

## UWAGI W RAMACH UZGODNIENI Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

### Informacja o projekcie:

<b>Tytuł</b>	Projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej
<b>Autor</b>	MZ
<b>Projekt z dnia</b>	25.10.2024

### Informacje o zgłaszającym uwagi:

<b>Urząd</b>	-----
<b>Organizacja samorządowa</b>	Związek Powiatów Polskich
<b>Osoba do kontaktu</b>	Bernadeta Skóbel
<b>e-mail</b>	biuro@zpp.pl
<b>tel.</b>	18 477 86 00

### Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko resortu	Odniesienie do stanowiska resortu
1.	Art. 5 pkt 2	Przepis powinien dopuszczać sytuację, w której świadczenia kardiologiczne lub intensywnej opieki kardiologicznej realizowane są przez podmiot ale bez wskazania, że musi się to odbywać na wyodrębnionym oddziale.	Przy obecnym brzmieniu przepisu warunków dla OK I nie będą spełniać świadczeniodawcy posiadający oddziały chorób wewnętrznych z pododdziałami kardiologii, w których ponad 50% pacjentów stanowią pacjenci kardiologiczni. Wg danych NFZ w roku 2023 aż 62% hospitalizacji rozliczonych grupą E53G Niewydolność krążenia, były to hospitalizacje w oddziałach chorób wewnętrznych (około 116 tysięcy hospitalizacji na ogólną liczbę 187 tysięcy rozliczonych tą grupą). Podobna sytuacja wystąpi w przypadku niewyodrębnienia w strukturze oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego.		

2.	Art. 5 pkt 3	Nadać brzmienie „3) pracowni hemodynamiki lub pracowni elektrofizjologii”.	W ramach pracowni elektrofizjologii leczeni są pacjenci z arytmiami, zaburzeniami rytmu serca i zaburzeniami przewodzenia w układzie bódźoprzewodzącym serca. Wykonywane są zabiegi ablacji i wszczepienia urządzeń implantowanych (kardiowertery, defibrylatory, stymulatory resynchronizujące). Pacjenci ze wspomnianymi chorobami nie muszą być kierowani do pracowni hemodynamicznej, przeznaczonej przede wszystkim dla pacjentów z ostrymi zawałami serca.		
3.	Art. 6	<p>1) Przedstawiony w projekcie ustawy o KSK zapis art. 6, w którym ośrodkiem II poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej mogą być ośrodki posiadające w swej strukturze oddziały kardiologii jest niezrozumiały oraz nie mający żadnego uzasadnienia.</p> <p>2) Uzasadnienia nie ma także wymóg posiadania hybrydowej sali operacyjnej.</p> <p>3) Również w przypadku wymogów dla OK II wątpliwość budzi narzucanie podmiotom leczniczym struktury organizacyjnej poprzez konieczność wyodrębnienia oddziałów o określonych profilach.</p>	<p>Ad 1). Zapis ten marginalizuje znaczenie podmiotów takich jak szpitale powiatowe, w których to rzadko kiedy funkcjonują oddziały kardiologii. Jak pokazują statystyki NFZ, to głównie w szpitalach powiatowych i miejskich wykonuje się zabiegi z zakresu kardiologii interwencyjnej.</p> <p>Ad 2). Żadne wytyczne ani zalecenia polskich i zagranicznych towarzystw naukowych nie wskazują jednoznacznie, że zabiegi kardiologiczne, np. zabiegi przezskórnej implantacji zastawki aortalnej powinny być wykonywane w nowoczesnych salach hybrydowych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że hybrydowe sale operacyjne są rozwiązaniami, na które mogą pozwolić sobie nieliczne ośrodki, bowiem są bardzo kosztowne. Podkreśleniu wymaga także to, że tak wyśrubowane kryteria kwalifikacji do II poziomu</p>		

			zabezpieczenia opieki kardiologicznej ograniczą możliwości uzyskania dofinansowań chociażby ze środków KPO. Jak pokazują dotychczas ogłoszone nabory, ośrodki zakwalifikowane do wyższych poziomów mogą ubiegać się o dużo większe środki.		
4.	Art. 7 ust. 1	Przepis może spowodować daleko idące konsekwencje w zakresie dostępności do świadczeń, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach. 24 miesięczny okres vacatio legis nie rozwiązuje problemu.			
5.	Art. 12	<p>Brak jakichkolwiek założeń do projektowanego aktu prawnego uniemożliwia jego ocenę projektu ustawy.</p> <p>Kryteria kwalifikacji takie jak liczba personelu, liczba wykonywanych procedur medycznych oraz liczba świadczeniobiorców z założenia w gorszej sytuacji stawia mniejszych świadczeniodawców lub działających na obszarach rzadziej zaludnionych premiuując podmioty działające w dużych ośrodkach miejskich. Istnieje ryzyko, że jednolite kryteria dla całego kraju, bez uwzględnienia czynników demograficznych, gęstości zaludnienia spowoduje ograniczenie dostępu do świadczeń, co samo w sobie jest sprzeczne z założeniami reformy przewidzianej w KPO, której celem jest poprawa dostępu do świadczeń.</p> <p>Tego typu kryteria powinny być brane pod uwagę na etapie wydawania rozporządzenia</p>			

		wykonawczego i poddane konsultacjom społecznym, a nie brane pod uwagę na etapie procedury warunkowej kwalifikacji do sieci (art. 14), gdzie cała procedura jest prowadzona w oparciu o duży stopień uznaniowości.			
6.	Rozdział 8	Wprowadzić analogiczny przepis jak w art. 56 ust. 1 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz wprowadzić okres przejściowy dla świadczeniodawców, umożliwiającą kwalifikację do sieci.			