

Warszawa, dnia 22 lutego 2019 r.

Poz. 353

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 31 stycznia 2019 r.

w sprawie programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa warunki realizacji programu pilotażowego dotyczącego efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) grupa KONS – zespół świadczeniodawców realizujących program pilotażowy, w skład którego wchodzi: ośrodek koordynujący oraz ośrodki realizujące;
- 2) IPOM – indywidualny program opieki medycznej przygotowywany dla świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym;
- 3) karta KONS – indywidualną kartę świadczeniobiorcy objętego programem pilotażowym;
- 4) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie kardiologii;
- 5) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń;
- 6) ośrodek koordynujący – podmiot leczniczy realizujący program pilotażowy, który koordynuje opiekę nad świadczeniobiorcami będącymi pod opieką danej grupy KONS i odpowiada za realizację programu pilotażowego w grupie KONS;
- 7) ośrodek realizujący – podmiot leczniczy realizujący program pilotażowy, który zawarł umowę o współpracę z ośrodkiem koordynującym;
- 8) realizator programu pilotażowego – ośrodek koordynujący albo ośrodek realizujący;
- 9) stratyfikacja KONS – przyporządkowanie świadczeniobiorcy objętego programem pilotażowym do określonej kategorii w zależności od stopnia zaawansowania niewydolności serca określonej w zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, na podstawie oceny wykonanej przez lekarza specjalistę.

§ 3. Celem głównym programu pilotażowego jest ocena efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60 i 303.

§ 4. Celami szczegółowymi programu pilotażowego są:

- 1) wczesne wykrywanie niewydolności serca i określenie jej etiologii;
- 2) spowolnienie postępu niewydolności serca;
- 3) optymalne wykorzystanie zasobów dostępnych w leczeniu szpitalnym w opiece nad osobami z niewydolnością serca przez wdrożenie systemu referencyjności w opiece nad osobami z niewydolnością serca;
- 4) poprawa długości i jakości życia osób z niewydolnością serca oraz ograniczenia liczby zaostrzeń niewydolności serca.

§ 5. 1. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji programu pilotażowego, który trwa 24 miesiące od dnia rozpoczęcia jego realizacji;
- 2) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu, o którym mowa w pkt 1.

2. Na etap organizacji programu pilotażowego składa się:

- 1) zawarcie:
 - a) umów o współpracę,
 - b) umów z realizatorami programu pilotażowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) realizacja programu pilotażowego;
- 3) monitorowanie programu pilotażowego.

§ 6. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego obejmują zakresy świadczeń opieki zdrowotnej określone zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 1–3, 5 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 7. 1. Programem pilotażowym jest objętych nie więcej niż 5000 świadczeniobiorców z rozpoznaniem niewydolności serca, w szczególności z:

- 1) nowym rozpoznaniem niewydolności serca w klasie NYHA II-IV;
- 2) rozpoznaniem niewydolności serca w klasie NYHA II-IV oraz NYHA I, jeżeli z powodu niewydolności serca osoby te uzyskiwały świadczenia w okresie ostatnich 6 miesięcy liczonych od dnia, w którym dokonano kwalifikacji do programu pilotażowego, i aktualnie pozostają pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniobiorcę kwalifikuje się do programu pilotażowego, jeżeli spełnia łącznie następujące kryteria kwalifikacji do programu pilotażowego:

- 1) postawienie rozpoznania niewydolności serca w oparciu o zasady rozpoznania niewydolności serca i algorytm diagnostyczny przedstawiony w zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
- 2) rozpoznanie według ICD-10: I50 niewydolność serca;
- 3) wyrażenie przez świadczeniobiorcę, w postaci papierowej lub elektronicznej, zgody na udział w programie pilotażowym, po uprzednim poinformowaniu go o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w programie pilotażowym.

3. Świadczeniobiorcę dyskwalifikuje się z programu pilotażowego, jeżeli spełnia co najmniej jedno z następujących kryteriów wyłączenia z programu pilotażowego:

- 1) wycofanie zgody, o której mowa w ust. 2 pkt 3;
- 2) brak współpracy uniemożliwiający realizację IPOM, w szczególności niestawianie się na umówione wizyty albo nie stosowanie się do zaleceń lekarzy;
- 3) zakończenie okresu obserwacji;
- 4) zdarzenia losowe, w szczególności zgon świadczeniobiorcy albo migracja uniemożliwiająca realizację programu pilotażowego;
- 5) przeszczepienie serca albo zastosowanie mechanicznego wspomaganie serca.

§ 8. 1. Program pilotażowy jest realizowany zgodnie z następującymi warunkami organizacji i realizacji:

- 1) program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w:
 - a) podstawowej opiece zdrowotnej z zapewnieniem porady konsultacyjnej lekarza specjalisty w podmiotach leczniczych,
 - b) ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradniach działających przy szpitalach (w zależności od potrzeby: porada lekarska wstępna, kompleksowa, kontrolna, porada pielęgniarska: telefoniczna, ambulatoryjna, porada psychologiczna, badania diagnostyczne oraz świadczenia z zakresu edukacji zdrowotnej),
 - c) leczeniu szpitalnym w zakresie I lub II poziomu referencyjnego, o którym mowa w pkt 2,
 - d) rehabilitacji leczniczej, w szczególności rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych (rehabilitacja hybrydowa), zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 i 2396);
- 2) dla realizatorów programu pilotażowego realizujących opiekę kardiologiczną w leczeniu szpitalnym w ramach programu pilotażowego ustala się dwa poziomy referencyjne:
 - a) I poziom referencyjny dotyczy podmiotów leczniczych I lub II poziomu według systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej posiadających szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć oraz możliwość świadczenia opieki jednodniowej,
 - b) II poziom referencyjny dotyczy podmiotów leczniczych III lub ogólnopolskiego poziomu według systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne, posiadających szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć oraz możliwość świadczenia hospitalizacji jednodniowej;
- 3) świadczenia realizowane w programie pilotażowym mogą być udzielane w różnych lokalizacjach;
- 4) warunki realizacji świadczeń, w tym wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, odpowiadają wymaganiom określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odnoszących się odpowiednio do zakresów świadczeń gwarantowanych wymienionych w pkt 1.

2. Sposób realizacji programu pilotażowego obejmuje wykonanie następujących czynności:

- 1) dokonywanie stratyfikacji KONS i zapewnienie przekazywania informacji o jej wynikach do pozostałych realizatorów programu pilotażowego;
- 2) prowadzenie karty KONS lub IPOM w postaci papierowej lub elektronicznej;
- 3) wydawanie kart KONS;
- 4) przekazywanie bezpośrednio lub pośrednio z wykorzystaniem rozwiązań teleinformatycznych między realizatorami danych zebranych w postaci papierowej lub elektronicznej obejmujących:
 - a) dane osobowe świadczeniobiorcy:
 - imię (imiona) i nazwisko,
 - płeć,
 - obywatelstwo,
 - numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – serię i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - datę urodzenia,
 - adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji,
 - numer telefonu kontaktowego, jeżeli posiada,
 - b) jednostkowe dane medyczne dotyczące świadczeniobiorcy:
 - rozpoznania według klasyfikacji ICD-10,
 - wykonane procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9 dotyczące diagnostyki lub leczenia niewydolności serca,
 - wyniki i wnioski z badań diagnostycznych,
 - zalecenia dla świadczeniobiorcy, w tym zleconą farmakoterapię;

- 5) przekazywanie informacji o aktualnym statusie świadczeniobiorcy w programie pilotażowym, etapie opieki oraz o realizatorze programu pilotażowego, pod opieką którego pozostaje świadczeniobiorca; jeżeli jest to konieczne, zapewnia się kontakt z lekarzem, który bezpośrednio sprawuje w danym momencie opiekę nad tym świadczeniobiorcą;
- 6) przekazywanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia danych rozliczeniowych związanych z realizacją programu pilotażowego;
- 7) inne czynności związane z realizacją programu pilotażowego i mające wpływ na osiągnięcie celu programu pilotażowego.

3. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru ośrodka realizującego spośród podmiotów leczniczych, z którymi dany ośrodek koordynujący zawarł umowę o współpracy.

4. Na podstawie dokonanej kwalifikacji do programu pilotażowego świadczeniobiorcy jest wydawana karta KONS.

5. Świadczeniobiorca w chwili otrzymania karty KONS deklaruje, pod opieką których podmiotów leczniczych będzie pozostawać w czasie trwania programu pilotażowego. W uzasadnionych przypadkach, gdy wskutek wyboru ośrodka realizującego program pilotażowy będzie dokonana zmiana wyboru świadczeniodawcy realizującego świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca dokonuje zmiany w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z 2018 r. poz. 1000, 1544 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60).

6. Świadczeniobiorca objęty programem pilotażowym podlega stratyfikacji KONS.

7. Od dnia zakwalifikowania świadczeniobiorcy do programu pilotażowego rozpoczęcie realizacji świadczeń w ramach programu pilotażowego odbywa się zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie świadczeniobiorcy w programie pilotażowym lub niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia kwalifikacji do programu pilotażowego.

8. Świadczenia gwarantowane objęte programem pilotażowym, uzyskiwane po upływie okresu 3 miesięcy od dnia kwalifikacji do programu pilotażowego, uznaje się za świadczenia wykonywane zgodnie z planem leczenia, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 9. 1. Realizatorem programu pilotażowego może być świadczeniodawca posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna lub ambulatoryjna opieka specjalistyczna, lub leczenie szpitalne, lub świadczenia wysokospecjalistyczne, lub rehabilitacja lecznicza kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, realizowana w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, lub stacjonarnie.

2. Program pilotażowy jest realizowany przez ośrodki koordynujące oraz ośrodki realizujące.

3. Ośrodek koordynujący posiada w swojej strukturze lub zawiera umowę o współpracę z co najmniej jednym ośrodkiem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w następujących zakresach lub rodzajach świadczeń:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) rehabilitacja lecznicza – kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, realizowana w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, lub stacjonarnie.

4. Jeżeli ośrodek koordynujący posiada w swojej strukturze komórki organizacyjne umożliwiające realizację świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich zakresach lub rodzajach świadczeń wymienionych w ust. 3, może realizować program pilotażowy bez udziału ośrodków realizujących.

5. Ośrodki realizujące są dołączane do programu pilotażowego na podstawie umowy o współpracę, która:

- 1) określa sposób i warunki:
 - a) opieki nad świadczeniobiorcami objętymi programem pilotażowym,
 - b) kierowania do procedur diagnostycznych w trybie planowym w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej,

- c) kierowania świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym do szpitali z różnych poziomów referencyjnych,
 - d) oceny stanu klinicznego osób z niewydolnością serca;
- 2) zawiera postanowienia dotyczące przetwarzania danych świadczeniobiorców i świadczeniodawców dotyczących realizacji programu pilotażowego, w tym zasady bezpieczeństwa oraz poufności danych osobowych przetwarzanych w programie pilotażowym oraz obowiązki administratora danych;
 - 3) określa inne zadania i warunki współpracy niezbędne przy realizacji programu pilotażowego.

6. Umowę na współpracę można zawrzeć przez cały okres trwania programu pilotażowego, w przypadku gdy jest ona niezbędna do dalszej realizacji programu pilotażowego.

7. Ośrodki koordynujące są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 10. Rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego odbywa się z wykorzystaniem:

- 1) stawki kapitacyjnej:
 - a) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, która wynosi 12,25 zł za miesiąc na świadczeniobiorcę objętego programem pilotażowym,
 - b) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, która wynosi 3,32 zł za miesiąc na świadczeniobiorcę objętego programem pilotażowym;
- 2) opłaty za usługę według taryf świadczeń właściwych dla udzielanych świadczeniobiorcy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przyjętych w:
 - a) ambulatoryjnej opiece specjalistycznej do wysokości 159 zł na miesiąc na świadczeniobiorcę objętego programem pilotażowym,
 - b) leczeniu szpitalnym do wysokości 5813 zł na miesiąc na świadczeniobiorcę objętego programem pilotażowym;
- 3) wagi punktowej produktu rozliczeniowego osobodzień w rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku lub oddziale dziennym lub osobodzień w kardiologicznej rehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych, która wynosi 70 punktów na świadczeniobiorcę objętego programem pilotażowym, określonej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) dodatku motywacyjnego przekazywanego realizatorom programu pilotażowego z wykorzystaniem wskaźnika korygującego w wysokości 1,1;
- 5) dodatku za koordynację przekazywanego ośrodkom koordynującym z wykorzystaniem wskaźnika korygującego w wysokości 1,1 albo w wysokości 1,2 – w przypadku gdy w danym miesiącu nie udzielono świadczeniobiorcy świadczeń w trybie hospitalizacji.

§ 11. Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego są:

- 1) liczba grup KONS, które ukończyły program pilotażowy;
- 2) liczba realizatorów programu pilotażowego w poszczególnych grupach KONS;
- 3) liczba świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym pozostających pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do liczby świadczeniobiorców z niewydolnością serca pozostających pod opieką tego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) liczba świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym, którzy wyrazili zgody, o których mowa w § 7 ust. 2 pkt 3, w stosunku do grupy, o której mowa w § 7 ust. 1;
- 5) liczba świadczeniobiorców wyłączonych z programu pilotażowego w stosunku do liczby świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym, którzy wyrazili zgody, o których mowa w § 7 ust. 2 pkt 3;
- 6) wartość środków finansowych poniesionych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym z podziałem na poszczególne rodzaje świadczeń przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację programu pilotażowego;
- 7) odsetek realizatorów programu pilotażowego zaprzestających jego realizacji w okresie trwania programu pilotażowego.

§ 12. Wskaźniki efektu i jakości opieki nad świadczeniobiorcami objętymi programem pilotażowym zostały określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 13. 1. Sposób pomiaru wskaźników, o których mowa w § 11 i § 12, przez Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnia w szczególności dane ze sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia i dane przekazane przez realizatorów programu pilotażowego.

2. W celu dokonania porównania efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu KONS z istniejącą opieką kardiologiczną nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca, Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowuje dane porównawcze do oceny efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu KONS i uwzględni je w ewaluacji programu pilotażowego.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi bieżące monitorowanie programu pilotażowego i dokonuje jego ewaluacji, uwzględniając, że:

- 1) monitorowanie programu pilotażowego zostanie zakończone wraz z zakończeniem przekazania danych o realizacji programu;
- 2) na podstawie monitorowania, o którym mowa w pkt 1, co 6 miesięcy są opracowywane raporty okresowe uwzględniające ocenę wskaźników, o których mowa w § 11 i § 12.

4. W ramach ewaluacji programu pilotażowego:

- 1) co 6 miesięcy są opracowywane raporty okresowe uwzględniające ocenę wskaźników, o których mowa w § 11 i § 12;
- 2) krótkoterminowa analiza i ocena wyników realizacji programu pilotażowego jest przeprowadzana na podstawie bieżącego monitorowania lub na podstawie raportów okresowych;
- 3) długoterminowa analiza i ocena wyników realizacji programu pilotażowego jest przeprowadzana w okresie do 24 miesięcy od dnia zakończeniu realizacji programu pilotażowego.

§ 14. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kopie sporządzonych raportów okresowych, o których mowa w § 13 ust. 3 pkt 2 i ust. 4 pkt 1, oraz raportu końcowego.

§ 15. Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 16. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 31 stycznia 2019 r. (poz. 353)

Załącznik nr 1

Wykaz ośrodków koordynujących w programie pilotażowym:

- 1) Gdański Uniwersytet Medyczny;
- 2) Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego;
- 3) Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II;
- 4) Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu;
- 5) Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu;
- 6) Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Załącznik nr 2

WSKAŹNIKI EFEKTU I JAKOŚCI OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCAMI OBJĘTYMI PROGRAMEM PILOTAŻOWYM

Lp.	Wskaźnik	Sposób obliczenia wskaźnika i źródło danych	Znaczenie wskaźnika
1	Liczba świadczeniobiorców przyjętych z powodu NS lub podejrzenia NS	Liczba świadczeniobiorców przyjętych przez lekarza POZ z powodu lub podejrzenia NS (ICD10: I51) w okresie kwartału w komórce organizacyjnej: poradnia POZ lub poradnia medycyny rodzinnej (0010, 0012). Liczba świadczeniobiorców z określonymi powyżej kodami ICD do całości populacji objętej opieką danego lekarza POZ, wyrażona w procentach. Ważne jest referencyjne odniesienie do średniego wieku danej populacji POZ.	Ogólny obraz czujności lekarza POZ w zakresie NS oraz zaangażowania lekarza w opiekę nad chorymi z NS. Mianownik dla innych wielkości.
2	Liczba świadczeniobiorców w systemie DM z powodu NS	Liczba świadczeniobiorców z danym rozpoznaniem NS do tych, którzy mają ustalony IPOM objętych opieką w programie pilotażowym w DM. Jedną ze składowych DM jest założenie IPOM. Odniesienie liczby świadczeniobiorców z danym rozpoznaniem NS do tych, którzy mają ustalony IPOM. Ważne jest sprawdzenie liczby osób realizujących IPOM.	Obraz skuteczności rekrutacji do DM. Optymalna wartość, zależna od struktury populacji, powinna zostać określona w trakcie pilotażu.
3	Liczba konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii z powodu NS	Liczba konsultacji lekarza specjalisty, wykonanych w DM, z inicjatywy lekarza POZ, z powodu NS. Liczba ta, jako licznik, może zostać zestawiona z ogólną liczbą świadczeniobiorców pozostających pod opieką lekarza POZ, liczbą świadczeniobiorców z wizytami z powodu NS, liczbą świadczeniobiorców zakwalifikowanych do DM NS.	Obraz intensywności współpracy POZ – kardiolog. Optymalna wartość do ustalenia po pilotażu.
4	Liczba badań diagnostycznych charakterystycznych dla NS	Liczba badań uznawanych za kluczowe dla diagnostyki NS wykonywanych w ramach lub na zlecenie POZ, w szczególności peptyd natriuretyczny, ECHO. Liczba ta, jako licznik, może zostać zestawiona z ogólną liczbą świadczeniobiorców pozostających pod opieką lekarza POZ, liczbą świadczeniobiorców z wizytami z powodu NS, liczbą świadczeniobiorców zakwalifikowanych do DM NS.	Obraz intensywności i trafności diagnostyki w kierunku NS. Optymalna wartość do ustalenia w drodze pilotażu.
5	Liczna zaostżeń NS wymagająca interwencji RM	Liczba interwencji RM obejmujących daną populację (województwo, powiat, POZ), wykonywanych z powodu NS.	Stopień skuteczności w zapobieganiu zaostżeń, w danej populacji.
6	Liczna zaostżeń NS wymagająca hospitalizacji	Liczba hospitalizacji obejmujących daną populację (województwo, powiat, POZ), wykonywanych z powodu NS.	Stopień skuteczności w zapobieganiu zaostżeń, w danej populacji.
7	Odsetek zaostżeń NS wymagających interwencji RM	Licznik: liczba interwencji RM z powodu NS. Mianownik: liczba osób obejmujących daną populację (województwo, powiat, POZ), osoby z programu DM).	Stopień skuteczności w zapobieganiu zaostżeń, w danej populacji.

Lp.	Wskaźnik	Sposób obliczenia wskaźnika i źródło danych	Znaczenie wskaźnika
8	Odszetek zaostrzeń NS wymagających hospitalizacji	Licznik: liczba hospitalizacji (stacjonarnych lub dziennych) z powodu NS. Mianownik: liczba osób obejmujących daną populację (województwo, powiat, POZ, osoby z programu DM).	Stopecień skuteczności w zapobieganiu zaostrzeń w danej populacji.
9	Odszetek przyjęć do opieki dziennej z powodu NS	Licznik: liczba świadczeniobiorców przyjętych na oddział dzienny. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych w SOR/IP z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Parametr pokazujący strukturę interwencji stosowanych w danym szpitalu wobec chorych na NS. Optymalna wartość do ustalenia po pilotażu.
10	Odszetek przyjęć do opieki stacjonarnej z powodu NS	Licznik: liczba świadczeniobiorców przyjętych na oddział stacjonarny. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych w SOR/IP z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Parametr pokazujący strukturę interwencji stosowanych w danym szpitalu wobec chorych na NS. Optymalna wartość do ustalenia po pilotażu.
11	Odszetek świadczeniobiorców, u których wykonano procedurę diagnostyczną	Licznik: liczba świadczeniobiorców z procedurą diagnostyczną realizowaną w programie pilotażowym KONS zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych do szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Parametr pokazujący stopień adherencji do wytycznych w zakresie diagnostyki NS.
12	Odszetek świadczeniobiorców, u których wykonano procedurę terapeutyczną	Licznik: liczba świadczeniobiorców z procedurą terapeutyczną z listy KONS. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych do szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Parametr pokazujący stopień adherencji do wytycznych w zakresie terapii NS.
13	Liczba świadczeniobiorców przyjętych do poradni NS	Liczba świadczeniobiorców z NS, którzy uzyskali świadczenie w poradni NS w wyznaczonym czasie (np. roku).	Intensywność działania poradni NS.
14	Liczba porad wykonanych w poradni NS dla świadczeniobiorców	Liczba porad wykonanych na rzecz świadczeniobiorców z NS w poradni NS w wyznaczonym czasie (np. roku).	Intensywność działania poradni NS.
15	Liczba konsultacji dla profesjonalistów medycznych	Liczba konsultacji (w dowolnym trybie) wykonanych na rzecz osób wykonujących zawód medyczny przez osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej poradni NS w wyznaczonym czasie (np. roku).	Intensywność działania poradni NS w zakresie wspierania innych profesjonalistów medycznych.

Lp.	Wskaźnik	Sposób obliczenia wskaźnika i źródło danych	Znaczenie wskaźnika
16	Odsetek świadczeniobiorców z NS uzyskujących porady NS	Licznik: liczba świadczeniobiorców z NS, którzy uzyskali świadczenie opieki zdrowotnej w poradni NS w wyznaczonym czasie (np. roku). Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych do szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Działalność poradni NS w zakresie wspierania pacjentów po wypisie ze szpitala.
17	Odsetek świadczeniobiorców prowadzonych w POZ z ACEi lub ARB, lub BB, lub MRA	Licznik: liczba świadczeniobiorców (spośród populacji świadczeniobiorców przyjętych do lekarza z powodu (podejrzanej) NS (ICD10: I51) w danym okresie czasu (np. miesiąc, rok) w komórce organizacyjnej: poradnia POZ lub poradnia medycyny rodzinnej (0010, 0012)) z wykupioną receptą na ACEi lub ARB, lub BB, lub MRA. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych do lekarza z powodu (podejrzanej) NS (ICD10: I51) w danym okresie czasu (np. miesiąc, rok) w komórce organizacyjnej: poradnia POZ lub poradnia medycyny rodzinnej (0010, 0012).	Adekwatność i konsekwencja w stosowaniu farmakoterapii odpowiedniej dla NS.
18	Odsetek świadczeniobiorców z wykonanym ECHO	Licznik: liczba świadczeniobiorców, u których wykonano ECHO w okresie 3 miesięcy przed wypisem lub 1 miesiąca po wypisie. Mianownik: liczba świadczeniobiorców wypisanych ze szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Adekwatność stosowania ECHO.
19	Częstość stosowania ECHO	Licznik: liczba badań ECHO (u świadczeniobiorców objętych lub nieobjętych KONS). Mianownik: liczba świadczeniobiorców wypisanych ze szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Adekwatność stosowania ECHO.
20	Odsetek świadczeniobiorców prowadzonych po wypisie z ACEi lub ARB, lub BB, lub MRA	Licznik: liczba świadczeniobiorców (z populacji świadczeniobiorców przyjętych do szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS)) z wykupioną receptą na ACEi lub ARB, lub BB, lub MRA, w terminie 1 miesiąca po wypisie. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych do szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Właściwe postępowanie przy wypisie, przygotowanie pacjenta (edukacja) oraz obserwacja.
21	Odsetek świadczeniobiorców objętych rehabilitacją w 30 dni po wypisie	Licznik: liczba świadczeniobiorców uzyskujących świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji w terminie 30 dni po dniu wypisu ze szpitala z powodu NS. Mianownik: liczba świadczeniobiorców wypisanych ze szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Wskaźnik adherencji do wytycznych postępowania.
22	Odsetek zgonów w 60 dni po wypisie	Licznik: liczba świadczeniobiorców zmarłych w okresie 60 dni od dnia wypisu ze szpitala z powodu NS. Mianownik: liczba świadczeniobiorców wypisanych ze szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Wskaźnik rezultatu; ocena opieki szpitalnej oraz opieki poszpitalnej.

Lp.	Wskaźnik	Sposób obliczenia wskaźnika i źródło danych	Znaczenie wskaźnika
23	Odsetek readmisji w 60 dni po wypisie	Licznik: liczba świadczeniobiorców przyjętych z powodu ChUK, w okresie 2 miesięcy od dnia wypisu ze szpitala z powodu ChUK. Mianownik: liczba świadczeniobiorców przyjętych do szpitala z powodu NS lub podejrzenia NS (objętych lub nieobjętych KONS).	Wskaźnik rezultatu; ocena opieki szpitala oraz poszpitalnej.

Objaśnienia:

- 1) ACEi – angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, inhibitory konwertazy angiotensyny;
- 2) ARB – angiotensin receptor blockers, blokery receptorów angiotensyny;
- 3) BB – beta-blokery;
- 4) ChUK – choroby układu krążenia (ICD10 I00-199);
- 5) DM – system zarządzania chorobą (disease management);
- 6) MRA – mineralocorticoid receptor antagonist, antagoniści receptora mineralokortykoidowego;
- 7) NS – niewydolność serca;
- 8) POZ – podstawowa opieka zdrowotna;
- 9) RM – ratownictwo medyczne;
- 10) SOR/IP – szpitalny oddział ratunkowy lub izba przyjęć.