



OKUK.0210.2.2024OKUK.0210.2.2024..PCz
Warszawa, 29 listopada 2024

Pani
Wioletta Zwara
Sekretarz
Komitetu Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji

Szanowna Pani Sekretarz,

w nawiązaniu do przekazanych uwag Ministra Finansów (pismo z 26 listopada br., znak: FS1.021.130.2024), Ministra Funduszy i Polityki Rozwoju (pismo z 26 listopada br., znak: DRC-IVa.0220.18.2024.IT), Rządowego Centrum Legislacji (pismo z 26 listopada br., znak: RCL.DPS.550.47.2024), a także Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (wiadomość przekazana za pośrednictwem poczty elektronicznej w dn. 26 listopada br.), ws. uwag do projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (UD145), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Ministerstwo Finansów

1. W zakresie uwagi dotyczącej skutków finansowych wynikających z ustawy (uwaga wskazana w pkt. 1-2) informuję, że zgodnie z uwagami, w pkt 6 OSR została dodana informacja, że skutki finansowe wynikające z projektu ustawy zostaną pokryte w ramach limitu wydatków w części 46 - Zdrowie oraz planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), bez konieczności ubiegania się o dodatkowe środki ponad limit wydatków zarówno w pierwszym roku wejścia w życie ustawy jak i w latach kolejnych, jak również iż przewidywane wydatki będące skutkiem wejścia w życie procedowanej ustawy zostaną pokryte ze środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń.

Dodatkowo wskazuje, że koszty związane z wdrażaniem Krajowej Sieci Kardiologicznej związane z finansowaniem ryczałtu dla ośrodka koordynującego oraz współczynników korygujących (dokonano aktualizacji wyliczeń) zostały przesunięte na późniejsze lata tj. od 2026 roku. Wskazane środki w OSR w powyższym zakresie zostaną uwzględnione w pracach nad planem finansowym NFZ 2026 r., a także w prognozach kosztów NFZ na lata kolejne (2027-

2028) – co potwierdził w piśmie z 22.11.2024 Zastępca Prezesa NFZ.

Uzupełniając wyjaśniam, że wzrost wydatków w zakresie sfinansowania współczynników korygujących wynika z konieczności aktualizacji założeń do wyliczeń. W pierwotnej wersji OSR projektowanej ustawy kalkulacja opierała się omylnie wyłącznie na danych z realizacji pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej, w ramach którego udzielane są świadczenia tylko w 7 województwach, przez niewielką liczbę świadczeniodawców w porównaniu do liczby świadczeniodawców jaka zostanie zakwalifikowana do docelowej Krajowej Sieci Kardiologicznej. Ponadto, w projektowanym modelu organizacji opieki kardiologicznej

współczynniki korygujące będą odnosić się do znacznie większej liczby udzielanych świadczeń.

Ponadto informuję, że po dokonaniu pogłębionej analizy, a także mając na uwadze stanowisko Ministerstwa Finansów dokonano stosownej korekty w OSR ustawy poprzez usunięcie zapisów dot. zwiększanie zatrudnienia w NFZ oraz w Ministerstwie Zdrowia. Środki finansowe na zadania CeZ związane z utworzeniem oraz utrzymaniem systemu informatycznego będą mogły docelowo zostać sfinansowane ze środków Krajowego Planu Odbudowy (do I kwartału 2026 r.) oraz w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (od II kwartału 2026 r.), a od 2033 w ramach limitu wydatków w części 46 – zdrowie (uwzględniono w tabeli OSR w pkt 6). Jednocześnie wyjaśniam, że dokonano ponownej aktualizacji budżetu na zadania zaplanowane do realizacji przez CeZ. Z uwagi na specyfikę zadania oraz trudność oszacowania dokładnego zapotrzebowania osobowego (etatów) na założone działania przy wyliczeń kosztów przyjęto jako podstawę kalkulacji wartość 1 roboczogodziny (RBH) oraz oszacowaną przez CeZ prognozowaną liczbę roboczogodzin.

Należy również podkreślić, że wdrożenie Krajowej Sieci Kardiologicznej jest niezmiernie ważnym zadaniem, będącym fundamentem reformy opieki kardiologicznej w Polsce, mającym na celu zapewnienie dostępu do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze kardiologii.

2. Odnosząc się do uwagi wskazanej w pkt. 4, 5 oraz 6 informuję, że dokonano weryfikacji zapisów i dokonano korekty art. 26 ust. 1 pkt 1 zgodnie ze zgłoszoną sugestią i treścią wynikającą z OSR.

Nowe brzmienie obecnie projektowanego art. 27 ust. 1 pkt: *wynagrodzenie za udział w posiedzeniu Rady, nieprzekraczające 1500 zł za posiedzenie, jednak nie więcej niż 7 500 zł miesięcznie.*

Ponadto wskazuje, że dokonano aktualizacji założeń wydatków na ww. cel (środki zostały obniżone). Środki na wynagrodzenia Krajowej Rady Kardiologicznej zabezpieczone zostaną w budżecie znajdującym się w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w części 46 - zdrowie, rozdział 85195 - Pozostała działalność. Na rok 2025 przyjęto połowę wskazanej w zaktualizowanym OSR wysokości maksymalnych kosztów wynagrodzeń.

3. W uzupełnieniu do uwagi zgłoszonej przez Ministerstwo Finansów przy piśmie z 4 listopada br. dotyczącej szerszego uzasadnienia zasadności ustalania poziomu wynagrodzenia dla członków Krajowej Rady Kardiologii za posiedzenie w sposób analogiczny jak dla członków Krajowej Rady Onkologii, Rady do spraw Taryfikacji i Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji informuję, że Rada ma pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą ministra właściwego do spraw zdrowia i Prezesa Funduszu. Jej rola będzie kluczowa w zakresie weryfikacji spełniania przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Kardiologicznej odpowiedniego poziomu jakości. Częstotliwość posiedzeń Rady będzie podobna jak w przypadku Krajowej Rady Onkologicznej (średnio 2-3 raz w ciągu miesiąca). W tym miejscu podkreślić należy, że wiele posiedzeń trwa ponad 3-4 godziny, a niektóre analizy oraz opinie wymagają opracowania przed posiedzeniem co stanowi dodatkową pracę w niemożliwych do obliczeniach godzin. Specyfika i znaczenie podejmowanych zadań wymaga zaangażowania ekspertów, którzy posiadają właściwe doświadczenie i znajomość organizacji opieki kardiologicznej celem zapewnienia odpowiedniej jakości realizowanych zadań przez Radę.

Zgodnie z aktualnym projektem ustawy do zadań Krajowej Rady Kardiologicznej należy:

- 1) *opiniowanie propozycji wytycznych opracowanych przez NIKard, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 1, oraz kluczowych zaleceń, o których mowa w art. 21 ust. 3;*
- 2) *opiniowanie wyników i wniosków, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, oraz przekazywanie ich wraz z rekomendacjami ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;*
- 3) *prowadzenie, we współpracy z NIKard i Funduszem, oceny jakości działania KSK, w tym osiągnięcia wskaźników jakości opieki kardiologicznej na podstawie wyników i wniosków, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w tym rekomendowanie zmian dotyczących funkcjonowania KSK;*
- 4) *przygotowywanie propozycji wskaźników jakości opieki kardiologicznej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16 ust. 2, i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;*
- 5) *opiniowanie propozycji zmian wskaźników jakości opieki kardiologicznej, opracowywanych przez NIKard, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3, i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;*
- 6) *wydawanie opinii, o których mowa w art. 15 ust. 3;*
- 7) *weryfikacja osiągnięcia przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do KSK odpowiedniego poziomu jakości opieki kardiologicznej ocenianego na podstawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16 ust. 2;*
- 8) *opiniowanie planu naprawczego, o którym mowa w art. 17 ust. 3;*
- 9) *prowadzenie, w porozumieniu z NIKard, analiz dotyczących opieki kardiologicznej w celu identyfikacji problemów oraz podejmowanie inicjatyw zmierzających do jej poprawy, w tym występowanie do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem w sprawach dotyczących tworzenia, zmian i uzupełniania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem chorób układu krążenia;*
- 10) *udział w opracowaniu i w aktualizacji programu wieloletniego dotyczącego chorób układu krążenia oraz opiniowanie sprawozdań z jego realizacji;*
- 11) *przygotowywanie rekomendacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie:*
 - a) *zmian prawnych i organizacyjnych dotyczących opieki kardiologicznej, w tym obejmujących osoby poniżej 18. roku życia,*
 - b) *działań dotyczących zapobiegania chorobom układu krążenia, w porozumieniu z NIKard,*
 - c) *promocji zdrowia oraz edukacji społecznej, w porozumieniu z NIKard,*
 - d) *inicjowania projektów i prac badawczych dotyczących chorób układu krążenia;*
- 12) *wykonywanie innych zadań opiniodawczo-doradczych powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.*

Powyższe stanowi potwierdzenie złożoności i czasochłonności zaplanowanych do realizacji zadań przez Krajową Radę Kardiologiczną, co powinno mieć swoje odzwierciedlenie w finansowaniu.

Jednocześnie zwracam się z prośbą o akceptację przedstawionych wyjaśnień oraz zaktualizowanego OSR. Mając na uwadze sytuację finansową budżetu państwa dołożono wszelkich starań, aby planowane wydatki w jak najmniejszym stopniu obciążały budżet. Dlatego też, jak wskazano powyżej, część wydatków przesunięto w czasie, a w kontekście kosztów związanych z systemem informatycznym jako źródło wydatków wskazano środki z Krajowego Planu Odbudowy, Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 oraz budżetu znajdującego się w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w części 46 – zdrowie.

Ministerstwo Funduszy i Polityki Rozwoju

1. Odnośnie uwagi dotyczącej ryzyka, że KE może uznać przyjęty w projekcie ustawy o KSK **3-letni (w pierwotnej wersji 2-letni) okres na spełnienie przez podmioty lecznicze wymagań właściwych dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki kardiologicznej** za element powodujący przesunięcie wdrożenia realnej reformy w czasie i budzący wątpliwości odnośnie do możliwości uznania za wypełnione wszystkich elementów kamienia D5G w terminach określonych w KPO informuję:
 - a) w związku z uwagami zgłoszonymi w trakcie konsultacji publicznych projektu ustawy w projekcie poszerzono Krajową Sieć Kardiologiczną (KSK) o trzeci poziom (OK I), który będzie zabezpieczać potrzeby pacjentów w zakresie podstawowej diagnostyki kardiologicznej realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego oraz objęty będzie obowiązkiem stosowania standardów opieki kardiologicznej tzw. „ścieżką pacjenta” oraz monitorowaniem jakości opieki kardiologicznej;
 - b) w związku z uwagami zgłoszonymi w trakcie konsultacji publicznych projektu ustawy **okres przejściowy** dotyczący poszczególnych wymagań dla Ośrodków Kardiologicznych poziomu II oraz poziomu III został **wydłużony do 3 lat** z uwagi na potrzebę dostosowania struktury podmiotów kwalifikowanych do Krajowej Sieci Kardiologicznej jak i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych do obowiązku zapewnienia kompleksowej opieki kardiologicznej,
 - c) w aktualnym brzmieniu projektu ustawy 3-letni okres przejściowy dotyczy wymogu udzielania przez Ośrodek Kardiologiczny kwalifikowany na II poziom zabezpieczenia opieki kardiologicznej Krajowej Sieci Kardiologicznej w ramach zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeń w ramach:
 - poradni kardiologicznej (art. 6 ust. 1 pkt 1) oraz
 - izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego (art. 6 ust. 1 pkt. 3).
 - d) w aktualnym brzmieniu projektu ustawy 3-letni okres przejściowy dotyczy wymogu udzielania przez Ośrodek Kardiologiczny kwalifikowany na III poziom zabezpieczenia opieki kardiologicznej Krajowej Sieci Kardiologicznej w ramach zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeń w ramach:
 - izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego (art. 7 ust. 1 pkt. 5).

- e) w aktualnym brzmieniu projektu ustawy 3-letni okres przejściowy dotyczy także art. 8 – wskazującego na to, że podmioty lecznicze niezakwalifikowane na II (OK II) lub III (OK III) poziom zabezpieczenia opieki kardiologicznej Krajowej Sieci Kardiologicznej, nie są uprawnione do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu kardiologii interwencyjnej, elektroterapii i elektrofizjologii, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w stanach nagłych zgodnie z art. 19 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Przewidziane w projektowanej ustawie okresy przejściowe dla wybranych wymogów kwalifikacji podmiotów leczniczych na II (OK II) lub III (OK III) poziom zabezpieczenia opieki kardiologicznej Krajowej Sieci Kardiologicznej nie stanowią istotnego elementu kamienia milowego D5G i nie powodują opóźnień wejścia reformy w życie.

Wejście projektowanej ustawy w życie, a także rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej pozwoli na przeprowadzenie kwalifikacji na poszczególne poziomy Krajowej Sieci Kardiologicznej. Przeprowadzenie pierwszej kwalifikacji, uwzględniającej okresy przejściowe dla wybranych wymogów ośrodków kardiologicznych II (OK II) i III (OK III) poziomu, pozwoli na stworzenie struktury ośrodków realizujących opiekę kardiologiczną, które zobowiązane będą do:

- a) realizacji opieki kardiologicznej w oparciu o kluczowe zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia kardiologicznego tzw. „ścieżkę pacjenta”;
- b) realizacji opieki kardiologicznej w oparciu o kartę e-KOK;
- c) zapewnienia możliwości wzajemnej konsultacji w ramach KSK oraz konsultacji z ośrodkami współpracującymi, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- d) współpracy pomiędzy ośrodkami kardiologicznymi KSK oraz ośrodkami współpracującymi w celu zapewnienia opieki kardiologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami tzw. „ścieżką pacjenta”, w tym także w celu zapewnienia dostępu świadczeniobiorcom do rehabilitacji kardiologicznej.

Ponadto ośrodki kardiologiczne zakwalifikowane na poziom II (OK II) lub III (OK III) zobowiązane będą do wyznaczenia koordynatora opieki kardiologicznej i zapewnienia ciągłości opieki kardiologicznej nad świadczeniobiorcą.

Wejście ustawy w życie pozwoli zatem na przeprowadzenie kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej, która stworzy nową strukturę i nowy model zarządzania opieką kardiologiczną, opartą o 3 poziomy zabezpieczenia opieki kardiologicznej, koordynację opieki kardiologicznej, współpracę między ośrodkami kardiologicznymi oraz monitorowanie jakości.

Pragnę ponadto wskazać na to, że celem reformy jest, aby już w ramach pierwszej kwalifikacji do KSK zakwalifikowane zostały wszystkie podmioty lecznicze realizujące opiekę kardiologiczną. Powyższe pozwolić ma na objęcie możliwie najszerzej grupy podmiotów leczniczych obowiązkiem realizacji opieki kardiologicznej w oparciu o wypracowane standardy opieki kardiologicznej tzw. „ścieżkę pacjenta”, obowiązkiem wdrożenia karty e-KOK oraz możliwością monitorowania jakości opieki kardiologicznej. Zakładana trzypoziomowa struktura KSK pozwala na wyodrębnienie,

w ramach sieci, ośrodków kardiologicznych o pełnym profilu kardiologicznym (OK II) oraz ośrodków zapewniających najszerszy dostęp do wysokospecjalistycznych świadczeń z zakresu kardiologii, kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii (OK III).

Podkreślić należy, że wraz z wejściem ustawy w życie, podmioty zakwalifikowane do poziomu II lub III KSK zobowiązane będą do zapewnienia dostępu pacjentom do rehabilitacji kardiologicznej zgodnie z przyjętą „ścieżką pacjenta”.

Odnosząc się do kwestii przepisów dotyczących zaopiniowania przez Krajową Radę Kardiologiczną kluczowych zaleceń dotyczących opieki kardiologicznej tzw. „ścieżki pacjenta”, które następnie będą opublikowane przez Ministra Zdrowia w formie obwieszczenia wskazujemy na to, że kluczowe zalecenia opracowywane są obecnie przez zespół ekspertów powołany w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Zakończenie prac zespołu nad kluczowymi zaleceniami planowane jest na koniec bieżącego roku. Jednocześnie informuję, że w ramach obecnie działającej Krajowej Rady ds. Kardiologii prowadzone są prace nad przyjęciem wskaźników jakości opieki kardiologicznej, a prace nad wskaźnikami i projektem rozporządzenia zostaną zakończone w tym roku. Powyższe pozwoli na zaopiniowanie przygotowanych przez zespół kluczowych zaleceń dotyczących opieki kardiologicznej na pierwszym posiedzeniu Krajowej Rady Kardiologicznej. Przyjęty harmonogram wdrażania KSK zakłada, że kluczowe zalecenia oraz wskaźniki jakości opieki kardiologicznej wejdą w życie przed przeprowadzeniem pierwszej kwalifikacji podmiotów leczniczych do KSK.

W kontekście **przyspieszenia terminu przeprowadzenia pierwszej kwalifikacji** (w obecnych zapisach założono do 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy) tak aby uruchomienie interwencji w zakresie kardiologii mogło się odbyć jak najwcześniej, informuję, że wraz z ustawą przygotowano projekt rozporządzenia dotyczącego szczegółowych kryteriów kwalifikacji podmiotów leczniczych do KSK, co pozwoli na skierowanie rozporządzenia do konsultacji publicznych niezwłocznie po wejściu w życie ustawy. Biorąc pod uwagę, że rozporządzenie ma charakter jedynie precyzujący wymagania wskazane w ustawie, oraz, że w pracach nad projektem rozporządzenia zaangażowani byli od początku eksperci z Krajowej Rady ds. Kardiologii oraz przedstawiciele NFZ przewidujemy, że proces legislacyjny rozporządzenia przebiegać będzie nie dłużej niż 2 miesiące do dnia wejścia ustawy w życie. Z dniem wejścia w życie rozporządzenie możliwe będzie przeprowadzenie pierwszej kwalifikacji do KSK przez NFZ. Mając na uwadze powyższe, pierwsza kwalifikacja do KSK powinna być przeprowadzona najpóźniej pod koniec I kw. 2025 roku.

Rządowe Centrum Legislacji

W załączeniu przekazuje odniesienie do uwagi RCL oraz raport z opiniowania z wykazem nieuwzględnionych uwag (zgodnie z § 50 ust. 3 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2024 r. poz. 806) .

Jednocześnie informuję, że protokół rozbieżności zostanie przekazany wraz z wnioskiem o skierowanie projektu ustawy na Komitet Stały Rady Ministrów.

Natomiast w kontekście opinii na temat zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej informuję, że z uwagi na fakt, że projektowana ustawa odnosi się do przepisów krajowych, to wspomniana opinia nie została przekazana przez Ministra ds. Unii Europejskiej.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Z uwagi na wprowadzone zmiany do OSR w zakresie usunięcia zapisów dot. zwiększenia zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia, Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia uzupełnienie zapisów w zakresie dochodów wynikających z obowiązkowej składki na Fundusz Pracy jest niezasadne.

Proszę o przyjęcie powyższych informacji. Jednocześnie będę wdzięczna za szybką akceptację projektu przez Komitet ds. Cyfryzacji. Jest to niezwykle istotne, gdyż przedmiotowy projekt ustawy jest jednym z kamieni milowych wdrażanej reformy Krajowego Planu Odbudowy i Odporności (KPO).

Z wyrazami szacunku

Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

1. Pani Hanna Majszczyk – Podsekretarz stanu w Ministerstwie Finansów;
2. Pan Konrad Wojnarowski – Podsekretarz stanu w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej;
3. Pani Monika Salamończyk – Wiceprezes Rządowego Centrum Legislacji;
4. Pani Agnieszka Dziemianowicz-Bąk – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 - Projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (UD 145) – wersja 28.11.2024 r.
2. Załącznik nr 2 - Projekt OSR do ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (UD145) – wersja 28.11.2024 r.
3. Załącznik nr 3 – tabela uwag: KRMC - projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (UD145);
4. Załącznik nr 4 - raport z opiniowania z wykazem nieuwzględnionych uwag - projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (UD145);