

Uwagi PNRL do Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025

8 stycznia 2021 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło:

STANOWISKO Nr 1/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 stycznia 2021 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, o którym poinformowano w piśmie Pana Waldemara Kraski – Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r., znak: ZPN.0212.1.2020, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

A. Uwagi ogólne:

1. Trudno zgodzić się z zawartymi w uzasadnieniu do przedłożonego projektu stwierdzeniem, że *sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji Narodowego Programu Zdrowia ulegały systematycznej poprawie*. Przeciwnie, uważamy, że system opieki zdrowotnej
   w Polsce ulega dalszej zapaści, która uwidoczniła się bardzo wyraźnie w czasie pandemii COVID-19. Nie negując potrzeby tworzenia Narodowego Programu Zdrowia, w ocenie samorządu lekarskiego, bez istotnego podniesienia publicznych nakładów na opiekę zdrowotną nie uda się powstrzymać dalszego pogarszania się sytuacji zdrowotnej w naszym kraju.
2. Projekt rozporządzenia jest realizacją delegacji zawartej w art. 9 ust. 2 ustawy
   z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322 i 1492). Zakres delegacji ustawowej wskazuje, że rozporządzenie winno określać:
   1. cel strategiczny NPZ ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,

2. cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia,
3. zadania służące realizacji celów operacyjnych,
4. podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
5. realizatorów zadań,
6. tryb i wysokość finansowania zadań,
7. wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ.

Poniżej przedstawiono uwagi szczegółowe do poszczególnych zakresów Narodowego Programu Zdrowia.

B. Uwagi szczegółowe w zakresie:

I. Cele Narodowego Programu Zdrowia

1. Zgodnie z treścią rozporządzenia, celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia jest *zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu*. Z kolei za cele operacyjne NPZ rozporządzenie obiera:
    1. *Profilaktykę nadwagi i otyłości;*
    2. *Profilaktykę uzależnień;*
    3. *Promocję zdrowia psychicznego;*
    4. *Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;*
    5. *Zdrowe i aktywne starzenie się.*

    W odniesieniu do pozycji 1-3 celów, należy zwrócić uwagę na sformułowania „profilaktyka" oraz „promocja". Oba te pojęcia oznaczają „czynności", według słownika PWN: *profilaktyka* to «działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom», natomiast *promocja* to «działania zmierzające do zwiększenia popularności jakiegoś produktu lub przedsięwzięcia; też: każde z tych działań.

    Powstaje zatem błąd logiczny, polegający na tym, że za cel operacyjny obrano działanie (promocja, profilaktyka) a nie określony pożądany stan (np. „zmniejszenie skali problemu nadwagi i otyłości" lub „spadek liczby osób otyłych lub z nadwagą").

    Literalnie, a także logicznie, uznać można, że celem operacyjnym NPZ jest określone działanie. W związku z tym, ocena powodzenia osiągnięcia celu polegałaby na stwierdzeniu czy (oraz ile) działań o określonym charakterze byłoby podjętych, a nie na stwierdzeniu efektów tych działań (czyli np. spadku liczby osób z nadwagą).

    Ten problem logiczny, skądinąd bardzo często popełniany przy okazji tworzenia oficjalnych strategii i programów, polega zatem na pomieszaniu pojęcia „cel" z pojęciem „działanie" lub „zadanie". O ile bowiem zupełnie zasadne jest podejmowanie zadań „profilaktyki nadwagi o otyłości" to jednak profilaktyka nie jest celem samym w sobie, a działaniem, które ma do tego celu prowadzić.

    W kontekście powyższych uwag proponuje się następujące sformułowania:

    1. Zamiast: *Profilaktykę nadwagi i otyłości*, zmiana na: *Redukcję nadwagi i otyłości w populacji*;
    2. Zamiast: *Profilaktykę uzależnień*, zmiana na: *Redukcję zjawiska uzależnień*

;

3. Zamiast: *Promocję zdrowia psychicznego*, zmiana na: *Redukcję zagrożeń oraz skutków zaburzeń zdrowia psychicznego* ;
4. Zamiast: *Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne*, zmiana na: *Ograniczenie skali zagrożeń środowiskowych i epidemicznych dla zdrowia ludzkiego*;
5. Zamiast: *Zdrowe i aktywne starzenie się*; zmiana na: *Poprawę stanu zdrowia i aktywności wśród seniorów*.

2. Proponuje się uzupełnienie wymienionych w projekcie rozporządzenia celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia o cel, jakim powinna być profilaktyka i leczenie schorzeń jamy ustnej.

W związku z tym, w załączniku do rozporządzenia należy:

1. w pkt II dodać pkt 6 w brzmieniu: „6. Profilaktykę i leczenie schorzeń jamy ustnej”;
2. dodać pkt VI w postaci tabeli:

VI. Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 6: Profilaktyka i leczenie schorzeń jamy ustnej

Lp.	*Nazwa zadania*	*Okres realizacji*	*Realizator*	*Tryb realizacji*
1.	**Dostosowanie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego do wymogów efektywnej opieki stomatologicznej. Przegląd zasad realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne i ich finansowania pod kątem zapewnienia stabilnej opieki stomatologicznej.**	2021–2023	MZ, NFZ	zadanie własne
2.	**Przegląd standardów organizacyjnych leczenia pod kątem niezbędności włączenia do nich obowiązkowych konsultacji stomatologicznych.**	2021–2023	MZ	zadanie własne

Uzasadnienie:

Profilaktyka schorzeń jamy ustnej ma wszelkie cechy zagadnienia wypełniającego kryteria kwalifikujące do rozpatrywania go pod kątem zdrowia publicznego. Powszechność tych schorzeń i ich wpływ na ogólny stan zdrowia, poziom cywilizacyjnego rozwoju, ale nade wszystko na dobrostan pacjenta (jakość życia, o której mowa w art. 9 ust. 2 pkt. 1 ustawy o zdrowiu publicznym) stawia zapobieganie im w szeregu ważnych polityk w obszarze zdrowia publicznego. *[Skala problemu mierzona choćby frekwencją próchnicy wśród dzieci i młodzieży i skuteczny wpływ poprawy zdrowia jamy ustnej dla poprawy poziomu życia wypełniają kryteria zawarte w instrukcji upoważnienia ustawowego art. 9 ustawy o zdrowiu*

publicznym].

Wymaga też koordynacji działań różnych organów na szczeblu centralnym, jak też jednostek samorządu terytorialnego.

Nie sposób nie dodać, że właśnie dysfunkcje układu stomatognatycznego (w szczególności te wywołane najczęściej brakami w uzębieniu) powodują przejście pacjentów na niekorzystną z punktu widzenia celów operacyjnych określonych w pkt. 1 dietę.

Argumentem przemawiającym za koniecznością umieszczenia zaproponowanych działań w NPZ jest brak jednolitej wizji roli, jaką polityka państwa chce przypisać stomatologii. Najbardziej wyrazistym dowodem jest systematyczny spadek udziału leczenia stomatologicznego w wydatkach przeznaczonych na zakup świadczeń w budżecie NFZ. Następujący rok w rok od 2008 r. spadek tego wskaźnika doprowadził do stanu, w którym w roku 2021 udział ten wynosi 1,9%.

Stąd, w proponowanych zmianach ujęto działania własne MZ i NFZ, polegające na prawidłowym osadzeniu polityki schorzeń jamy ustnej w celach strategicznych ochrony zdrowia w Polsce.

Nie bez znaczenia dla ogólnego stanu zdrowia pacjentów jest pomijanie w leczeniu specjalistycznym konsultacji stomatologicznych, co poprzez brak informacji dla pacjenta o konieczności leczenia jamy ustnej pogarsza stan samej jamy ustnej, jak też poprzez utrzymywanie pierwotnych ognisk zakażenia rzutuje na przebieg wielu chorób. Stąd niezbędny wydaje się być przegląd standardów organizacyjnych leczenia pod kątem włączenia do nich obowiązkowych konsultacji stomatologicznych.

Jednocześnie, wskazujemy, że ww. cel został określony zgodnie z terminologią przyjętą w projekcie Narodowego Programu Zdrowia, natomiast w kontekście przedstawionych wyżej uwag, w naszej ocenie, cel ten powinien być właściwie sformułowany jako – *Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej*.

II. Zadania służące realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia: 3. Promocja zdrowia psychicznego

Z uznaniem przyjmujemy program mający na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym, zwłaszcza w aspekcie zwiększającej się liczby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Jednocześnie, zwracamy uwagę, że w Narodowym Programie Zdrowia brakuje projektów w zakresie profilaktyki zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży, skierowanych właśnie do tej grupy osób.

III. Realizatorzy Narodowego Programu Zdrowia

1. W ślad za przepisami art. 3 ustawy o zdrowiu publicznym, rozporządzenie wskazuje niektóre podmioty realizujące *zadania* wynikające z NPZ, głównie poprzez ich wymienienie jako faktycznych lub potencjalnych *realizatorów* poszczególnych zadań (Rozdział V załącznika do rozporządzenia).

   Przypisanie odpowiedzialności za realizację tych zadań jest jednak bardzo nieprecyzyjne, wiele instytucji przypisywanych jest do poszczególnych zadań, z czego nie można wywnioskować, które z nich są lub będą odpowiedzialne za które zadania. Tym samym niemożliwe będzie ich rozliczanie, a odpowiedzialność za osiągnięcie lub brak osiągnięcia celów będzie rozmyta i iluzoryczna.

   Należy stwierdzić, że takie podejście do określania strategii i programów w Polsce nie jest rzadkością. Skutkiem tego jest jednak brak postępu w poszczególnych dziedzinach, co grozi także w tym przypadku Narodowemu Programowi Zdrowia.

IV. Tryb i wysokość finansowania zadań

1. Na realizację Narodowego Programu Zdrowia przeznacza się nie więcej niż **140 mln zł rocznie** (Załącznik, Rozdział Tryb i wysokość finansowania zadań, pkt. 8). Jednocześnie, w pkt. 1 tego rozdziału wskazuje się na *zadania własne* podmiotów, na które nie otrzymują one finansowania od ministra ds. zdrowia, nie określając nawet orientacyjnie ich kwot, jakie na te zadania wydatkują.

   Jednocześnie w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia mówi się o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, do których zaliczona została ogromna liczba ponad 100 tys. inicjatyw, a łącznie na realizację działań, które przypisano ustawie przeznaczono kwotę 14,4 mld zł (z czego 3,9 mld zł w 2016 r., 4,5 mld zł w 2017 r., 6 mld zł w 2018 r.). Pominięto przy tym zupełnie działania o charakterze zdrowia publicznego podejmowane i finansowane przez NFZ, a także większość tego typu działań podejmowanych w ramach działu edukacja, nauka, transport, ochrona środowiska, pracy itp.

   W przypadku samej kwoty 140 mln zł, finansowanie poszczególnych zadań pozostawiono bez szczegółów. Sformułowania, które tego dotyczą (Rozdział V załącznika do rozporządzenia), nie pozwalają określić, która instytucja jest odpowiedzialna za które zadanie, jego finansowanie i w jakiej kwocie, ponieważ różne formy finansowania zadań są ze sobą przemieszane.

   W kontekście powyższego należy stwierdzić, że niejasna jest relacja pomiędzy NPZ a zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, o których mowa w ustawie, oraz uzasadnieniu do rozporządzenia. Nie wiadomo, czy podmioty realizujące te zadania ze środków własnych powinny kierować się założeniami Narodowego Programu Zdrowia, czy też mają pełną dowolność ich doboru.

V. Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji Narodowego Programu Zdrowia

1. Załącznik definiuje 11 wskaźników do monitorowania poszczególnych z celów operacyjnych. Wskaźniki te odpowiadają intuicyjnie zawartości poszczególnych „celów operacyjnych” z zastrzeżeniem kwestii pomieszania celów z działaniami.
2. Wątpliwość w ocenie przedłożonego dokumentu dotyczy oceny materiałów źródłowych, przykładowo dlaczego dane demograficzne oraz podstawowe wskaźniki, jak długość życia, czy też wskaźnik ubóstwa, odnoszą się do danych z lat 2015-2017, podczas gdy wydaje się właściwym, aby brać pod uwagę również dane za ostatnie lata 2017-2019, co pozwoliłoby na lepsze rozdysponowanie środków.

C. Konkluzje:

1. Zawartość proponowanego Narodowego Programu Zdrowia jest bardzo ograniczona, tak w odniesieniu do pojęcia „zdrowia publicznego” ogółem, w stosunku do definicji zdrowia publicznego zawartej w ustawie, a także dokumentów przytaczanych w

Uzasadnieniu, jako fundamentu NPZ, jak: *Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku.* Także poszczególne edycje NPZ z lat 90-tych i na początku obecnego milenium były znacznie szersze i bardziej ambitne.

2. Z punktu widzenia dotychczas uzyskanych efektów Narodowego Programu Zdrowia, w stosunku do poniesionych nakładów brakuje oceny narzędzi walidujących efektywność działań w poszczególnych obszarach. Budzi również wątpliwość, czy eliminacja w projekcie kolejnego Narodowego Programu Zdrowia tych zadań, które spotkały się z brakiem zainteresowania ze strony podmiotów realizujących NPZ, jest postępowaniem właściwym, w sytuacji gdy sam problem nie zostaje rozwiązany.
3. Rozporządzenie ignoruje relacje pomiędzy NPZ a priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pomimo, że takie powiązanie zostało wskazane w ustawie (np. art. 12 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym). Tym samym zaprzepaszczona zostanie szansa na koordynację tych dwóch nurtów programowania w zakresie zdrowia.
4. Rozporządzenie zaprzepaszcza okazję do szerszego zaangażowania w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego innych aniżeli Minister Zdrowia, ministerstw. Co prawda wymienione są one jako realizatorzy niektórych z zadań, jednak nie stawia się wobec tych ministerstw żadnych konkretnych oczekiwań ani nie definiuje celów, a jedynie wymienia jako realizatora niezbyt precyzyjnie zakreślonego zadania (np. „Zwiększanie skuteczności w przestrzeganiu prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, sprzedaży, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych”).
5. Działania NFZ w zakresie zdrowia publicznego zostały zarysowane bardzo ubogo (np. zapobieganie szkodliwemu spożywaniu alkoholu), pomimo tego, że NFZ posiada ogromne narzędzia w postaci kontraktowania POZ i programów profilaktyki zdrowotnej.
6. Nie zaproponowano żadnych narzędzi koordynacji w odniesieniu do najważniejszego źródła finansowania programów, zdrowotnych, tj. programów samorządowych. Jednostki Samorządu Terytorialnego są co prawda wymieniane jako potencjalni realizatorzy niektórych zadań NPZ, ale jest to mało precyzyjne i niezobowiązujące. Nie stawia się przed samorządami żadnych oczekiwań, jeśli chodzi o

realizację programów zdrowotnych finansowanych z ich środków własnych. Wskaźniki realizacji NPZ są obowiązkowe tylko na poziomie kraju, co powoduje, ze geograficzne nierówności w zdrowiu, do których ustawa się wielokrotnie odwołuje, nie zostaną ujawnione i a tym samym samorządy nie poczują się do odpowiedzialności by je redukować.

7. Narodowy Program Zdrowia przez wiele lat był mało zauważalnym działaniem, pomimo płynących z wszech stron apeli o konieczność definiowania strategii i długoterminowych planów w obszarze zdrowia. Z obecnym brzmieniem NPZ nic w tej dziedzinie się nie poprawia, a jedynie można oczekiwać dalszego pomniejszania roli NPZ w wyznaczania kierunków polityki zdrowotnej w kraju.