

Informacja w sprawie ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej

Uchwalona w dniu 4 czerwca 2025 r. ustawa o Krajowej Sieci Kardiologicznej określa zasady:

- 1) funkcjonowania Krajowej Sieci Kardiologicznej (dalej także: „KSK”);
- 2) monitorowania jakości opieki kardiologicznej w ramach KSK;
- 3) funkcjonowania Krajowej Rady Kardiologicznej;
- 4) finansowania KSK;
- 5) prowadzenia opieki kardiologicznej na podstawie elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej.

Uchwalona ustawa wprowadza nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką kardiologiczną, które - zgodnie z uzasadnieniem projektodawcy - usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu krążenia.

Podmioty lecznicze spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie utworzą – Krajową Sieć Kardiologiczną. Strukturę KSK będą tworzyć ośrodki kardiologiczne pierwszego, drugiego i trzeciego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, (zwane dalej: OK I, OK II, OK III).

Ośrodki kardiologiczne wykonują działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej, obejmującą opiekę kardiologiczną i spełniają warunki zakwalifikowania podmiotu leczniczego, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego, na dany poziom zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, wskazanych w uchwalonej ustawie. Ośrodki kardiologiczne:

- 1) realizują świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i kluczowymi zaleceniami;
- 2) zapewniają możliwość wzajemnej konsultacji w ramach KSK i konsultacji z ośrodkami współpracującymi, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 3) współpracują ze sobą oraz z ośrodkami współpracującymi, w celu zapewnienia opieki kardiologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami.

OK I udziela świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

OK II udziela świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną łącznie w: poradni kardiologicznej, oddziale o profilu kardiologia, izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, a także udziela świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną lub zapewnia koordynowany dostęp do tych świadczeń realizowanych łącznie w następujących komórkach organizacyjnych: pracowni hemodynamiki lub pracowni radiologii zabiegowej, oddziale rehabilitacji kardiologicznej, zakładzie dziennym albo w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji kardiologicznej.

OK III udziela świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną łącznie w następujących komórkach organizacyjnych: poradni kardiologicznej, oddziale o profilu kardiologia, oddziale o profilu kardiochirurgia, oddziale o profilu anestezjologia i intensywna terapia, izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym oraz udziela świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną w ramach co najmniej jednego z trzech profili: choroby wewnętrzne, chirurgia naczyniowa, neurologia. OK III udziela świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną lub zapewnia koordynowany dostęp do tych świadczeń realizowanych łącznie w następujących komórkach organizacyjnych: pracowni hemodynamiki lub pracowni radiologii zabiegowej, pracowni elektrofizjologii, oddziale rehabilitacji kardiologicznej, zakładzie dziennym albo w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji kardiologicznej.

Do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu elektrofizjologii i elektroterapii są uprawnione wyłącznie OK II i OK III. Do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu kardiologii interwencyjnej są uprawnione wyłącznie OK II i OK III, z wyjątkiem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanach nagłych zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. OK II i OK III: wyznaczają koordynatora opieki kardiologicznej i zapewniają ciągłość opieki kardiologicznej.

Ośrodki kardiologiczne zakwalifikowane, w zakresie danego zakładu leczniczego, do KSK na poziomie OK II i OK III mogą mieć nadany przez Prezesa NFZ status Centrum Doskonałości Kardiologicznej (dalej: CDK; jako wyspecjalizowane w diagnostyce i leczeniu określonego rodzaju lub grupy jednostek chorobowych z zakresu chorób układu krążenia). Niezakwalifikowane do KSK podmioty lecznicze realizujące w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej NFZ, świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, rehabilitacji leczniczej lub opieki długoterminowej, współpracujące z ośrodkami

zakwalifikowanymi do KSK w zakresie realizacji i koordynacji opieki kardiologicznej nad świadczeniobiorcą, będą stanowiły tzw. ośrodki współpracujące.

Monitorowanie jakości opieki kardiologicznej w ramach KSK prowadzić będzie NFZ, we współpracy z ośrodkiem koordynującym KSK – Narodowym Instytutem Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (dalej: ośrodek koordynujący). Ustawa przewiduje szczegółowe zadania ośrodka koordynującego wraz ze wskazaniem corocznie ustalanego ryczału przysługującego za realizację tych zadań (pierwszy ryczałt należny będzie za 2026 r.)

Ustawa przewiduje także utworzenie Krajowej Rady Kardiologicznej (dalej: Rada), która będzie pełniła funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia i Prezesa NFZ.

Kwalifikacja na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK będzie procesem wystandaryzowanym, opartym na kryteriach odnoszących się m.in. do liczby i kwalifikacji personelu medycznego oraz potencjału diagnostyczno-terapeutycznego obejmującego posiadane komórki organizacyjne oraz organizację udzielania świadczeń zapewniającego odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych oraz rodzaju wykonywanych procedur medycznych, a w przypadku CDK, również liczby wykonywanych procedur medycznych lub liczby świadczeniobiorców, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Pierwsza kwalifikacja na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki kardiologicznej zostanie przeprowadzona nie później niż w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, na podstawie kryteriów określonych w ustawie i szczegółowych kryteriów określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie. Kwalifikacji ośrodków kardiologicznych na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK i okresowej weryfikacji spełniania, przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSK, kryteriów warunkujących przynależność do danego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK oraz kryteriów warunkujących przyznanie ośrodkowi kardiologicznemu statusu CDK będzie dokonywał Prezes NFZ, na podstawie danych sprawozdanych do NFZ oraz wprowadzonych do systemu KSK, przez ośrodki kardiologiczne. W przypadku uzasadnionych wątpliwości co do spełniania przez podmiot leczniczy kryteriów warunkujących przynależność do danego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej, Prezes NFZ może wystąpić o opinię do Rady. Weryfikacja spełniania przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do KSK na określony poziom zabezpieczenia opieki kardiologicznej kryteriów warunkujących

przynależność do danego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej oraz kryteriów warunkujących przyznanie ośrodkowi kardiologicznemu statusu CDK będzie dokonywana co 2 lata. Pierwszy wykaz podmiotów zakwalifikowanych do KSK będzie obowiązywać przez okres 3 lat. Weryfikacja osiągnięcia przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do KSK minimalnej i docelowej wartości wskaźników jakości opieki kardiologicznej będzie dokonywana przez Radę co 2 lata począwszy od dnia pierwszego obliczenia wskaźników jakości opieki kardiologicznej, na podstawie: analizy o poziomie jakości opieki kardiologicznej przeprowadzanej przez NFZ, danych sprawozdanych przez ośrodki kardiologiczne do NFZ oraz wprowadzonych do systemu KSK, w tym za pośrednictwem elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej (dalej zwana: „Kartą e-KOK”). Karta e-KOK uprawnia świadczeniobiorcę do opieki kardiologicznej realizowanej przez ośrodki kardiologiczne i ośrodki współpracujące. Jest ona wystawiana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń szpitalnych albo programów zdrowotnych.

W przypadku nieosiągnięcia przez podmiot leczniczy minimalnej wartości wskaźnika jakości opieki kardiologicznej, podmiot będzie zobowiązany do opracowania i wdrożenia planu naprawczego, a następnie poddania się ponownej weryfikacji wskaźników. W przypadku ponownego nieosiągnięcia minimalnej wartości wskaźnika jakości opieki kardiologicznej podmiot będzie wykreślony decyzją Prezesa NFZ z wykazu podmiotów zakwalifikowanych KSK. Podmioty lecznicze wchodzące do KSK będą obowiązane do przekazywania danych do systemu KSK stanowiącego moduł systemu, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia są następstwem powyżej wprowadzanych rozwiązań.

W zmienianych przepisach ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi dotyczących maksymalnego limitu środków przeznaczanych z opłat wnoszonych przez sponsorów badań klinicznych na koszty działalności Naczelnej Komisji Bioetycznej odstąpiono od określania maksymalnego rocznego limitu wydatków na koszty działalności Naczelnej Komisji Bioetycznej związanych z prowadzeniem oceny etycznej badań klinicznych. Wprowadzono także możliwość przeznaczenia części opłaty wnoszonej przez sponsorów badania klinicznego do Agencji Badań Klinicznych na poczet pokrycia kosztów działalności komisji wyznaczonych do oceny etycznej badania klinicznego przez Naczelną Komisję Bioetyczną.

Ustawa zasadniczo wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia za wyjątkami wskazanymi w ustawie.