

STANOWISKO Nr 74/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 4 września 2025 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych
zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania
klinicznego**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego, przekazanym przy piśmie Minister Zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy z dnia 18 sierpnia 2025 r. (znak: OKUK.0210.4.2025.AF) zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

Zastrzeżenia budzi sposób opracowania projektu kluczowych zaleceń. Zgodnie z art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. 2025 poz. 779) w proces opracowywania propozycji kluczowych zaleceń powinny być zaangażowane zarówno Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i Krajowa Rada Kardiologiczna i dopiero na podstawie opracowanych przez te instytucje propozycji Minister Zdrowia powinien przedstawić projekt rozporządzenia w sprawie kluczowych zaleceń. Ustawa wprowadziła nie nakłada na Ministra Zdrowia bezwzględnego obowiązku, aby zlecił przygotowanie kluczowych wytycznych AOTMiT oraz Krajowej Radzie Kardiologicznej, ale to, że w niedawno uchwalonej ustawie o Krajowej Sieci Kardiologicznej przewidziano taki tryb opracowywania kluczowych zaleceń powinno być dla Ministra Zdrowia jednoznaczną rekomendacją. W uzasadnieniu do opiniowanego projektu rozporządzenia brak jest wzmianki o udziale którejkolwiek z powyższych instytucji w procesie przygotowywania projektu kluczowych zaleceń. Waga rozporządzenia w sprawie kluczowych zaleceń jest nie do przecenienia w zakresie deklarowanych przez ustawodawcę celów, jakimi są m.in. poprawa organizacji opieki kardiologicznej, poprawa efektywności diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz podniesienie jakości życia świadczeniobiorców, stąd

sposób ich opracowania również powinien opierać się na najwyższych standardach fachowości merytorycznej przygotowywania tego rodzaju dokumentów.

Niezależnie od zastrzeżeń dotyczących trybu opracowania kluczowych zaleceń, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje załącznik do rozporządzenia uznając, że wymaga on ponownej pogłębionej analizy z udziałem lekarzy zaangażowanych w diagnostykę i opiekę kardiologiczną nad pacjentem. W ocenie samorządu lekarskiego wymagania stawiane w rozporządzeniu nie są dostosowane do obecnej sytuacji i możliwości placówek ochrony zdrowia, liczby dostępnych lekarzy specjalistów z dziedziny kardiologii i możliwości ośrodków kardiologicznych pierwszego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej (dalej: OK I). Wprowadzenie kluczowych zaleceń w zaproponowanym kształcie może jedynie pogłębić chaos w zakresie opieki kardiologicznej.

Odnosnie do części normatywnej rozporządzenia, to w § 1 brakuje wskazania jednostek chorobowych, których dotyczą kluczowe zalecenia. Zgodnie z definicją ustawową „kluczowych zaleceń” zawartą w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, kluczowe zalecenia to zalecenia dotyczące organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego dla jednostek chorobowych chorób układu krążenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określające ścieżkę pacjenta będącą algorytmem postępowania w ramach opieki kardiologicznej, mającą na celu maksymalne zwiększenie efektywności tej opieki oraz ujednolicenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości opieki kardiologicznej. Z tej definicji wynika, że kluczowe zalecenia powinny wskazywać jednostki chorobowe, których dotyczą.

Ponadto samorząd lekarski przypomina, że postępowanie kliniczne jest procesem medycznym opartym o aktualną wiedzę medyczną i nie powinno podlegać regulacji prawnej, chociażby z uwagi na stały postęp w obszarze nauk medycznych. Z tej przyczyny rozporządzenie w sprawie kluczowych zaleceń powinno koncentrować się wyłącznie na standardach organizacyjnych opieki kardiologicznej i standardach organizacji postępowania klinicznego, a nie na ustalaniu wytycznych postępowania medycznego dla ośrodków kardiologicznych.

W załączniku do rozporządzenia w części dot. podstawowej opieki zdrowotnej zastrzeżenia budzi rubryka I.A.1 gdzie w celu identyfikacji czynników ryzyka chorób

układu krążenia albo podejrzenia choroby układu krążenia zaleca się realizację u świadczeniobiorcy świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, zgodnie z warunkami szczegółowymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakres opieki określono tutaj zbyt wąsko – czasami nie wystarczy wykonanie badań objętych „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Zbyt wąskie jest także określenie zakresu zadań podstawowej opieki zdrowotnej w rubryce I.A.2 załącznika do rozporządzenia, gdzie mowa jest wyłącznie o dalszych działaniach POZ dotyczących nieprawidłowości związanych z chorobami układu krążenia po udzieleniu świadczenia „Moje zdrowie”. Towarzyszy temu błędne założenie, że nieprawidłowości związane z chorobami układu krążenia wykrywane są zawsze w toku uprzedniego udzielenia świadczeń w ramach „Moje zdrowie”. Konieczne jest umożliwienie skierowania pacjenta do dalszej ścieżki wskazanej w tej części załącznika do rozporządzenia także z pominięciem elementów „Mojego zdrowia”.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.A.3 powinno się upoważnić lekarza POZ nie tylko do skierowania do dalszej diagnostyki kardiologicznej poprzez wystawienie świadczeniobiorcy elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej („karty e-KOK”), ale także poprzez wydanie skierowania do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kardiologii lub do szpitala. Wprowadzenie e-KOK na poziomie POZ nie jest obecnie dostatecznie przygotowane. Uwagę tę należy rozciągnąć na wszystkie zapisy załącznika, w których posłużono się zwrotem o wystawieniu karty e-KOK, ponieważ zgodnie z art. 57 ust. 1 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, lekarze, o których mowa w art. 39 ust. 2 ustawy, są obowiązani do wystawiania Karty e-KOK od dnia 1 stycznia 2028 r.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.A.4., w której określono zadania lekarza POZ gdy u świadczeniobiorcy, u którego w ramach przeprowadzonej diagnostyki kardiologicznej nie rozpoznano choroby układu krążenia, ale rozpoznano bardzo wysokie ryzyko tej choroby, należy zrezygnować z podawania skali SCORE2 albo SCORE2-OP jako jedynych, które miałyby wskazywać na takie ryzyko. Nawet jednak gdyby miały one pozostać w treści kluczowych zaleceń, to wg aktualnych wytycznych

u chorych z cukrzycą ma zastosowanie skala oceny ryzyka SCORE2-Diabetes, która została pominięta.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.C.2. do wymienionych tam przyczyn, które uprawniają lekarza POZ do konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii w ramach opieki koordynowanej w POZ lub skierowania pacjenta do ośrodka kardiologicznego KSK w celu dalszej diagnostyki kardiologicznej należy dodać jeszcze „*pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego, nowe nieprawidłowości w zapisie EKG*”. Wskazane objawy często są powodem kierowania pacjentów z POZ do specjalisty kardiologa. Chodzi o znaczne pogorszenie kontroli ciśnienia, z którym lekarz POZ nie potrafi sobie poradzić, oraz czasami występujące bezobjawowe zaburzenia rytmu czy też inne patologie ujawnione podczas wykonanego zapisu EKG. Proponuje się natomiast usunięcie z objawów zespołu Morgagniego-Adamsa-Stokesa, jedynie z tej przyczyny, że jest on specyficzną przyczyną omdlenia, która jest dopiero ustalana w trakcie diagnostyki. Proponuje się wobec tego pozostać tylko przy terminach zrozumiałych i raportowanych przez pacjenta takich jak: duszność, ból w klatce piersiowej, omdlenia, odczucia arytmii lub kołatania serca, spadek tolerancji wysiłku fizycznego.

Proponuje się również - z tej samej co powyżej przyczyny – wykreślenie zespołu Morgagniego-Adamsa-Stokesa w rubryce II.C.2 załącznika do rozporządzenia.

W załączniku do rozporządzenia w rubrykach I.B.1. oraz I.B.2. przewiduje się, że dla świadczeniobiorcy, u którego rozpoznano chorobę układu krążenia a realizacja planu leczenia kardiologicznego nie może być przeprowadzona w ramach POZ albo w ramach opieki koordynowanej w POZ, lekarz POZ wystawia kartę e-KOK. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej powinno się upoważnić lekarza POZ nie tylko do skierowania do dalszego leczenia kardiologicznego poprzez wystawienie świadczeniobiorcy elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej („karty e-KOK”), ale także poprzez wydanie skierowania do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kardiologii lub do szpitala.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.C.1. która przewiduje obserwację w POZ dla świadczeniobiorców, których po zakończonym leczeniu kardiologicznym w ośrodku kardiologicznym KSK skierowano do takiej obserwacji, zastrzeżenia budzi narzucony termin częstotliwości wizyt w ramach obserwacji (co najmniej raz na 12 miesięcy).

Wystarczające i zarazem prawidłowe byłoby określenie, że wizyty te mają się odbywać z częstotliwością dostosowaną do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.C.3. nie przewidziano trybu postępowania dla świadczeniodawców, którzy nie realizują opieki koordynowanej w ścieżce kardiologicznej.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.D.1. określającej zasady koordynacji opieki kardiologicznej w KSK przyjęto, że informowanie świadczeniobiorcy o terminach wizyt w ośrodkach kardiologicznych KSK zlokalizowanych najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy jest zadaniem świadczeniodawcy POZ, wydaje się tymczasem, że zadanie to powinno zostać przypisane do koordynatora opieki kardiologicznej. Zgodnie bowiem z art. 6 ust. 1 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, to koordynator opieki kardiologicznej udziela świadczeniobiorcy informacji o organizacji opieki kardiologicznej w ramach KSK oraz koordynuje poszczególne etapy opieki kardiologicznej, zapewniając ciągłość tej opieki.

W rubryce I.D.1 załącznika do rozporządzenia zastrzeżenia budzi także uzależnienie skierowania świadczeniobiorcy do ośrodka kardiologicznego KSK w celu dalszej diagnostyki kardiologicznej lub leczenia kardiologicznego od wykonania przez świadczeniodawcę POZ badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taki zapis uzależnia dalszą diagnostykę i leczenie w ramach KSK od wykonania badań diagnostycznych w ramach świadczeń gwarantowanych, tymczasem prawo do leczenia w ramach KSK muszą zachować także pacjenci, którzy odpowiednie badania diagnostyczne kwalifikujące ich do leczenia kardiologicznego przeprowadzili poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych (komercyjnie).

W załączniku do rozporządzenia w rubryce II.A.1 punkt 4 oraz II.A.2 punkt 4 II. dotyczącej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej przewidziano, że termin ponownej konsultacji w poradni kardiologicznej ma być wyznaczony do 30 dni od dnia pierwszej wizyty, podczas której zlecono wykonanie badań, o których mowa w pkt 3. Termin kolejnej wizyty kardiologicznej, określony na 30 dni, jest wskazany nieprawidłowo z dwóch powodów. Po pierwsze, jest on wyznaczony w całkowitym oderwaniu od realiów funkcjonowania placówek AOS, gdzie obecnie kolejki w poradniach kardiologicznych

są na kilka miesięcy. Po drugie, ze względów merytorycznych termin ten w niektórych przypadkach będzie zbyt krótki, zwłaszcza jeśli planowane jest wykonanie w międzyczasie badań specjalistycznych, wówczas kolejna wizyta przed upływem 30 dni nie byłaby kompletna i nie pozwalałaby nadal na ustalenie rozpoznania i dalszego leczenia pacjenta.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce II.B.1. przewidziano, że dla świadczeniobiorców, u których rozpoznano chorobę układu krążenia i którzy nie wymagają hospitalizacji, lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii ustala plan leczenia kardiologicznego w ramach opieki koordynowanej w POZ. Wydaje się, że plan leczenia w ramach opieki koordynowanej w POZ powinien być ustalany przez lekarza realizującego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem zaleceń lekarza kardiologa.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce II.C.6. dotyczącym obserwacji po leczeniu kardiologicznym wątpliwości budzi fakt, że lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii pojawia się zarówno jako osoba koordynująca realizację planu obserwacji po leczeniu i jako jedna z osób współpracujących z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii. Wydaje się, że jest to nadmierne mnożenie ról przypisanych do tego samego lekarza specjalisty.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce III.A.2. leczenie szpitalne – diagnostyka kardiologiczna w pkt 1 przewiduje się, że świadczeniobiorcę kieruje się do Ośrodka kardiologicznego drugiego poziomu zabezpieczenia (dalej: OK II) w przypadku konieczności przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki kardiologicznej, w tym inwazyjnych badań diagnostycznych w warunkach szpitalnych, niedostępnych w OK I, po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I. Użycie słów „*po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I*” sugerowałaby, że w sytuacji, w której z góry wiadomo, że pacjent będzie musiał trafić na diagnostykę do OK II, to i tak najpierw kieruje się go do OK I do wyczerpania tam istniejących możliwości diagnostycznych – taki sposób organizacji opieki wydaje się nieprawidłowy i skazuje pacjentów na mnożenie wizyt w placówkach ochrony zdrowia, często także mających siedzibę w różnych miejscowościach. Podobne zastrzeżenia budzi w rubryka III.A.2. pkt 2 dotycząca kierowania pacjenta do OK III po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I albo OK II.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce III.A.4. dotyczącej diagnostyki kardiologicznej prowadzonej w warunkach szpitalnych przewidziano sztywny 7-dniowy termin liczony od dnia przyjęcia świadczeniobiorcy na oddział kardiologii na postawienie ostatecznego rozpoznania choroby układu krążenia oraz opracowanie planu leczenia kardiologicznego. Nie można aktem prawnym narzucać sztywnego terminu postawienia rozpoznania, jest to przecież proces zależny całkowicie od względów wiedzy medycznej i w skomplikowanych sytuacjach klinicznych termin ten nie będzie możliwy do dotrzymania. Przepisy rozporządzenia w sprawie kluczowych zaleceń powinny dawać jedynie kierunkowe wytyczne co do terminu, w jakim lekarz ma postawić rozpoznanie i opracować plan leczenia, termin ten jednak nie może być wyznaczony sztywna liczba dni..

W załączniku do rozporządzenia w rubryce IV.1. dotyczącej rehabilitacji kardiologicznej zastrzeżenia budzi fakt, że przewidziane tam procedury zostały określone bezosobowo np. „opracowuje się plan rehabilitacji kardiologicznej”. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w tego rodzaju dokumencie, aby miał on wymiar praktyczny i ujednolicający standardy organizacyjne opieki kardiologicznej powinno się jednoznacznie wymienić podmiot, który ma opracować plan rehabilitacji leczniczej.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski