



DLG.050.35.2024.MGL  
Warszawa, 06 sierpnia 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,  
w odpowiedzi na interpelację nr 3270 złożoną przez Pana Fryderyka Kapinosa Posta na Sejm RP i grupę Posłów na Sejm RP w sprawie opieki koordynowanej i KOS- zawał, uprzejmie informuję.

Ad. 1

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz.146) świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Jednocześnie, zgodnie z art. 19 ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku stanu nagłego, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

Uwzględniając powyższe, także świadczeniobiorcy wymagający leczenia z powodu zawału mięśnia sercowego mają zapewniony dostęp do leczenia na wszystkich etapach choroby, począwszy od leczenia ostrej fazy choroby, przez opiekę następującą po ostrym okresie choroby, włącznie z rehabilitacją kardiologiczną i leczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na zasadach ogólnych, a także leczenia szpitalnego na zasadach określonych odrębnie.

Zgodnie z Wykazem świadczeń opieki koordynowanej oraz warunkami ich realizacji, stanowiącym załącznik nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r., poz. 1427 z późn. zm.), świadczenia lekarza POZ obejmują opiekę koordynowaną, która jest realizowana w zakresie związanym m.in. z diagnostyką i leczeniem nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków.

Jak wynika z opinii przekazanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wdrożenie od 1 października 2022 r. w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nowego zakresu, jakim są świadczenia opieki koordynowanej, stanowiło właściwy krok w kierunku poprawy dostępności i jakości udzielanych świadczeń opieki medycznej dla pacjentów z chorobami przewlekłymi. Niemniej jednak, jak wskazuje Fundusz, wprowadzenie nowego modelu realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej wymaga od podmiotów leczniczych wdrożenia nowych standardów organizacyjnych i medycznych, które prowadzą do integracji i koordynacji etapów opieki nad pacjentem, w tym profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia. Specyfika opieki koordynowanej polega na tym, że lekarz POZ uzgadnia wraz z pacjentem Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM), który to uwzględnia nie tylko niezbędne badania diagnostyczne, ale również konsultacje z lekarzami specjalistami, dietetyczne oraz porady edukacyjne. Nowy typ porady jaką jest porada kompleksowa jest jednocześnie poradą podsumowującą osiągnięte efekty leczenia, podczas której następuje także weryfikacja przestrzegania przez świadczeniobiorców zaleceń terapeutycznych.

W związku z powyższym zmiana organizacji działania podmiotu leczniczego w opiece koordynowanej, wymaga od osób zarządzających jak i personelu placówki odpowiedniego przygotowania, ale przede wszystkim akceptacji wdrożonych zmian. Z tego też względu, termin wdrożenia opieki koordynowanej w poszczególnych podmiotach POZ pozostaje w gestii osób zarządzających danym podmiotem leczniczym. Warto zaznaczyć, że po 1,5 roku od wdrożenia opieki koordynowanej w POZ już ponad 35% tj. 2 146 placówek przystąpiło do jej realizacji. Ta liczba z miesiąca na miesiąc wzrasta. Oddziały Wojewódzkie NFZ wprowadzając opiekę koordynowaną prowadziły liczne spotkania informacyjne dla świadczeniodawców, których celem było zachęcenie poszczególnych podmiotów do realizacji świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.

Ponadto, należy zauważyć, że obecnie dzięki wsparciu europejskiego funduszu inwestycyjnego w obszarze zdrowia – program FENIKS, podmioty lecznicze realizujące umowy w ramach POZ, a w szczególności te wykonujące świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, będą mogły skorzystać z grantów na doposażenie swoich podmiotów, co dodatkowo powinno wpłynąć na zapewnienie odpowiedniej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń w ramach POZ.

Mając powyższe na uwadze, uprzejmie informuję, że na chwilę obecną precyzyjne określenie terminu objęcia wszystkich pacjentów opieką koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej nie jest możliwe. Z doświadczeń innych krajów wdrażających podobne rozwiązania wynika, że proces całkowitego wdrożenia opieki koordynowanej może potrwać nawet do pięciu lat i w takiej też perspektywie należy spodziewać się znaczących efektów poprawy standardów opieki realizowanej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w osiąganiu korzystnych trendów w poprawie jakości życia i stanu zdrowia świadczeniobiorców, z uwzględnieniem zmian demograficznych. Podsumowując, należy wskazać, że koordynowana i kompleksowa opieka ma na celu optymalizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, tak aby świadczeniobiorca otrzymał potrzebne mu świadczenia w określonym czasie i optymalnym standardzie zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

## Ad. 2

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r., poz. 870 z późn.zm.), w szczególności na podstawie lp. 36 Opieka kompleksowa po zawale

mięśnia sercowego załącznika nr 4 do niniejszego rozporządzenia, określone zostały minimalne dodatkowe warunki jakie powinni spełniać świadczeniodawcy chcący realizować to świadczenie. Do świadczenia kwalifikowani są świadczeniobiorcy z następującymi rozpoznaniem:

- 1) I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej;
- 2) I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej;
- 3) I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji;
- 4) I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu;
- 5) I21.4 Ostry zawał serca podwosierdziowy;
- 6) I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony;
- 7) I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej;
- 8) I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej;
- 9) I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu.

Zgodnie z obowiązującą organizacją udzielania świadczenia, koordynacja wszystkich działań związanych z opieką nad pacjentem trwa w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca. W ramach koordynacji opieki kompleksowej świadczeniodawca zapewnia przeprowadzenie procesu terapeutycznego zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta wynikającymi z ustalonego planu leczenia, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej. Przy wypisie ze szpitala w trakcie hospitalizacji z powodu zawału serca świadczeniobiorcy otrzymuje Plan leczenia, który zawiera co najmniej informację na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone. Jednocześnie, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta ośrodek koordynujący realizację świadczenia, dokonuje zmiany planu leczenia pacjenta. Wykonanie planu leczenia nadzoruje koordynator, który w szczególności: ustala terminy spotkań, nadzoruje prowadzenie dokumentacji oraz czuwa nad formalną jakością całego procesu leczenia.

Jak wynika z informacji uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, należy zauważyć, że Fundusz podejmuje cyklicznie działania mające na celu objęcie opieką koordynowaną w ramach KOS-Zawał jak największej liczby pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Należy wspomnieć, że od 2018 r. kompleksowa opieka KOS-Zawał jest jednym z priorytetów Funduszu w kontraktowaniu umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, a liczba zawieranych umów stale wzrasta – wg. danych aktualnych na 23 lipca 2024 r. zostało podpisanych 112 umów na realizację KOS-Zawał, a dla porównania w 2023 r. było to 103 umowy. Niewątpliwie istotnym problemem dla świadczeniodawców, uniemożliwiającym im zawarcie umowy na realizację KOS-Zawał jest zapewnienie potencjału do realizacji świadczeń w zakresie wczesnej rehabilitacji kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego. Z tego też względu świadczeniodawcy decydują się na realizację świadczeń w tym zakresie na zasadach ogólnych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Jerzy Szafranowicz  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/