

**Medycyna pracy i medycyna laboratoryjna
w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym**

**Krajowa Izba
Diagnostów Laboratoryjnych**



MedTech Polska



**Polskie Towarzystwo
Diagnostyki Laboratoryjnej**



radca prawny Tomasz Jaworski

adwokat Bartłomiej Sasin

Warszawa, marzec 2019 r.



A. WPROWADZENIE

Niniejszy Raport stanowi odpowiedź na zaproszenie Ministra Zdrowia do udziału w ogólnonarodowej debacie o kierunkach zmian w ochronie zdrowia – „**Wspólnie dla zdrowia - narodowa debata o zdrowiu**”. Jednym z celów debaty, nakreślonych przez Ministra Zdrowia¹, jest odpowiedź na pytania:

- jak najlepiej zainwestować zwiększone wydatki publiczne na ochronę zdrowia,
- co zrobić, abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni obywatele żyli w dobrym zdrowiu jak najdłużej,
- w jaki sposób państwo powinno być odpowiedzialne za zdrowie obywateli i pomagać im w dbaniu o swoje zdrowie.

Chcąc aktywnie uczestniczyć w dyskusji na temat przyszłości polskiej służby zdrowia, autorzy Raportu, we współpracy z Polskim Towarzystwem Diagnostyki Laboratoryjnej, Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych oraz Związkiem Pracodawców MedTech Polska, pragną przedstawić propozycje wykorzystania potencjału służby medycyny pracy (dalej zwanej także: „**SMP**”) w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, z wykorzystaniem medycyny laboratoryjnej.

Choroby cywilizacyjne stanowią jedną z głównych przyczyn umieralności wśród Polaków.

Choroby cywilizacyjne a przedwczesne zgony

*Jak wskazują dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, w 2014 roku **45,1%** zgonów nastąpiło w związku z **chorobami układu krążenia** (40,3% zgonów mężczyzn i 50,3% zgonów kobiet)².*

*Według danych WHO³ choroby cywilizacyjne każdego roku powodują blisko **16 mln przedwczesnych zgonów na całym świecie** (jest to około **42% wszystkich zgonów**, które nastąpiły w wyniku chorób cywilizacyjnych).*

Tabela 1. Choroby cywilizacyjne a przedwczesne zgony.

Ponadto choroby cywilizacyjne – jako choroby przewlekłe – znacząco obniżają komfort życia Polaków, jak również wpływają negatywnie na polską gospodarkę.

Jednostka / choroby	ryzyko	Koszty leczenia	Ilość chorych w Polsce
Ryzyko sercowo-naczyniowe (choroby układu krążenia)		16,3 mld PLN	10,8 mln

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wspolnie-dla-zdrowia>

² Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2016, s. 68.

³ <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.



Cukrzyca	9 mld PLN	2,1 – 3 mln
Przewlekła choroba nerek	208 mln PLN	4,5 mln
Przewlekłe choroby wątroby	254 mln PLN (HCV)	200 tys. (zakażonych HCV) 500 tys. (zakażonych HBV)

Tabela 2. Koszty leczenia wybranych chorób cywilizacyjnych⁴.

Fundamentalną rolę w walce z chorobami cywilizacyjnymi odgrywa skuteczna profilaktyka, połączona z badaniami przesiewowymi. To dzięki niej można odpowiednio wcześnie wykryć początki choroby lub podatność pacjenta na nią i wdrożyć odpowiednią terapię lub zachęcić pacjenta do wdrożenia prozdrowotnych zachowań.

Można przyjąć za pewnik, że wdrożenie takiej profilaktyki na szeroką skalę pozwala na znaczną redukcję liczby zachorowań oraz komplikacji zdrowotnych związanych ze zbyt późnym rozpoczęciem leczenia, a w rezultacie przynosi wymierne oszczędności, zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i dla całej gospodarki.

Profilaktyka zdrowotna – co to jest?

Profilaktyka zdrowotna – działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie.

Wyróżnia się następujące fazy:

- *Profilaktyka **wczesna** – utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia*
- *Profilaktyka **Pierwotna (I fazy)** – zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka*
- *Profilaktyka **Wtórna (II fazy)** – zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skriningowe)*
- *Profilaktyka **III fazy** zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań.*

Tabela 3. Profilaktyka zdrowotna. Źródło: [<http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>]

Potencjał profilaktyczny służby medycyny pracy jest od wielu lat podkreślany przez ekspertów. Ocenia się, że liczba i rodzaj świadczeń wykonywanych corocznie w Polsce przez SMP wskazuje na wysoki, ale nie w pełni wykorzystywany potencjał prowadzonej skutecznie profilaktyki chorób

⁴ Patrz źródła w przypisach na stronach 11-14.



zarówno bezpośrednio związanych z pracą zawodową, jak i pośrednio wpływających na możliwość wykonywania pracy.⁵

Zdaniem autorów Raportu, **kluczowe dla wykorzystania przedmiotowego potencjału i podniesienia poziomu profilaktyki chorób cywilizacyjnych jest wprowadzenie okresowego pakietu badań laboratoryjnych dla wszystkich podlegających opiece profilaktycznej nad pracownikami, w interesie publicznym i na koszt płatnika publicznego (NFZ).**

Propozycje przedstawione w Raporcie opierają się na wykorzystaniu obecnych już w SMP zasobów organizacyjnych i kadrowych, wszak bez ingerowania w ustalony sposób funkcjonowania modelu orzecznictwa zawodowego. Dodatkowe obowiązki SMP wiązałyby się przy tym z dodatkowym finansowaniem z NFZ. W Raporcie wskazujemy również na możliwość zwiększonego wykorzystania środków samorządów terytorialnych w ramach programów prozdrowotnych – samorząd województwa, jak i samorządy gminne i powiatowe realizują szereg ustawowych kompetencji⁶ w zakresie promocji i ochrony zdrowia⁷.

Przeznaczenie dodatkowych środków na realizację profilaktyki chorób cywilizacyjnych w ramach Służby Medycyny Pracy należy traktować – nawiązując do słów Ministra Zdrowia, profesora Łukasza Szumowskiego z tegorocznego Forum Ekonomicznego w Krynicy – „**nie jako koszt, ale jako inwestycję**”⁸. Wzmocnienie funkcji profilaktycznej służby medycyny pracy doprowadzi bowiem do znacznych oszczędności dla całego systemu publicznej służby zdrowia.

B. ZAKRES RAPORTU

W Raporcie pragniemy skupić się na analizie wyzwań oraz wskazaniu rekomendacji w zakresie wprowadzenia efektywnej profilaktyki chorób cywilizacyjnych w SMP, z wykorzystaniem narzędzi medycyny laboratoryjnej.

W ramach przeprowadzonej analizy oraz konsultacji z partnerami Raportu, opieramy się m.in. na wnioskach płynących z *Evidence Based Medicine*, która – jako praktyka podejmowania decyzji bazujących na dowodach naukowych – wskazuje, że włączenie medycyny laboratoryjnej w obszar profilaktyki ludności w wieku produkcyjnym może dać pożądane efekty.

W kolejnych rozdziałach Raportu poruszone zostaną następujące kwestie:

⁵ *Analiza zdań służby medycyny pracy realizowanych w Polsce w latach 1997-2014. Czy w pełni wykorzystujemy potencjał badań profilaktycznych*, Medycyna Pracy 2017;68(1):105-119.

⁶ Np. art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r.

⁷ Ten rodzaj odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego jest kluczowy dla możliwości zapewnienia zrównoważonego rozwoju danego regionu. Zasoby ludzkie oraz dostępność do jak najefektywniejszego zawodowo życia są podstawą do kreowania strategii oraz mapowania procesów w każdym województwie, powiecie czy gminie. Zapewnienie szybkiego i równego społecznie dostępu do jednostek zapewniających usługi medyczne jest kluczowe.

⁸ <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Ministerialna-debata-w-Krynicy-ma-wyznaczyc-kierunek-na-placenie-za-jakosc-i-efektywnosc,186284,14.html> .



- zakres oraz rola profilaktyki chorób cywilizacyjnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej (rozdział I);
- zwięzły opis zasad funkcjonowania oraz przybliżenie roli i sposobu realizacji funkcji profilaktycznej w ramach służby medycyny pracy w Polsce (rozdział II);
- przedstawienie obszarów systemu ochrony zdrowia, które należy zmienić celem rozwoju profilaktyki chorób cywilizacyjnych w ramach służby medycyny pracy wraz ze wskazaniem propozycji konkretnych rozwiązań (rozdział III);
- wskazanie korzyści, jakie płyną z rozszerzenia profilaktyki w służbie medycyny pracy dla pacjentów (pracowników), pracodawców oraz budżetu państwa (rozdział IV).



C. STRESZCZENIE WNIOSKÓW

1. Istnieje znaczące pole do poprawy efektywności publicznej służby zdrowia w obszarze profilaktyki chorób cywilizacyjnych, w szczególności: chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób wątroby, przewlekłej choroby nerek, niedokrwistości.
2. Kluczową rolę w profilaktyce chorób cywilizacyjnych pełni medycyna laboratoryjna. Odpowiednio wcześnie wykryte początki choroby lub stanu zagrażającego wystąpieniem choroby (czynniki ryzyka) pozwalają na skuteczniejsze i bardziej efektywne kosztowo zapobieganie i leczenie. Dlatego należyte wykorzystanie medycyny laboratoryjnej stanowi istotny element pozwalający kreować politykę zdrowotną opartą na dowodach naukowych.
3. Przedstawione w Raporcie propozycje opierają się na udostępnieniu osobom objętym opieką w ramach służby medycyny pracy pakietu badań laboratoryjnych, ukierunkowanych na wczesne wykrywanie zagrożenia wybranymi chorobami cywilizacyjnymi.
4. Wykorzystanie zasobu organizacyjnego i kadrowego SMP, przy wymiernych korzyściach płynących z objęcia osób podlegających SMP szeroką profilaktyką chorób cywilizacyjnych powoduje, że finansowanie takiego rozwiązania przez NFZ należy postrzegać „nie jako koszt, ale jako inwestycję”.
5. Autorzy Raportu, we współpracy z ekspertami z dziedziny medycyny laboratoryjnej w oparciu o *Evidence Based Medicine*, wyodrębnili rekomendowany panel badań laboratoryjnych dla chorób cywilizacyjnych, którego wdrożenie w sposób znaczący i natychmiastowy poprawiłoby wykrywalność chorób cywilizacyjnych oraz stanów zagrażających ich wystąpieniem. Badania te obejmują:
 - w odniesieniu do chorób układu krążenia: profil lipidowy w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego, tj. cholesterol całkowity, trójglicerydy, cholesterol HDL, cholesterol LDL,
 - w odniesieniu do cukrzycy i stanu przedcukrzycowego: glukoza, HbA1c,
 - w odniesieniu do przewlekłej choroby nerek: kreatynina, eGFR, albuminuria (wskaźnik albumina/kreatynina [ACR]), badanie ogólne moczu z oceną elementów upostaciowanych,
 - w odniesieniu do przewlekłych chorób wątroby: ALT, AST, HBsAg, anty-HCV Ab,
 - w odniesieniu do niedokrwistości, chorób rozrostowych układu krwiotwórczego: morfologia 5-diff.
6. Większość ww. badań wchodzi w zakres koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowia. W praktyce dostęp do świadczeń z zakresu medycyny laboratoryjnej w ramach profilaktyki chorób cywilizacyjnych jest istotnie ograniczony, a faktyczna częstotliwość wykonywania badań krwi i moczu pod kątem występowania czynników zagrażających wystąpieniem choroby cywilizacyjnej lub obrazujących jej początki, jest



niesatysfakcjonująca.

7. Problem ograniczonej dostępności do świadczeń medycyny laboratoryjnej w ramach profilaktyki chorób cywilizacyjnych dotyczy w szczególności POZ, gdzie obowiązuje model rozliczania badań laboratoryjnych, który nie motywuje lekarzy do kierowania pacjentów do laboratoryjnych badań przesiewowych. Zmiana tego modelu jest trudna, przede wszystkim z uwagi na brak wyodrębnienia środków na diagnostykę laboratoryjną i fakt, że obecny model jest wynikiem kompromisu zawieranego przez kolejne rządy ze środowiskiem lekarzy POZ.
8. Mając na uwadze powyższe, zasadnym jest poszukiwanie możliwości rozbudowania innych obszarów organizacji profilaktyki chorób cywilizacyjnych z wykorzystaniem medycyny laboratoryjnej. Potencjał taki dostrzegamy w służbie medycyny pracy (SMP). Za powyższym przemawia:
 - szeroka grupa osób objętych opieką SMP,
 - profil pacjenta (osoba zdrowa, aktywna zawodowo generująca PKB),
 - zaplecze kadrowe i organizacyjne.
9. W celu wdrożenia diagnostyki wybranych chorób cywilizacyjnych do SMP postulujemy zmiany dotyczące:
 - zakresu i częstotliwości badań krwi i moczu w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej (w oparciu o *Evidence Based Medicine*) w SMP, bez ingerencji w ustalony sposób funkcjonowania orzecznictwa zawodowego,
 - zapewnienia odpowiedniego finansowania dodatkowych funkcji SMP (poprzez finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne),
 - współpracy na linii SMP-POZ, mającej na celu podniesienie efektywności zwalczania chorób cywilizacyjnych.
10. Odnośnie zakresu i częstotliwości badań, rekomendujemy uzupełnienie zakresu działań SMP o:
 - uzupełnienie zakresu badań wstępnych i okresowych o panel rekomendowanych badań krwi i moczu (w pełnym zakresie dla każdego pracownika lub w zakresie indywidualnie określonym przez lekarza SMP – w zależności od wybranego modelu),
 - w przypadku pracowników, których badania okresowe wykonywane są rzadziej niż co 24 miesiące – prawo do wykonania badań laboratoryjnych i konsultacji lekarza SMP w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych nie rzadziej niż raz na 24 miesiące,
 - zindywidualizowane poradnictwo w zakresie profilaktyki wybranych chorób cywilizacyjnych, w oparciu o wyniki badań z rekomendowanego panelu (w tym obowiązek wykonania wstępnej analizy wyników badań oraz przekazanie ich do lekarza POZ). Te dodatkowe czynności lekarza SMP stanowiłyby dodatkowe świadczenie, osobne od zadań już obecnie wykonywanych w ramach SMP i odrębnie



finansowane przez NFZ.

11. Badania, choć niezwiązane bezpośrednio ze sferą orzecznictwa zawodowego, mogłyby być także pomocne w wykonywaniu przez lekarzy medycyny pracy ich podstawowych zadań, dając możliwość pełniejszej oceny stanu zdrowia pracownika i jego szczególnych indywidualnych potrzeb.
12. Koszty realizowania funkcji SMP związanej z profilaktyką chorób cywilizacyjnych nie powinny obciążać pracodawców, którzy finansują już działanie SMP w zakresie funkcji orzeczniczej. Świadczenia te powinien finansować płatnik publiczny – **Narodowy Fundusz Zdrowia oraz w uzupełniającym zakresie samorządy województw, w ramach programów zdrowotnych z zakresu medycyny pracy.**
13. Wykonanie pełnego zakresu badań z rekomendowanego panelu wymaga jednokrotnej wizyty pacjenta w celu pobrania krwi i przekazania próbki moczu. Koszt tych badań może zostać istotnie zredukowany w związku z efektem skali, i ustalony na odpowiednim poziomie w drodze wyceny świadczeń przez NFZ. Szczególny wpływ na dalsze obniżenie kosztów może mieć także wykorzystanie Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych w strukturach podmiotów leczniczych.
14. W zakresie współpracy SMP-POZ, postulujemy:
 - obustronne otwarcie dostępu do dokumentacji medycznej SMP i POZ tego samego pacjenta w ramach elektronicznego konta pacjenta oraz Platformy P1,
 - wzajemne automatyczne udostępnianie (włączanie do dokumentacji medycznej pacjenta) wyników badań laboratoryjnych pozyskiwanych w ramach SMP do POZ i odwrotnie,
 - w razie ustalenia konieczności leczenia stwierdzonej choroby cywilizacyjnej – bezpośredni kontakt lekarza SMP z podmiotem leczniczym, w którym pacjent ma aktywną deklarację POZ lub lekarzem POZ danego pacjenta,
 - ujednoczenie systemu kodowania wykonywanych procedur profilaktycznych i diagnostycznych dla ustalenia, czy w systemie są rezerwy, czy świadczenia nie są dublowane,
 - docelowo – utworzenie i udostępnienie pacjentom, lekarzom i płatnikowi publicznemu rejestru świadczeń medycyny laboratoryjnej w ramach szerokiej platformy e-zdrowie.
15. Uzupełnieniem powyższych zmian byłoby podjęcie skoordynowanych działań informacyjnych SMP, POZ, NFZ i Ministerstwa Zdrowia na rzecz poprawy społecznej świadomości znaczenia regularnych badań profilaktycznych w kierunku zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi.
16. Docelowo, po analizie doświadczeń wynikających z wprowadzenia proponowanego rozwiązania w ramach SMP, podobny pakiet rekomendowanych cyklicznych badań przesiewowych w kierunku chorób cywilizacyjnych powinien zostać udostępniony pacjentom spoza obszaru działalności SMP, w tym w szczególności dzieciom, młodzieży oraz osobom



starszym.

17. Postulowane zmiany zmierzają do poprawienia sytuacji:

- pacjentów, poprzez:
 - wprowadzenie dostępu do rzeczywistej profilaktyki chorób cywilizacyjnych, której wyjściowym elementem są badania przesiewowe,
 - rozszerzenie dostępu do nieodpłatnych i podstawowych badań,
 - w efekcie wczesne rozpoznanie choroby w celu zapewnienia jak najlepszej opieki, a tym samym wydłużenie długości życia w zdrowiu,
 - zapewnienie wyższej jakości życia oraz dłuższe pozostawanie w okresie produkcyjnym,
- pracodawców, poprzez:
 - zmniejszenie absencji pracowników wynikającej z chorób cywilizacyjnych,
 - wydłużenie obecności pracownika na rynku pracy,
 - zwiększenie wydajności pracowników dzięki lepszemu zdrowiu,co w konsekwencji może przyczynić się do zniwelowania braków kadrowych w wybranych dziedzinach gospodarki oraz wzrostu konkurencyjności polskiego rynku pracy na arenie międzynarodowej,
- budżetu państwa, poprzez:
 - zmniejszenie wydatków na medycynę naprawczą - leczenie późno wykrywanych chorób cywilizacyjnych,
 - możliwość poprawy sytuacji finansowej polskich szpitali (mniej długotrwałych hospitalizacji pozwoli na optymalizację w finansowaniu i zarządzaniu szpitalami, co jest szczególnie istotne dla szpitali powiatowych),
 - wykorzystanie potencjału kadr SMP dla dobra całego systemu opieki zdrowotnej,
 - efektywne wykorzystanie dostępnych już środków poprzez stopniowe przesunięcie ich z medycyny naprawczej na medycynę profilaktyczną (co pozwoli na skrócenie kolejek do specjalistów),
 - uzyskanie w perspektywie kilku lat optymalnego narzędzia w postaci bazy danych z zakresu medycyny laboratoryjnej, które wspomagałyby szacowanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w ramach EBM.

D. PODZIĘKOWANIA

Raport wykorzystuje wiedzę medyczną z zakresu i nie mógłby powstać bez wsparcia merytorycznego w analizowanych obszarach, które zapewnili uznani specjaliści w zakresie medycyny pracy i medycyny laboratoryjnej.

Szczególne podziękowania kierujemy do prof. dr hab. med. **Jolanty Walusiak-Skorupy**, Kierownika Kliniki Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Nofera oraz prof. dr hab. med. **Bohdana Solnicy**, Kierownika Katedry Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, za nadzór nad zagadnieniami medycznymi uwzględnionymi w raporcie.



SPIS TREŚCI

A.	WPROWADZENIE	2
B.	ZAKRES RAPORTU	4
C.	STRESZCZENIE WNIOSKÓW	6
D.	PODZIĘKOWANIA.....	10
I.	PROFILAKTYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH W POLSCE	12
1.	ROLA DIAGNOSTYKI W PROFILAKTYCE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH	12
2.	REKOMENDOWANY PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH DLA SKUTECZNEJ PROFILAKTYKI CHORÓB CYWILIZACYJNYCH.....	16
3.	DIAGNOSTYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH W POZ	17
II.	SŁUŻBA MEDYCyny PRACY W POLSCE	21
1.	PROFILAKTYKA ORAZ DIAGNOSTYKA W SMP	21
2.	POTENCJAŁ PROFILAKTYCZNY W SMP.....	24
III.	WYKORZYSTANIE POTENCJAŁU DIAGNOSTYCZNEGO PROFILAKTYKI W SMP	28
1.	OBSZAR ZMIAN: ZAKRES I CZĘSTOTLIWOŚĆ BADAŃ LABORATORYJNYCH W SMP	28
1.1.	STAN OBECNY	28
1.2.	POSTULOWANE ZMIANY	29
1.3.	NIEZBĘDNE ZMIANY PRAWNE	32
2.	OBSZAR ZMIAN: FINANSOWANIE BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH W SMP	34
2.1.	OPIS PROBLEMU.....	34
2.2.	POSTULOWANE ZMIANY	34
2.3.	NIEZBĘDNE ZMIANY PRAWNE	35
3.	OBSZAR ZMIAN: WSPÓŁPRACA SŁUŻBY MEDYCyny PRACY I PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	36
3.1.	OPIS PROBLEMU.....	36
3.2.	POSTULOWANE ZMIANY	37
3.3.	NIEZBĘDNE ZMIANY PRAWNE	39
IV.	POZYTYWNY WPŁYW ROZWOJU PROFILAKTYKI OPARTEJ NA DIAGNOSTYCE W SMP	41



I. PROFILAKTYKA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH W POLSCE

1. ROLA DIAGNOSTYKI W PROFILAKTYCE CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH

Rozwój ekonomiczny Polski w trakcie ostatnich 30 lat i skorelowana z nim zmiana warunków i stylu życia Polaków sprzyja znacznemu rozwojowi tzw. chorób cywilizacyjnych.

Jako choroby cywilizacyjne należy rozumieć choroby przewlekłe, niezakaźne, których występowanie jest uwarunkowane przede wszystkim czynnikami zewnętrznymi takimi jak:

- wysoki poziom stresu oraz brak odpowiedniego wypoczynku,
- siedzący tryb życia oraz brak aktywności fizycznej,
- nieodpowiednia dieta, opierająca się przede wszystkim na produktach zawierających cukry proste czy tłuszcze nasycone,
- używki,
- oddziaływanie środowiska (zanieczyszczone powietrze, hałas).

Zakresem niniejszego Raportu objęto choroby następujące:

- choroby układu krążenia,
- cukrzycę,
- choroby wątroby,
- przewlekłą chorobę nerek,
- niedokrwistość.

W ocenie autorów Raportu następujące argumenty przemawiają za skupieniem uwagi na problematyce zapobiegania tym właśnie chorobom cywilizacyjnym:

- aspekty epidemiologiczne

Epidemiologia – wybrane aspekty

*Na nadciśnienie tętnicze (stanowiące najważniejszy czynnik rozwoju chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób nerek) w Polsce choruje ponad **32%** całej populacji. Oznacza to, że na nadciśnienie tętnicze choruje około **10,8 mln** Polaków⁹. Nadciśnienie tętnicze prowadzi do chorób układu krążenia, które stanowią około 45% przyczyny wszystkich zgonów w Polsce¹⁰.*

⁹ T. Zdrojewski, W. Drygas, M. Naruszewicz, K. Kawecka-Jaszcz, P. Jankowski, *Nadciśnienie tętnicze w populacji ogólnej*, [w:] Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, 2015, s. 1-17.

¹⁰ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2016, s. 68.



W przypadku zapalenia wątroby typu B i C znacząca jest wysoka liczba nowych zachorowań wynosząca odpowiednio około 1500 osób rocznie oraz około 2500-3500 osób rocznie¹¹. Wskazuje się, że w Polsce **200 tys.** ludzi jest zakażonych wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV), zaś **500 tys.** osób jest zakażonych wirusem HBV – powodującym wirusowe zapalenie wątroby typu B¹².

Szacuje się, że na przewlekłą chorobę nerek cierpi **4,5 mln** Polaków, z czego u **3 mln** choroba jest tak zaawansowana, że stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia.¹³

W przypadku cukrzycy, Główny Urząd Statystyczny szacuje, że w Polsce choruje na nią **ponad 2,1 mln** osób w wieku 15 lat i więcej¹⁴. W innych źródłach liczba ta sięga prawie **3 mln**¹⁵.

Tabela 4. Epidemiologia – wybrane aspekty.

- brak świadomości choroby wśród pacjentów (często wynikający z jej bezobjawowego charakteru)

Brak świadomości choroby

W piśmiennictwie wskazuje się, że blisko **3,1 mln Polaków** nie wie, że choruje na nadciśnienie tętnicze.¹⁶

Podobnie w przypadku cukrzycy istnieje znaczna grupa chorych (**nawet 25%**¹⁷), która nie ma świadomości swojej choroby.

Tabela 5. Brak świadomości choroby.

- rola medycyny laboratoryjnej w skutecznej diagnostyce

Jak wskazano wyżej, opisywane choroby cywilizacyjne rozwijają się często bezobjawowo. W większości przypadków odpowiednio wczesne wykrycie początków choroby jest możliwe na

¹¹ Zob. „Medycyna laboratoryjna w Polsce – efektywność kosztowa”, 20 czerwca 2017 r., Deloitte oraz Izba Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej.

¹² <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/200-tys-osob-w-Polsce-moze-byc-zakazonych-wirusowym-zapaleniem-watroby-typu-C,186172,8.html> .

¹³ <http://centrumprasowe.pap.pl/cp/pl/news/info/71742,,prof-gellert-na-grozna-chorobe-nerek-cierpi-4-5-mln-polakow-90-proc-z-nich-o-tym-nie-wie> .

¹⁴ <http://stat.gov.pl/infografiki-widzety/infografiki/infografika-swiatowy-dzien-walki-z-cukrzyca-14-listopada,46,1.html> .

¹⁵ Raport z działań dotyczących propozycji zmian legislacyjnych w zakresie opracowania nowej koncepcji dla systemu ochrony zdrowia pracujących, Łódź, 31 grudnia 2016 r.

¹⁶ T. Zdrojewski, W. Drygas, M. Naruszewicz, K. Kawecka-Jaszcz, P. Jankowski, *Nadciśnienie tętnicze w populacji ogólnej*, [w:] Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, 2015, s. 1-17.

¹⁷ <http://nfz.gov.pl/nfz-blizej-pacjenta/cukrzyca/> .



podstawie badań krwi lub moczu. Rolę badań laboratoryjnych w profilaktyce i wykrywaniu wybranych chorób cywilizacyjnych obrazuje poniższa tabela:¹⁸

Rola badań laboratoryjnych	Jednostka chorobowa
Pełna diagnoza choroby	<ul style="list-style-type: none">▪ Cukrzyca▪ Przewlekła choroba nerek▪ Niedokrwistość
Wstępna diagnoza choroby	<ul style="list-style-type: none">▪ Przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C
Ocena ryzyka choroby	<ul style="list-style-type: none">▪ Choroby układu krążenia

Tabela 6. Rola badań laboratoryjnych w profilaktyce i wykrywaniu wybranych chorób cywilizacyjnych.

- koszty ponoszone przez budżet państwa i pracodawców

Koszty przeznaczane na leczenie

„Szacunek kosztów leczenia chorób krążeniowych przez różne ośrodki kształtował się w 2011 r. na poziomie **16,3 mld PLN** (ok. ¼ budżetu NFZ na świadczenia zdrowotne).”¹⁹

„W Polsce wg analiz przeprowadzonych na podstawie kosztów cukrzycy poniesionych w 2013 roku całkowite koszty cukrzycy liczone wg różnych metodologii wahały się między 7 a blisko 12 mld zł. Patrząc na dynamikę wzrostu kosztów cukrzycy w latach 2009–2013 branych do analiz przeprowadzonych przed 4 lata, można szacować, że w 2017 roku koszty cukrzycy to już co najmniej **9 mld zł**.”²⁰

Koszty ponoszone przez NFZ –wynikające wyłącznie z hospitalizacji z powodu przewlekłej niewydolności nerek oraz ostrej niewydolności nerek w 2016 r. wynoszą **blisko 208 mln PLN**.²¹

Wartość sfinansowanych świadczeń związanych z leczeniem pacjentów z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C wynosiła **ponad 254 mln PLN** w 2014 r.²²

¹⁸ Zob. „Medycyna laboratoryjna w Polsce – efektywność kosztowa”, 20 czerwca 2017 r., Deloitte oraz Izba Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej.

¹⁹ Ibidem, s. 54.

²⁰ Raport. Cukrzyca. Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?, Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2018.

²¹ Iloczyn ilości i kosztu hospitalizacji z powodu przewlekłej niewydolności nerek oraz ostrej niewydolności nerek w 2016 r. na podstawie statystyki JGP NFZ.

²² Zob. Raport. Wirusowe zapalenie wątroby typu C - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Instytut zarządzania w ochronie zdrowia, Uczelnia Łazarskiego Warszawa 2015 r.



Tabela 7. Koszty leczenia wybranych chorób cywilizacyjnych.

Kluczową rolę w profilaktyce chorób cywilizacyjnych pełni medycyna laboratoryjna. Badania diagnostyczne umożliwiają rozpoznanie wielu chorób już na wczesnym etapie ich rozwoju, co dla profilaktycznej opieki zdrowotnej powinno mieć fundamentalne znaczenie. Odpowiednio wcześniej wykryte początki choroby lub stanu zagrażającego wystąpieniem choroby (czynniki ryzyka) pozwalają na skuteczniejsze i bardziej efektywne kosztowo zapobieganie i leczenie.

Oszczędności dla systemu – przykład cukrzycy i przewlekłej choroby nerek

Eksperci²³ szacują, że zwiększenie liczby badań glukozy o 25% przyniosłoby:

- **0,5 mld PLN** rocznie oszczędności NFZ (tj. 11% rocznych kosztów) z tytułu kosztów leczenia cukrzycy (koszty bezpośrednie, w cenach z roku 2013, po uwzględnieniu wydatków na dodatkowe badanie),
- **0,8 mld PLN** rocznie łącznych korzyści dla gospodarki, przy uwzględnieniu dodatkowo kosztów pośrednich cukrzycy wynikającej z obniżonej produktywności chorych.

*Także zwiększenie liczby badań kreatyniny o 25% doprowadziłoby do oszczędności dla NFZ rządu **93-197 mln PLN** rocznie w cenach z 2013 roku (koszty bezpośrednie), tj. 5-9% rocznych kosztów, już po uwzględnieniu wydatków na dodatkowe badania²⁴.*

Tabela 8. Oszczędności dla systemu – przykłady.

²³ Zob. „Medycyna laboratoryjna w Polsce – efektywność kosztowa”, 20 czerwca 2017 r., Deloitte oraz Izba Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej.

²⁴ Ibidem.



2. REKOMENDOWANY PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH DLA SKUTECZNEJ PROFILAKTYKI CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH

Autorzy Raportu, we współpracy z ekspertami z dziedziny medycyny laboratoryjnej, mając na uwadze *Evidence Based Medicine* wyodrębnili rekomendowany panel badań laboratoryjnych, którego wdrożenie **w sposób znaczący i natychmiastowy** poprawiłoby wykrywalność wybranych chorób cywilizacyjnych oraz stanów zagrażających ich wystąpieniem.

Jednostka / ryzyko choroby	Proponowane badanie
Ryzyko sercowo-naczyniowe (choroby układu krążenia)	<ul style="list-style-type: none">Cholesterol całkowityTrójglicerydyCholesterol HDLCholesterol LDL
Cukrzyca, stan przedcukrzycowy ²⁵	<ul style="list-style-type: none">GlukozaHbA1c
Przewlekła choroba nerek	<ul style="list-style-type: none">KreatyninaeGFRAlbuminuria (Wskaźnik albumina/kreatynina [ACR])Badanie ogólne moczu z oceną elementów upostaciowanych
Przewlekłe choroby wątroby	<ul style="list-style-type: none">ALTASTHBsAganty-HCV Ab
Niedokrwistości, choroby rozrostowe układu krwiotwórczego	<ul style="list-style-type: none">Morfologia 5-diff

Tabela 9. Panel rekomendowanych badań laboratoryjnych.

Zaproponowane wyżej badania mają kluczowe znaczenie w diagnostyce przedmiotowych chorób cywilizacyjnych.

²⁵ W określonych warunkach.



Badania zaproponowane w zakresie chorób sercowo-naczyniowych należą do podstawowych badań diagnostycznych m.in. w zakresie oceniania ryzyka miażdżycy (rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Miażdżycowe²⁶). Obejmują przede wszystkim badania pozwalające na oznaczenie we krwi poziomu cholesterolu, zwężającego światło naczyń krwionośnych i tempo transportu krwi w organizmie.

W przypadku cukrzycy oraz stanu przedcukrzycowego, bazowymi badaniami laboratoryjnymi są stężenie glukozy na czczo oraz HbA1c. Stężenie glukozy pozwala określić m.in. prawidłowość metabolizmu glukozy w hepatocytach. Oznaczenie poziomu hemoglobiny glikowanej obrazuje natomiast średnie stężenie glikemii w ostatnich 3 miesiącach przed badaniem.

Pierwotnym objawem nieprawidłowości pracy nerek jest niewłaściwy poziom kreatyniny, powstającej wskutek metabolizmu mięśni. U zdrowego człowieka jest ona na bieżąco usuwana z krwi, natomiast w przypadku niewydolności nerek poziom kreatyniny wzrasta. W razie choroby nerek w moczu obserwuje się także wzrost stężenia białka. Poza wymienionymi czynnikami, w diagnostyce oznacza się ponadto czynnik eGFR oraz wskaźnik albumina/ kreatynina ACR. Pozwalają one ocenić zdolności wydalnicze nerek. Wczesny etap niewydolności nerek jest możliwy do wychwycenia jedynie przy pomocy badań laboratoryjnych. Pacjenci nie odczuwają żadnych dolegliwości bólowych oraz nie pojawiają się u nich niepokojące symptomy.

W chorobach wątroby wczesnym symptomem nieprawidłowości może być podwyższone stężenie czynnika ALT (ALAT). Może być ono oznaką zapalenia wątroby, nowotworów wątroby, ale również chorób autoimmunologicznych. Z tego powodu oznaczenie poziomu ALT powinno być traktowane jako badanie wstępne. W dalszej diagnostyce wykonuje się m.in. badanie obecności antygenu HbsAg, pozwalającego stwierdzić zakażenie wirusem HBV, a także oznaczenie przeciwciał anty-HCV wskazujących na zakażenie wirusem żółtaczki typu C.

Diagnostyka niedokrwistości oraz chorób rozrostowych układu krwiotwórczego opiera się na badaniu morfologii 5-diff. Jest to pełne badanie morfologiczne krwi obwodowej, pozwalające na ocenę jej składu ilościowego i jakościowego.

3. DIAGNOSTYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH W POZ

Fundamentalną zasadą funkcjonowania opieki zdrowotnej w polskim systemie publicznej służby zdrowia jest koordynacja opieki nad pacjentem przez lekarza POZ. Opiera się ona na przypisaniu danego pacjenta do konkretnego lekarza POZ. Lekarz POZ wybierany jest przez pacjenta w drodze złożenia stosownej deklaracji. Szczególna rola lekarza POZ w systemie wydaje się predestynować go do sprawowania opieki profilaktycznej w zakresie chorób cywilizacyjnych.

²⁶ Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku, https://www.ptkardio.pl/Wytyczne_ESC_dotyczące_prewencji_chorob_ukladu_sercowo_naczyniowego_w_praktyce_klinicznej_w_2016_roku-2659.



Do ustawowych zadań POZ należy „**zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa**”²⁷. Praktyka funkcjonowania POZ w obszarze profilaktyki chorób cywilizacyjnych każe postawić pytanie, w jakim stopniu zadanie to jest rzeczywiście realizowane i czy w odniesieniu do szczególnej grupy, jaką są pracownicy, pozostawienie tego zadania wyłącznie po stronie POZ jest optymalnym rozwiązaniem.

Jak już wskazano, dla sprawowania efektywnej profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych nieodzowne jest wykorzystanie medycyny laboratoryjnej. Należy zadać pytanie, jaki jest faktyczny dostęp do badań diagnostycznych osoby zainteresowanej zbadaniem swojego stanu zdrowia i podatności na wybrane choroby cywilizacyjne.

Porównanie panelu rekomendowanych badań laboratoryjnych z koszykiem świadczeń gwarantowanych²⁸ prowadzi do wniosku, że w POZ nie występuje jedynie badanie anty-HCV. Niezależnie jednak od **teoretycznej** dostępności badań diagnostycznych, osobnym zagadnieniem jest faktyczna ich dostępność. Uzyskanie od lekarza POZ przez osobę zdrową skierowania na wszystkie badania z rekomendowanego zestawu będzie w typowej sytuacji niemożliwe. Przyczyną jest model finansowania diagnostyki w POZ, który **zniechęca** lekarzy do zlecenia badań, w obawie o nadmierne obciążenie finansowe placówki.

Podstawą finansowania świadczeń POZ jest roczna stawka kapitacyjna przypadająca na danego pacjenta. Jest ona określana przez Prezesa NFZ. Aktualnie (od 1 listopada 2018 r.) stawka kapitacyjna wypłacana za świadczenia lekarza POZ wynosi 154,20 zł²⁹.

Badania diagnostyczne przeprowadzane w ramach POZ wchodzi w skład stawki kapitacyjnej. Oznacza to, że koszt realizacji każdego badania pokrywany jest ze stawki rocznej, a tym samym pogarsza wynik finansowy placówki. W typowej sytuacji zlecenie badań laboratoryjnych bez wyraźnej i bezpośredniej potrzeby terapeutycznej, a wyłącznie w celach profilaktycznych, będzie postrzegane z perspektywy placówki POZ jako marnotrawienie i tak już szczupłych środków.

Tymczasem wzrost wykonywalności badań przesiewowych zalecanych przez towarzystwa naukowe w oparciu o EBM byłby możliwy do uzyskania w POZ poprzez wprowadzenie zależności wysokości stawki kapitacyjnej od współczynnika korekty wysokości kwoty podczas procesu sprawozdawczości wykonanych procedur dla NFZ przez podmioty lecznicze. Rozwiązania takie były już stosowane z powodzeniem przez płatnika publicznego w przeszłości.

Faktyczne ograniczenia dostępu pacjenta do profilaktycznych badań laboratoryjnych idą w parze z brakiem prozdrowotnych nawyków pacjentów. Jak wynika z analizy przeprowadzonej przez Główny Urząd Statystyczny, wykonywanie badań diagnostycznych nie jest powszechnie stosowaną praktyką. Z raportu GUS³⁰ wynika, że z wybranych, podstawowych badań diagnostycznych (morfologia krwi,

²⁷ Art. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

²⁸ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r.

²⁹ Zgodnie z załącznikiem do Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2018 r. nr 120/2018/DSOZ.

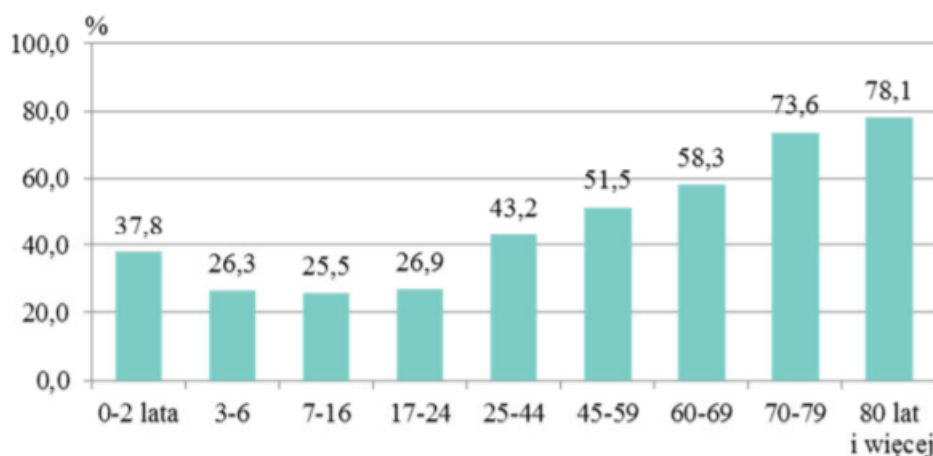
³⁰ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017 r.



badanie ogólne moczu, cytologia, badanie poziomu PSA, badanie ogólne kału, badania genetyczne) w ciągu roku korzysta nie więcej niż 46% ankietowanych.

Jak wynika z raportu GUS czynniki, które wpływają na ilość przeprowadzanych badań, to:

- **stan zdrowia** – wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry, **jedynie 23%** badanych wykonuje podstawowe badania laboratoryjne. To ponad trzy razy mniej niż wśród osób o złym stanie zdrowia (badania wykonuje 73,6% z nich). Z badań laboratoryjnych zdecydowanie częściej korzystają również deklarujący występowanie poważnych problemów zdrowotnych (76,4%) niż osoby bez takich problemów (43,7%);
- **wiek** – w znaczącym stopniu wpływa na ilość wykonywanych badań diagnostycznych. Wśród osób w wieku produkcyjnym, pomiędzy 25-44 lat, 43,2% osób korzysta z tego rodzaju badań. Wraz z wiekiem wzrasta natomiast ilość wykonywanych badań diagnostycznych. Wykonywanie badań deklaruje 58,3% badanych w wieku 60-69 lat, natomiast wśród osób powyżej 80 roku życia odsetek ten wynosi aż do 78,1%.



Wykres 1: Odsetek populacji z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi w 2016 r. według wieku³¹

- **płeć** – odsetek kobiet wykonujących rutynowe badania diagnostyczne wynosi 54,8% i tym samym jest niemal o 20% wyższy w stosunku do badających się mężczyzn (**tylko 36,6%**),
- **miejsce zamieszkania** – blisko 50% mieszkańców miast korzysta z badań laboratoryjnych, podczas gdy liczba mieszkańców wsi wynosi ponad 40%.

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można stwierdzić, że diagnostyka laboratoryjna ma obecnie zbyt mały udział w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej. Odsetek zdrowych osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym kierowanych na tego rodzaju badania, pozostaje na zbyt niskim poziomie. Jest on niewspółmierny do znaczenia i roli samych badań, które mogą pełnić ważną rolę zapobieganiu i przeciwdziałaniu wielu chorobom, w tym także chorobom cywilizacyjnym.

³¹ Wykres pochodzi z raportu GUS *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, s. 172.



Wnioski co do niezadowalającego wykorzystania narzędzi diagnostyki laboratoryjnej potwierdza Najwyższa Izba Kontroli, wskazując, że „w Polsce wykonuje się za mało badań laboratoryjnych w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej”³².

Taki stan rzeczy wpływa negatywnie na profilaktykę chorób cywilizacyjnych. Pacjenci, nie mając świadomości choroby czy występujących u nich czynników ryzyka, nie upominają się o odpowiednie badania diagnostyczne, zaś lekarze POZ – z uwagi na obowiązujący model rozliczania badań diagnostycznych, który w żaden sposób nie motywuje ich do kierowania pacjentów na laboratoryjne badania przesiewowe – nie wychodzą z inicjatywą ich zlecenia.

W tym kontekście warto zauważyć nastawienie niektórych lekarzy POZ. Kilka lat temu przedstawiciele Porozumienia Zielonogórskiego podkreślali, że są w stanie zrezygnować z 10% stawki kapitacyjnej, która historycznie była przeznaczana na badania diagnostyczne, i przekazać je diagnostyce laboratoryjnej³³, w zamian za rezygnację obowiązku finansowania diagnostyki w ramach POZ.

Dla pełnego obrazu należy odnotować, że w ramach POZ funkcjonuje program profilaktyczny chorób układu krążenia, w ramach którego określone świadczenia, w tym diagnostyczne, są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia niezależnie od stawki kapitacyjnej.³⁴

Program Profilaktyczny Chorób Układu Krążenia (ChUK)

Program rozpoczął się w 2007 roku.

Powodem wprowadzenia programu były notowania przyczyn zgonów w Polsce, które wskazały na choroby układu krążenia.

Cele programu: obniżenie o ok.20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, promocja zdrowia

Z programu mogą skorzystać:

- *osoby, które w roku wykonywania badania skończyły 35-55 lat;*
- *osoby, które są obciążone czynnikami ryzyka (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzenie tolerancji glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek);*
- *osoby, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia;*

³² Raport NIK: *Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej*, Warszawa, 2017, s. 77. Podobnie - wyniki raportów: „Medycyna laboratoryjna w Polsce – efektywność kosztowa”, 20 czerwca 2017 r., Deloitte oraz Izba Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej, raport NIK „Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2, Warszawa, 2 lutego 2018 r.

³³ Wypowiedź p. Marka Twardowskiego na Sejmowej Komisji Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r., <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/0/BFECF72BAB22E862C1257149002F7F1D?OpenDocument>.

³⁴ <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1202018dsoz,6844.html>



- *osoby, które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu profilaktyki CHuK (w tym u innych świadczeniodawców)*

Program wykonywane jest w każdej placówce POZ która ma podpisaną umowę z NFZ

Świadczenie udzielane jest bez skierowania przez lekarza POZ

W ramach programu wykonywane są:

- *badanie fizykalne,*
- *badanie biochemiczne krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL cholesterolu, HDL cholesterolu, triglicerydów i poziomu cukru na czczo),*
- *pomiar ciśnienia tętniczego krwi,*
- *określenie BMI,*
- *badanie EKG.*

Tabela 9a. Program profilaktyczny Chorób Układu Serca.

Poszukując sposobu możliwie szybkiej poprawy zarysowanego stanu rzeczy, należy założyć, że zmiana obecnego modelu finansowania diagnostyki w ramach POZ jest scenariuszem trudnym do realizacji. Opisany sposób rozliczania świadczeń medycyny diagnostycznej jest bowiem elementem szerszego kompromisu zawieranego przez kolejne rządy ze środowiskiem lekarzy POZ. Rozszerzanie programów takich jak ChUK, a dotyczących innych schorzeń oraz obejmujących szerszą populację pacjentów, byłoby pożądanym kierunkiem zmian, uzależnionym jednak od gotowości NFZ do finansowania dodatkowych świadczeń ponad stawkę kapitałową³⁵.

Warto również wskazać, że istotną barierą dla dalszego rozwoju diagnostyki w ramach POZ jest także zbyt mała, w stosunku do potrzeb, liczba lekarzy tam pracujących. Mając na uwadze względy demograficzne i emigrację zarobkową lekarzy z Polski, trudno spodziewać się, aby sytuacja kadrowa POZ miała się poprawić w przyszłości.

Opisane niedobory POZ nakazują poszukiwać potencjału w innych obszarach systemu publicznej służby zdrowia. W ocenie autorów Raportu potencjał taki, pozwalający na upowszechnienia diagnostyki laboratoryjnej w ramach profilaktyki chorób cywilizacyjnych, drzemie w służbie medycyny pracy.

II. SŁUŻBA MEDYCyny PRACY W POLSCE

1. PROFILAKTYKA ORAZ DIAGNOSTYKA W SMP

³⁵ Tu istotną rolę mogłyby odegrać także organy samorządu terytorialnego poprzez finansowanie działań profilaktycznych w POZ w ramach swoich kompetencji (np. w ramach programów pilotażowych).



Profilaktyka zajmuje ważne miejsce wśród zadań powierzonych służbie medycyny pracy. Ustawa o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r. (dalej „Ustawa”) , jako jeden z **podstawowych celów SMP, wskazuje „sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontrolę zdrowia pracujących”³⁶**.

Do zadań SMP ustawa zalicza:

- sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi
- inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących.

Definicja profilaktycznej opieki nad pracownikami

„ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy”³⁷

Tabela 10. Profilaktyczna opieka nad pracownikami.

Sprawowanie opieki profilaktycznej nad pracownikami jest realizowane poprzez:

- wykonywanie obowiązkowych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych,
- orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie, np. w celu wydania orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej,
- ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki,
- prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,
- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
- wykonywanie szczepień ochronnych,
- monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych,
- wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą.

³⁶ Zdefiniowanymi w art. 1 Ustawy.

³⁷ Art. 4 pkt 1 Ustawy.



Podstawowym i dominującym elementem działania SMP w zakresie profilaktyki, jest wykonywanie wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich. Ich zakres i wymaganą częstotliwość określono w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy z dnia 30 maja 1996 r. (dalej „**Rozporządzenie w sprawie badań lekarskich**”).

Istotną rolę pełni także wdrażanie i inicjowanie działań w zakresie promocji zdrowia, zwłaszcza profilaktyczne programy prozdrowotne, wynikające z oceny stanu zdrowia pracujących – realizowane przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy na zasadach ustalanych przez samorząd województwa.

Przykład profilaktycznego programu prozdrowotnego – WOMP Kielce³⁸

„Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia choroby związane ze stylem życia, spowodowane m.in. niewłaściwym sposobem odżywiania, niską aktywnością fizyczną, używaniem alkoholu, paleniem tytoniu, długotrwałym oddziaływaniem stresu psychicznego, są przyczyną 70-80% zgonów w krajach gospodarczo rozwiniętych oraz 40-50% zgonów w krajach rozwijających się.

Również w Polsce odnotowuje się alarmujący poziom zachorowalności i umieralności z powodu w/w chorób. Wobec obserwowanej transformacji epidemiologicznej,

tj. zmniejszeniu występowania niektórych chorób infekcyjnych a dominacji chorób cywilizacyjnych, koniecznym stał się radykalny zwrot w polityce ochrony zdrowia, tj. położenie szczególnego nacisku na promocję zdrowia.

Beneficjentem programu jest populacja pracowników z zakładów pracy z terenu województwa świętokrzyskiego, oraz pacjenci zgłaszający się do WOMP w Kielcach.

Pracownicy, po zgłoszeniu się do Ośrodka na badania profilaktyczne, wytypowani zostają do programu na podstawie występujących u nich czynników ryzyka, bądź już zdiagnozowanych chorób cywilizacyjnych (nadciśnienie tętnicze, nadwaga, otyłość, cukrzyca).

Celem głównym programu jest: propagowanie zdrowego stylu życia wśród populacji pracowników z terenu województwa świętokrzyskiego oraz wśród pacjentów zgłaszających się do WOMP w Kielcach.

W ramach programu oferujemy:

- warsztaty edukacyjne dla pracowników
- edukację indywidualną
- pomiary antropometryczne (waga ciała, pomiar fałdu tłuszczowego)

³⁸ <http://www.womp.com.pl/dzialy-womp/promocja-zdrowia/styl.html>



- *obliczenie wartości BMI*
- *pomiar ciśnienia tętniczego*
- *badanie poziomu glukozy*

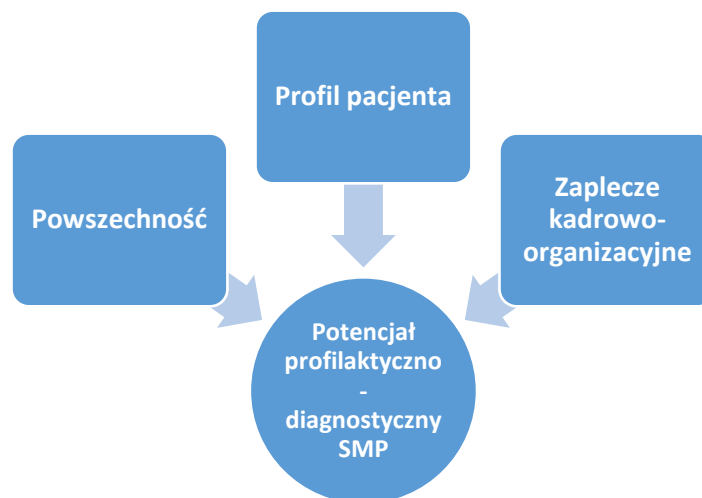
Tabela 11. Przykład profilaktycznego programu zdrowotnego.

Zgodnie z ustawowymi zadaniami SMP, w ramach opieki profilaktycznej inicjowane są działania pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników poprzez wdrażanie programów promocji zdrowia czy wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka na poziomie zakładu pracy³⁹. Takie programy są przeprowadzane przez pracodawców, choć skala zjawiska nie jest duża i dotyczy dużych przedsiębiorców.

Innym przykładem programu skupionego na profilaktyce chorób układu krążenia, realizowanego w ramach SMP, jest „Kompleksowy program interwencji profilaktycznej ukierunkowanej na zapobieganie chorobom układu krążenia” realizowany na zasadzie pilotażu w wybranym zakładzie pracy przez IMP i CIOP, na podstawie porozumienia z ZUS.⁴⁰

2. POTENCJAŁ PROFILAKTYCZNY W SMP

Zważywszy, że SMP realizuje już szereg różnych obowiązków z zakresu diagnostyki w profilaktyce chorób



zawodowych, daje to podstawy do rozbudowania w oparciu o jej struktury systemu diagnostyki profilaktycznej chorób cywilizacyjnych.

Potencjał profilaktyczno-diagnostyczny SMP w zakresie chorób cywilizacyjnych wynika z wielu czynników:

³⁹ Art. 6 ust. 1 pkt 6 Ustawy.

⁴⁰

<http://www.zus.pl/documents/10182/167782/kompleksowy+program+interwencji+profilaktycznej+ukierunkowanej+na+zapobieganie+chorobom+uk%C5%82adu+kr%C4%85%C5%BCenia+Etap+1/8b7d1786-4bba-4a58-95ef-386797a72582>



Wykres 2. Potencjał profilaktyczno-diagnostyczny SMP.

▪ **Powszechność**

Służba medycyny pracy obejmuje bardzo duży krąg osób. Należą do nich:

- pracownicy,
- osoby pozostające w stosunku służbowym,
- osoby wykonujące pracę na podstawie umowy o pracę nakładczą,
- osoby, które w trakcie praktycznej nauki zawodu są narażone na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, tj.:
 - kandydaci do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe,
 - uczniowie tych szkół, studenci oraz słuchacze kwalifikacyjnych kursów zawodowych,
- uczestnicy studiów doktoranckich, którzy w trakcie studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia,
- osoby pracujące w czasie odbywania kary pozbawienia wolności w zakładach karnych, przebywające w aresztach śledczych lub wykonujące pracę w ramach kary ograniczenia wolności.

Dane podawane w literaturze specjalistycznej wskazują, że badaniom przeprowadzanym w ramach SMP podlega prawie 15 milionów osób (w tym ponad 12,5 miliona pracowników najemnych, pozostałą część stanowią

Ilość badań SMP

W latach 1997-2014 wykonywano średnio niemal 4 miliony obowiązkowych badań profilaktycznych (badania wstępne, okresowe i kontrolne), zaś od 2014 r. liczba ta wynosi ponad 4,5 miliona⁴¹

⁴¹ Analiza zdań służby medycyny pracy realizowanych w Polsce w I kwadransie 2017 r., potencjał badań profilaktycznych, Medycyna Pracy 2017;68(1):105-110



uczniowie, słuchacze i studenci w trakcie praktycznej nauki zawodu)⁴².

W tym kontekście, nie bez znaczenia pozostaje fakt, że obowiązek poddania się badaniom profilaktycznym pracownika wynika wprost z przepisów prawa⁴³. Ten swego rodzaju „przymus administracyjny” stanowi istotny atut w kontekście propozycji wprowadzenia szerokiej diagnostyki profilaktycznej chorób cywilizacyjnych w ramach SMP.

▪ Profil pacjenta

Zakres osób podlegających SMP (przede wszystkim pracownicy oraz uczniowie i studenci) pokrywa się zasadniczo z grupami wiekowymi, wśród których – jak wynika z powołanych wyżej badań GUS – badania diagnostyczne przeprowadzane są najrzadziej.

Typowy pacjent SMP – jakim jest osoba w wieku produkcyjnym, zasadniczo zdrowa i niekorzystająca z diagnostyki w odniesieniu do profilaktyki – w ramach obligatoryjnych wizyt lekarskich uzyskałby możliwość oceny stanu zdrowia i wykrycia chorób lub czynników ryzyka w zakresie chorób cywilizacyjnych. Choroby te zdiagnozowane na wczesnym etapie, mogą być następnie skutecznie wyleczone lub ich skutki znacznie złagodzone.

W kontekście potrzeby wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych, walorem SMP jest możliwość diagnostyki uczniów, studentów i młodych pracowników. Jest to o tyle istotne, że wiele chorób cywilizacyjnych występuje coraz częściej także w tych grupach wiekowych.

Nadciśnienie tętnicze w wieku młodzieńczym

„podwyższone wartości ciśnienia tętniczego w wieku młodzieńczym zwiększają ryzyko wystąpienia nadciśnienia w późniejszym okresie życia, a w przypadku ich długotrwałego utrzymywania się – także ryzyko zaawansowania powikłań klinicznych. Możliwość dostrzeżenia tego problemu w ramach obowiązkowych badań profilaktycznych potwierdza potrzebę wczesnej identyfikacji chorób cywilizacyjnych i interwencji klinicznej zwłaszcza wśród osób młodych, u których częstość nadciśnienia tętniczego szacowana jest nawet na poziomie 15%.⁴⁴”

Tabela 12. Nadciśnienie tętnicze w wieku młodzieńczym.

▪ Aktualne zaplecze kadrowe i organizacyjne

⁴² Zob. Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych, Medycyna Rodzinna 2017; 20(4) 291.

⁴³ Np. art. 229 Kodeksu Pracy.

⁴⁴ Analiza zdań służby medycyny pracy realizowanych w Polsce w latach 1997-2014. Czy w pełni wykorzystujemy potencjał badań profilaktycznych, Medycyna Pracy 2017;68(1):117.



Kolejnym atutem SMP jest rozbudowana struktura oraz silna obsada kadrowa. W 2014 r. lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników⁴⁵ było **6741**, zaś zarejestrowanych podstawowych jednostek SMP **6261**⁴⁶.

Poszerzenie obecnego systemu profilaktyki chorób cywilizacyjnych, w tym związanych z nią badań laboratoryjnych, realizowanej przez blisko 32,5 tys. lekarzy POZ, w ponad 6 tys. placówek POZ⁴⁷ o prawie 7 tys. lekarzy SMP z pewnością przyczyniłoby się do jej rozwoju i zwiększenia dostępności dla pacjentów.

Dodatkowo, podstawowe jednostki SMP już teraz, z uwagi na obowiązujący zakres badań diagnostycznych, posiadają możliwości, w tym przede wszystkim odpowiednie zaplecze w postaci Medycznego Laboratorium Diagnostycznego w strukturze podmiotu leczniczego lub umowy z laboratoriami diagnostycznymi, niezbędne do prowadzenia większej ilości badań związanych z chorobami cywilizacyjnymi.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że podstawowe jednostki SMP równomiernie pokrywają swoim zasięgiem terytorium całego kraju.

⁴⁵ Zarejestrowanych we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy.

⁴⁶ Zob. *Analiza zdań służby medycyny pracy realizowanych w Polsce w latach 1997-2014. Czy w pełni wykorzystujemy potencjał badań profilaktycznych*, Medycyna Pracy 2017;68(1):107

⁴⁷ Podstawowa Opieka Zdrowotna. Potencjał i jej wykorzystanie. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2016. http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/29/1/poz_-_potencjal_i_jeego_wykorzystanie.pdf.



III. WYKORZYSTANIE POTENCJAŁU DIAGNOSTYCZNEGO PROFILAKTYKI W SMP

Wykorzystanie zasobów SMP w profilaktyce chorób cywilizacyjnych wymaga w ocenie autorów Raportu zmian w obszarze:

- zakresu i częstotliwości badań profilaktycznych w SMP,
- finansowania dodatkowych zadań SMP,
- współpracy pomiędzy SMP a POZ.

1. OBSZAR ZMIAN: ZAKRES I CZĘSTOTLIWOŚĆ BADAŃ LABORATORYJNYCH W SMP

1.1. STAN OBECNY

Wykaz badań objętych medycyną pracy oraz ich częstotliwość regulują przepisy Kodeksu pracy oraz załącznik nr 1 do Rozporządzenia w sprawie badań lekarskich.

Zgodnie z nimi:

- **wstępne badania lekarskie** – przeprowadza się co do zasady każdorazowo przed przyjęciem pracownika do pracy lub w związku ze zmianą stanowiska pracy / zakresu wykonywanych zadań, na okres wskazany przez lekarza wykonującego badanie. Po upływie wskazanego terminu, należy wykonać badania okresowe. Zakres badań oraz terminy ich ważności (podobnie jak w przypadku badań okresowych), uzależnione są od:
 - rodzaju czynnika szkodzącego lub uciążliwego, z którym związana jest praca⁴⁸,
 - rodzaju przeprowadzanego badania,
 - czasu wykonywania pracy,
 - wieku pracownika;
- **badania okresowe** – są wykonywane cyklicznie, począwszy od daty upływu terminu ważności badań wstępnych, z częstotliwością określoną przez lekarza SMP, przy czym nie może być ona mniejsza niż wskazana w załączniku nr 1 do Rozporządzenia;

Częstotliwość badań okresowych

*Analiza załącznika nr 1 do Rozporządzenia w sprawie badań lekarskich wskazuje, że najczęściej badania okresowe są przeprowadzane **co 2-4 lata**.*

Tabela 13. Częstotliwość badań okresowych.

- **badania kontrolne** – badania te przeprowadza się w celu ustalenia zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku, w przypadku niezdolności pracownika do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą.

⁴⁸ Aktualnie Rozporządzenie w sprawie badań lekarskich identyfikuje 91 czynników.



Lekarz przeprowadzający profilaktyczne badanie na potrzeby medycyny pracy, ma prawo rozszerzyć zakres wykonanych badań, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania, jeżeli stwierdzi że jest to konieczne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia pracownika⁴⁹. Zatem już obecnie jest teoretycznie możliwe, aby wzmocnić funkcję profilaktyczną i nakierować ją na zapobieganie konkretnym chorobom cywilizacyjnym, **jednak wymaga to każdorazowej osobnej decyzji lekarza SMP.**

Ograniczeniem – z perspektywy profilaktyki chorób cywilizacyjnych – jest także ściśle ukierunkowanie badań na cel w postaci **wydania orzeczenia lekarskiego o braku lub o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia pracy**. Ich celem nie jest podjęcie dalszej diagnostyki czy leczenia. Co więcej, zakres i częstotliwość badań uzależnione są od konkretnych czynników szkodliwych lub uciążliwych dla zdrowia pracownika. W konsekwencji osoba pracująca na stanowisku pracy mającym do czynienia z danymi czynnikami szkodliwymi lub uciążliwymi jest badana jedynie w relatywnie wąskim zakresie wynikającym z ww. rozporządzenia.

Już obecnie w systemie medycyny pracy zlecane bywają badania należące do pakietu badań rekomendowanych przez autorów Raportu. Są one jednak wykonywane jedynie w przypadku występowania czynników narażenia określonych w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia w sprawie badań lekarskich.

Przykładowe badania laboratoryjne w ramach SMP, przydatne w profilaktyce wybranych chorób cywilizacyjnych

Badanie poziomu cholesterolu we krwi przeprowadzane jest w przypadku narażenia na czynnik fizyczny w postaci węgla dwusiarczku oraz w przypadku „niekorzystnych czynników psychospołecznych” .

Podobnie w przypadku badania poziomu cukru we krwi, które jest wykonywane w przypadku narażenia na czynnik fizyczny w postaci węgla dwusiarczku oraz na czynniki toksyczne w postaci związków kwasu dwuchlorofenoksyoctowego (np. dichlorprop, mekoprop), jak również u wszystkich kierujących pojazdami.

Tabela 14. Przykładowe badania laboratoryjne w ramach SMP, przydatne w profilaktyce wybranych chorób cywilizacyjnych.

1.2. POSTULOWANE ZMIANY

Mając na uwadze potencjał profilaktyczno-diagnostyczny SMP oraz problemy z prowadzeniem efektywnej profilaktyki chorób cywilizacyjnych w POZ, zasadnym jest przeniesienie istotnej części zadań w tym zakresie z POZ do SMP.

W praktyce oznaczałoby to objęcie pracowników oraz pozostałych grup podlegających badaniom SMP dodatkowymi badaniami laboratoryjnymi, niesłużącymi bezpośrednio celom orzecznictwa zawodowego i odrębnie finansowanymi.

⁴⁹ § 2 ust. 2 Rozporządzenia w sprawie badań lekarskich



Z uwagi na istotny cel społeczny, jakim jest walka z chorobami cywilizacyjnymi, w ocenie autorów Raportu zasadnym byłoby wprowadzenie swego rodzaju obligatoryjności badań. Wprowadzenie badań obowiązkowych dla pracownika z pewnością przełożyłoby się na lepsze efekty dla zdrowia publicznego, jednak zrozumiałym jest, że tego rodzaju podejście stałoby w kolizji z zasadą autonomii pacjenta. Alternatywą jest obligatoryjny charakter badań rozumiany jako obowiązek skierowania pracownika przez lekarza SMP na badania w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych (wystawienia zlecenia). Samo podjęcie badań zależałoby od decyzji pacjenta. W takim modelu koszty finansowe wprowadzenia postulowanego rozwiązania byłyby też mniejsze, z uwagi na odpowiednio niższą liczbę wykonywanych badań.

Wprowadzenie obowiązku zlecenia badań w kierunku chorób cywilizacyjnych byłoby niezależne od ustalonych zasad wykonywania funkcji orzeczniczej SMP. Innymi słowy, w zakresie w jakim badania laboratoryjne stanowią już obecnie element wykonywania przez lekarzy SMP funkcji orzeczniczej (czyli w relatywnie niewielkim stopniu), byłyby one nadal wykonywane na dotychczasowych zasadach. Natomiast w zakresie przekraczającym ten wymiar, badania służyłyby profilaktyce wykonywanej jako element całościowej opieki nad pacjentem w ramach systemu służby zdrowia. Zatem ewentualna odmowa skorzystania z prawa do cyklicznego wykonywania badań (poza tymi wynikającymi już obecnie z Rozporządzenia ws. badań lekarskich), nie wpływałaby na decyzje dotyczące oceny zdolności do pracy.

Niezbędna byłaby zmiana Ustawy polegająca na wprowadzeniu dodatkowego zadania SMP w postaci prowadzenia profilaktyki wskazanych chorób cywilizacyjnych, nie tylko „chorób bezpośrednio lub pośrednio związanych z wykonywaną pracą”. Konieczne byłoby przede wszystkim rozszerzenie definicji profilaktycznej opieki zdrowotnej⁵⁰ oraz form jej realizacji.

Częstotliwość badań okresowych była w ostatnim czasie przedmiotem pogłębionej analizy Zespołu przy Ministerstwie Zdrowia. Wynikiem prac Zespołu była kompleksowa propozycja zmian w Rozporządzeniu w sprawie badań lekarskich⁵¹. Autorzy Raportu pragną podkreślić, że propozycja wprowadzenia cyklicznych badań laboratoryjnych w kierunku chorób cywilizacyjnych nie koliduje ani z ustaloną obecnie częstotliwością badań, ani z postulowanymi zmianami w tym zakresie. Badania laboratoryjne w kierunku chorób cywilizacyjnych byłyby zlecane niejako przy okazji wizyty pracownika w jednostce SMP i równoległe do wykonywania funkcji orzecznich.

Co do częstotliwości wykonywania rekomendowanego zestawu badań laboratoryjnych, wydaje się, że zasadnym byłoby wprowadzenie możliwości ich wykonania (a tym samym obowiązku ich zlecenia przez lekarza SMP) w określonym cyklu czasowym, np. co 2 lata⁵².

⁵⁰ Art. 4 pkt 1 Ustawy.

⁵¹ *Raport z działań dotyczących propozycji zmian legislacyjnych w zakresie opracowania nowej koncepcji dla systemu ochrony zdrowia pracujących*, Łódź, 31 grudnia 2016 r.

⁵² W tym zakresie należałoby mieć na uwadze rekomendacje towarzystw naukowych, jak również konsultantów krajowych w danych dziedzinach medycyny.



W przypadku pracowników podlegających badaniom okresowym w odstępach 2-letnich, wykonanie rekomendowanego panelu badań laboratoryjnych mogłoby nastąpić przy okazji badań wstępnych, a następnie powtarzane przy okazji badań okresowych.

W przypadku pracowników podlegających badaniom okresowym rzadziej niż co 2 lata, wykonanie badań laboratoryjnych następowałoby również przy okazji badań wstępnych, zaś skorzystanie z nich po raz kolejny byłoby możliwe po upływie 2 lat od ich ostatniego wykonania. Utrzymanie takiej częstotliwości badań laboratoryjnych wymagałoby aktywnej roli jednostek SMP w informowaniu i zachęcaniu pracowników do skorzystania z tych badań.

W przypadku osób zmieniających pracę, które skorzystały z możliwości poddania się badaniom laboratoryjnym w kierunku chorób cywilizacyjnych w ostatnich 2 latach przed zmianą pracy, ich wykonanie w ramach badań wstępnych u nowego pracodawcy nie byłoby konieczne. Zastosowanie znalazłaby w takim przypadku ogólna zasada – prawa do wykonania pakietu badań raz na 2 lata.

Warto podkreślić, że znaczna część z zaproponowanych badań występuje aktualnie w Rozporządzeniu w sprawie badań lekarskich⁵³, tyle że są one rozproszone pomiędzy różne rodzaje wykonywanej pracy. W konsekwencji, rozszerzenie listy badań o wskazane badania dotyczące chorób cywilizacyjnych⁵⁴, i ich upowszechnienie u wszystkich osób objętych opieką SMP, będzie stanowiło naturalną ewolucję, a nie rewolucję dla jednostek SMP i pracujących tam profesjonalistów medycznych.

Naturalną konsekwencją rozszerzenia zakresu obowiązkowych badań diagnostycznych powinno być rozszerzenie istniejącej już dziś kompetencji SMP do prowadzenia czynnego poradnictwa⁵⁵. Zakres poradnictwa musiałby jednak ulec wyraźnemu rozszerzeniu o wskazane choroby cywilizacyjne, bez konieczności ich powiązania z wykonywaną pracą.

Poradnictwo w powyższym zakresie mogłoby polegać na:

- analizie wyników badań laboratoryjnych,
- udzieleniu wstępnej porady dotyczącej zdiagnozowanej choroby lub wskaźnika ryzyka,
- nawiązaniu kontaktu z lekarzem POZ odpowiedzialnym za opiekę zdrowotną nad danym pacjentem,
- podstawowej edukacji zdrowotnej dotyczącej zasad zdrowego stylu życia,
- wskazaniu modyfikowalnych czynników ryzyka choroby,
- poinformowaniu o możliwych powikłaniach w przypadku niepodjęcia leczenia,

⁵³ Przedmiotowe rozporządzenie przewiduje – w zależności od czynnika szkodliwości lub uciążliwości – m.in. następujące badania: poziom cholesterolu i trójglicerydów we krwi, badania czynności wątroby, stężenie kreatyniny w surowicy, badanie ogólne moczu, morfologia krwi z rozmazem oraz poziom cukru we krwi.

⁵⁴ W tym zakresie należałoby mieć na uwadze rekomendacje towarzystw naukowych, jak również konsultantów krajowych w danych dziedzinach medycyny.

⁵⁵ Zgodnie z Ustawą SMP już teraz ma obowiązek prowadzenia czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą. Art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. e Ustawy.



- przybliżeniu zasad kontrolowania parametrów choroby⁵⁶
- odpowiednio do zdiagnozowanej choroby lub wskaźnika ryzyka.

Takie działanie stanowiłoby zaspokojenie potrzeby bieżącej informacji pacjenta, który następnie skierowany do POZ prowadziłby tam dalszą terapię lub pogłębioną diagnostykę.

Badania, choć niezwiązane bezpośrednio ze sferą orzecznictwa zawodowego, mogłyby być także pomocne w wykonywaniu przez lekarzy medycyny pracy ich podstawowych zadań, dając możliwość pełniejszej oceny stanu zdrowia pracownika i jego szczególnych indywidualnych potrzeb.

1.3. NIEZBĘDNE ZMIANY PRAWNE

Jak wskazano, konieczna byłaby zmiana definicji profilaktycznej opieki zdrowotnej SMP:

W art. 4 ustawy o służbie medycyny pracy pkt 1 otrzymuje brzmienie:

profilaktycznej opiece zdrowotnej - należy przez to rozumieć ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy lub związanymi z chorobami cywilizacyjnymi, o których mowa w art. 6 ust. 7,

Niezbędne będzie wprowadzenie upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia przez Ministra Zdrowia, które regulowałoby zakres, częstotliwość i tryb dokumentowania, jak również rodzaje chorób cywilizacyjnych, których poradnictwo i profilaktyka byłby objęte zadaniami SMP:

W art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy po ust. 6 dodaje się ust. 7 o treści:

Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia, zakres, częstotliwość i tryb dokumentowania badań diagnostycznych oraz czynnego poradnictwa, jak również rodzaje chorób cywilizacyjnych, których poradnictwo i profilaktyka objęte są zadaniami służby medycyny pracy.

Ponadto koniecznym działaniem o charakterze legislacyjnym jest bezpośrednia identyfikacja obowiązków SMP w zakresie chorób cywilizacyjnych:

W art 6 ust 1 pkt 2 ustawy o służbie medycyny pracy dodaje się:

- 1) lit. i) o treści:

prowadzenie czynnego poradnictwa w zakresie chorób cywilizacyjnych, o których mowa w art. 6 ust. 7,

⁵⁶ Por. Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych, Medycyna Rodzinna 2017; 20(4) 293 i 295.



2) lit. j) o treści:

wykonywanie badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, umożliwiających profilaktykę i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, o których mowa w art. 6 ust. 7.



2. OBSZAR ZMIAN: FINANSOWANIE BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH W SMP

2.1. OPIS PROBLEMU

W obecnej chwili jedynie pracodawcy ponoszą koszty profilaktyki wykonywanej w ramach SMP. Zgodnie z Ustawą są oni zobowiązani finansować koszty badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, a także koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej ze względu na warunki pracy. Ponadto fakultatywnie mogą finansować także inne świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Są to kwoty na istotnym poziomie, stanowiące znaczne obciążenie polskich pracodawców. Wskazuje się, że same wydatki na badania wstępne i okresowe wynoszą około **0,5 mld złotych** rocznie⁵⁷. Nie ulega wątpliwości, że w obecnej sytuacji pracodawcy nie będą skłonni w jeszcze większym zakresie partycypować w kosztach finansowania SMP.

2.2. POSTULOWANE ZMIANY

Należy podkreślić, że głównym interesariuszem w zakresie przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym są władze publiczne, w tym płatnik publiczny. Wynika to m.in.:

- z obowiązków jakie ciąży na państwie w zakresie zapewnienia gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, w tym profilaktyki⁵⁸,
- oszczędności jakie dla płatnika publicznego przyniesie zmniejszenie liczby hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego chorób przewlekłych⁵⁹.

W konsekwencji, w pełni uzasadnione jest, żeby to Narodowy Fundusz Zdrowia ponosił koszty takiej profilaktyki chorób cywilizacyjnych (tak badań profilaktycznych, jak i czynnego poradnictwa).

Część finansowania diagnostyki profilaktycznej wykonywanej przez SMP mogłaby pochodzić z przekierowania funduszy obecnie przeznaczanych w tym celu na POZ. Byłaby to prosta konsekwencja przeniesienia istotnej części odpowiedzialności za profilaktykę chorób cywilizacyjnych z POZ na SMP (w zakresie pracowników, uczniów, studentów i innych grup podlegających SMP).

Zasadnym byłoby także większe wykorzystanie badań profilaktycznych prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy finansowanych przez samorządy województw. Jest tym bardziej istotne, że niektóre z prowadzonych projektów już teraz, w obecnym stanie prawnym, mogłyby skutecznie realizować profilaktykę wybranych chorób cywilizacyjnych. Pokazuje to jak ważną rolę w systemie profilaktyki zdrowotnej mogą odgrywać jednostki samorządu terytorialnego (w szczególności samorządu województwa).

Dodatkowo należy wziąć pod uwagę możliwość jednorazowego dofinansowania podstawowych jednostek służby medycyny pracy lub współpracujących z nimi laboratoriów diagnostycznych,

⁵⁷ Zob. <https://www.rp.pl/Kadry/303299907-Zmiany-w-badaniach-pracownikow.html>.

⁵⁸ Zob. art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁵⁹ Zob. „Medycyna laboratoryjna w Polsce – efektywność kosztowa”, 20 czerwca 2017 r., Deloitte oraz Izba Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej.



pozwalające im nabyć lub wymienić posiadane wyroby medyczne do diagnostyki in vitro. Realizacja jednorazowego dopływu środków publicznych, mogłaby mieć miejsce na zasadach analogicznych jak dodatkowe nakłady z 2017 r.

W 2017 r. Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Rozwoju i Finansów o zwiększenie wydatków na służbę zdrowia na kwotę ponad 400 mln zł, pochodzących z rezerwy celowej budżetu państwa na 2017 r.⁶⁰

Środki te przeznaczono na zakup aparatury i sprzętu medycznego dla:

- jednostek podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (szpitale kliniczne, szpitale ogólnych, instytutów badawczych, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej i regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa) – I transza,
- szpitali klinicznych i instytutów badawczych w dziedzinach: pediatrii, onkologii i chirurgii dziecięcej oraz neonatologii dla oddziałów III poziomu referencyjnego – II transza.

Tabela 15. Dodatkowe środki na zakup aparatury i sprzętu medycznego w 2017 r.

2.3. NIEZBĘDNE ZMIANY PRAWNE

Mając na uwadze wskazane wyżej rekomendacje, konieczne jest ustawowe zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia do finansowania badań diagnostycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych.

W art. 21 ustawy o służbie medycyny pracy po ust. 3 dodaje się ust. 4 o treści:

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia finansowane są zadania służby medycyny pracy, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 2 lit. i) i j).

W art. 32 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotychczasowa treść zostaje oznaczona jako ust. 1, dodaje się także ust. 2 o treści:

Świadczeniobiorca spełniający kryteria wskazane w art. 5 ust. 1 i 3 ustawy o służbie medycyny pracy ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy.

⁶⁰ Zob. <https://www.gov.pl/zdrowie/dodatkowe-naklady-na-ochrone-zdrowia-w-2017-r>.



3. OBSZAR ZMIAN: WSPÓŁPRACA SŁUŻBY MEDYCZYNY PRACY I PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.1. OPIS PROBLEMU

W ramach wykonywanych zadań na SMP został nałożony obowiązek współpracy m.in. z lekarzami udzielającymi pracującym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Dotkliwym mankamentem we wzajemnym funkcjonowaniu POZ oraz SMP jest brak realnej współpracy w zakresie opieki nad pacjentem pomiędzy tymi dwoma obszarami służby zdrowia.

Pierwszym istotnym problemem są różnice w dokumentacji stosowanej w POZ i SMP.

SMP zobowiązana jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów z dnia 29 lipca 2010 r.. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej prowadzi więc przede wszystkim dokumentację indywidualną pracownika, którą stanowi **karta badania profilaktycznego**. SMP prowadzi także **dokumentację zbiorczą**, którą zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia stanowią m.in. rejestr orzeczeń lekarskich wydanych dla celów Kodeksu pracy czy księga podejrzeń oraz rozpoznań chorób zawodowych.

Poza czynnościami wykonywanymi w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej, SMP prowadzi dokumentację na zasadach ogólnych, określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (dalej „**Ustawa o prawach pacjenta**”).

SMP w praktyce posługuje się przede wszystkim kartą badania profilaktycznego. Zawiera ona szereg informacji o ogólnym stanie zdrowia pracownika. Poza danymi dotyczącymi warunków pracy i chorób związanych z pracą, znajdują się w niej również wiadomości o dolegliwościach pacjenta, przebytych chorobach czy operacjach.

Podmioty udzielające świadczeń w ramach POZ, zobowiązane są natomiast prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w art. 24 Ustawy o prawach pacjenta. Szczegółowe zasady prowadzenia, przechowywania i przetwarzania dokumentacji medycznej określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r. Dokumentacja indywidualna pacjenta prowadzona w tym trybie, w porównaniu do karty badania profilaktycznego, cechuje się innym ujęciem informacji. Zawiera w szczególności dane określone w § 10 przywołanego rozporządzenia, w tym m.in. opis udzielonych świadczeń, rozpoznanie choroby, zalecenia oraz informacje o przepisanych lekach wraz z dawkowaniem.

Poza różnicami w prowadzonej dokumentacji, brak realnej współpracy pomiędzy POZ a SMP wynika również z braku jej wzajemnego udostępniania.

Istotne jest, że przepisy prawa nie zabraniają współpracy pomiędzy obydwojema podmiotami w procesie sprawowania opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie, zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt. 2 Ustawy,



SMP wykonując swoje działania, powinna współdziałać z lekarzami udzielającymi pracującym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Wzajemnego wglądu do akt nie zabrania też Ustawa o prawach pacjenta. Na mocy art. 26 ust. 3 pkt. 1 Ustawy o prawach pacjenta, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają prawo udostępniać pomiędzy sobą dokumentację medyczną pacjenta, o ile jest ona niezbędna do zapewnienia świadczeń zdrowotnych.

Mając powyższe na uwadze, należy uznać, że brak wymiany informacji pomiędzy POZ a SMP wynika raczej z praktycznych zaniechań niż z ograniczeń prawnych. Wpływ na ten stan może mieć m.in. brak spójnej regulacji polityki zdrowotnej państwa w zakresie profilaktyki, czy odmiennosc źródeł finansowania POZ i SMP (a w konsekwencji brak ośrodka, który wymuszałyby większą współpracę w celu zwiększenia efektywności wydatkowania środków publicznych). Polityka dotycząca opieki koordynowanej również wydaje się nie uwzględniać współpracy z SMP.

Wydaje się, że podjęcie aktywnej współpracy w tym zakresie mogłoby przynieść wymierne korzyści w procesie leczenia. Dotyczy to choćby karty badania profilaktycznego, zawierającej rozległy zakres informacji o pacjencie. Jej udostępnienie lekarzom POZ mogłoby znacząco skrócić i uprościć postępowanie diagnostyczne⁶¹.

Opisany brak współpracy wywołuje szereg negatywnych konsekwencji zarówno dla pacjenta, jak i systemu opieki nad nim. Wskazuje się m.in., że:

- pacjent, nieposiadający wiedzy medycznej, zostaje często obarczony przekazywaniem informacji pomiędzy profesjonalistami medycznymi, stając się jej przekaźnikiem⁶². Z oczywistych względów może to powodować zniekształcenie informacji i doprowadzić do wadliwego lub niepotrzebnego postępowania na dalszym etapie leczenia,
- brak wzajemnego dostępu do całościowej dokumentacji medycznej pacjenta przez POZ i SMP, znacząco utrudnia wdrożenie właściwego leczenia, a także proces orzekania w przypadku wystąpienia choroby zawodowej⁶³,
- brak komunikacji pomiędzy POZ a SMP może również powodować powielanie wykonanych badań, co skutkuje nieracjonalnym zwiększeniem przeznaczanych na nie nakładów finansowych.

3.2. POSTULOWANE ZMIANY

Kluczowym dla sukcesu profilaktyki chorób cywilizacyjnych opartej na badaniach diagnostycznych prowadzonej w ramach SMP jest efektywna współpraca z POZ.

⁶¹ Por. *Raport z działań dotyczących propozycji zmian legislacyjnych w zakresie opracowania nowej koncepcji dla systemu ochrony zdrowia pracujących*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2016, s. 28.

⁶² *Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych*, *Medycyna Rodzinna* 2017; 20(4), s. 292.

⁶³ *Raport z działań dotyczących propozycji zmian legislacyjnych w zakresie opracowania nowej koncepcji dla systemu ochrony zdrowia pracujących*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2016, s. 28.



- **Podział odpowiedzialności pomiędzy POZ a SMP**

Fundamentem współpracy byłby podział odpowiedzialności za prowadzenie diagnostyki profilaktycznej chorób cywilizacyjnych. SMP przejęłaby odpowiedzialność za prowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku profilaktyki chorób cywilizacyjnych wobec osób podlegających jej właściwości, zaś na POZ spoczywałby nadal obowiązek przeprowadzania laboratoryjnych badań przesiewowych u osób spoza obszaru działalności SMP (czyli przede wszystkim u dzieci i młodzieży, emerytów oraz rencistów).

Jednocześnie nie doszłoby do zmienienia podstawowej roli, jaką pełni POZ w koordynacji opieki zdrowotnej nad pacjentem. Nadal POZ byłaby miejscem prowadzenia dalszej szczegółowej diagnostyki oraz leczenia chorób cywilizacyjnych. W razie ustalenia konieczności leczenia lekarz SMP byłby zobowiązany skierować pacjenta do POZ; nie przewiduje się rozszerzenia funkcji leczniczych w ramach SMP.

- **Wzajemny dostęp do dokumentacji medycznej**

W celu realizacji wyżej wymienionych założeń niezbędne jest obustronne otwarcie dostępu do dokumentacji medycznej SMP i POZ tego samego pacjenta, w szczególności wzajemne udostępnianie wyników badań laboratoryjnych pozyskiwanych w ramach SMP do POZ (w celu ustalenia konieczności rozpoczęcia leczenia), a także przez POZ do SMP (np. w celu ew. wykorzystania wyników badań dla udzielenia zindywidualizowanej porady dot. zachowań prozdrowotnych, mających na celu profilaktykę wybranych chorób cywilizacyjnych).

- **Uniknięcie dublowania badań diagnostycznych**

Włączenie diagnostyki chorób cywilizacyjnych finansowanej przez NFZ będzie wiązało się z koniecznością wdrożenia odpowiedniego kodowania świadczeń przez SMP.

Warto wykorzystać ten obowiązek do wprowadzenia mechanizmów pozwalających ustalić, czy dane procedury lub badania nie są niepotrzebnie dublowane. Nie tylko przyspieszy to udzielenie świadczenia zdrowotnego (brak konieczności oczekiwania na wyniki badań), lecz przyniesie także większą efektywność w wydawaniu środków publicznych finansujących świadczenia zdrowotne.

W szczególności należałoby przyznać lekarzom SMP dostęp do zasobów Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki, funkcjonującego w ramach NFZ, oraz umożliwić im korzystanie z narzędzi SIMP pozwalających na kierowane indywidualnych zaproszeń na badania w ramach postulowanego modelu profilaktyki wybranych chorób cywilizacyjnych w ramach SMP.

- **E-dokumentacja**

Dostępna już Platforma P1 w perspektywie kilku lat powinna ułatwić podmiotom SMP oraz POZ wzajemną wymianę dokumentacji medycznej pacjenta, gdzie na Internetowym Koncie Pacjenta mogłyby być zawarte informacje niezbędne do współpracy między SMP oraz POZ.

Docelowo powinno dążyć się także do utworzenia i udostępnienia upoważnionym podmiotom (w tym SMP, POZ oraz samym pacjentom) rejestru świadczeń medycyny laboratoryjnej w ramach szerokiej platformy e-zdrowie.



▪ Wspólna polityka profilaktyczna

Dla prowadzenie skutecznej, ogólnokrajowej polityki profilaktycznej niezbędna jest także współpraca obejmująca nie tylko SMP i POZ, lecz także jednostki samorządu terytorialnego, Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz Ministerstwo Zdrowia. Współpraca powinna obejmować skoordynowane działania na rzecz poprawy społecznej świadomości poddawania się badaniom profilaktycznym – przede wszystkim poprzez prowadzenie odpowiednich akcji profilaktycznych i edukacyjnych. Działania te w perspektywie czasowej doprowadzą do zwiększonej wykonywalności obecnie funkcjonujących programów profilaktycznych w ramach NFZ tj. ChUK czy badań cytologicznych u kobiet.

3.3. NIEZBĘDNE ZMIANY PRAWNE

Najważniejszym elementem usprawnienia współpracy pomiędzy POZ i SMP jest wprowadzenie jednoznacznych przepisów wskazujących na obowiązek wymiany dokumentacji medycznej, w szczególności wyników badań diagnostycznych. W rezultacie niezbędne będzie znowelizowanie tak ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, jak i ustawy o służbie medycyny pracy.

W art. 7 ustawy o służbie medycyny pracy ust. 3 otrzymuje brzmienie:

Współdziałanie z lekarzami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, polega w szczególności na:

- 1) wymianie informacji o stanie zdrowia pracujących objętych ich opieką, zwłaszcza o stanach chorobowych mogących mieć związek z zagrożeniami zawodowymi lub sposobem wykonywania pracy,*
- 2) wymianie dokumentacji medycznej pracujących objętych ich opieką, w zakresie zadań służby medycyny pracy, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 2 lit. i) i j).*

W art. 18 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

1) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, w tym świadczeń, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 2 lit. i) i j) ustawy o służbie medycyny pracy

2) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

pkt 1 - polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, o których mowa w art. 16 ust. 2, podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy oraz wymianie dokumentacji medycznej w zakresie zadań służby medycyny pracy, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 2 lit. i) i j).



Dodatkowo, zasadnym jest dodanie zadania Narodowego Funduszu Zdrowia bezpośrednio dotyczącego prowadzenia koordynowanej przez płatnika publicznego polityki profilaktycznej w zakresie chorób cywilizacyjnych.

W art. 97 ust. 3 po pkt 7 dodaje się pkt 7a o treści:

prowadzenie i koordynowanie profilaktyki chorób cywilizacyjnych, we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia, świadczeniodawcami w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz jednostkami służby medycyny pracy.



IV. POZYTYWNY WPŁYW ROZWOJU PROFILATYKI OPARTEJ NA DIAGNOSTYCE W SMP

Włączenie diagnostyki laboratoryjnej chorób cywilizacyjnych (jako realizacji profilaktyki w oparciu o *Evidence Based Medicine*) do SMP przyniesie wymierne, pozytywne efekty dla pacjentów, pracodawców oraz budżetu państwa.

▪ Pacjenci

Proponowane zmiany doprowadzą do sytuacji, w której ok. 40 % populacji (blisko 15 mln obywateli i to tych najbardziej narażonych na choroby cywilizacyjne), uzyska rzeczywisty dostęp do świadczeń medycyny laboratoryjnej związanej z profilaktyką chorób cywilizacyjnych, której wyjściowym elementem byłby badania przesiewowe.

Wynika to tak z zakresu proponowanych badań (podstawowe choroby cywilizacyjne), jak również z profilu pacjenta. Diagnostyką profilaktyczną byłyby objęte przede wszystkim osoby, u których wykrycie choroby lub czynników ryzyka na wczesnym etapie dałoby najlepsze rezultaty (osoby w wieku produkcyjnym, uczniowie, studenci).

Istotnym z punktu widzenia pacjenta jest również fakt, że dostęp do rzeczywistej profilaktyki byłby bezpłatny.

Mając na uwadze powyższe, obowiązkowe i bezpłatne badania diagnostyczne w zakresie chorób cywilizacyjnych faktycznie przyczynią się do wczesnego wykrywania takich chorób. Tym samym realnie zwiększy się możliwości przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym oraz zapewnienia jak najlepszej opieki dla pacjentów, co jednocześnie wpłynie pozytywnie na wydłużenie długości oraz polepszenie jakości życia Polaków. Dodatkowo przyczyni się to do dłuższego pozostawiania w okresie produkcyjnym, co będzie miało pozytywny wpływ na sytuację finansową Polaków.

▪ Pracodawcy

Realizacja efektywnej diagnostyki wśród pracowników będzie miała pozytywny wpływ także na rynek pracy, a tym samym na pracodawców.

Jest to szczególnie istotne w kontekście zmian demograficznych spowodowanych starzeniem się polskiego społeczeństwa oraz potrzeby utrzymywania dłuższej aktywności zawodowej Polaków.

Nie bez znaczenia są też korzyści płynące z mniejszej absencji pracowników (której koszty obok państwa ponoszą także pracodawcy) oraz strat związanych ze spadkiem efektywności pracy osób chorych na choroby cywilizacyjne.

Absencja chorobowa pracownika – przykład cukrzycy

„33. W 2012 r. liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym przynajmniej raz w ciągu roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu cukrzycy insulinozależnej, wyniosła 9,8 tys., przeciętna absencja chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na osobę wyniosła **32,44 dni**.

34. Z tytułu cukrzycy insulinoniezależnej liczba osób, którym przynajmniej raz w



*ciągu 2012 roku wystawiono zaświadczenie lekarskie, wyniosła 18,7 tys. osób, przeciętna absencja chorobowa skumulowana wyniosła **29,72 dnia**.*⁶⁴

*Należy podkreślić, że powyższy koszt ponoszą przede wszystkim pracodawcy, którzy są zobowiązani do wypłacania pracownikowi niezdolnemu do pracy z powodu choroby wynagrodzenia za okres niezdolności do pracy trwającej łącznie **do 33 dni** w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50. rok życia - za okres niezdolności do pracy trwającej łącznie **do 14 dni** w ciągu roku kalendarzowego.*

Tabela 16. Absencja chorobowa pracownika – przykład cukrzycy.

▪ Budżet państwa

Beneficjentem proponowanych rozwiązań byłby także budżet państwa.

Podstawową zaletą wprowadzenia szerokiej diagnostyki profilaktycznej chorób cywilizacyjnych do SMP byłoby zmniejszenie wydatków przeznaczanych na medycynę naprawczą, które wynikają z późno wykrywalnych chorób cywilizacyjnych (przede wszystkim kosztowna hospitalizacja pacjentów). Potencjalne zmniejszenie ilości lub długości leczenia szpitalnego dałoby realną możliwość na usprawnienie zarządzania szpitalami oraz poprawę ich kondycji finansowej.

Co więcej, wzmocnienie profilaktyki w ramach SMP przyczyniłoby się do efektywnego wykorzystania obecnych środków przeznaczanych na służbę zdrowia dzięki stopniowemu przesuwaniu funduszy z medycyny naprawczej na medycynę profilaktyczną.

Zyski dla budżetu państwa miałyby także charakter pośredni. Większa ilość zdrowych pracowników wpływa pozytywnie na sytuację makroekonomiczną kraju. Zdrowi pracownicy, w dobie coraz większych niedoborów kadrowych w polskiej gospodarce przyczyniliby się w istotny sposób do wzrostu gospodarczego Polski.

Kolejnym walorem (o charakterze organizacyjno-finansowym) związanym już bezpośrednio z funkcjonowaniem służby zdrowia byłoby efektywne wykorzystanie potencjału kadr SMP dla dobra całego systemu opieki zdrowotnej. W dobie deficytu lekarzy, włączenie do systemu profilaktyki chorób cywilizacyjnych lekarzy SMP – osób odpowiednio wykwalifikowanych do prowadzenia profilaktyki – stanowiłoby cenne uzupełnienie pozyskiwania kadr wśród osób wchodzących na rynek pracy i pracowników z zagranicy.

Włączenie profilaktyki chorób cywilizacyjnych do SMP i raportowanie danych z nią związanych stanowiłoby także nieocenione źródło danych statystycznych. W perspektywie kilku lat istniałaby możliwość zbudowania bazy danych świadczeń z zakresu medycyny laboratoryjnej. Wyniki analiz zawartych tam informacji wspomogłyby szacowanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych Polaków w ramach EBM, a w konsekwencji byłyby pomocne do kształtowania polityki zdrowotnej kraju (i wydatków z tym związanych).

⁶⁴ Zob. „Cukrzyca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych” raport badawczy Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie 2014 r.



* * *