

STANOWISKO Nr 106/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 4 grudnia 2025 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników
jakości opieki kardiologicznej**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia panią Katarzynę Kęcką z dnia 18 listopada 2025 r. (znak: OKUK.0210.7.2025.PP) negatywnie opiniuje projekt i przedstawia następujące stanowisko:

W ocenie samorządu lekarskiego projekt rozporządzenia nie konsumuje upoważnienia ustawowego zawartego w art. 19 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz.U z 2025 r. poz. 779). Zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy ocena poziomu jakości opieki kardiologicznej jest prowadzona w podziale na poszczególne rozpoznania na podstawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej i w zakresie obszaru klinicznego powinna obejmować:

- a) efekt leczniczy,
- b) powtórne hospitalizacje z tej samej przyczyny,
- c) śmiertelność po zabiegach w trakcie hospitalizacji w okresach 30 dni, 90 dni oraz roku od dnia zakończenia hospitalizacji,
- d) strukturę procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych,
- e) doświadczenie w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Tymczasem w załączniku do rozporządzenia, wśród zaproponowanych wskaźników jakości opieki kardiologicznej w obszarze klinicznym żaden nie odnosi się do powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny, czy doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Drugim zastrzeżeniem do wskaźników w obszarze klinicznym jest sposób, w jaki w załączniku do rozporządzenia określone zostały „typy wskaźnika”. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej typy wskaźników jakości opieki w obszarze klinicznym powinny wprost nawiązywać do terminologii wskazanej w art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. a-e ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, czyli jako typy wskaźników powinny być wymienione: „wskaźnik powtórnych hospitalizacji”, „wskaźnik śmiertelności po zabiegach”, „wskaźnik doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń”, czy „wskaźnik efektu leczniczego”. W świetle powyższych uwag szczególne zastrzeżenia w załączniku do rozporządzenia budzą: wskaźnik nr 5 w obszarze klinicznym, którego typ został określony jako „wskaźnik opieki kardiologicznej”, wskaźnik nr 6, którego typ określono jako „wskaźnik koordynacji opieki kardiologicznej”, wskaźnik nr 7, którego typ określono jako „wskaźnik jakości opieki kardiologicznej” czy wskaźnik nr 8, którego typ określono jako „wskaźnik oceniający potencjał i możliwości wykonania najtrudniejszych zabiegów z zakresu elektrofizjologii”. Fakt, że rozporządzenie nadaje typom wskaźnikom nazwy nieznane ustawie znacząco utrudnia ocenę, czy Minister Zdrowia wykonał upoważnienie zawarte w ustawie, czy wykroczył poza zakres przyznanych mu ustawą kompetencji w zakresie ustalania wskaźników jakości opieki kardiologicznej. Brak przyporządkowania wskaźnika wymienionego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia do określonego typu wskaźnika wskazanego w ustawie o Krajowej Sieci Kardiologicznej otwierałoby Ministrowi Zdrowia drogę do całkowicie dowolnego kształtowania wskaźników, także poza zakresem wymienionym w ustawie.

Wśród wskaźników jakości opieki kardiologicznej w obszarze zarządczym w projekcie rozporządzenia przewidziano 3 wskaźniki – wszystkie one dotyczą „koordynacji opieki kardiologicznej”, natomiast w rozporządzeniu nie przewidziano ani jednego wskaźnika z pozostałych wskaźników wymienionych w art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej takich jak: ciągłość opieki kardiologicznej, realizacja opieki kardiologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami, długość hospitalizacji, struktura realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, stopień wykorzystania zasobów będących w dyspozycji ośrodka kardiologicznego, posiadanie akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę.

Odnosząc się treści merytorycznej załącznika do rozporządzenia, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza następujące uwagi:

We wskaźniku 1 w obszarze klinicznym „Śmiertelność roczna od dnia zakończenia hospitalizacji świadczeniobiorców po ostrym zawale serca” w rubryce dotyczącej sposobu jego obliczania należy dodać, że do liczby świadczeniobiorców hospitalizowanych w danym ośrodku kardiologicznym KSK, zakwalifikowanych według kodów JGP: E10, E11, E12G, E15 i E16, którzy zmarli w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji wlicza się tylko świadczeniobiorców, którzy zmarli z przyczyn sercowo-naczyniowych. Brak w projekcie tego dodatkowego wskazania, że chodzi wyłącznie o zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych mogłoby zafałszować wskaźniki jakości danej placówki kardiologicznej poprzez wliczenie do śmiertelności także pacjentów, którzy zmarli np. wskutek wypadków komunikacyjnych.

We wskaźniku 5 w obszarze klinicznym „Adherencja do terapii podstawowej w niewydolności serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory” w jego mierniku należy wskazać, że do odsetka pacjentów z rozpoznaniem o kodzie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 I50x, przyjmujących łącznie przynajmniej trzy spośród czterech klas leków: 1) ARNI, ACEI albo ARB; 2) beta-bloker; 3) MRA; 4) SGLT2 wlicza się wyłącznie pacjentów bez przeciwwskazań (takich jak np. zaawansowana niewydolność nerek). Obliczanie odsetka pacjentów z uwzględnieniem pacjentów, którzy mają przeciwwskazania do przyjmowania ww. leków prowadziłby do niesłusznego obniżenia wskaźnika jakości opieki kardiologicznej.

We wskaźniku 6 w obszarze klinicznym „Antykoagulacja w migotaniu przedsionków, z uwzględnieniem ryzyka udaru mózgu” należy wskazać, że do obliczania tego wskaźnika nie wlicza się pacjentów, u których występują przeciwwskazania do stosowania wymienionych tam leków: apiksaban, dabigartan, rywaroksaban, warfaryna lub acenokumarol.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski