokładnej analizy danych otrzymanych z MZ pod kątem opracowania diagnozy stanu obecnego w zakresie:

- 1) diagnozy stanu obecnego w obszarze kardiologii dziecięcej w Polsce;
- 2) diagnozy stanu obecnego w obszarze rehabilitacji kardiologicznej u osób poniżej 18 r.ż.;
- 3) diagnozy stanu obecnego w obszarze rehabilitacji kardiologicznej osób dorosłych w Polsce;
- 4) raportu oceniającego rolę intensywnej terapii kardiologicznej w leczeniu pacjentów z chorobami układu krążenia.

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia, NFZ we
współpracy z NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych) oraz
budżet NPChUK

Zespół Ekspertów składający się z pracowników NIKARD-PIB przeprowadził dokładną analizę danych otrzymanych z MZ pod kątem podmiotów leczniczych zajmujących się pacjentami z ChUK, m. in. w zakresie infrastruktury oraz urządzeń i aparatury medycznej, a także planów rozwojowych z tym związanych. Dane w zakresie kadry medycznej pozyskano z Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, dostępnej na stronie internetowej: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/>.

Powyższe działania stanowiły kontynuację prac rozpoczętych w 2023 r. w zakresie prowadzenia analiz w oparciu o otrzymany z MZ komplet danych, niezbędnych do pozyskania informacji dotyczących potencjału podmiotów pod kątem wytypowania CDK w ramach NPChUK.

Celem ww. działań było zbadanie stopnia referencyjności i poziomu wyspecjalizowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ChUK, w tym posiadanych zasobów kadrowych, stanów posiadania i wykorzystania przez podmioty lecznicze infrastruktury oraz urządzeń i aparatury medycznej, a także planów rozwojowych z tym związanych. Dzięki uzyskanym informacjom możliwe było poznanie m. in. oczekiwań związanych z rozwojem zasobów ochrony zdrowia i wdrażaniem kolejnych rozwiązań w tym obszarze.

Diagnoza kardiologii dziecięcej

W 2024 r. w celu opracowania diagnozy – raportu otwarcia stanu kardiologii dziecięcej powołano pięcioosobowy Zespół Doradczy do spraw ChUK u Dzieci, który przygotował raport otwarcia dot. stanu kardiologii dziecięcej. Prace Zespołu oparte zostały na danych dotyczących hospitalizacji dla procedur I49.8 – Inne określone zaburzenia rytmu serca i I49.9 – Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone, w podziale na województwa i podmioty dla pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz poradni kardiologii dziecięcej w podziale na województwa i ludność w 2022 r. Zgodnie ze swoimi kompetencjami w poszczególnych obszarach, członkowie Zespołu Ekspertów dokonali analizy otrzymanych danych, która została wykorzystana w opracowaniu diagnozy stanu obecnego kardiologii dziecięcej w Polsce. Raport ten obejmował ocenę stanu kardiologii dziecięcej w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej opieki oraz kardiologii perinatalnej.

Do najważniejszych wniosków raportu należy przede wszystkim wskazanie na konieczność ujednolicenia systemu raportowania wg ICD 10 tak, aby uzyskać rzetelne dane. Raport wykazał również dużą liczbę świadczeń ambulatoryjnych w województwach, w których należy założyć, że nie ma uzasadnienia dla tak dużej liczby wizyt. Brak jest raportowania kontroli kardiologicznej pacjentów po leczeniu onkologicznym.

Zespół wskazał również na konieczność powstania ośrodka kardiologii prenatalnej. Dynamiczny rozwój kardiologii prenatalnej całkowicie zmienia obraz kardiologii dziecięcej. Aktualnie badania prenatalne pozwalają nie tylko na diagnostykę, ale również na wczesne interwencje nie tylko farmakologiczne, również inwazyjne.

W 2024 r. powstała karta inicjatywy zgłoszona przez Panią prof. dr hab. med. Małgorzatę Myśliwiec, dotycząca włączenia do bilansu rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego tzw. *bilansu 6-latka* badań przesiewowych w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej w postaci wykonania lipidogramu z krwi obwodowej. Celem wprowadzenia badań przesiewowych jest wczesne wykrywanie genetycznie uwarunkowanych zaburzeń lipidowych. Wczesne rozpoznanie pozwala na wprowadzenie leczenia i istotne opóźnienie rozwoju choroby wieńcowej w życiu dorosłym, czyli na profilaktykę pierwotną. Jednocześnie wczesne rozpoznanie u dziecka może przyczynić się do wcześniejszego rozpoznania również u rodzica.

Rehabilitacja kardiologiczna dorosłych

Efektem prac ośmioosobowego Zespołu Ekspertów było opracowanie analityczne, w którym przedstawiony został stan obecny rehabilitacji kardiologicznej w Polsce ze wskazaniem słabych punktów obecnego systemu wraz z propozycją kierunków zmian, w tym założeń systemowych stanowiących początek szerszej koncepcji zmian w zakresie prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej.

Analiza obejmowała dane z lat 2019-2022 otrzymane z NFZ w podziale na:

1. Dane ogólne na poziomie województw:
 - kategoria 0: informacje populacyjne (ocena stanu zdrowia społeczeństwa).
2. Informacje dotyczące podmiotu realizującego świadczenie:
 - kategoria A: ogólne informacje o podmiocie, w tym: tryb finansowania, rodzaje prowadzonej rehabilitacji, doświadczenie w rehabilitacji kardiologicznej (RK);
 - kategoria B: zasoby podmiotu (potencjał) w tym liczba i rodzaj zatrudnionego personelu, specjalizacja, wymiar zatrudnienia.
3. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej:
 - kategoria C: obszar świadczeń (wykonywana działalność lecznicza).

Na potrzeby powyższej analizy, w dniu 25 lipca 2024 r. wystąpiono do NFZ z prośbą o udostępnienie dodatkowych danych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej osób dorosłych za lata 2019-2022 obejmujących:

1. Liczbę i rodzaj stosowanych lub zleconych zabiegów czy interwencji terapeutycznych w cyklu terapeutycznym (liczba procedur ICD-9 z podaniem kategorii procedury), z podziałem na lata i rodzaj procedur wg ośrodków i województw.
2. Czas oczekiwania na rehabilitację kardiologiczną w ośrodku lub oddziale dziennym.
3. Liczbę wystawionych skierowań na rehabilitację kardiologiczną (stacjonarną, dzienną, hybrydową) vs. liczba ich skutecznie zrealizowanych.
4. Liczbę pacjentów wraz z odsetkiem, którzy rozpoczęli rehabilitację określoną liczbą dni od wypisu z oddziału kardiologicznego lub oddziału chorób wewnętrznych po leczeniu następujących zachorowań:
 - zawał mięśnia serca lub
 - ostry zespół wieńcowy bez zawału serca lub
 - angioplastyka wieńcowa.

Otrzymane dane zawierały informacje z lat 2019-2022 dotyczące świadczeń udzielanych osobom dorosłym (powyżej 18 r.ż.). Nie uzyskano danych dotyczących wystawionych skierowań na rehabilitację kardiologiczną: stacjonarną, dzienną i hybrydową.

Dodatkowo przesłano do NFZ prośbę o wygenerowanie danych dotyczących ośrodków realizujących świadczenia rehabilitacji kardiologicznej, kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku dziennym, w warunkach stacjonarnych oraz w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. Otrzymane dane zostały przekazane członkom Zespołu Ekspertckiego do wykorzystania w ramach prac nad analizą stanu obecnego w obszarze rehabilitacji kardiologicznej osób dorosłych.

Główne wyniki analiz wskazują w szczególności na:

- 1) niedostateczną liczbę wystawianych skierowań na rehabilitację kardiologiczną (RK);
- 2) brak informacji w NFZ o liczbie skierowań do oddziałów rehabilitacji kardiologicznej wystawianych w systemie informatycznym w ośrodkach realizujących procedury przezskórnych interwencji wieńcowych czy kardiochirurgicznych, co utrudnia ocenę rzeczywistej skali problemu jako jednego z najważniejszych powodów braku realizacji świadczenia;

- 3) różnice w wycenach za punkt rozliczeniowy NFZ w różnych województwach;
- 4) konieczność zwiększenia wyceny procedur RK z uwagi na relatywnie niską liczbę pacjentów rehabilitowanych w ośrodkach dziennych i małą liczbę ośrodków w niektórych województwach. Potencjalnie może to wpłynąć na zmniejszenie kolejek i zwiększenie odsetka pacjentów poddawanych RK;
- 5) brak informacji na temat wykorzystania potencjału w zakresie stopnia realizacji kontraktu z NFZ w poszczególnych województwach, co uniemożliwia przeprowadzenie rzetelnej analizy wykorzystania istniejącej bazy ośrodków rehabilitacyjnych z uwzględnieniem migracji pacjentów.

Rehabilitacja kardiologiczna dzieci

W 2024 r. w celu dokonania diagnozy stanu obecnego w zakresie rehabilitacji w chorobach serca i naczyń w grupie pacjentów poniżej 18 r.ż., powołano Zespół Ekspertów, który rozpoczął pracę z chwilą otrzymania posiadanych przez NIKARD-PIB danych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej zrealizowanej dla pacjentów do 18 roku życia, w latach 2018-2023.

Powyższe dane obejmowały:

1. Świadczeniodawców, którzy realizowali przedmiotowe świadczenia.
2. Liczby świadczeniobiorców, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej.
3. Liczby zrealizowanych świadczeń (w przypadku rehabilitacji stacjonarnej jest to liczba pobyków na oddziale rehabilitacji kardiologicznej, w przypadku rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego jest to liczba zrealizowanych osobodni).
4. Wartości zrealizowanych świadczeń.

W toku pracy Eksperci przygotowali również ankietę dotyczącą stanu rehabilitacji w grupie pacjentów poniżej 18 r.ż., którą we własnym zakresie przekazali do wybranych ośrodków realizujących świadczenia w zakresie rehabilitacji pacjentów do 18 r. ż.

W ramach dokonania diagnozy Zespół określił specyfikę rehabilitacji kardiologicznej w populacji poniżej 18 r.ż. oraz ocenił aktualny stan rehabilitacji w chorobach serca i naczyń w wyżej wymienionej grupie pacjentów. Przeprowadził również analizę potrzeb dotyczących rehabilitacji kardiologicznej w Polsce w wybranych grupach pacjentów wraz z określeniem potencjalnej liczebności grup.

Eksperci przedstawili propozycje założeń przygotowania programu kompleksowej rehabilitacji w kardiologii dziecięcej – dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego poniżej 18 r.ż. w Polsce.

W raporcie wskazano również na potrzebę stworzenia programów pilotażowych dla rehabilitacji w kardiologii dziecięcej.

Rola intensywnej terapii kardiologicznej w leczeniu pacjentów z ChUK

Powołany w 2024 r. Zespół Ekspertów przygotował ankietę w celu dokonania diagnozy oceniającej sytuację i rolę intensywnej terapii kardiologicznej w leczeniu pacjentów z ChUK w Polsce.

Praca zespołu opierała się na ustaleniach i wypracowaniu wspólnego dokumentu w postaci ankiety mającej na celu dokonanie diagnozy oceniającej sytuację i rolę intensywnej terapii kardiologicznej w leczeniu pacjentów z ChUK w Polsce.

Powyższa ankietę została wysłana do podmiotów posiadających oddziały intensywnej terapii kardiologicznej (114 podmiotów leczniczych w całym kraju). Do dnia 13 stycznia 2025 r. wpłynęło zwrotnie 91 ankiet. W 2025 r., ankiety będą podlegały analizie i będą stanowiły element raportu z oceny ww. obszaru.

Efektem realizacji zadania jest Raport z realizacji zadania uwzględniający diagnozę stanu obecnego w obszarze kardiologii i kardiochirurgii, w tym kardiologii dziecięcej, a także rehabilitacji kardiologicznej osób dorosłych i dzieci.

W 2025 r. planuje się kontynuację podzadania w zakresie analizy danych dotyczących intensywnej terapii kardiologicznej w leczeniu pacjentów z ChUK.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 12: Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej

12.2. Utworzenie Centrów Doskonałości Kardiologicznej odpowiedzialnych za koordynację opieki kardiologicznej w województwie lub makroregionie (w przypadku, gdy w danym województwie nie funkcjonuje wyspecjalizowany ośrodek leczenia kardiologicznego), ściśle współpracujących z jednostkami o niższym poziomie referencyjności

Punktem wyjścia do zaplanowania działań w przedmiotowym zadaniu będą m. in. wyniki diagnozy stanu obecnego w kluczowych obszarach ChUK, która została rozpoczęta w 2023 r. w poddziałaniu 12.1 i kontynuowana w 2024 r., a której efektem końcowym będą opracowane standardy diagnostyczno-terapeutyczne w obszarze opieki kardiologicznej.

W 2024 r., w oparciu o uzyskane z MZ dane sprawozdawcze za 2022 r., rozpoczęto prace analityczne, których wyniki zostaną przedstawione w opracowaniu analitycznym – diagnozie stanu obecnego.

Opracowanie zawiera prezentację wyników analizy w ujęciu ogólnokrajowym wraz z podziałem na poszczególne województwa. Dane przeanalizowane zostały pod kątem struktury i liczby hospitalizacji ogółem i planowych z powodu ChUK, raportowanych przez świadczeniodawców w poszczególnych województwach Polski wraz ze wskazaniem liczby przeprowadzonych w 2022 r. procedur ICD-9 z zakresu kardiologii i kardiochirurgii, z uwzględnieniem m.in.:

- 1) rozkładu geograficznego hospitalizacji pacjentów z ChUK;
- 2) odsetka pacjentów hospitalizowanych w Polsce z podziałem na płeć według województwa zamieszkania pacjenta i województwa świadczeniodawcy;

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ we współpracy z NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),

- 3) udziału rozpoznań ChUK w hospitalizacjach dla świadczeń z zakresu kardiologii i kardiochirurgii;
- 4) liczby przyjęć pacjentów do szpitali z powodu ChUK;
- 5) średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala;
- 6) liczby przeprowadzonych procedur ICD-9 z uwzględnieniem procedur pierwszorazowych.

Celem głównym analizy było wskazanie potencjalnych ośrodków typowanych jako CDK, które zgodnie z definicją przyjętą w ustawie z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, będą ośrodkami wyspecjalizowanymi w diagnostyce i leczeniu określonego rodzaju lub grupy jednostek chorobowych z zakresu ChUK, spełniające określone – wskazane przez Ekspertów – wymagania (organizacyjne).

Powyższa analiza danych prowadzona była pod kątem zidentyfikowania świadczeniodawców z największą liczbą hospitalizacji i rozpoznań ChUK, z wytypowaniem podmiotów wiodących. Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK wystąpił do Ekspertów, odpowiedzialnych za przygotowanie w 2024 r. standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK, o przygotowanie przez poszczególnych Kierowników obszarów, szczegółowych wymagań dla CDK dla poszczególnych obszarów ChUK. Zespoły Ekspertów przedstawiły zgodnie z posiadanymi kompetencjami proponowaną strukturę CDK na poziomie Ośrodka Kardiologicznego poziomu II oraz poziomu III zabezpieczenia opieki kardiologicznej w ramach KSK. Wytyczne referencyjności i zakresów kompetencji dla ośrodków zajmujących się pacjentami z ChUK, odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej przekazane zostały do MZ oraz uzyskały warunkową akceptację.

Tryb oraz sposób tworzenia CDK został opracowany z uwzględnieniem wyników prac, o których mowa powyżej, przy udziale MZ, NFZ oraz Krajowej Rady do spraw Kardiologii.

CDK docelowo mają zapewnić możliwość stosowania najnowszych, skutecznych terapii (w tym dostępnych, ale jeszcze nierefundowanych ze środków publicznych, których skuteczność została potwierdzona w opublikowanych badaniach klinicznych), a także opiekę nad pacjentem w poradni po wypisie ze szpitala oraz świadczenia rehabilitacyjne.

Zadanie zaplanowane do realizacji w ramach NPChUK od 2025 r.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 12: Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej

12.3. Rozszerzenie o kolejne województwa realizacji wprowadzonego w 2021 r. na terenie województwa mazowieckiego programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej

W 2024 r. kontynuowano wdrożony w Polsce z dniem 26 maja 2021 r. program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej ustanowiony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej. Program pilotażowy został uruchomiony w grudniu 2021 r. i początkowo obejmował tylko województwo mazowieckie.

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2293) realizacją programu zostały objęte województwa: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, pomorskie, śląskie oraz wielkopolskie.

Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej realizowany był do 31 grudnia 2024 r.

Celem realizacji programu pilotażowego była ocena organizacji, jakości i efektów opieki kardiologicznej. W ramach programu pilotażowego testowane i oceniane były zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opieki opartego na sieci ośrodków kardiologicznych, w którym następuje podział kompetencji w obszarze kompleksowej opieki kardiologicznej pomiędzy podmioty lecznicze działające w ramach umów z NFZ, prowadzące diagnostykę i leczenie kardiologiczne, zgodnie z ustalonymi poziomami referencyjnymi. Dodatkowo efektem

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ we współpracy z NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
środki NFZ oraz budżet
NPChUK

programu pilotażowego ma być lepsze wykorzystanie możliwości ośrodków kardiologicznych, opartych na potencjale sprzętowym i doświadczonych zasobach kadrowych.

Program pilotażowy skierowany był do świadczeniobiorców powyżej 18 r. ż., którzy spełniali łącznie następujące kryteria kwalifikacji:

- 1) posiadają zdiagnozowane rozpoznanie wstępne:
 - a) nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne lub
 - b) niewydolność serca, lub
 - c) nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu i przewodzenia, lub
 - d) wady serca zastawkowe;
- 2) wyrazili zgodę na udział w programie pilotażowym po uprzednim zapoznaniu się z jego warunkami;
- 3) wyrazili zgodę na przekazywanie danych, o których mowa w § 8 ust. 3 ww. rozporządzenia, między ośrodkami realizującymi program pilotażowy.

W 2024 r., rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 1007), dokonano nowelizacji rozporządzenia z dnia 10 maja 2021 r. Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.

Nowelizacja rozporządzenia wprowadziła obowiązek dla NFZ i krajowego ośrodka koordynującego sporządzenia sprawozdania częściowego i raportu częściowego, zawierającego ocenę organizacji, jakości i efektywności programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej z uwzględnieniem mierników i wskaźników programu pilotażowego wraz z oceną realizacji planów leczenia. Zmiana związana była z koniecznością podsumowania realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej w celu umożliwienia rozpoczęcia prac nad ustawą z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779). Zmiana weszła w życie w dniu 9 lipca 2024 r. Raport końcowy z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej za lata 2021-2024, sporządzony przez NFZ we współpracy z NIKARD-PIB został opracowany do 30 czerwca 2025 r.

W 2024 r. w programie pilotażowym brały udział następujące podmioty lecznicze:

- 1) NIKARD-PIB, jako Krajowy Ośrodek Koordynujący;
- 2) Regionalne Ośrodki Koordynujące:
 - a) Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu,
 - b) SPZOZ Centralny Szpital Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
 - c) Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II,
 - d) Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego,
 - e) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku,
 - f) Śląskie Centrum Chorób Serca,
 - g) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu;
- 3) ośrodki współpracujące poziomu II – wskazane podmioty (szpitale) w każdym z województw, których zadaniem jest zapewnienie pacjentom kompleksowej i skoordynowanej opieki kardiologicznej;
- 4) ośrodki współpracujące poziomu I – poradnie i szpitale;
- 5) ośrodki kierujące – jednostki POZ.

Na dzień 31 grudnia 2024 r. do programu pilotażowego zostało włączonych 1.292 zakłady w ramach 516 podmiotów leczniczych, które zawarły porozumienia na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w pilotażu sieci kardiologicznej (Tabela 3 i 4).

Tabela 3. Liczba zakładów uczestniczących w pilotażu w podmiotach, które zawarły porozumienia (lokalizacje)

Województwo	ODDZ.KIER.	AOS	POZ	Szpital	Razem
Dolnośląskie	16	28	191	12	247
Łódzkie	15	29	136	18	198
Małopolskie	19	45	130	18	212
Mazowieckie	1	44	136	22	203
Pomorskie	9	24	25	9	67
Śląskie	20	55	143	22	240
Wielkopolskie	18	39	53	15	125
Razem	98	264	814	116	1 292

Tabela 4. Liczba podmiotów, które zawarły porozumienia o współpracy w ramach programu

Województwo	Razem
DOLNOŚLĄSKIE	105
ŁÓDZKIE	76
MAŁOPOLSKIE	88
MAZOWIECKIE	65
POMORSKIE	20
ŚLĄSKIE	97
WIELKOPOLSKIE	65
Razem	516

W 2024 r. do programu pilotażowego krajowej sieci kardiologicznej zostało zgłoszonych 28.645 pacjentów, z czego 27.584 pacjentów zostało zakwalifikowanych do programu (Tabela 5 i 6).

Tabela 5. Liczba pacjentów zgłoszonych w 2024 r. do programu pilotażowego

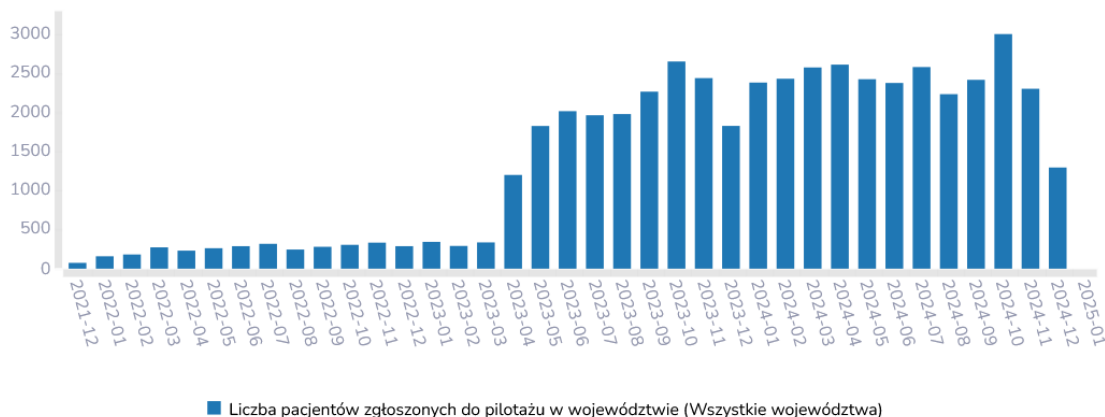
Rodzaj zdiagnozowanego rozpoznania wstępnego	Liczba pacjentów	Udział procentowy
Nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne	5.822	20%
Nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu i przewodzenia	15.429	54%
Niewydolność serca	3.912	14%
Wady serca zastawkowe	3.482	12%
Razem	28.645	100%

Tabela 6. Liczba pacjentów zakwalifikowanych w 2024 r. do programu pilotażowego

Rodzaj zdiagnozowanego rozpoznania wstępnego	Liczba pacjentów	Udział procentowy
Nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne	5.447	20%
Nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu i przewodzenia	14.997	54%
Niewydolność serca	3.749	14%
Wady serca zastawkowe	3.391	12%
Razem	27.584	100%

Rysunek 16. Liczba pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego do 31 grudnia 2024 r. (narastająco)

Liczba pacjentów zgłaszanych miesięcznie



Największy przyrost liczby pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego miał miejsce po rozszerzeniu programu pilotażowego o województwa: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie. Na koniec 2024 r. zakwalifikowano ponad 48,8 tys. pacjentów, z czego ponad 27,5 tys. pacjentów w 2024 r.

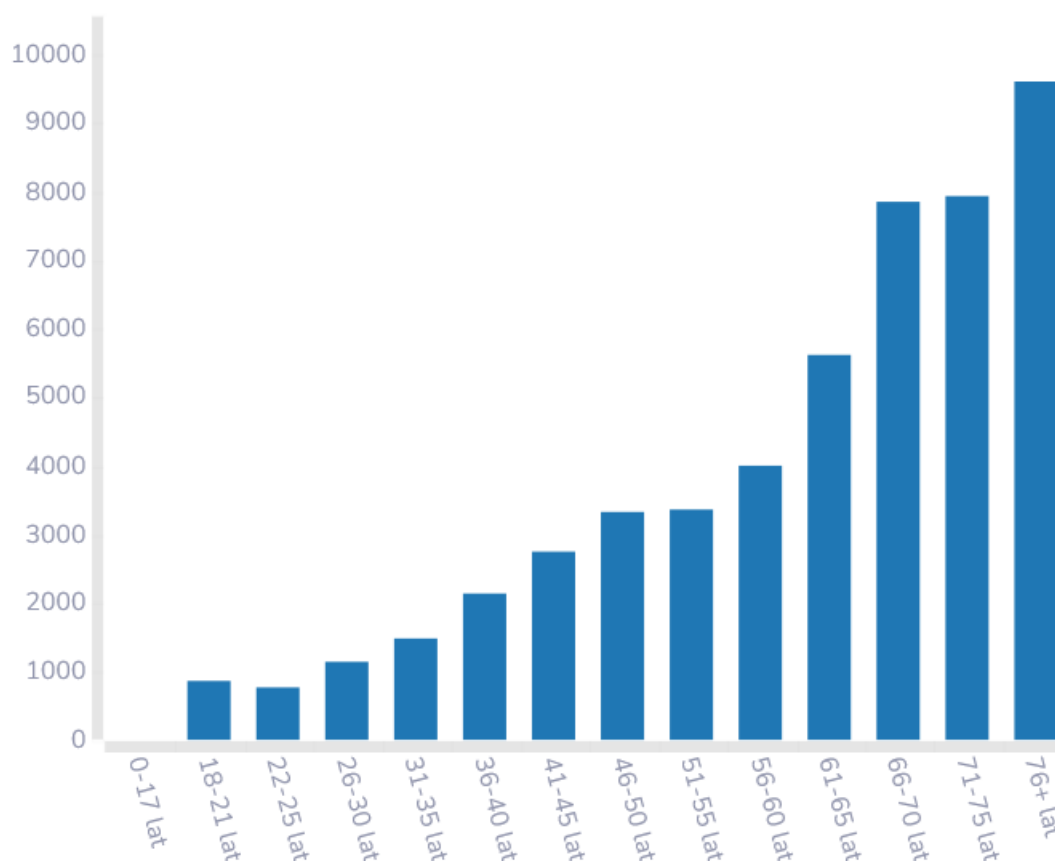
Tabela 7. Liczba pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego do 31 grudnia 2024 r. w podziale na poszczególne rozpoznania i miesiące realizacji programu pilotażowego

Miesiąc	Liczba zakwalifikowanych narastająco	NT	ZR	NS	WS	Liczba zakwalifikowanych w miesiącu	NT	ZR	NS	WS
01.12.2021	74	19	31	12	12	74	19	31	12	12
01.01.2022	221	63	86	34	38	147	44	55	22	26
01.02.2022	367	113	146	54	54	146	50	60	20	16
01.03.2022	633	191	268	81	93	266	78	122	27	39
01.04.2022	851	246	392	106	107	218	55	124	25	14
01.05.2022	1090	298	510	138	144	239	52	118	32	37
01.06.2022	1388	379	670	172	167	298	81	160	34	23
01.07.2022	1710	456	846	212	196	322	77	176	40	29
01.08.2022	1948	506	974	240	228	238	50	128	28	32
01.09.2022	2221	589	1117	257	258	273	83	143	17	30
01.10.2022	2525	667	1288	286	284	304	78	171	29	26
01.11.2022	2855	735	1484	313	323	330	68	196	27	39
01.12.2022	3144	804	1635	337	368	289	69	151	24	45
01.01.2023	3487	881	1821	362	423	343	77	186	25	55
01.02.2023	3777	960	1978	381	457	290	79	157	19	34
01.03.2023	4107	1042	2149	415	500	330	82	171	34	43
01.04.2023	5144	1253	2730	551	610	1037	211	581	136	110
01.05.2023	6773	1568	3619	784	803	1629	315	889	233	193
01.06.2023	8694	1889	4732	1071	1003	1921	321	1113	287	200
01.07.2023	10566	2172	5847	1331	1217	1872	283	1115	260	214
01.08.2023	12420	2451	6886	1611	1473	1854	279	1039	280	256
01.09.2023	14611	2790	8080	1968	1775	2191	339	1194	357	302
01.10.2023	17142	3188	9445	2397	2116	2531	398	1365	429	341
01.11.2023	19481	3613	10748	2722	2402	2339	425	1303	325	286
01.12.2023	21271	3942	11708	2995	2631	1790	329	960	273	229
01.01.2024	23528	4410	12936	3286	2900	2257	468	1228	291	269
01.02.2024	25840	4907	14199	3584	3155	2312	497	1263	298	255
01.03.2024	28339	5455	15562	3861	3471	2499	548	1363	277	316
01.04.2024	30804	5966	16899	4204	3749	2465	511	1337	343	278
01.05.2024	33116	6458	18149	4498	4028	2312	492	1250	294	279
01.06.2024	35426	6901	19424	4858	4265	2310	443	1275	360	237
01.07.2024	37903	7353	20815	5183	4577	2477	452	1391	325	312
01.08.2024	40081	7651	22043	5496	4919	2178	298	1228	313	342
01.09.2024	42431	8032	23358	5856	5220	2350	381	1315	360	301
01.10.2024	45302	8579	24925	6251	5591	2871	547	1567	395	371
01.11.2024	47540	9034	26111	6573	5870	2238	455	1186	322	279
01.12.2024	48807	9389	26702	6744	6022	1267	355	591	171	152
Średnie						1284	247	703	177	158

Od początku realizacji programu pilotażowego do końca 2024 r. zakwalifikowano 48.807 pacjentów. Najwięcej pacjentów zakwalifikowano z rozpoznaniem nadkomorowych i komorowych zaburzeń rytmu i przewodzenia – 26.702 pacjentów (ok. 55,65% z wszystkich zakwalifikowanych do programu pilotażowego pacjentów). Z nadciśnieniem tętniczym opornym i wtórnym zakwalifikowano 9.389 pacjentów (ok. 19,22%), niewydolnością serca – 6.744 pacjentów (ok. 13,80%) zaś z rozpoznaniem wad zastawkowych serca 6.022, co stanowi ok. 12,33 % z wszystkich zakwalifikowanych do programu pilotażowego pacjentów. Łączna liczba rozpoznań od początku realizacji programu pilotażowego do końca 2024 r. wyniosła 48.857. Liczba rozpoznań (narastająco), wykazanych w Tabeli 7 jest wyższa od ogólnej liczby pacjentów

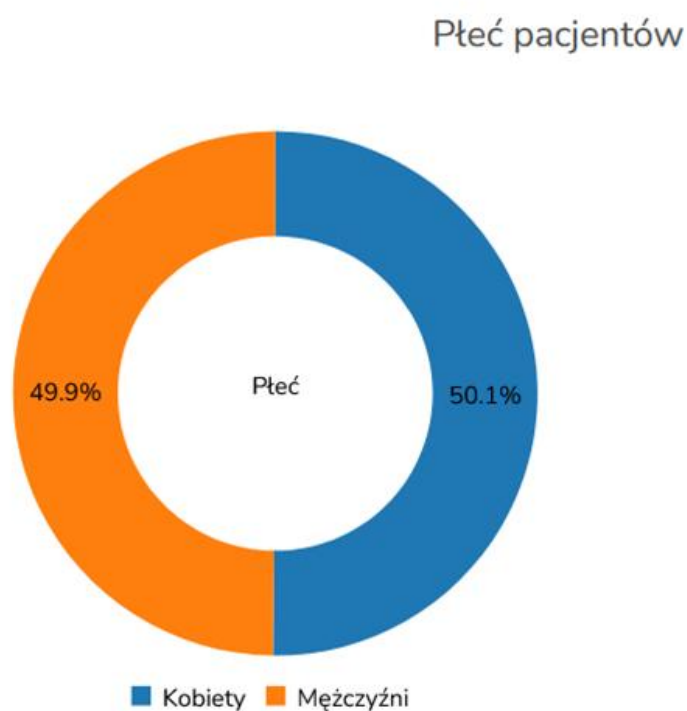
z uwagi na możliwość ponownej kwalifikacji do programu pilotażowego danego pacjenta z innym rozpoznaniem, po uprzednim zakończeniu leczenia danej ścieżki (poprzedniego rozpoznania).

Rysunek 17. Wiek pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego



Najwięcej pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego było w przedziale 76 lat i więcej. Drugą grupą wiekową dominującą jest grupa pacjentów w przedziale wiekowym 71-75 lat. Najmniej osób do programu pilotażowego zostało zakwalifikowanych w przedziale 22-25 lat.

Rysunek 18. Płeć pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego



Od początku realizacji programu pilotażowego do końca 2024 r. do programu zakwalifikowano 50,1% kobiet i 49,9% mężczyzn.

Poddziałanie będzie kontynuowane w 2025 r. Raport końcowy z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej za lata 2021-2024, sporządzony przez NFZ we współpracy z NIKARD-PIB zostanie opracowany do 30 czerwca 2025 r.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 13: Wdrożenie kryteriów jakości dla kluczowych funkcji diagnostycznych w systemie opieki kardiologicznej

13.1. Do końca 2025 r. przygotowanie rozwiązań legislacyjnych, które pozwolą na wprowadzenie obowiązkowej akredytacji pracowni diagnostycznych i terapeutycznych wykonujących diagnostykę finansowaną ze środków publicznych z obszaru ChUK

Realizację zadania przesunięto na kolejne lata, tj. po zakończeniu procesu wdrożenia standardów diagnostyczno-terapeutycznych w ramach NPChUK. Zmiana ta uzyskała akceptację Krajowej Rady do spraw Kardiologii na posiedzeniu w dniu 18 kwietnia 2023 r.

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia, NFZ,
NIKARD-PIB, CMJ

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych),
środki NFZ, środki CMJ,
budżet NPChUK

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 13: Wdrożenie kryteriów jakości dla kluczowych funkcji diagnostycznych w systemie opieki kardiologicznej

13.2. W 2026 r. przy udziale uprawnionych podmiotów, rozpoczęcie procesu akredytacji pracowni diagnostycznych i terapeutycznych wykonujących diagnostykę finansowaną ze środków publicznych z obszaru ChUK

Zgodnie z harmonogramem wdrażania Programu, rozpoczęcie realizacji zadania przypada na 2026 r.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
NIKARD-PIB, CMJ

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
środki NFZ, środki CMJ,
budżet NPChUK

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 14: Opracowanie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla KSK w kluczowych ChUK

14.1. Opracowanie i wprowadzenie wytycznych 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 2024 r. kontynuowano prace w zakresie opracowania 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 następujących obszarach klinicznych:

- 1) zaburzeń lipidowych;
- 2) wad wrodzonych serca,
- 3) zatorowości płucnej;
- 4) niewydolności serca;
- 5) nabytej wady zastawkowej serca;
- 6) nadkomorowych i komorowych zaburzeń rytmu i przewodzenia serca;
- 7) chorób aorty, tętnic szyjnych i tętnic obwodowych;
- 8) pierwotnych strukturalnych (kardiomiopatie) i elektrycznych (kanałopatie) chorób mięśnia sercowego;
- 9) nadciśnienia tętniczego.

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia, NFZ,
AOTMiT, NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych),
środki NFZ, budżet AOTMiT
(w ramach działań własnych),
budżet NPChUK

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w zakresie zaburzeń lipidowych

W ramach powyższego zadania w 2024 r. kontynuowano ocenę realizacji aktualnych zaleceń opartych na istniejących dokumentach, w tym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) oraz doniesieniach dotyczących diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych. Powołany do realizacji zadania Zespół Ekspertów prowadził analizy danych otrzymanych z NFZ w zakresie farmakoterapii zaburzeń lipidowych. Przeanalizowano i opracowano dane otrzymane z CeZ, dotyczących częstości występowania zaburzeń gospodarki lipidowej w populacji polskiej i stosownego leczenia.

Wynikiem prac ekspertów był dokument pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjne dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w zakresie zaburzeń lipidowych – Raport z realizacji zadań w 2024 r.* W dokumencie został ujęty opis aktualnej sytuacji dotyczącej zaburzeń lipidowych oraz chorób sercowo-naczyniowych jako konsekwencji podwyższonego poziomu cholesterolu w populacji krajów UE, w tym Polski, a także wyniki i wnioski wraz z opisem ścieżek terapeutycznych dla lekarzy celem identyfikacji pacjentów, którzy powinni być skierowani do poradni lipidowej w celu specjalistycznego leczenia.

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad pacjentem z wadą wrodzoną serca

W ramach powyższego zadania w 2024 r. opracowano założenia kaskadowej opieki nad dorosłym z wrodzoną wadą serca (WWS). W ramach opracowania określono również zadania dla AOS – WWS zgodnie z zasadą tzw. *odwróconej piramidy*, w wyniku czego AOS powinno stać się docelowo centralną częścią systemu. Eksperti zdefiniowali struktury i aktywności Centrum Specjalistycznej Opieki dla Dorosłych z Wrodzoną Wadą Serca (CSO – WWS) w warunkach polskich w oparciu o doświadczenia ośrodków zagranicznych.

We współpracy z Departamentem Opieki Koordynowanej MZ Zespół Ekspertów wypracował wskaźniki uniwersalne dla oceny ośrodków zakwalifikowanych do KSK – na potrzeby projektowanej ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej – przez wskazanie propozycji wskaźnika, sposobu jego obliczania oraz źródła danych o wskaźniku, a także określono znaczenie danego wskaźnika.

Efektem prac Zespołu jest opracowanie pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjne dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej w obszarze opieki nad pacjentem z wrodzoną wadą serca – Raport z realizacji zadań w 2024 r.*

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad pacjentem z zatorowością płucną

W 2024 r. Zespół Ekspertów kontynuował prace rozpoczęte w 2023 r. dotyczące poprawy rokowania chorych z ostrą zatorowością płucną (OZP) w ostrym okresie choroby, a także w zakresie stworzenia kompleksowego modelu systemowej opieki nad pacjentami po przebytej ostrej zatorowości płucnej, docelowo ze zmniejszeniem chorobowości i śmiertelności w tej grupie pacjentów m. in. zmniejszeniem częstości nawrotów żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, a także optymalizacji diagnostyki w kierunku trombofilii wrodzonych i nabytych oraz leczenia przeciwkrzepliwego. Opracowano zasady kompleksowej opieki dla pacjentów po przebytej ostrej zatorowości płucnej z uwzględnieniem zadań dla POZ, AOS oraz Ośrodków Referencyjnych/CDK, a także zasady wykonywania badań w kierunku wrodzonych i nabytych trombofilii w ostrej zatorowości płucnej u części chorych.

Na podstawie uzyskanych z CeZ i NFZ danych dotyczących częstości występowania w Polsce OZP, sposobów leczenia, a także rokowania tej grupy chorych oceniono rokowanie tych pacjentów w okresie szpitalnym, a także w okresie trzy-, sześćo- i dwunastomiesięcznym. Rokowanie odniesiono do chorób nowotworowych, a także infekcji COVID-19. Uzyskane dane pozwalają ocenić nie tylko wysoką roczną śmiertelność całkowitą przekraczającą w Polsce w skali roku 30%, a także różnice pomiędzy poszczególnymi województwami. Duże różnice sugerują różną jakość opieki nad chorymi z ostrą zatorowość płucną, zarówno w okresie ostrym, jak i poszpitalnym. Wskazuje to na konieczność podjęcia działań harmonizujących opiekę nad pacjentem z ostrą zatorowość płucną również po ostrym okresie tej choroby, zapewniającą podobną jakość opieki niezależnie od rejonu kraju.

We współpracy z Departamentem Opieki Koordynowanej MZ Zespół Ekspertów wypracował wskaźniki uniwersalne dla oceny ośrodków zakwalifikowanych do KSK – na potrzeby projektowanej ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej – przez wskazanie propozycji wskaźnika, sposobu jego obliczania oraz źródła danych o wskaźniku, a także określono znaczenie danego wskaźnika.

We współpracy z przedstawicielami AOTMiT opracowano propozycję zestawu uniwersalnych wskaźników dla oceny ośrodków zakwalifikowanych do KSK. Propozycja została poddana ocenie członków spotkania a następnie po uwzględnieniu przesłanych uwag przekazana do MZ.

Zespół Ekspertów na podstawie pozyskanych danych epidemiologicznych przygotował opracowanie analityczne dotyczące ostrej zatorowości płucnej, które zostało ujęte w opracowaniu końcowym pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjny dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad pacjentem z zatorowością płucną – Raport z realizacji zadań w 2024 r.*

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad chorym z niewydolnością serca

W 2024 r. Zespołu Ekspertów składający się z przedstawicieli NIKARD-PIB kontynuował prace podjęte w 2023 r. obejmujące uaktualnienie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w opiece nad chorymi z niewydolnością serca, doprecyzowanie standardów organizacyjnych dla podmiotów udzielających świadczeń w ramach krajowej sieci kardiologicznej i uzgodnienia z interesariuszami oraz przygotowanie nowych propozycji wymaganych procedur diagnostyczno-terapeutycznych w ramach refundowanych standardów postępowania przez NFZ. Opracowano ścieżki diagnostyczne z uwzględnieniem nowelizacji zakresu gwarantowanych świadczeń.

W oparciu o przygotowane w 2023 r. opracowanie będące Raportem otwarcia – zidentyfikowanie obszaru klinicznego, w którym przedstawiono standardy postępowania z chorym z niewydolnością serca przeznaczone dla lekarzy praktyków nie specjalizujących się w problematyce niewydolności serca, przygotowano w formie streszczenia skróconą wersję standardów postępowania z chorym z niewydolnością serca, w formie podsumowania.

Zaprojektowane na etapie programu pilotażowego ścieżki diagnostyczne, po weryfikacji praktycznej w czasie trwającego programu pilotażowego, wymagają modyfikacji również z uwzględnieniem grup dyspenseryjnych niewydolności serca, w szczególności obejmujących działania profilaktyczne u chorych zagrożonych wystąpieniem niewydolności serca. Szczegóły dotyczące osób chorych, rodzaju schorzeń, które powinny znaleźć się w tych grupach i być objęte szczególnym nadzorem oraz ewentualna wczesna terapia, zostały uwzględnione w punkcie

dotyczącym grup dyspanseryjnych i w oparciu o nie Zespół Ekspertów pracował nad zmianami niektórych rozwiązań, przyjętych pierwotnie w programie pilotażowym.

Propozycja projektu zmodyfikowanych założeń funkcjonowania sieci kardiologicznej w obszarze problemów niewydolności została opracowana i stanowi element Raportu z realizacji zadania w 2024 r.

Prace nad opracowaniem grup dyspanseryjnych są zgodne z jednym z głównych celów programu NPCHUK jakim jest wdrożenie wczesnych działań, w tym szeroko rozumianej profilaktyki niewydolności serca. Temu ma służyć wyodrębnianie grup szczególnie narażonych na wystąpienie w przyszłości objawów niewydolności serca. Stadia te są zgodne z klasyfikacją zaproponowaną przez American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ Wypracowane przez Zespół Ekspertów założenia grup dyspanseryjnych dla wczesnego wykrycia niewydolności serca i sposób opieki nad tą grupą chorych stanowią element przygotowanego przez nich opracowania.

We współpracy z przedstawicielami AOTMiT opracowano propozycję zestawu uniwersalnych wskaźników dla oceny ośrodków zakwalifikowanych do KSK. Propozycja została poddana ocenie członków spotkania a następnie po uwzględnieniu przesłanych uwag przekazana do MZ.

Opis sposobu i efektów realizacji działań podjętych w 2024 r. przez Zespół Ekspertów w obszarze opieki nad pacjentem z niewydolnością serca stanowi dokument pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjny dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad pacjentem z niewydolnością serca – Raport z realizacji zadań w 2024 r.*

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad chorym z nabytą wadą zastawkową serca

W 2024 r. kontynuowano analizę epidemiologiczną, której wyniki opublikowano w Raporcie otwarcia przygotowanym w 2023 r., (poszerzoną o dane z 2019 i 2023 r.) na podstawie zestawu danych wygenerowanych przez NFZ oraz przeprowadzono analizę dotyczącą metod leczenia i diagnostyki pacjentów z nabytą wadą zastawkową serca.

W celu pogłębienia analizy pod kątem zobrazowania sytuacji epidemiologicznej w obszarze wad zastawkowych serca, niezbędne było pozyskanie dodatkowych danych za 2019 r. i 2023 r., o których wygenerowanie wystąpiono do NFZ i CeZ oraz pozyskanie informacji w zakresie

liczby hospitalizacji pacjentów z powodu nabytej wady zastawkowej serca oraz niewydolności serca. Zgodnie ze swoimi kompetencjami w poszczególnych obszarach, członkowie Zespołu Ekspertów dokonali analizy otrzymanych danych i na tej podstawie przygotowali wstępną propozycję standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zgodną z aktualną wiedzą medyczną z uwzględnieniem nowoczesnych metod diagnostycznych.

Opracowany przez Zespół Ekspertów materiał został przekazany do AOTMiT celem wypracowania modelu wskaźników i mierników dla oceny efektów proponowanych w standardach rozwiązań.

W ramach realizacji zadania w 2024 r. Zespół Ekspertów opracował również Suplementu do Raportu otwarcia z 2023 r. obejmujący swoim zakresem wynik pogłębionej analizy epidemiologicznej z wykorzystaniem uzyskanych z NFZ danych dotyczących liczby hospitalizacji pacjentów z powodu nabytej wady zastawkowej serca oraz niewydolności serca.

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad chorym z nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia serca

W 2024 r. Zespół Ekspertów kontynuował analizę prowadzoną w 2023 r. z uwzględnieniem danych epidemiologicznych wygenerowanych przez NFZ, niezbędnych do dokonania oceny występowania i zaawansowania zaburzeń rytmu serca w populacji polskiej. Przeanalizowane dane dotyczą metod leczenia i diagnostyki pacjentów z nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia serca.

Opracowane standardy diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie opieki nad pacjentem z nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia serca przekazano do AOTMiT celem wypracowania modelu wskaźników i mierników dla oceny efektów proponowanych w standardach rozwiązań w obszarze opieki nad ww. grupą pacjentów.

Wynikiem pracy Zespołu Ekspertów było opracowanie pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjne dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad chorym z nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia serca – Raport roczny z realizacji zadania w 2024 r.* oraz Suplement stanowiący uzupełnienie informacji zawartych w Raporcie otwarcia z 2023 r.

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad pacjentami z chorobami aorty, tętnic szyjnych i tętnic obwodowych

W 2024 r. Zespół Ekspertów prowadził prace w zakresie propozycji założeń systemu organizacji opieki nad chorymi z chorobami tętnic i aorty w zakresie zdefiniowania sposobu i zakresu opieki przez lekarzy POZ, określenia struktury ośrodków i ich współpracy w zakresie chorób aorty oraz określenia konieczności i sposobu współpracy z lekarzami innych specjalności.

Analizie poddano dostępne piśmiennictwo, przygotowano schematy badań przesiewowych osobno dla tętniaków aorty brzusznej i tętnic szyjnych. Opracowano również standardy przeprowadzania badań obrazowych (USG). Przeanalizowano problem reoperacji i operacji "naprawczych" szczególnie po operacjach na aorcie. Przygotowano schemat organizacji opieki nad pacjentem z uwzględnieniem referencyjności ośrodków. Przeanalizowano również problem zmiany refundacji wysokospecjalistycznych procedur naprawczych i reoperacji.

Określono potrzeby edukacyjne i sposób ich realizacji w obszarach dotyczących lekarzy w ramach KSK i POZ, a także profilaktyki i edukacji skierowanej do ogółu społeczeństwa.

Kolejnym zagadnieniem, nad którym pracował Zespół Ekspertów było zaproponowanie obiektywnych metod oceny skuteczności leczenia i raportowania do NFZ. Analizie poddano przydatność rejestrów medycznych w ocenie skuteczności leczenia tętnic i aorty.

Wynikiem pracy Zespołu Ekspertów było opracowanie pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjne dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad pacjentami z chorobami aorty, tętnic szyjnych i tętnic obwodowych – Raport roczny z realizacji zadania w 2024 r.*

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze 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

W 2024 r., Zespół Ekspertów rozpoczął swoje działania od stworzenia wstępnych opracowań koncepcyjnych dotyczących m.in.: potrzeb w zakresie określenia populacji, przewidywanej liczby pacjentów, która napłynie do kardiologa i ośrodka eksperckiego, organizacji pierwszego

kontakty z pacjentem i skierowania do ośrodka eksperckiego oraz organizacji kontaktów lekarz–lekarz i skierowań "w dół".

W ramach realizacji zadania Zespół:

- 1) przeprowadził estymację potrzeb (populacje chorych) i możliwości (liczba, wyposażenie poradni opieki podstawowej i specjalistycznej z uwzględnieniem kadr);
- 2) opracował warunki, jakie musi spełniać ośrodek ekspercki. Oszacowano również potrzeby dotyczące liczby ośrodków eksperckich na ok. 1–2 na województwo (ok. 15–20 w kraju);
- 3) przygotował projekt zmian w zakresie systemu ambulatoryjnej opieki nad chorymi z kardiomiopatiami, kanałopatiami i chorobami nerwowo-mięśniowymi z uwzględnieniem populacji pediatrycznej.

Opracowano również ścieżkę pacjenta z poradni POZ przez AOS lub z pominięciem AOS (konsultacje kardiologiczne w ośrodku POZ).

Wynikiem pracy Zespołu Ekspertów było opracowanie pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjne dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze 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 – Raport roczny z realizacji zadania w 2024 r.*

Opracowanie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardów organizacyjnych dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad chorym z nadciśnieniem tętniczym.

W 2024 r. Zespół Ekspertów poddał analizie posiadane dane skupiając się głównie na racjonalizacji diagnostyki i opieki szpitalnej w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Prowadzono prace nad założeniami dotyczącymi poprawy dostępu do diagnostyki w ramach AOS w przypadku tych chorób, a także nad koordynacją pomiędzy opieką stacjonarną a ambulatoryjną realizowaną przez lekarzy POZ lub w wybranych sytuacjach przez lekarzy AOS.

We współpracy z przedstawicielami AOTMiT Zespół Ekspertów wypracował propozycję zestawu uniwersalnych wskaźników dla oceny ośrodków zakwalifikowanych do KSK. Propozycja została poddana ocenie zarówno członków Zespołu jak i przedstawicieli AOTMiT a następnie po uwzględnieniu przesłanych uwag przekazana do MZ.

Wynikiem pracy Zespołu Ekspertów było opracowanie pt. *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz standardy organizacyjne dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach KSK w obszarze opieki nad chorym z nadciśnieniem tętniczym – Raport z realizacji zadań w 2024 r.*, w którym uwzględniono działania podjęte w celu uproszczenia zbyt skomplikowanej ścieżki diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego opornego i wtórnego.

Konieczne jest szerokie upowszechnienie w/w standardów diagnostyczno-terapeutycznych, szczególnie wśród lekarzy POZ i AOS, w wersji elektronicznej, dostępnej w formie do pobrania np. na telefon komórkowy.

Zadanie będzie kontynuowane w 2025 r.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 14: Opracowanie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla KSK w kluczowych ChUK

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

Zadanie jest ściśle związane z wejściem w życie ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

W związku z powyższym, realizacja zadania w ramach NPChUK została przesunięta na kolejne lata realizacji Programu. Zmiana ta uzyskała akceptację Krajowej Rady do spraw Kardiologii na posiedzeniu w dniu 18 kwietnia 2023 r.

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia, NFZ,
AOTMiT, NIKARD-PIB

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w
ramach zadań własnych),
środki NFZ, budżet AOTMiT
(w ramach działań własnych),
budżet NPChUK

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 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 opieki dla chorych z niewydolnością serca, a także dla dzieci z wadami serca

W ramach poddziałania 12.1 NPChUK, w 2023 r. rozpoczęto, a w 2024 r. kontynuowano diagnozę stanu obecnego w zakresie rehabilitacji w chorobach serca i naczyń u dorosłych i dzieci.

Głównym celem badania jest ocena pozyskanych informacji o alokacji, posiadanych przez podmioty lecznicze kompetencjach do prowadzenia rehabilitacji w obszarze kardiologii, a w szczególności: zasobach ludzkich, potencjale naukowym, liczbie łóżek, rodzaju i liczbie wykonywanych świadczeń zdrowotnych, liczbie leczonych chorych, ze szczególnym uwzględnieniem ośrodków rehabilitacji w kardiologii.

Wyniki diagnozy pozwolą na wypracowanie rekomendacji do uwzględnienia w mapach potrzeb zdrowotnych. Prace w tym obszarze będą kontynuowane w 2025 r.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych)

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 15: Poprawa dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki paliatywnej w ramach kompleksowej opieki kardiologicznej

15.2. Wyrównywanie i zwiększanie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach dla pacjentów z ChUK przy Centrach Doskonałości Kardiologicznej w ramach projektowanej Krajowej Sieci Kardiologicznej 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

W ramach poddziałania 12.1 NPChUK, w 2023 r. rozpoczęto a w 2024 r. kontynuowano diagnozę stanu obecnego w zakresie rehabilitacji w chorobach serca i naczyń u dorosłych i dzieci.

Wyniki diagnozy pozwolą na sformułowanie oczekiwanych rozwiązań oraz rozpoczęcie procesu standaryzacji opieki rehabilitacyjnej w kardiologii u dorosłych i dzieci.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych)

W listopadzie 2024 r. w ramach formatu okrągłego stołu, Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw rehabilitacji w skład którego weszło szerokie grono interesariuszy z zakresu rehabilitacji leczniczej, w tym również eksperci w dziedzinie rehabilitacji kardiologicznej.

Efektem prac ww. Zespołu był projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (mający zastąpić obecnie obowiązujący koszyk rehabilitacji), który następnie zostanie poddany analizie przez ekspertów systemowych z NFZ i AOTMiT oraz ostatecznej ocenie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej i Konsultanta Krajowego w dziedzinie fizjoterapii.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 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 udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w tym w zakresie formy i jakości udzielonej pomocy pacjentom kardiologicznym po zakończonym leczeniu

Na posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Kardiologii, która odbyła się w dniu 29 listopada 2023 r., Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw NPChUK zawnioskował o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu realizacji poddziałania na kolejne lata realizacji Programu. Członkowie Krajowej Rady do spraw Kardiologii jednomyślnie przyjęli zaproponowaną zmianę.

Realizacja zadania rozpocznie się z chwilą wejścia w życie ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
AOTMiT, NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
środki NFZ oraz budżet
NPChUK

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 16: Poprawa jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia kardiologicznego

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

Do realizacji zadań w ramach poddziałania powołano Zespół Ekspertski z różnych ośrodków krajowych:

- 1) Pracowni Hemodynamiki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu;
- 2) Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku;
- 3) I Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Collegium Maius;
- 4) Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu;
- 5) Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.
- 6) Centrum Medyczno – Diagnostycznego sp. z o.o. w Siedlcach;
- 7) Przychodni BaltiMed sp. z o.o. sp. k. w Gdańsku;
- 8) Łomżyńskiego Centrum Medycznego sp. z o.o.

oraz zawarto umowy z Ośrodkami, które realizowały projekt pt. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu przez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia*:

- 1) Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki;
- 2) SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie;
- 3) Przychodnią BaltiMed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Gdańsku;

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ,
AOTMiT, NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
środki NFZ oraz budżet
NPChUK

- 4) Centrum Medyczno-Diagnostycznym Sp. z o. o. w Siedlcach;
- 5) Łomżyńskim Centrum Medycznym Sp. z o. o. w Łomży;
- 6) Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach;
- 7) Uniwersytetem Rzeszowskim.

Na początku 2024 r. zdefiniowano na bazie raportu otwarcia obszary tematyczne, w których w pierwszej kolejności należałoby podjąć działania, by ulepszyć już istniejące i finansowane ze środków publicznych świadczenia medyczne bądź przygotować zasady wprowadzenia nowych świadczeń o udokumentowanym pozytywnym wpływie na rokowanie i jakość życia chorych z niewydolnością serca.

Zaplanowane na 2024 r. prace Zespołu Ekspertskiego zostały zrealizowane w następującym zakresie:

- 1) dokonano aktualizacji stanu wiedzy nt. rozwiązań telemedycznych w niewydolności serca w 2024 r. Aktualizacja ta jest szczególnie istotna dla wypracowania optymalnego modelu wdrożenia kompleksowej teleopieki w polskim systemie opieki zdrowotnej;
- 2) przygotowano propozycje zmian sposobu realizacji i wyceny finansowanych ze środków publicznych świadczeń (telerehabilitacja, telemonitoring urządzeń wszczepialnych) w celu zapewnienia właściwej skoordynowanej opieki kardiologicznej nad chorym z niewydolnością serca w ramach KSK;
- 3) przygotowano propozycje zasad przeprowadzenia programu pilotażowego zdalnego monitorowania EKG w celu zapewnienia właściwej skoordynowanej opieki kardiologicznej nad chorym z niewydolnością serca lub zaburzeniami rytmu i przewodzenia serca w ramach KSK;
- 4) opracowano model kompleksowej opieki z wykorzystaniem nowych technologii do sprawowania zdalnej opieki i nadzoru nad chorymi z niewydolnością serca w ramach KSK;
- 5) opracowano założenia testowania kompleksowego modelu lub jego elementów w ramach KSK.

Ponadto, w ramach zadania 16.2 w 2024 r. przeprowadzono prace będące kontynuacją działań realizowanych w projekcie pt. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu przez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia* w ramach programu *Zdrowie* w obszarze kardiologii. W 2024 r. prowadzono obserwację odległą (roczną) pacjentów biorących udział w telemonitoringu chorych z niewydolnością serca w ramach ww. projektu, aby ocenić odległy

efekt trzymiesięcznego monitorowania oraz zdefiniować optymalny okres monitorowania w zależności od charakterystyki klinicznej chorych. Zakończenie obserwacji odległej planowane jest na kolejny rok realizacji.

Zadanie będzie kontynuowane w 2025 r.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 16: Poprawa jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia kardiologicznego

16.3. Zintensyfikowanie 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 kardiologicznymi, a także wdrożenie kontroli jakości opieki kardiologicznej z zakresu ChUK

W 2024 r. przygotowywano 4 rekomendacje dotyczące wdrażania innowacji w systemie ochrony zdrowia. Rekomendacje w zakresie:

- 1) zabiegów ablacji podłoża arytmii, z zastosowaniem systemu do nawigacji przy pomocy pola magnetycznego (np. Stereotaxis Genesis);
- 2) angioplastyki CTO;
- 3) przecewnikowego leczenia zastawki trójdzielnej;
- 4) angioplastyki wieńcowej z przeskrótnym zewnętrznym urządzeniem wspomagającym serce (IVAC, IMPELLA CP).

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NFZ, AOTMiT, NIKARD-PIB, CDK

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych), środki NFZ oraz budżet NPChUK

Wnioski końcowe po dokonaniu analiz w poszczególnych obszarach stanowiących podstawę rekomendacji:

Wnioski dotyczące oceny zastosowania systemu STEREOTAXIS GENESIS podczas wykonywania zabiegów ablacji u chorych z zaburzeniami rytmu serca

1. Funkcjonujący w NIKARD-PIB system do robotycznej nawigacji magnetycznej zaspokaja polskie potrzeby populacyjne dotyczące ablacji najbardziej złożonych wad serca takich, jak po korekcji Mustarda, Senninga lub z tunelem wewnątrz lub zewnątrz przedsionkowym.
2. System robotycznej nawigacji magnetycznej jest przydatny podczas ablacji podłoża arytmii w rzadkich przypadkach braku typowych dostępów naczyniowych (np. nieciągłość żyły głównej dolnej).
3. Analizy opublikowanych prac naukowych oraz własne prace eksperymentalne, w chwili obecnej, nie pozwalają na jednoznaczną ocenę przewag systemu robotycznej nawigacji magnetycznej nad metodami konwencjonalnymi. Zasadność szerokiego stosowania RMN w ablacji migotania przedsionków lub komorowych zaburzeń rytmu serca u dorosłych budzi wątpliwości.
4. System nawigacji magnetycznej posiada unikalne cechy, m.in. atraumatyczną elektrodę (niska sztywność) co minimalizuje ryzyko przebicia mięśnia serca, oraz minimalizuje drażnienie miokardium. Pozwala to na prawdopodobnie bezpieczniejsze wykonanie zabiegów w szczególnych grupach chorych (podczas ablacji u dzieci, u pacjentów z arytmogenną kardiomiopatią prawej komory, burzą elektryczną, niescaleniem mięśnia komory). Wymaga to jednak dodatkowych analiz prowadzonych także we współpracy ze specjalistami z zakresu kardiologii dziecięcej.

Wnioski dotyczące zabiegów przezskórnej rekanalizacji przewlekłe niedrożnych tętnic wieńcowych

Zespół HB-HTA rekomenduje wystąpienie do krajowej Instytucji finansującej, czyli NFZ o rozszerzenie katalogu świadczeń o produkty refundacją wnioskowaną. Przezskórna rekanalizacja przewlekłe zamkniętych tętnic wieńcowych poprawia stan kliniczny pacjentów oraz może powodować wydłużenie ich życia.

Przezskórne przezcewnikowe leczenie niedomykalności trójdzielnej metodą implantacji zastawek w pozycji heterotopowej lub ortotopowej

Oceniana technologia niesie ze sobą znaczące korzyści zdrowotne, a jej efekty kliniczne są obiecujące. Ciężkie postaci niedomykalności zastawki trójdzielnej stanowią poważne zagrożenie dla pacjentów oraz znacząco obniżają jakość życia. Obecnie brak odpowiednich możliwości terapeutycznych może prowadzić do zwiększenia kosztów związanych z częstymi hospitalizacjami i dodatkowymi interwencjami. Zabiegi przezskórnego przezcewnikowego

leczenia niedomykalności trójdzielnej metodą implantacji zastawek w pozycji heterotopowej lub ortotopowej u pacjentów z niedomykalnością zastawki trójdzielnej mają ogromny potencjał.

Wynik analizy ekonomicznej przy obecnym poziomie refundacji na poziomie wyceny komparatora WARIANT 2-PRZECZEWNIKOWA NAPRAWA NIEDOMYKALNOŚCI ZASTAWKI TRÓJDZIELNEJ METODĄ BRZEG DO BRZEGU ZA POMOCĄ KLIPSA (TRICLIP) wskazuje na brak opłacalności kosztowej nowej technologii w odniesieniu do standardu referencyjnego wykonywanego obecnie w szpitalu. Zastosowanie technologii Evoque® i TricValve® jest droższe od leczenia komparatorem. Wyższe koszty dla nowych technologii związane są przede wszystkim z wyższym kosztem urządzenia. Mimo wzrostu kosztów zakwalifikowanie wnioskowanych technologii jako świadczeń gwarantowanych jest wysoce uzasadnione ze względu na jej wysoką skuteczność w łagodzeniu objawów niewydolności serca, poprawie jakości życia pacjentów oraz wydłużaniu ich przeżycia. Należy pamiętać, że procedura nie jest obecnie refundowana, że przyszła wycena świadczenia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych pokryje w całości jego koszty.

Zespół HB-HTA rekomenduje:

1. Podjęcie negocjacji z firmami dostarczającymi komponenty do ww. zabiegów dotyczące obniżenia ceny wyrobów medycznych.
2. Wystąpienie do krajowej Instytucji finansującej o rozszerzenie katalogu świadczeń gwarantowanych o wnioskowaną technologię lub możliwość rozliczenia „za zgodą płatnika”.

W kontekście dostępnych dowodów naukowych oceniana technologia stanowi odpowiedź na ciągle rosnącą potrzebę zdrowotną zarówno w wymiarze klinicznym jak również w ekonomicznym w postaci redukcji częstości hospitalizacji. Rosnąca świadomość wagi problemu oraz rozwój technik przezskórnych, które obecnie umożliwiają nowe metody leczenia niedomykalności zastawki trójdzielnej, budzą nadzieję, że nowoczesne technologie przyniosą obiecujące efekty terapeutyczne dla pacjentów z tym schorzeniem.

Krótkotrwałe mechaniczne wspomaganie krążenia w zabiegach kardiologii interwencyjnej

Mechaniczne wspomaganie krążenia (MCS) jest formą inwazyjnego leczenia chorych ze skrajnie uszkodzonym sercem i zwykle z istotną wielochorobowością. Ze względu na swoją inwazyjność, jak i ciężki stan chorych, MCS może wiązać się z istotnymi powikłaniami, w szczególności naczyniowymi i krwotocznymi. Jednakże, jak wykazało ostatnio opublikowane badanie DanGer

Shock, pomimo istotnego ryzyka powikłań, zastosowanie pompy Impella we wstrząsie kardiogenym wiązało się z istotną redukcją śmiertelności całkowitej w porównaniu do postępowania standardowego. Zatem, powikłania nie były w stanie zniwelować korzyści jakie generuje MCS pod względem dłuższego przeżycia. Biorąc pod uwagę zarówno rozwój technologiczny urządzeń MCS, jak i rosnące doświadczenie ośrodków je stosujących, należy spodziewać się wzrostu współczynnika korzyści względem ryzyka w tej formie leczenia.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 17: Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii, w tym w szczególności stworzenie i rozwój systemu rejestrów medycznych oraz baz danych badań przesiewowych

17.1. Utrzymanie i wspieranie 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 interwencyjnej i kardiochirurgicznych

Rejestry medyczne z zakresu ChUK służą gromadzeniu szczegółowych danych o chorobach serca i naczyń. Na ich podstawie oceniane są zagrożenie społeczeństwa ChUK oraz skuteczność podejmowanych interwencji w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej państwa, a także opracowywane są rekomendacje dotyczące profilaktyki ChUK.

W ramach ChUK prowadzonych jest obecnie dziewięć rejestrów medycznych utworzonych przez Ministra Zdrowia. Szczegóły dotyczące nazw poszczególnych rejestrów, podstaw prawnych określających zasady ich funkcjonowania oraz podmiotów prowadzących prezentuje poniższe zestawienie.

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NIKARD-PIB, CeZ, NFZ, podmioty prowadzące rejestry medyczne

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia, budżet Centrum e-Zdrowia (w ramach zadań własnych), środki NFZ oraz budżet NPChUK

Tabela 8. Rejestry medyczne w obszarze chorób układu krążenia

Wykaz rozporządzeń wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.) – wszystkie rejestry prowadzone są z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego			
	Nazwa rejestru	Podstawa prawna prowadzenia rejestru	Podmiot prowadzący rejestr
1.	Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2018 r. w sprawie Ogólnopolskiego Rejestru Ostkich Zespołów Wieńcowych (Dz. U. poz. 1063)	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze
2.	Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych (Dz. U. poz. 1093)	Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
3.	Krajowy Rejestr Ablacji Podłoża Arytmii	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Krajowego Rejestru Ablacji Podłoża Arytmii (Dz. U. poz. 2098)	Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy
4.	Krajowy Rejestr Infekcyjnego Zapalenia Wsierdza	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2019 r. w sprawie Krajowego Rejestru Infekcyjnego Zapalenia Wsierdza (Dz. U. poz. 2131)	Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy
5.	Krajowy Rejestr Mechanicznego Wspomagania Krążenia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Krajowego Rejestru Mechanicznego Wspomagania Krążenia (Dz. U. poz. 2190)	Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy
6.	Krajowy Rejestr Przewodzących Ekstrakcji Elektrod	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2019 r. w sprawie Krajowego Rejestru Przewodzących Ekstrakcji Elektrod (Dz. U. poz. 2191)	Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy

Wykaz rozporządzeń wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.) – wszystkie rejestry prowadzone są z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego			
	Nazwa rejestru	Podstawa prawna prowadzenia rejestru	Podmiot prowadzący rejestr
7.	Ogólnopolski kardiologiczno-kardiochirurgiczny rejestr przecewnikowego leczenia zastawek serca „POL-TaVALVE”	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2021 r. w sprawie ogólnopolskiego kardiologiczno-kardiochirurgicznego rejestru przecewnikowego leczenia zastawek serca "POL-TaVALVE" (Dz. U. poz. 1849)	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
8.	Rejestr Operacji Naczyniowych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie Rejestru Operacji Naczyniowych (Dz. U. poz. 84)	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie
9.	Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 87)	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Rejestry medyczne w obszarze ChUK są finansowane z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach rozdz. 85195 – Pozostała działalność. W 2024 r. przekazano ten cel dotację w kwocie **2.015.321,60 zł**, z czego na:

1. Krajowy Rejestr Przeznaczyniowych Ekstrakcji Elektrode NIKARD-PIB – 285.733,17 zł;
2. Krajowy Rejestr Ablacji Podłoża Arytmii NIKARD-PIB – 304.746,09 zł;
3. Krajowy Rejestr Infekcyjnego Zapalenia Wsierdza NIKARD-PIB – 265.990,13 zł;
4. Krajowy Rejestr Mechanicznego Wspomagania Krążenia NIKARD-PIB – 291.823,49 zł;
5. Zakup materiałów niezbędnych do prowadzenia Krajowych Rejestrów Medycznych w NIKARD-PIB (niezbędne oprogramowanie, serwery) – 14.382,54 zł;
6. Koszty pośrednie prowadzenia Krajowych Rejestrów Medycznych w NIKARD-PIB (obsługa administracyjna, bieżące utrzymanie sieci internetowej, linii telefonicznych i faxu) – 116.267,54 zł;
7. Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych – Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” – 449.957,00 zł;

8. Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wierćowych – Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze – 286.421,64 zł.

Prowadzenie czterech rejestrów medycznych, o których mowa w Tabeli 8, należy do ciągłych zadań NIKARD-PIB w ramach statusu państwowego instytutu badawczego. Są one szczególnie ważne dla planowania i realizacji polityki państwa, zapewnienia bezpieczeństwa publicznego oraz poprawy jakości życia obywateli. Dane medyczne gromadzone w rejestrach stanowią źródło bezcennej wiedzy i punkt wyjścia do dalszych analiz. Na ich podstawie można nie tylko usprawniać działanie systemu ochrony zdrowia, wyznaczać dalsze kierunki jego rozwoju, modyfikować procedury medyczne (algorytmy zabiegowe, okołozabiegowe i opieki nad pacjentem) i opracowywać rekomendacje dotyczące profilaktyki ChUK.

Prowadzenie przez NIKARD-PIB rejestrów medycznych odbywa się zgodnie z zatwierdzoną przez Radę Rejestru dokumentacją techniczno-organizacyjną (ogólną) oraz dokumentacją techniczno-organizacyjną (szczegółową).

Utworzenie i prowadzenie Krajowego Rejestru Przeznaczyniowych Ekstrakcji Elektrode ma na celu w szczególności:

- 1) zwiększenie nadzoru i poprawę jakości leczenia pacjentów przy pomocy zabiegów przezżylnego usuwania elektrod (ang. transvenous lead extraction, TLE);
- 2) monitorowanie powikłań;
- 3) zwiększenie nadzoru nad jakością realizowanych procedur;
- 4) poprawę krzywej uczenia poszczególnych ośrodków;
- 5) optymalizację kosztów leczenia chorych przy pomocy TLE;
- 6) gromadzenie danych do wykorzystania w działalności naukowej przy tworzeniu publikacji naukowych.

Podejmowane działania przyczynią się w sposób znaczący do osiągnięcia zakładanych celów prowadzenia rejestru, a pośrednio wpłyną na poprawę jakości leczenia pacjentów przy pomocy TLE.

Utworzenie i prowadzenie Krajowego Rejestru Ablacji Podłoża Arytmii ma na celu w szczególności:

- 1) zwiększenie nadzoru i poprawę jakości leczenia pacjentów;

- 2) określenie faktycznej skuteczności stosowanych terapii;
- 3) określenie wskaźników do monitorowania jednostek wykonujących ablacje;
- 4) monitorowanie powikłań;
- 5) nadzór nad jakością realizowanych procedur;
- 6) optymalizację jakości i kosztów prowadzonej terapii;
- 7) poprawę krzywej uczenia poszczególnych ośrodków;
- 8) gromadzenie danych do wykorzystania w działalności naukowej przy tworzeniu publikacji naukowych.

Utworzenie i prowadzenie Krajowego Rejestru Infekcyjnego Zapalenia Wsierdza ma na celu z kolei:

- 1) zwiększenie nadzoru i poprawę skuteczności wykrywania infekcyjnego zapalenia wsierdza z uwzględnieniem czynników sprzyjających infekcyjnemu zapaleniu wsierdza;
- 2) zebranie danych dotyczących kompleksowości opieki nad pacjentem z infekcyjnym zapaleniem wsierdza;
- 3) zebranie danych dotyczących stosowanej antybiotykoterapii u pacjentów z infekcyjnym zapaleniem wsierdza;
- 4) monitorowanie powikłań;
- 5) ocenę danych dotyczących wyników operacji kardiochirurgicznych u pacjentów z infekcyjnym zapaleniem wsierdza;
- 6) ocenę częstości infekcyjnego zapalenia wsierdza u pacjentów po implantacji wewnątrzsercowych urządzeń wszczepialnych w zależności od ich złożoności;
- 7) ocenę przyczyn kolejnych hospitalizacji u pacjentów po leczeniu infekcyjnego zapalenia wsierdza, w tym ewentualnego nawrotu choroby z powodu ponownego zakażenia;
- 8) gromadzenie danych do wykorzystania przy tworzeniu publikacji naukowych, raportów i analiz.

Utworzenie i prowadzenie Krajowego Rejestru Mechanicznego Wspomagania Krążenia ma na celu w szczególności:

- 1) nadzór nad jakością leczenia pacjentów;

- 2) optymalizację wskazań do mechanicznego wspomagania krążenia;
- 3) monitorowanie powikłań mechanicznego wspomagania krążenia;
- 4) poprawę krzywej uczenia poszczególnych ośrodków;
- 5) zebranie dobrych praktyk w zakresie monitorowania pacjentów;
- 6) optymalizację sposobu opieki i kosztów leczenia chorych;
- 7) zebranie danych dotyczących sposobu postępowania z pacjentami w różnych ośrodkach, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki, monitorowania stanu pacjenta oraz leczenia powikłań;
- 8) gromadzenie danych do wykorzystania w działalności naukowej przy tworzeniu publikacji naukowych.

Największym wyzwaniem w prowadzeniu rejestrów medycznych jest to, aby dane wprowadzane do nich przez świadczeniodawców były kompletne. Zespoły merytoryczne i techniczny we współpracy z NFZ i MZ dokładają wszelkich starań w tym zakresie przez regularne monitorowanie ośrodków i przypominanie im o prawnym obowiązku wprowadzania danych do rejestrów oraz o tym, że nieprzekazanie tych danych może skutkować przesunięciem terminu płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu, albo przekazaniu. Co więcej, podejmowano także działania polegające na zamieszczeniu w rejestrach komunikatu o konieczności uzupełnienia, zatwierdzenia, bądź zamknięcia rekordu dla każdego świadczeniodawcy z osobna. W celu ewaluacji jakości i kompletności danych w rejestrach, na podstawie raportów cząstkowych, opracowywane są następujące zestawienia statystyczne:

- 1) liczba raportowanych przez poszczególne ośrodki procedur w odniesieniu do przewidywań;
- 2) odsetek danych pozostających w trybie edycji (wpisy niepełne, nienadające się do dalszej analizy).

W 2024 r. w ramach poszczególnych rejestrów koordynowano proces włączania nowych jednostek, które zobowiązały się do wprowadzania identyfikatorów i danych. Szkolono użytkowników tychże jednostek w zakresie funkcjonalności oraz gromadzonych danych zgodnie z obowiązującymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Prowadzono nieustanną weryfikację i nadzór nad jakością danych i ich kompletnością. Udzielano wsparcia merytorycznego i technicznego użytkownikom rejestrów. W zależności od potrzeb wprowadzano modyfikacje w formularzach eCRF usprawniających ich funkcjonalność. Ponadto zespół techniczny

kontynuował prace nad zapewnieniem sprawności, ciągłości działania rejestrów, ich aktualizacji i bezpieczeństwa.

W 2024 r. w bazie Krajowego Rejestru Ablacji Podłoża Arytmii odnotowano istotny wzrost liczby rekordów. Przybyło bowiem 16.897 ablacji, co stanowiło wzrost o 6% w porównaniu do 2023 r. Odsetek rekordów wypełnionych w 100% wyniósł 81%. Do świadczeniodawców, których rekordy w bazie pozostawały niekompletne, rozesłano także 179 monitów przypominających o prawnym obowiązku ich uzupełnienia. Zespoły merytoryczny i techniczny prowadziły regularną analizę liczby procedur raportowanych przez poszczególnych świadczeniodawców w odniesieniu do raportów NFZ, które uwzględniały rzeczywistą liczbę rozliczonych przez świadczeniodawców ablacji (45% – przyrost o 7% w stosunku do 2023 r.). Zespół techniczny przeprowadził łącznie 40 prac związanych z modyfikacją funkcjonalności rejestru i zmianami organizacyjnymi. Ponadto obsłużył łącznie 710 interwencji telefonicznych i korespondencji e-mail skierowanych do NIKARD-PIB przez ośrodki współpracujące w ramach rejestru. W 2024 r. liczba wpisanych do Krajowego Rejestru Ablacji Podłoża Arytmii podmiotów leczniczych wyniosła 125, natomiast liczba wszystkich wpisów od początku funkcjonowania rejestru 36.852.

W 2024 r. w bazie Krajowego Rejestru Infekcyjnego Zapalenia Wsierdza także odnotowano istotny wzrost liczby rekordów. Przybyło ich bowiem 768, co stanowiło wzrost aż o 60% w porównaniu do 2023 r. Odsetek rekordów wypełnionych w 100% wyniósł około 90%. Do świadczeniodawców, których rekordy w bazie pozostawały niekompletne, rozesłano także 412 monitów przypominających o prawnym obowiązku ich uzupełnienia. Zespoły merytoryczny i techniczny prowadziły regularną analizę liczby procedur raportowanych przez poszczególnych świadczeniodawców w odniesieniu do raportów NFZ, które uwzględniały rzeczywistą liczbę rozliczonych przez świadczeniodawców procedur (wciąż nie sięga ona 50%). Zespół techniczny przeprowadził łącznie 25 prac związanych z modyfikacją funkcjonalności rejestru i zmianami organizacyjnymi. Ponadto obsłużył łącznie 762 interwencje telefoniczne i korespondencje e-mail skierowane do NIKARD-PIB przez ośrodki współpracujące w ramach rejestru. W 2024 r. liczba wpisanych do Krajowego Rejestru Infekcyjnego Zapalenia Wsierdza podmiotów leczniczych wyniosła 235, natomiast liczba wszystkich wpisów od początku funkcjonowania rejestru 2 109.

W 2024 r. w bazie Krajowego Rejestru Mechanicznego Wspomagania Krążenia odnotowano znaczący wzrost liczby rekordów. W module LVAD przybyło ich bowiem 110, co stanowiło wzrost o 46% w porównaniu z 2023 r., natomiast w module ECMO 109, czyli podobnie jak

w 2023 r. Odsetek rekordów wypełnionych w 100% wyniósł 70%. Do świadczeniodawców, których rekordy w bazie pozostawały niekompletne, rozesłano także 37 monitów przypominających o prawnym obowiązku ich uzupełnienia. Zespoły merytoryczny i techniczny prowadziły regularną analizę liczby procedur raportowanych przez poszczególnych świadczeniodawców w odniesieniu do raportów NFZ, które uwzględniały rzeczywistą liczbę rozliczonych przez świadczeniodawców procedur (wciąż nie przekroczyła 50%). Zespół techniczny przeprowadził łącznie 55 prac związanych z modyfikacją funkcjonalności rejestru i zmianami organizacyjnymi. Ponadto obsłużył łącznie 322 interwencje telefoniczne i korespondencje e-mail skierowane do NIKARD-PIB przez ośrodki współpracujące w ramach rejestru. W 2024 r. liczba wpisanych do Krajowego Rejestru Mechanicznego Wspomagania Krążenia podmiotów leczniczych wyniosła 36, natomiast liczba wszystkich wpisów od początku funkcjonowania rejestru 552. Zespoły merytoryczny i techniczny przeprowadziły także pilotaż modułu pomp osiowych w 5 ośrodkach rejestrujących wszczepienia pomp osiowych. W 2024 r. w module pompa osiowa Krajowego Rejestru Mechanicznego Wspomagania Krążenia dokonano 3 wpisów.

W 2024 r. w bazie Krajowego Rejestru Przeznaczyniowych Ekstrakcji Elektrod odnotowano wzrost liczby rekordów o 454. Odsetek rekordów wypełnionych w 100% wyniósł 76%. Do świadczeniodawców, których rekordy w bazie pozostawały niekompletne, rozesłano także 412 monitów przypominających o prawnym obowiązku ich uzupełnienia. Zespoły merytoryczny i techniczny prowadziły regularną analizę liczby procedur raportowanych przez poszczególnych świadczeniodawców w odniesieniu do raportów NFZ, które uwzględniały rzeczywistą liczbę rozliczonych przez świadczeniodawców procedur (wciąż nie przekroczyła 50%). Zespół techniczny przeprowadził łącznie 12 prac związanych z modyfikacją funkcjonalności rejestru i zmianami organizacyjnymi. Ponadto obsłużył łącznie 144 interwencje telefoniczne i korespondencje e-mail skierowane do NIKARD-PIB przez ośrodki współpracujące w ramach rejestru. W 2024 r. liczba wpisanych do Krajowego Rejestru Przeznaczyniowych Ekstrakcji Elektrod podmiotów leczniczych wyniosła 31, natomiast liczba wszystkich wpisów od początku funkcjonowania rejestru 1.644.

Prowadzone przez NIKARD-PIB rejestry medyczne dają unikalną możliwość uzyskania informacji o wielu skomplikowanych i kosztochłonnych procedurach medycznych wykonywanych w Polsce w zakresie częstości ich przeprowadzania, skuteczności i powikłań. Tak potężny i unikatowy zbiór danych stanowi fundament dla wielu opracowań statystycznych. Wyniki takich analiz mogą z kolei wspomagać zarządzanie i wspierać inicjatywy związane z poprawą jakości w ochronie zdrowia. Są także podstawą opracowań naukowych

i rekomendacji dotyczących profilaktyki ChUK.

W 2024 r. Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych objął 19.528 wpisów/hospitalizacji, które dotyczyły 18.837 pacjentów. Od początku trwania rejestru (powstał w 2003 r.) wprowadzono do niego ponad 867.000 rekordów. Na podstawie analiz danych w nim zgromadzonych opublikowano ponad 100 prac naukowych, z czego 3 w 2024 r.

Tak jak w latach poprzednich, tak i w 2024 r. produktem prowadzenia Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych (KROK) był raport *Kardiologia Polska*. Przygotowanie raportu zawierającego roczną analizę stanu polskiej kardiologii wymagało realizacji następujących prac:

- 1) zebrania danych o wszystkich wykonanych operacjach kardiologicznych w 39 publicznych i niepublicznych ośrodkach dla dorosłych oraz dla pacjentów wieku rozwojowego;
- 2) weryfikacji zebranych w dwóch etapach danych pod kątem jakości i kompletności przez lokalnych koordynatorów oraz centralnie;
- 3) wyliczenia śmiertelności wczesnej (na podstawie danych pochodzących z ośrodków) oraz odległej na podstawie weryfikacji danych z krajowym rejestrem zgonów przez PESEL;
- 4) wykonania porównawczej analizy statystycznej z zastosowaniem miary zmienności (odchylenia standardowego) od wartości średnich w zakresie śmiertelności wczesnej;
- 5) wskazania ośrodków wychodzących poza akceptowany zakres odchyleń;
- 6) wykonania analizy jakości leczenia w poszczególnych ośrodkach w odniesieniu do danego typu operacji;
- 7) wskazania w każdym z ośrodków obszarów działalności wymagających poprawy wyników leczenia;
- 8) wykonania analizy powikłań wczesnych osobno dla pacjentów dorosłych i dla grupy pediatrycznej (wady wrodzone).

W ramach obsługi rejestru KROK wykonano zarządzanie oprogramowaniem i silnikiem bazy danych. Podjęto współpracę z personelem CeZ w zakresie aktualizacji narzędzi informatycznych, certyfikatów bezpieczeństwa itp. Ze względów bezpieczeństwa w 2024 r. CeZ udostępnił nowy serwer wirtualny dla rejestru KROK, który wymagał instalacji systemu operacyjnego, wszystkich niezbędnych bibliotek elektronicznych i przeniesienia oraz skonsolidowania całego oprogramowania rejestru KROK. Zorganizowano kilka spotkań, które

miały na celu uaktualnienie rejestru po 18 latach działalności i dostosowanie go do nowych technik i narzędzi leczenia kardiochirurgicznego dostępnych obecnie. Omawiano i realizowano także zmiany w kilku polach formularza bazy danych, m.in.: Podstawowe informacje o operacji, Wywiad kardiologiczny, Poprzednie interwencje, Przedoperacyjne czynniki ryzyka itp. Celem prowadzenia rejestru KROK są:

- 1) ocena skuteczności i jakości leczenia kardiochirurgicznego zabiegowego;
- 2) ocena ryzyka powikłań i niepowodzeń wraz z oceną programu poprawy jakości;
- 3) analiza porównawcza skuteczności leczenia w poszczególnych ośrodkach kardiochirurgii.

W 2024 r. w rejestrze uczestniczyło 39 ośrodków, od których pozyskano dane o 100% operacji kardiochirurgicznych wykonanych w Polsce. W 2024 r. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” doposażono także w 2 nowe komputery przenośne z dodatkowymi monitorami.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 17: Poprawa organizacji monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii, w tym w szczególności stworzenie i rozwój systemu rejestrów medycznych oraz baz danych badań przesiewowych

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

W 2024 r. kontynuowano rozbudowę istniejących usług informacyjnych, takich jak: pacjent.gov.pl, IKP oraz strona internetowa NIKARD-PIB w celu poprawy dostępu pacjentów i pracowników medycznych do informacji o sposobie, miejscu, skuteczności diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz oceny jakości leczenia. W ramach tych działań dokonano szeregu aktualizacji: aktualizacja portalu *Pacjent.gov.pl* do Drupala 8, aktualizacja zakładki Programy profilaktyczne w części dotyczącej ChUK, publikacja 6 artykułów poświęconych problematyce kardiologicznej i zachęcających pacjentów do dbania o swoje serce.

W 2024 roku ogólnodostępny portal *Pacjent.gov.pl* zyskał nowe treści dotyczące:

- 1) *Centralnej e-rejestracji*, w tym na pierwszą wizytę u kardiologa;
- 2) szczepień przeciw COVID-19;
- 3) szczepień przeciw HPV;
- 4) programów profilaktycznych (aktualizacja);
- 5) szczepień dzieci i osób dorosłych;
- 6) zdrowego stylu życia, w tym diet;

Odpowiedzialność w NPChUK:

Minister Zdrowia, NIKARD-PIB, CeZ, NFZ, podmioty prowadzące rejestry medyczne

Źródło finansowania:

budżet Centrum e-Zdrowia (w ramach zadań własnych), środki NFZ oraz budżet NPChUK

- 7) badań profilaktycznych;
- 8) aktywności fizycznej.

Komunikacja z użytkownikami mojejIKP

W 2024 r. komunikacja z użytkownikami aplikacji mojejIKP odbywała się za pośrednictwem trzech kanałów komunikacyjnych:

1. **Powiadomienia push w aplikacji mojejIKP.** Aplikacja wysyłała użytkownikom push notifications, np. przypomnienia o e-receptach, e-skierowaniach, a także przypomnienia o dawkowaniu leków zgodnie z indywidualnym harmonogramem.
2. **SMS i e-mail z kodami dostępu.** System e-zdrowie wysyłał SMS z 4-cyfrowym kodem przy odbiorze e-recept, e-skierowań. Alternatywnie można było otrzymać e-mail z PDF-em zawierającym szczegóły e-recepty. Dodatkowo, logowanie przez Profil Zaufany (również do aplikacji mojejIKP) wspierało SMS-owy mechanizm weryfikacji dwuetapowej.
3. **Powiadomienia związane z profilaktyką i e-skierowaniami.** Uczestnicy programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS* otrzymywali informację o wygenerowaniu e-skierowania na badania za pomocą SMS-a lub e-maila – w zależności od danych kontaktowych zapisanych na IKP.

W mojejIKP dodano nowe funkcjonalności:

- 1) ankieta zdrowotna (dostosowana do planów profilaktycznych);
- 2) informacje o skierowaniach do sanatoriów i ich statusie;
- 3) dane dot. wyrobów medycznych objętych refundacją.

Dodatkowo:

- 1) 1 lipca 2024 r. usunięto możliwość logowania się użytkowników do mojejIKP kontem ZIP (Zintegrowany Informator Pacjenta). Zamiast tego dostęp możliwy jest przez: profil zaufany, bankowość elektroniczną, aplikację mObywatel lub e-dowód;
- 2) 21 czerwca 2024 r. opublikowano interaktywną mapę SOR (Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych), wskazującą liczbę pacjentów, czas oczekiwania oraz priorytety przyjęć w każdym podmiocie leczniczym;

- 3) 24 sierpnia 2024 r. uruchomiono pilotażowy program *Centralnej e-rejestracji*, obejmujący kardiologię oraz bezpłatne badania (mammografia, cytologia). Rejestracja możliwa jest przez IKP, zakłada także możliwość zmiany lub rezygnacji z terminu;
- 4) przez cały 2024 r. komunikowano przedłużenie programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS*;
- 5) wdrożono w aplikacji funkcję skanowania kodu 2D z opakowania leku:
 - a) sprawdzenie daty ważności,
 - b) ulotki leku,
 - c) dodano możliwość ustawienia przypomnienia o zażyciu leku;



- 6) w profilu użytkownika wyświetlają się dane przychodni, pielęgniarki, lekarza POZ – z możliwością szybkiego kontaktu telefonicznego;
- 7) wdrożono ankiety satysfakcji i jakości świadczeń. W ramach tego działania została dodana możliwość oceny jakości wizyty, lekarza lub podmiotu leczniczego oraz warunków opieki zdrowotnej;
- 8) wprowadzono możliwość upoważnienia drugiego rodzica do konta dziecka;
- 9) pacjent ma możliwość sprawdzenia, czy system potwierdza jego prawo leczenia w ramach ubezpieczenia w NFZ;
- 10) została dodana możliwość złożenia wniosku o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) przez aplikację;
- 11) w aplikacji pojawiła się obsługa e-skierowań na leczenie uzdrowiskowe (przegląd, status).

W 2024 r. dodano w module „Aktualności” 136 artykułów z treściami informacyjno-edukacyjnymi skierowanymi do pacjentów.

W 2024 r. aplikacja mojejKP otrzymała nagrodę World Summit On The Information Society Prizes (nagroda WSIS) w kategorii *ICT applications: benefits in all aspects of life – E-health*. Tym samym znalazła się wśród pięciu najlepszych projektów e-zdrowia na świecie.

Aplikacja mojejKP została również zakwalifikowana do finału konkursu *Digital Excellence Awards*, w kategorii *Environmental & Social Impact* oraz zwyciężyła w kategorii *Digital Strategic Perspective* tego samego konkursu.

Zadanie będzie kontynuowane w kolejnych latach realizacji Programu.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 18: Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych

18.1. Sfinansowanie inwestycji infrastrukturalnych oraz modernizacji istniejących podmiotów leczniczych, celem skuteczniejszego leczenia pacjentów kardiologicznych oraz poprawy standardów diagnostyki i leczenia chorych na ChUK

W ramach działań komplementarnych w NIKARD-PIB od 2021 r. realizowane jest zadanie pt. *Wieloletni Plan Inwestycyjny – budowa, przebudowa, modernizacja infrastruktury Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego w celu zwiększenia dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.*

**Odpowiedzialność w
NPChUK:**

Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
budżet NPChUK

Wartość kosztorysowa inwestycji wynosi 298,5 mln zł, a okres realizacji obejmuje lata 2021-2025. Jego głównym celem jest zwiększenie dostępności, jakości i kompleksowości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego przez stworzenie warunków do realizacji nowoczesnego, racjonalnego i skutecznego leczenia w wyniku budowy, przebudowy i modernizacji infrastruktury NIKARD-PIB.

Zakres inwestycji obejmuje 10 zadań inwestycyjnych:

- 1) budowę Centrum Kardiologii Ambulatoryjnej;
- 2) nadbudowę Budynku Głównego ;
- 3) przebudowę Bloku Operacyjnego z salami hybrydowymi;
- 4) przebudowę Instalacji Technicznych;
- 5) przygotowanie Pracowni Diagnostyki Obrazowej;

- 6) przygotowanie pomieszczeń do funkcjonowania tymczasowej Izby Przyjęć i Oddziału Szybkiej Diagnostyki;
- 7) wykonanie robót budowlanych w ramach Izby Przyjęć, Oddział Szybkiej Diagnostyki;
- 8) przygotowanie Pracowni Hemodynamiki;
- 9) modernizację i adaptację infrastruktury użytkowanej przez Tymczasową Izbę Przyjęć i Oddział Szybkiej Diagnostyki na potrzeby oddziału klinicznego;
- 10) budowę Parkingu Wielopoziomowego.

Od początku realizacji inwestycji wydatkowano 113,4 mln zł, z czego w 2024 r. – 47 mln zł.

W 2024 r. wydatkowano środki przekazane przez MZ na:

1. Przygotowanie terenu i przyłączenie obiektów do sieci: prace rozbiórkowe, przygotowanie terenu do prac budowlanych, roboty ziemne, przyłącza sanitarne, przyłącza elektryczne (zadanie 1).
2. Budowę obiektów podstawowych: roboty budowlane bez kosztów instalacji (zadania 1, 3, 7, 10).
3. Instalacje: instalacje wodociągowe, instalacje kanalizacyjne, instalacje gazowe, instalacje centralnego ogrzewania, instalacje wentylacyjne i klimatyzacyjne, instalacje technologiczne, instalacje elektryczne i multimedialne (zadania 1, 3, 7, 10).
4. Zagospodarowanie terenu i budowę obiektów pomocniczych: drogi, dojazdy, wycinka drzew (zadania 1, 3, 7, 10).
5. Wyposażenie: meble, wyposażenie administracyjne, urządzenia komputerowe, wyroby medyczne, urządzenia audiowizualne, urządzenia dotyczące bezpieczeństwa, ochrony ludzi i mienia, wyposażenie serwerowni (zadania 3, 7, 10).

Fundusz Medyczny – Subfundusz infrastruktury strategicznej (FM SIS)

Celem Subfunduszu jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez inwestycje w infrastrukturę strategiczną ochrony zdrowia.

Wsparcie jest kierowane do podmiotów leczniczych (lub ich podmiotów tworzących) udzielających świadczeń wysokospecjalistycznych lub uczestniczących w procesie kształcenia przyszłych kadr medycznych, pełniących w systemie rolę strategiczną. O wsparcie mogą ubiegać się podmioty zakwalifikowane do najwyższych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) oraz podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii.

Realizacja inwestycji w **2024 r.** dotyczy przede wszystkim **projektów pediatrycznych**. FM SIS zapewnia płynność i stabilność wydatków, uruchamiając środki w miarę podpisywania umów i składania programów inwestycyjnych.

W 2024 r., w ramach konkursu na infrastrukturę pediatryczną FM-SIS.01.PED dofinansowaniem objęto 14 niżej wymienionych podmiotów²¹ sprawujących opiekę w szczególności w obszarze ChUK:

- 1) Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- 2) Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku;
- 3) Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;
- 4) Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 5) Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 6) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- 7) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 8) Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;

²¹ „Zestawienie inwestycji w realizacji – szpitale pediatryczne” <https://www.gov.pl/web/zdrowie/subfundusz-infrastruktury-strategicznej>

- 9) Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- 10) Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- 11) Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- 12) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 13) Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie;
- 14) Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

W 2024 r. na realizację powyższego zadania zaplanowano łącznie 599.589.825,00 zł.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 18: Modernizacja infrastruktury i wyposażenie podmiotów leczniczych

18.2. Sfinansowanie inwestycji w aparaturę i sprzęt medyczny dla podmiotów leczniczych związanych z uzupełnieniem lub wymianą wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do kształcenia, diagnostyki i leczenia ChUK, celem poprawy 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 oraz poprawę jakości życia chorych na ChUK

W 2024 r., przeprowadzono 2 konkursy, które były skierowane do jednostek udzielających w danej lokalizacji określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które są udzielane pacjentom pediatrycznym (tj. do 18 r.ż.) lub pacjentom pełnoletnim. Konkursy obejmowały:

1. Dofinansowanie zakupu angiografu w 2024 r.
2. Dofinansowanie zakupu echokardiografu w 2024 r.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
budżet NPChUK

Konkurs nr 1 – Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez dofinansowanie zakupu angiografu w 2024 r.

Celem konkursu była poprawa dostępu do diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez wyposażenie realizatorów zadania, tj. podmiotów leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem pacjentów z ChUK w:

- angiograf jedнопłaszczyznowy lub
- angiograf dwupłaszczyznowy.

Wyposażenie w przedmiotowy sprzęt umożliwi podejmowanie przez podmioty lecznicze kompleksowych działań, mających na celu prewencję chorób serca, poprawę diagnostyki umożliwiającą wczesne wykrycie i tym samym spowolnienie ich postępowania oraz uzyskiwanie lepszych efektów leczenia, jak również poprawę jakości życia i funkcjonowania pacjentów z ChUK, a także zmniejszenie śmiertelności z nich wynikającej.

W ramach tego zadania w 2024 r. dofinansowano zakup 10 szt. angiografów dwupłaszczyznowych oraz 20 szt. angiografów jednopłaszczyznowych wraz z niezbędnym wyposażeniem dla 30 podmiotów leczniczych. Dofinansowanie zakupu angiografów wyniosło: 104.489.611,33 zł.

Konkurs nr 2 – Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez dofinansowanie zakupu echokardiografu w 2024 r.

Celem zadania jest poprawa dostępu do diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych przez wyposażenie realizatorów zadania, tj. podmiotów leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem pacjentów z chorobami układu krążenia (ChUK) w:

- echokardiograf z funkcją echokardiografii przezprzełykowej lub
- echokardiograf z wieloma funkcjami echokardiografii, tj. echokardiograf z funkcją echokardiografii przezprzełykowej oraz wewnątrznaczyniowej lub wewnątrzsercowej.

Wyposażenie w przedmiotowy sprzęt umożliwi podejmowanie przez podmioty lecznicze kompleksowych działań, mających na celu prewencję chorób serca, poprawę diagnostyki umożliwiającą wczesne wykrycie i tym samym spowolnienie ich postępowania oraz uzyskiwanie lepszych efektów leczenia, jak również poprawę jakości życia i funkcjonowania pacjentów z ChUK, a także zmniejszenie śmiertelności z nich wynikającej.

W ramach tego zadania w 2024 r. dofinansowano zakup 60 szt. echokardiografów z funkcją echokardiografii przezprzełykowej oraz 17 szt. echokardiografów z wieloma funkcjami echokardiografii, tj. echokardiograf z funkcją echokardiografii przezprzełykowej oraz wewnątrznaczyniowej lub wewnątrzsercowej dla 77 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego. Dofinansowanie echokardiografów wyniosło: 49.038.752,65 zł.

Narodowy Program Transplantacyjny

W 2024 r. nadrzędnym celem Narodowego Programu Transplantacyjnego było doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną ośrodków przeszczepiających narządy (tj. nerkę, wątrobę, serce,

płuco), które w 2023 r. wykazały się największym wzrostem w zakresie udziału w ogólnej liczbie przeszczepień danego narządu względem 2022 r. Zadanie zapewni dostęp do najnowszych osiągnięć technicznych i technologicznych w zakresie procedur pobierania, przechowywania, oraz przeszczepiania narządów, co przełoży się na jakość i liczbę wykonywanych świadczeń. W ramach działania: 20.4.1.3. – Inwestycje budowlane oraz wymiana i modernizacja sprzętu w zakresie programów polityki zdrowotnej, rozdziału: 85149 – Programy polityki zdrowotnej, paragrafu: 6220/6230, działu: 851 – Ochrona zdrowia, na realizację zadania wydatkowano kwotę 8.412.362,93 zł.

Pozostałe dotacje celowe w 2024 r.

W 2024 r. udzielono dotacji celowych przyznanych przez Skarb Państwa-Ministra Zdrowia z budżetu państwa w części 46-Zdrowie, dotyczących finansowania i modernizacji podmiotów leczniczych oraz finansowania zakupu sprzętu, wykorzystywanego w diagnostyce chorób układu krążenia. Dofinansowaniem objęto następujące podmioty lecznicze:

1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Kompleksowa modernizacja Kliniki Kardiologii CSK UCK WUM przez unowocześnienie bazy lokalowej i sprzętowej.
2. Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Zakup aparatury/sprzętu medycznego: Zestaw (centrala monitorująca z 10 kardiomonitorami).
3. Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Jana Pawła II S.A. – Zakup aparatury/sprzętu medycznego: USG kardiologiczne z wizualizacją 4D.
4. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Zakup aparatury/sprzętu medycznego: Kardiomonitor z centralą.
5. Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Jana Pawła II S.A. – Zakup aparatury/sprzętu medycznego: Zestaw do monitorowania ciśnienia.
6. Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Jana Pawła II S.A. – Zakup aparatury/sprzętu medycznego: System zdalnego monitorowania kardiologicznego pacjentów.
7. Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej – Zakup aparatury/sprzętu medycznego: Aparat USG do oceny przepływów mózgowych.

5

Inwestycje w system opieki kardiologicznej

Działanie 18: Modernizacja infrastruktury i wyposażenie podmiotów leczniczych

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

W ramach działań komplementarnych w 2024 r. realizacja podzadania obejmowała dwa projekty:

1. *Virtual Intelligent Medical Assistant-an innovative, adaptive system of communication with the patient using artificial intelligence methods and techniques*, finansowany ze środków budżetu państwa przez ABM.
2. Powstanie *Interdyscyplinarnej pracowni wydolności układu krążenia i układu oddechowego u dzieci* w Instytucie "Centrum Zdrowia Matki Polki" finansowany ze środków MNiSW.

Odpowiedzialność w

NPChUK:

Minister Zdrowia

Źródło finansowania:

budżet Ministra Zdrowia (w ramach zadań własnych),
budżet NPChUK

Celem projektu *Virtual Intelligent Medical Assistant-an innovative, adaptive system of communication with the patient using artificial intelligence methods and techniques* jest opracowanie innowacyjnej, adaptacyjnej, kompleksowej platformy wspierającej procesy efektywnego pozyskiwania danych o stanie zdrowia i dolegliwościach pacjenta kardiologicznego, umożliwiając wstępną klasyfikację pacjenta do grupy ryzyka oraz wspierając procesy decyzyjne lekarza w zakresie jednostki chorobowej (baza wiedzy kardiologicznej) oraz ewentualne zlecenie badań kontrolnych i specjalistycznych niezbędnych do uzyskania wiarygodnego rozpoznania w trakcie leczenia pacjenta.

Zakupiona w ramach projektu *Interdyscyplinarna pracownia wydolności układu krążenia i układu oddechowego u dzieci* aparatura ma posłużyć do stworzenia nowoczesnej interdyscyplinarnej pracowni wydolności układu krążenia i układu oddechowego u dzieci.

Pracownia będzie zajmować się diagnostyką i leczeniem dzieci z różnymi schorzeniami układu krążenia i oddechowego, w tym m.in. wadami serca, astmą, mukowiscydozą i innymi chorobami przewlekłymi. Utworzenie pracowni przyczyni się do poprawy opieki nad dziećmi z problemami kardiologicznymi i pulmonologicznymi, zapewniając im dostęp do najnowszych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Wydatki poniesione na ich realizację w 2024 r. wniosły odpowiednio 5.453.240,95 zł na projekt ABM oraz 1.510.530,72 zł na projekt Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”.

PODSUMOWANIE FINANSOWE

Na realizację zadań NPChUK przeznaczono środki budżetowe z części 46-Zdrowie, rozdział 85149-Programy polityki zdrowotnej. W 2024 r. **plan Programu po zmianach wynosił 175.234 tys. zł, z tego w ramach programu wydatkowano kwotę ogółem 168.563 tys. zł, co stanowi 96,2% środków zaplanowanych, z czego:**

- 1) 14.842 tys. zł stanowiły wydatki bieżące (93,1% planu po zmianach);
- 2) 153.721 tys. zł stanowiły wydatki majątkowe (96,5% planu po zmianach).

W ramach tych środków, na realizację zadań wynikających z 6 umów zawartych przez NIKARD-PIB z Ministrem Zdrowia, wydatkowano łącznie 13.180.024,37 zł:

- 1) 5/6/1/NIK-PIB/85149/2023/101/1116 na realizację zadań związanych z koordynacją i monitorowaniem Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, w ramach której wydatkowano 1.332.984,63 zł;
- 2) 5/2/2/85149/2023/101/1162 na realizację zadań w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Obszar II. INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA, w ramach której wydatkowano 833.912,87 zł;
- 3) 5/3/1/85149/2023/101/1161 na realizację zadań w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Obszar III. INWESTYCJE W PACJENTA, w ramach której wydatkowano 433.815,79 zł;
- 4) 5/4/1/85149/2023/101/1163 na realizację zadań w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Obszar IV. INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE, w ramach której wydatkowano 4.039.323,94 zł;
- 5) 5/5/12/85149/2023/101/1164 na realizację zadań w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Obszar V. INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ, w ramach której wydatkowano 5.261.044,18 zł;
- 6) 5/5/111/REJ/85149/2024/101/730 na realizację zadań w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Obszar V. INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ – rejestry medyczne, w ramach której wydatkowano 1.278.942,96 zł.

Ponadto:

- 1) na działania edukacyjno-promocyjne prowadzone przez MZ wydatkowano kwotę 1.118.410,60 zł;
- 2) dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego w ramach konkursów (zakup angiografów i echokardiografów) wydatkowano 153.528.363,98 zł;
- 3) na prowadzenie pozostałych rejestrów medycznych wydatkowano 736.378,64 zł.

Wydatki na działania zbieżne i komplementarne z NPChUK były ponoszone w 2024 r. również w ramach realizacji NSO, NPZ oraz ze środków poszczególnych realizatorów w ramach zadań własnych.

SŁOWNIK SKRÓTÓW

ABM	Agencja Badań Medycznych
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CDK	Centra Doskonałości Kardiologicznej
CeZ	Centrum e-Zdrowia
CKPPIP	Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
CTIS	System informacji o badaniach klinicznych (ang. Clinical Trials Information System)
EMA	Europejska Agencja Leków (ang. European Medicines Agency)
EOG	Europejski Obszar Gospodarczy
IKP	Indywidualne Konto Pacjenta
IMiD	Instytut Matki i Dziecka
KE	Komisja Europejska
KSK	Krajowa Sieć Kardiologiczna
MEiN/MEN	Ministerstwo Edukacji i Nauki ²² /Ministerstwo Edukacji Narodowej ²³
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
MSiT	Ministerstwo Sportu i Turystyki
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIKARD-PIB	Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²² Ministerstwo Edukacji i Nauki funkcjonowało do dnia 31.12.2023 r.

²³ Ministerstwo zostało utworzone dnia 1 stycznia 2024 na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2023 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej (Dz. U. poz. 2694)

NIO-PIB	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie–Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
NIZP PZH-PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny–Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025
NPChUK	Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
POWER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PZS	System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
SIM	System Informacji Medycznej
UE	Unia Europejska
URPL	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

SPIS TABEL

Tabela 1. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wartości obserwowane) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wartości oczekiwane) i ich względna różnica (%) dla mężczyzn i kobiet w latach 2022-2023 (obliczenia własne)	12
Tabela 2. Struktura wylosowanych liczby szkół według województw oraz miast wojewódzkich i pozostałych miejscowości	96
Tabela 3. Liczba zakładów uczestniczących w pilotażu w podmiotach, które zawarły porozumienia (lokalizacje)	165
Tabela 4. Liczba podmiotów, które zawarły porozumienia o współpracy w ramach programu	166
Tabela 5. Liczba pacjentów zgłoszonych w 2024 r. do programu pilotażowego	166
Tabela 6. Liczba pacjentów zakwalifikowanych w 2024 r. do programu pilotażowego	166
Tabela 7. Liczba pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego do 31 grudnia 2024 r. w podziale na poszczególne rozpoznania i miesiące realizacji programu pilotażowego	168
Tabela 8. Rejestry medyczne w obszarze chorób układu krążenia	194

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Schemat funkcjonowania platformy informacyjnej <i>kardiologia.gov.pl</i>	39
Rysunek 2. Schemat funkcjonowania platformy e-Konsylium	49
Rysunek 3. Logotyp kampanii „Planuję długie życie”	68
Rysunek 4. Element zaproszenia do korzystania z bezpłatnych porad dietetycznych i psychodietetycznych	69
Rysunek 5. Banner kierujący do e-booków	70
Rysunek 6. Przykładowe infografiki.....	70
Rysunek 7. Element zaproszenia do korzystania z bezpłatnych porad dietetycznych i psychodietetycznych	71
Rysunek 8. Przykładowe infografiki promujące infolinię	80
Rysunek 9. Przykładowe posty na oficjalnym serwisie Ogólnopolskiej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym	81
Rysunek 10. Interwencje/działania zdrowia publicznego ogółem oraz zrealizowane w ramach profilaktyki ChUK według ścieżki interwencji w 2022 r.....	86
Rysunek 11. Liczba udział uczniów, którzy wzięli udział w badaniu.....	97
Rysunek 12. Udział uczniów z poszczególnych województw w całej próbie.....	97
Rysunek 13. Widok strony głównej wyszukiwarki badań finansowanych przez ABM	128
Rysunek 14. Widok strony głównej Centrum Wsparcia Badań Klinicznych NIKARD-PIB.....	129
Rysunek 15. Widok strony głównej WOBASZ.....	139
Rysunek 16. Liczba pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego do 31 grudnia 2024 r. (narastająco)	167
Rysunek 17. Wiek pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego	169
Rysunek 18. Płeć pacjentów zakwalifikowanych do programu pilotażowego	170