



OKUK.050.2.2024.KR
Warszawa, 21 grudnia 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Dotyczy: odpowiedź na interpelację Pana Posła Fryderyka Kapinosa i grupy posłów w sprawie projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 6607 Pana Posła Fryderyka Sylwestra Kapinosa i grupy posłów w sprawie projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, proszę o przyjęcie poniższych odpowiedzi.

- 1. **Wymogi kwalifikacyjne dla Ośrodków Koordynujących I poziomu (OK I)** – Projekt ustawy zakłada, że placówki kwalifikowane na pierwszy poziom muszą posiadać między innymi umowę z NFZ na prowadzenie izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego. W Polsce wiele szpitali monoprofiliowych kardiologicznych, które obecnie pełnią kluczową rolę w zabezpieczeniu udzielania świadczeń, posiada izby przyjęć udzielające porad ambulatoryjnych, przyjmujące pacjentów na interwencje planowe i w stanach nagłych z objawami wskazującymi na choroby układu krążenia, lecz nie posiadają umowy z NFZ na ten zakres. Ostatnie konkursy NFZ na izby przyjęć były ogłaszane kilkanaście lat temu, co sprawia, że wymóg posiadania takiej umowy wykluczy wiele placówek z możliwości świadczenia usług w ramach sieci. Może to prowadzić do ograniczenia dostępu do podstawowej opieki kardiologicznej i dalszego obciążenia tych placówek, które spełniają wymogi formalne, lecz nie są w stanie obsłużyć wszystkich potrzebujących pacjentów.*

Obecne zapisy ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), których brzmienie zostało wypracowane po etapie uzgodnień międzyresortowych i konsultacji publicznych zakładają, że strukturę KSK będą tworzyć Ośrodki Kardiologiczne I poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK (OK I), Ośrodki Kardiologiczne II poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK (OK II) oraz Ośrodki Kardiologiczne III poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK (OK III). Ośrodki Kardiologiczne zakwalifikowane do KSK mogą uzyskać status Centrum Doskonałości Kardiologicznej, czyli centrum wyspecjalizowanego

w diagnostyce i leczeniu określonego rodzaju lub grupy jednostek chorobowych z zakresu ChUK.

Podmioty lecznicze, które nie zostaną zakwalifikowane do KSK, a które realizować mogą w ramach umowy zawartej z NFZ świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki kardiologicznej i leczenia kardiologicznego, w tym w szczególności w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, rehabilitacji kardiologicznej albo opieki długoterminowej zostały w ustawie zdefiniowane jako ośrodki współpracujące z KSK. Ośrodki zakwalifikowane do KSK zgodnie z przepisami ustawy współpracować będą z ośrodkami współpracującymi z KSK, w szczególności w zakresie sprawowania i koordynacji opieki kardiologicznej nad świadczeniobiorcą.

KSK zapewni wystandaryzowaną, trzy poziomową strukturę ośrodków kardiologicznych zapewniających opiekę kardiologiczną. Ośrodki Kardiologiczne zakwalifikowane na I poziomie KSK (OK I) zapewnią będą podstawową diagnostykę i leczenie kardiologiczne. Ośrodki Kardiologiczne zakwalifikowane na II poziomie KSK (OK II) zapewnią będą i kompleksową diagnostykę kardiologiczną oraz leczenie kardiologiczne, w tym z zakresu kardiologii inwazyjnej. Najszerszy zakres świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki i leczenia ChUK realizować będą Ośrodki Kardiologiczne zakwalifikowane na III poziomie KSK (OK III). Poza zakresem świadczeń właściwym dla OK II, OK III realizować będą także świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii oraz elektrofizjologii.

Wszystkie Ośrodki Kardiologiczne zakwalifikowane do KSK zobowiązane będą do realizacji opieki kardiologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami (wspólnymi dla KSK „ścieżkami pacjenta” w opiece kardiologicznej) oraz współpracy w ramach KSK i z ośrodkami współpracującymi. Ośrodki Kardiologiczne II i III poziomu KSK zobowiązane będą także do koordynacji opieki kardiologicznej oraz zapewnienia jej ciągłości, w tym zapewnienia pacjentom dostępu do rehabilitacji kardiologicznej.

Przynależność Ośrodków Kardiologicznych do poziomu II i III KSK (OK II i OK III) wiąże się także z obowiązkiem posiadania zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego oraz zapewnienia dostępu w lokalizacji podmiotu leczniczego do pracowni hemodynamiki lub radiologii zabiegowej (a w przypadku OK III także do pracowni elektrofizjologii). Powyższy wymóg pozwolić ma na poszerzenie dostępu pacjentów z ChUK do izb przyjęć ośrodków, które zapewniają kompleksową diagnostykę i leczenie kardiologiczne (zachowawcze i inwazyjne) w lokalizacji danego zakładu leczniczego. Powyższy wymóg przełoży się ponadto na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów z zawałem serca (STEMI, NSTEMI) na leczenie inwazyjne. Pacjenci zgłaszając się na izbę przyjęć lub SOR Ośrodka Kardiologicznego OK II lub OK III będą mieli pewność, że ośrodek ten w lokalizacji zapewnia leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii realizowane w pracowni hemodynamiki lub radiologii zabiegowej, bez konieczności transportu do innego ośrodka. W przypadku transportu pacjentów z zawałem serca z domu lub z IP/SOR innego podmiotu leczniczego, pacjenci będą mogli być kierowani bezpośrednio do pracowni hemodynamiki.

Ustawa o KSK wprowadzając dla ośrodków OK II oraz OK III wymóg posiadania umowy z NFZ na świadczenia zdrowotne udzielane na izbie przyjęć lub SOR nie zwiększy istotnie wydatków NFZ. Ośrodki wieloprofilowe, które posiadają oddział o profilu kardiologia w większości posiadają umowy z NFZ także na izbę przyjęć lub SOR. Ewentualne poszerzenie działalności o izbę przyjęć dotyczyć będzie głównie szpitali mono profilowych.

Podkreślić należy, że wejście ustawy o KSK w życie nie ograniczy dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej. W ramach pierwszej kwalifikacji do KSK włączone zostaną (na poziom OK II i OK III) także te ośrodki, które nie spełniają wymogu posiadania umowy z NFZ na świadczenia zdrowotne udzielane na izbie przyjęć lub SOR. W projekcie ustawy przewidziano bowiem 3-letni okres przejściowy dla powyższego wymogu. Ośrodki Kardiologiczne zakwalifikowane na poziom II lub III będą miały odpowiedni czas na przeprowadzenie zmian organizacyjnych mających na celu poszerzenie prowadzonej działalności o IP lub SOR i zakontraktowanie nowego zakresu świadczeń z NFZ.

2. *Wymogi kwalifikacyjne dla Ośrodków Koordynujących II poziomu (OK II) – Projekt ustawy przewiduje, że placówki kwalifikowane na drugi poziom muszą posiadać m.in. oddział kardiologii, co ogranicza znaczną liczbę ośrodków kardiologicznych do kwalifikacji na II poziom. Zważywszy, iż dla OKII jest wymóg posiadania pracowni elektrofizjologii można domniemywać, że zabiegi z zakresu elektrofizjologii i elektroterapii wykonywane w tej pracowni będą zarezerwowane dla jedynie około 30 placówek, które posiadają oddział kardiologii, co oznacza, że dostęp do leczenia specjalistycznego, takiego jak elektrofizjologia czy elektroterapia, będzie ograniczony do nielicznych ośrodków, co stanowi poważne ograniczenie w porównaniu do obecnego stanu, w którym świadczenia te są dostępne w niemal wszystkich oddziałach kardiologii.*

Obecny projekt ustawy o KSK wprowadza zapisy, że po upływie 3-letniego okresu przejściowego do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu elektrofizjologii, elektroterapii i kardiologii interwencyjnej uprawnione będą wyłącznie podmioty lecznicze, które zakwalifikowane zostaną na poziom OK II (szacowane ok. 100 ośrodków) lub OK III (ok. 35 ośrodków). Przepisy projektowanej ustawy nie ograniczą więc dostępu pacjentom do leczenia specjalistycznego w zakresie powyższych zabiegów. W przypadku kardiologii interwencyjnej wyjątkiem dla tego ograniczenia będzie stan nagły.

3. *Możliwe ograniczenie dostępu do usług dla mniejszych powiatów – Wprowadzenie wymogów, które wiele ośrodków kardiologicznych nie spełnia na dzień dzisiejszy, zgodnie z Ustawą wyklucza je z Krajowej Sieci Kardiologicznej, co może doprowadzić do zamknięcia oddziałów kardiologicznych w mniejszych powiatach i tym samym, wykluczenia tych regionów z dostępu do świadczeń. W konsekwencji może to przyczynić się do wzrostu śmiertelności pacjentów oraz zmniejszenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w mniejszych miejscowościach.*

Jak wspomniano powyżej, w odpowiedzi na pkt 1, mniejsze ośrodki kardiologiczne, które nie spełnią wymogów dla OK II lub OK III nie zostaną wykluczone z KSK tylko zostaną zakwalifikowane na I poziom zabezpieczania opieki kardiologicznej KSK (OK I). Zgodnie ze zmodyfikowanymi zapisami projektu ustawy o KSK, OK I udziela w ramach zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeń dotyczących opieki kardiologicznej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

Powyższe umożliwi zakwalifikowanie do sieci mniejszych ośrodków, które realizują świadczenia kardiologiczne np. w ramach poradni/oddziału chorób wewnętrznych czy poradni/oddziału geriatrycznego.

4. *Wymóg dodatkowych izb przyjęć dla kardiologii – Projekt ustawy wprowadza obowiązek posiadania umowy na izbę przyjęć przy ośrodkach kardiologicznych. Takie rozwiązanie generuje dodatkowe koszty dla systemu ochrony zdrowia, które w obecnej*

sytuacji mogą okazać się zbędne. Pacjenci z zawałem serca, którzy wymagają natychmiastowej interwencji, zwykle trafiają do szpitala transportem medycznym, w związku z czym kierowani są bezpośrednio do oddziałów intensywnej terapii lub pracowni hemodynamiki, które są niezbędne do natychmiastowego ratowania ich zdrowia i życia. Wprowadzenie nowego obowiązku tworzenia dodatkowych izb przyjęć dla pacjentów kardiologicznych może doprowadzić do marnotrawienia środków finansowych oraz niepotrzebnego zamieszania organizacyjnego. Nowe izby przyjęć, które nie są częścią struktur oddziałów ratunkowych, nie przyczynią się do poprawy jakości opieki i dostępności dla pacjentów kardiologicznych, a jedynie spowodują dodatkowe wydatki oraz mogą skomplikować proces organizacji opieki dla pacjentów z innymi dolegliwościami przychodzących bez skierowania.

Przynależność Ośrodków Kardiologicznych do poziomu II i III KSK (OK II i OK III) wiąże się z obowiązkiem posiadania zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego oraz zapewnienia dostępu w lokalizacji podmiotu leczniczego do pracowni hemodynamiki lub radiologii zabiegowej (a w przypadku OK III także do pracowni elektrofizjologii). Powyższy wymóg pozwolić ma na poszerzenie dostępu pacjentów z ChUK do izb przyjęć ośrodków, które zapewniają kompleksową diagnostykę i leczenie kardiologiczne (zachowawcze i inwazyjne) w lokalizacji danego zakładu leczniczego. Powyższy wymóg przełoży się ponadto na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów z zawałem serca (STEMI, NSTEMI) na leczenie inwazyjne. Pacjenci zgłaszając się na izbę przyjęć lub SOR Ośrodka Kardiologicznego OK II lub OK III będą mieli pewność, że ośrodek ten w lokalizacji zapewnia leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii realizowane w pracowni hemodynamiki lub radiologii zabiegowej, bez konieczności transportu do innego ośrodka. W przypadku transportu pacjentów z zawałem serca z domu lub z IP/SOR innego podmiotu leczniczego, pacjenci będą mogli być kierowani bezpośrednio do pracowni hemodynamiki.

5. ***Brak jasnych kryteriów kwalifikacji i niejednoznaczne przepisy*** – *Projekt ustawy nie precyzuje szczegółowych kryteriów dotyczących kwalifikacji placówek do Krajowej Sieci Kardiologicznej. Kryteria demograficzne, epidemiologiczne czy związane z mapami potrzeb zdrowotnych powinny być jedynie wspierającymi wytycznymi, a nie podstawą prawną do kwalifikacji lub odrzucania placówek z sieci. Niedoprecyzowane wymogi mogą prowadzić do sytuacji, w której decyzje o kwalifikacji będą nieprzejrzyste i zależne od interpretacji administracyjnej, co w efekcie utrudni pacjentom dostęp do opieki.*

Zgodnie z zapisami w art. 13 ust. 3 projektu ustawy o KSK, szczegółowe kryteria warunkujące przynależność podmiotu leczniczego, w zakresie danego zakładu leczniczego, do danego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, mając na uwadze konieczność zapewnienia kompleksowości opieki kardiologicznej w ramach danego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK oraz rodzaj CDK i szczegółowe kryteria warunkujące przyznanie ośrodkowi kardiologicznemu statusu CDK, zostaną określone przez Ministra Zdrowia w formie aktu wykonawczego, tj. rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej Krajowej Sieci Kardiologicznej. Zgodnie z ustawą szczegółowe kryteria kwalifikacji podmiotów leczniczych (w zakresie ich zakładów leczniczych) do KSK dotyczyć będą precyzyjnych i jasnych kryteriów dot. personelu medycznego, komórek organizacyjnych, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rodzaju udzielanych procedur medycznych.

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