

Projekt z dnia 30.12.2021 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia..... 2022 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu
programów zdrowotnych**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209) w załączniku lp. 1 otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Damian Jakubik

Dyrektor

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209), wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), w zakresie programu zdrowotnego pn.: Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), zwanego dalej „programem”.

Przygotowanie projektu rozporządzenia związane jest z realizacją działania pn. Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową, określonego w uchwale nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. 189 oraz z 2021 r. poz. 216), wydanej na podstawie art. 1 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969). W ramach ww. programu wieloletniego założono modyfikację programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP) i dostosowanie go do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych.

Według ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu w Polsce w 2019 r. prawie 8 mln osób regularnie paliło tytoń, co stanowiło 21% populacji Polski. Wśród mężczyzn odsetek osób palących wyniósł 24%, zaś u kobiet 18%. Odsetek palaczy zmniejszył się z 27% w 2013 r. i 24% w 2015 r. do 21% w 2019 r.³⁾ W 2015 r. w 18 krajach Unii Europejskiej odsetek palaczy był niższy niż w Polsce (najniższy w Szwecji - 11,4%, Finlandii - 16,8% i Danii - 17,5%), a w 8 krajach wyższy (najwyższy w Grecji - 31,2%, Bułgarii - 30,3% i Chorwacji - 27%)⁴⁾.

Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów tysięcy Polaków. Według szacunków Global Burden of Disease (GBD) w 2019 r. palenie i spożywanie

³⁾ Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu Kantar dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu_Raport-Kantar-Public-dla-GIS_2019.pdf, dostęp 31.05.2021 r.

⁴⁾ IHME, University of Washington, 2015 r., <https://vizhub.healthdata.org/tobacco/>, dostęp 31.05.2021 r.

tytoniu przyczyniło się do 83 tys. zgonów w Polsce (w tym 56 tys. wśród mężczyzn i 27 tys. wśród kobiet). W Polsce corocznie palenie i spożywanie tytoniu prowadzi do utraty ponad 2 mln lat życia w zdrowiu (DALYs). W porównaniu do Unii Europejskiej wartość standaryzowanego wiekiem wskaźnika utraty lat życia w zdrowiu z powodu tytoniu na 100 tys. ludności była w 2019 r. wyższa o 40% (Unia Europejska – 2 369, Polska – 3 315)⁵⁾. Obserwuje się również wyższą o 41% wartość standaryzowanego wiekiem wskaźnika liczby zgonów na 100 tys. ludności z powodu tytoniu, która w 2019 r. w Polsce wyniosła 117 a w Unii Europejskiej 83. W Polsce najwyższą wartość surowego wskaźnika DALY na 100 tys. ludności odnotowano w województwach: łódzkim (6 658), zachodniopomorskim (6 495), dolnośląskim (6 342), kujawsko-pomorskim (6 322) i warmińsko-mazurskim (6 128). Z kolei pod względem liczby zgonów na 100 tys. ludności z powodu palenia tytoniu najwyższe wartości odnotowano w województwach: łódzkim (255), zachodniopomorskie (246), dolnośląskie (242), kujawsko-pomorskie (242) i świętokrzyskie (232). Zgodnie z wynikami badania GBD palenie i spożywanie tytoniu przyczynia się w największym stopniu do zgonów z powodu nowotworu złośliwego oskrzeli, tchawicy i płuc (w 76%), nowotworów złośliwych krtani (w 75%) i POChP (w 62%). Jednak ma również wpływ na zgony z powodu chorób innych niż nowotwory i choroby układu oddechowego, takich jak choroby górnego odcinka układu pokarmowego (23%), choroba niedokrwienna serca (21%), cukrzyca (16%), czy choroba Alzheimera (15%)⁶⁾.

Lista chorób odtytoniowych jest bardzo długa – nałóg ten upośledza wiele różnych obszarów zdrowia – reprodukcyjnego, jamy ustnej czy narząd wzroku (istnieją udowodnione relacje przyczynowo skutkowe dla znacznie większej liczby chorób). Ponadto mimo jednoznacznych dowodów naukowych stosunkowo niewielu palaczy zdaje sobie sprawę z zagrożeń, jakie tytoń stanowi dla ich zdrowia, wielu palaczy nie potrafi wymienić konkretnych chorób spowodowanych paleniem, innych niż rak płuca.

Z analiz przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w 2019 r. szacunkowe roczne zapotrzebowanie na program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) wynosiło 549 tys. osób dorosłych, przy założeniu, że z programu chciałoby skorzystać 50% osób podejmujących próbę rzucenia palenia. W przypadku odsetka osób rzucających palenie posłużono się wynikami raportu z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat

⁵⁾ <http://ihmeuw.org/5hct>, dostęp 28.05.2021 r.

⁶⁾ <http://ihmeuw.org/5hcu>, dostęp 28.05.2021 r.

postaw wobec palenia tytoniu z 2019 r., na podstawie którego 13% kobiet i 18% mężczyzn podjęło próbę rzucenia palenia w ciągu ostatniego roku. Wyniki wskazują, że największe zapotrzebowanie na program występuje na terenie województw: mazowieckiego (76 tys.), śląskiego (65 tys.), wielkopolskiego (50 tys.), małopolskiego (49 tys.) i dolnośląskiego (42 tys.). Przy założeniu, że co czwarty dorosły Polak podejmujący próbę zerwania z nałogiem zdecyduje się skorzystać z programu powinno się zapewnić miejsce dla 274 tys. osób, natomiast gdyby 75 na 100 osób rzucających palenie zdecydowało się na udział w programie liczba miejsc koniecznych do zapewnienia wzrosłaby do 823 tys. osób.

W celu sukcesywnego obniżania odsetka palących niezbędne jest podejmowanie wielopłaszczyznowych działań, dlatego jedną z ważniejszych interwencji zdrowotnych w tym kierunku jest leczenie zespołu uzależnienia od nikotyny. Należy podkreślić, że obecne przepisy regulujące niektóre z kwestii poradnictwa antynikotynowego ograniczają jego efektywność. Projekt rozporządzenia modyfikuje wymagania jakie muszą spełniać realizatorzy programu oraz dostosowuje go do obecnych wyznawań krajowego zdrowia publicznego.

Na przestrzeni ostatnich lat pojawiły się nowe zagrożenia dla zdrowia publicznego, jakimi są elektroniczne papierosy oraz nowatorskie wyroby tytoniowe. Są one szczególnie niebezpieczne dla osób młodych, gdyż tego rodzaju wyroby stanowią realne zagrożenie powodujące uzależnienie tysięcy młodych osób od toksycznej substancji, jaką jest nikotyna. Należy zaznaczyć, że każdy sposób dostarczania nikotyny powoduje istotne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego (zarówno psychicznego, jak i fizycznego). Mając powyższe na uwadze, w celu zapewnienia pomocy w całkowitym ograniczeniu używania wszystkich rodzajów wyrobów nikotynowych, program został uzupełniony o pomoc w rezygnacji z używania nowatorskich wyrobów tytoniowych oraz elektronicznych papierosów.

Ponadto, ze względu na to, że zespół uzależnienia od nikotyny jest chorobą przewlekłą i często wymaga podejmowania wielokrotnych działań, proponuje się zmianę dotyczącą umożliwienia wielokrotnego podjęcia leczenia, dodaje się również możliwość prowadzenia terapii (indywidualnej i grupowej) przez psychologa posiadającego certyfikat leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu oraz dopuszcza się możliwość kontynuacji udziału w programie pomimo zdiagnozowania innych chorób.

Dodatkowo proponuje się by warunkiem umożliwiającym prowadzenie leczenia osoby uzależnionej od nikotyny było posiadanie przez lekarza jedynie udokumentowanej umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu (tj. certyfikatu leczenia uzależnienia

od tytoniu), jak również by wsparcie psychologiczne (indywidualne lub grupowe) było dostępne dla wszystkich pacjentów, również tych zakwalifikowanych do farmakoterapii.

Zakładany termin wejścia w życie projektowanego rozporządzenia to 14 dni od dnia ogłoszenia.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.