



d

Autorzy:

dr n. med.

Aleksandra SIEROCKA

dr n. o zdr.

Michał CHROBOT

Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

**Przewodnik
prowadzenia, kodowania
i rozliczania świadczeń**

związanych z leczeniem
chorych po zawale serca

Nota wstępna

Niniejszy przewodnik powstał w odpowiedzi na potrzeby praktyczne podmiotów medycznych realizujących kompleksową opiekę nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego w ramach programu KOS-Zawał oraz prowadzących leczenie zaburzeń lipidowych z wykorzystaniem programu lekowego (PL) B.101 – leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Jego celem jest wsparcie zespołów klinicznych, koordynatorów oraz pracowników działów kontraktowania i rozliczania świadczeń medycznych w prawidłowym prowadzeniu pacjenta, sprawozdawczości i rozliczania świadczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia – z uwzględnieniem możliwości uzyskania dodatkowego finansowania wynikającego z zastosowania wskaźników korygujących.

Podstawę opracowania niniejszego materiału stanowią akty prawne, w tym w szczególności:

- Zarządzenie Nr 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe;
- Zarządzenie Nr 133/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 września 2023 r., zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe;
- Zarządzenie Nr 38/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe;
- Zarządzenie Nr 9/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 stycznia 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późniejszymi zmianami;
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2020 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2020 r. z późniejszymi zmianami.

Inne źródła merytoryczne wykorzystane do opracowania przewodnika stanowiły materiały informacyjne zebrane w toku wywiadów i spotkań roboczych doświadczenia i dobre praktyki z podmiotów medycznych realizujących program KOS-Zawał oraz program lekowy B.101.

I. Wprowadzenie

Program KOS-Zawał (Kompleksowa Opieka po zawale mięśnia sercowego) jest modelem zintegrowanej, koordynowanej opieki medycznej wdrożonym w Polsce w odpowiedzi na rosnącą potrzebę kompleksowego leczenia pacjentów po ostrym incydencie wieńcowym. Obejmuje on pełen zakres świadczeń, to jest od momentu hospitalizacji, przez rehabilitację, aż po ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i monitorowanie efektów wdrożonej terapii (przez okres 12 miesięcy).

Celem programu jest poprawa wskaźników przeżywalności, obniżenie ryzyka rehospitalizacji i poprawa jakości życia pacjentów.

1. Zakres programu

Program obejmuje:

- leczenie ostrej fazy zawału (m.in. koronarografię, angioplastykę, pomostowanie aortalno-wieńcowe, leczenie zachowawcze),
- monitorowanie – wizytę kontrolną w ciągu 14 dni po hospitalizacji,
- rehabilitację kardiologiczną,
- monitorowanie w specjalistycznej opiece kardiologicznej,
- opcjonalne leczenie z wykorzystaniem elektroterapii (wszczepienie urządzeń wspomagających pracę serca),
- zakończenie leczenia oraz wydanie zaświadczenia o zdolności pacjenta do pracy.

Zaletą programu KOS-Zawał jest kompleksowość działań, które są koordynowane w jednym miejscu – chory nie potrzebuje samodzielnie umawiać kolejnych wizyt, planować rehabilitacji, starać się o badania czy skierowania. Wszystko to jest zaplanowane, a chorzy nie muszą obawiać się długich terminów oczekiwania na wizyty do specjalistów czy też dostęp do badań.

Prowadzenie pacjenta w programie KOS-Zawał zgodnie ze standardami określonymi przez towarzystwa naukowe oraz wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia niesie ze sobą korzyści bezpośrednio adresowane do pacjentów. Brak kolejek do kardiologa – szybka, zorganizowana ścieżka leczenia, rehabilitacja w formie dostosowanej do potrzeb chorego, regularne badania i dostęp do zaawansowanych terapii, a w razie potrzeby, szybkie przyjęcie do szpitala, stanowią bazę wartości mających bezpośrednie przełożenie na satysfakcję pacjentów.

Obserwowany wzrost znaczenia klinicznego programu KOS-Zawał, obrazujący się udokumentowaną redukcją śmiertelności i konieczności rehospitalizacji, większym odsetkiem pacjentów osiągających cele terapeutyczne LDL-c, efektywniejszą aktywizacją zawodową chorych, determinuje działania Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz implementowania kolejnych zasad finansowania, motywujących świadczeniodawców do kwalifikowania i rzetelnego prowadzenia pacjentów. Efektem podejmowanych przez NFZ działań są kolejno wprowadzane produkty premiowe i wskaźniki korygujące, włącznie z zagwarantowanym przez Prezesa NFZ, na mocy Zarządzenia Nr 133/2023/DSOZ z dnia 11.09.2023 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, uzyskaniem dodatkowego, większego o 10% przychodu w chwili zakończenia programu, w sytuacji uzyskania poziomu obniżenia poziomu cholesterolu **LDL $\leq$ 55 mg/dl** przez co najmniej 40% pacjentów włączonych do KOS-Zawał.

Efektywnym rozwiązaniem dla tak postawionego celu terapeutycznego, może być rozszerzenie na poziomie świadczeniodawców modelu zintegrowanej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego, poprzez połączenie programu KOS-Zawał z programem lekowym B.101 – leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Takie rozwiązanie gwarantuje nie tylko osiągnięcie oczekiwanego i korzystnego dla chorych celu terapeutycznego, poprzez skuteczną kontrolę czynników ryzyka, zwłaszcza hipercholesterolemii, ale również zwiększenie przychodu podmiotu realizującego leczenie dzięki współczynnikom korygującym oraz wypełnienie zaleceń towarzystw naukowych.

2. Integracja programu KOS-Zawał z programem lekowym B.101

Celem integracji programu KOS-Zawał z programem lekowym B.101 – leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi, jest zapewnienie ciągłości, skuteczności i kompleksowości terapii hipolipemizującej u pacjentów po zawale serca, którzy nie osiągnęli docelowego poziomu LDL-c 55 mg/dl, pomimo leczenia statynami i ezytymibem w ramach KOS-Zawał. Włączenie pacjenta leczonego w ramach KOS-Zawał do PL B.101 można rozważyć podczas każdej z wizyt kontrolnych KOS-Zawał, szczególnie na 2 lub 3 wizycie, gdy wartość LDL utrzymuje się na poziomie > 55 mg/dl, pomimo zastosowania maksymalnych tolerowanych dawek statyn i ezytymibu oraz przy pełnej adherencji pacjenta do leczenia.

Korzyści z integracji:

PACJENT	ŚWIADCZENIODAWCA
• Ciągłość i kompleksowość opieki wykraczająca ponad czas trwania programu KOS-Zawał (12 miesięcy). • Szybki dostęp do diagnostyki, porad specjalistycznych oraz zaawansowanych terapii. • Skuteczniejsza kontrola lipidowa oraz wynikające z tego zmniejszenie ryzyka kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych. • Brak kosztów leczenia – pełna refundacja w ramach programu lekowego B.101.	• Zwiększenie przychodów dzięki premii za osiągnięcie celu LDL $\leq$ 55 mg/dl. • Możliwość zwiększenia przychodu z tytułu leczenia hipolipemizującego w ramach programu lekowego B.101. • Premia za wydanie zaświadczenia o zdolności do pracy i zakończenie programu o czasie. • Poprawa wskaźników jakości opieki, budowanie pozytywnego wizerunku ośrodka.

Integrując działania w ramach programu KOS-Zawał z programem lekowym B.101 – leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi, warto pamiętać o wskazaniu lekarza poradni kardiologicznej, posiadającego doświadczenie w prowadzeniu programu B.101. W celu usprawnienia procesu prowadzenia dokumentacji oraz efektywnego zarządzania kosztami i wynikami, dobrą praktyką jest prowadzenie wspólnego kalendarza wizyt (KOS-Zawał + PL B.101). Warto również rozważyć jasne rozdzielenie zadań, uwzględniające potrzeby każdego z członków zespołu prowadzącego pacjenta, w tym również koordynatora, który dba o terminowość wizyt, sprawozdawczość do NFZ, a w przypadku włączenia pacjenta do programu B.101, także o koordynację między poradniami.

Zadania:

- Lekarz prowadzący pacjenta w KOS-Zawał:
 - monitoruje LDL,
 - podejmuje decyzję o potrzebie skierowania do PL B.101,
 - przygotowuje dokumentację medyczną.

- Lekarz realizujący leczenie pacjenta w ramach B.101:
 - kwalifikuje pacjenta formalnie do programu lekowego,
 - ordynuje właściwą terapię,
 - prowadzi kontrole i monitoruje skuteczność.
- Koordynator KOS-Zawał:
 - wspiera komunikację pomiędzy poradniami,
 - zabiega o rzetelne i terminowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
 - edukuje pacjenta i koordynuje jego wizyty u specjalistów.

II. Chory w programie KOS-Zawał

1. Kwalifikacja chorego do programu KOS-Zawał

Do programu kwalifikowani są pacjenci po przebytym zawale mięśnia sercowego, których hospitalizacja związana z zawałem serca zakończyła się w podmiocie leczniczym realizującym KOS-Zawał, to jest posiadającym umowę z NFZ w zakresie: 03.4100.500.02. Warunkiem przystąpienia chorego do programu jest jego świadoma zgoda oraz brak przeciwwskazań do rehabilitacji. Ostateczna kwalifikacja odbywa się podczas wizyty koordynującej, zrealizowanej do 14 dni od wypisu. Pacjent może zostać wykluczony z programu w przypadku zgonu, braku zgody, ponownego zawału lub decyzji lekarza o niewydolności pacjenta do uczestnictwa w dalszych etapach leczenia.

2. Etapy prowadzenia chorego w programie KOS-Zawał

→ ETAP I – HOSPITALIZACJA

Hospitalizacja rozpoczyna się od przyjęcia pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym. Diagnostyka obejmuje EKG, badania laboratoryjne (troponiny, lipidogram), echo serca i koronarografię. Świadczenia są rozliczane w ramach jednej z Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): E10-E29 lub E23G (dla kardiochirurgii). Program przewiduje stosowanie współczynników korygujących, np. x 1,1 dla rozliczeń z użyciem grup E10-E29 oraz x 1,02 dla placówek, które włączyły 60% pacjentów do programu KOS-Zawał, w stosunku do łącznej liczby wszystkich chorych z zawałem, leczonych przez dany podmiot.

W trakcie hospitalizacji pacjentom mogą zostać wykonane także badania obrazowe i konsultacje specjalistyczne. Przed wypisem do domu, chory włączony do programu KOS-Zawał, otrzymuje wskazówki dotyczące leczenia w najbliższych tygodniach. Na tym etapie powinien zostać rozpisany plan leczenia na cały rok, w tym wszystkie konieczne wizyty u lekarza kardiologa oraz proces rehabilitacji. Pacjent powinien otrzymać niezbędne skierowania, a koordynator zapewnić mu umówienie niezbędnych wizyt. Co równie istotne, chory powinien otrzymać również informację, jak i kiedy może kontaktować się z koordynatorem KOS-Zawał, a w razie potrzeby z lekarzem.

Plan kompleksowego leczenia po zawale serca, produkt 5.53.01.0005008 (121 pkt), obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia pacjenta po zawale serca przez lekarza kardiologa z uwzględnieniem świadczeń wchodzących w zakres kompleksowej opieki oraz koordynację procesu leczenia. Produkt do rozliczenia jednorazowo w całym procesie kompleksowej opieki po zawale serca, do sumowania przy rozliczaniu właściwej JGP dotyczącej zawału serca.

→ ETAP II – WIZYTA KOORDYNUJĄCA KONTROLNA

Wizyta koordynująca, produkt 5.53.01.0005009 (121 pkt), jest fundamentem dalszej opieki i musi odbyć się maksymalnie do 14 dni od dnia wypisu chorego ze szpitala i przed rozpoczęciem rehabilitacji. Wizyta ta może zostać zrealizowana w poradni kardiologicznej lub rehabilitacyjnej, pod warunkiem obecności lekarza kardiologa. W trakcie wizyty dokonuje się oceny stanu zdrowia pacjenta, zleca badania (*lipidogram – istotny klinicznie, ale również z punktu widzenia jednego ze współczynników premiowych NFZ*, morfologia, potas, kreatynina, CRP) i kwalifikuje do odpowiedniego rodzaju rehabilitacji. Wizyta ta ma kluczowe znaczenie dla kontynuacji leczenia w warunkach ambulatoryjnych i rozpoczęcia rehabilitacji kardiologicznej.

→ ETAP III – REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

Rehabilitacja kardiologiczna stanowi istotny element kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego. Rozpoczyna się ona najpóźniej do 14 dni od wypisu ze szpitala i może przybrać formę stacjonarną, dzienną lub hybrydową. Wybór trybu zależy od stanu klinicznego pacjenta, obecności chorób współistniejących oraz oceny wydolności fizycznej. Program rehabilitacji obejmuje nadzorowany trening fizyczny, edukację zdrowotną, poradnictwo dietetyczne oraz wsparcie psychologiczne. Celem leczenia jest poprawa tolerancji wysiłku, modyfikacja czynników ryzyka sercowo-naczyniowego: nadciśnienia, hiperlipemii oraz cukrzycy, a także przywrócenie aktywności zawodowej.

Świadczenia zgodnie z zapisami zarządzenia Prezesa NFZ rozliczane za osobodzień, są na podstawie poniższych produktów:

- 5.11.02.9100073 – Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych – 210 pkt;
- 5.11.02.9000063 – Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w ośrodku lub oddziale dziennym – 80 pkt;
- 5.11.02.9000064 – Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach domowych – 80 pkt.

Co istotne ekonomicznie dla świadczeniodawcy rozpoczęcie rehabilitacji w ciągu 14 dni od dnia wypisu chorego ze szpitala pozwala na rozliczenie w/w produktów z zastosowaniem współczynnika 1,1.

→ ETAP IV – WIZYTY KONTROLNE I MONITOROWANIE LECZENIA

Opieka kardiologiczna obejmuje co najmniej 4 wizyty kardiologiczne, w tym przeprowadzenie co najmniej trzech wizyt kontrolnych w ramach świadczenia *Specjalistyczna opieka kardiologiczna – porada kontrolna*. Pierwsza konsultacja kardiologiczna powinna odbyć się nie później niż w 6 tygodniu od momentu wypisu pacjenta ze szpitala, kolejne – zgodnie z indywidualnym planem leczenia. Podczas każdej z nich oceniany jest stan kliniczny pacjenta, skuteczność terapii hipolipemizującej (z ewentualnym dostosowaniem prowadzonej farmakoterapii – *leki na receptę, program lekowy B.101*), kontrola ciśnienia tętniczego, czynników ryzyka oraz poziom przestrzegania zaleceń. Badania kontrolne obejmują lipidogram (kod: 5.52.01.0001574), morfologię, elektrolity, kreatyninę i parametry zapalne (CRP) oraz kontrolne pozawałowe badania echokardiograficzne – tzw. echo serca. Wizyty rozliczane są z kodem 5.53.01.0005013. Kluczowe znaczenie ma dążenie do osiągnięcia docelowego poziomu LDL-c < 55 mg/dl, zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC/EAS oraz jednym z obowiązujących w KOS-Zawał wskaźników korygujących. Dlatego na każdej poradzie kontrolnej istotna jest in-

tensyfikacja leczenia hipolipemizującego (poprzez zwiększenie dawek statyn, dodanie ezetymibu czy też skierowanie pacjenta do analizy pod kątem możliwości włączenia do programu lekowego B.101), u wszystkich pacjentów nieosiągających pożądanego stężenia LDL-c. Należy także ocenić występowanie ewentualnych działań niepożądanych leków oraz potrzeby korekty leczenia. Istotnym z punktu widzenia rozliczeniowego jest wydanie zaświadczenia o zdolności do pracy, do 4 miesiąca od wypisu ze szpitala. Zrealizowanie tego działania kwalifikuje świadczeniodawcę do zwiększenia przychodu poprzez rozliczenie wskaźnika korygującego w wysokości x 1,1. Ostatnia z wizyt specjalistycznej opieki kontrolnej (kończąca cykl opieki kardiologicznej w poradni) rozliczona zostanie kodem 5.52.01.0001507 (459 pkt). Produkt należy wykazać w dacie ostatniej porady 5.53.01.0005013 pod warunkiem wcześniejszego wykonania i sprawozdania minimum 3 świadczeń statystycznych o kodzie 5.53.01.0005013.

→ ETAP V – SPECJALISTYCZNA OPIEKA KOŃCOWA – BILANS OPIEKI (do 12 miesiąca)

W 12 miesiącu po zawale odbywa się bilans opieki, czyli ostatnia w ramach KOS-Zawał, podsumowująca porada kardiologiczna obejmująca badania laboratoryjne oraz podsumowanie stanu klinicznego pacjenta wraz z dalszymi zaleceniami. Pacjent kończący udział w programie KOS-Zawał przekazywany jest do ambulatoryjnej opieki kardiologicznej. Wizyta ta odbywa się nie wcześniej niż 6 tygodni przed zakończeniem całego programu. Jej celem jest podsumowanie efektów terapeutycznych oraz określenie dalszego postępowania. W trakcie wizyty zleca się lipidogram (kod 5.52.01.0001574) oraz wykonuje bilans opieki (produktem 5.52.01.0001508 za 194 pkt). Lekarz prowadzący pacjenta podejmuje decyzję o zakończeniu leczenia lub kontynuacji w opiece specjalistycznej. Dodatkowo oceniane jest osiągnięcie celu terapeutycznego dla cholesterolu **LDL (≤ 55 mg/dl)** oraz powinna być zalecona kontynuacja dotychczasowego leczenia hipolipemizującego (w przypadku osiągnięcia celu terapeutycznego dla LDL-c) lub jego dalsza intensyfikacja zgodnie z wytycznymi (w przypadku nieosiągnięcia celu). Zakończenie programu dokumentuje się kodem 5.53.01.0005011. Premiowane finansowo są placówki osiągające cel terapeutyczny dla LDL-c u co najmniej 40% pacjentów włączonych do KOS-Zawał (**LDL ≤ 55 mg/dl**) i wydające zaświadczenia o zdolności do pracy przed upływem 4 miesiąca od wypisu. Na tym etapie dodaje się również produkt premii KOS-zawał (5.56.01.0000001), którego krotkość prezentowana jest w aplikacji NFZ: AP-PKUS na liście procesów, w dodatkowej kolumnie. W jego przypadku konieczne jest sprawozdanie w raporcie kodu specjalnego rozliczenia PRZ.

3. Nowy zawał w trakcie trwania programu

W przypadku wystąpienia kolejnego incydentu wieńcowego u pacjenta uczestniczącego w programie KOS-Zawał, konieczna jest hospitalizacja, a dotychczasowy cykl programu zostaje przerwany. Po stabilizacji pacjenta możliwe jest ponowne włączenie do programu od etapu hospitalizacji, o ile spełnione zostaną kryteria kwalifikacji. Placówka medyczna powinna odnotować wcześniejsze zakończenie pierwszego cyklu oraz rozpocząć nowy etap zgodnie z aktualnym stanem klinicznym pacjenta. Wszystkie świadczenia muszą zostać odpowiednio zarejestrowane i rozliczone – tak, jak zostało to już wcześniej opisane. Oznacza to, że cały cykl rozpoczynamy od początku.

4. Znaczenie kliniczne programu KOS-Zawał

Wprowadzenie programu KOS-Zawał przyniosło znaczną poprawę wyników leczenia chorych po zawale serca. W analizach prowadzonych przez NFZ i ośrodki kliniczne wykazano spadek śmiertelności w pierwszym roku po incydencie, redukcję rehospitalizacji oraz

wzrost odsetka pacjentów osiągających cel terapeutyczny dla LDL-c. Program wspiera też aktywizację zawodową i zmniejsza liczbę trwałych niezdolności do pracy. Korzyści są szczególnie widoczne przy wysokim stopniu realizacji zaleceń – uczestnictwo w rehabilitacji, kontrole lipidowe i wdrożenie odpowiedniego leczenia hipolipemizującego, w tym z zastosowaniem nowoczesnych terapii obniżających stężenie LDL-c.

5. Wytyczne dla rozliczenia świadczeń z NFZ w ramach programu KOS-Zawał

→ ETAP I – HOSPITALIZACJA PACJENTA Z ZAWAŁEM SERCA

Rozliczenie:

- Grupy JGP: E10–E29 (np. STEMI, NSTEMI), E23G (kardiochirurgia), świadczenia katalogu 1C.
- Współczynniki korygujące:
 - x 1,02 – $\geq 60\%$ pacjentów w KOS-Zawał,
 - x 1,1 – dla E10–E29,
 - x 1,2 – dla E04–E06 z zespołem kardiochirurgii.

→ ETAP II – WIZYTA KOORDYNUJĄCA KONTROLNA (DO 14 DNI OD WYPISU)

Rozliczenie: kod rozliczenia: 5.53.01.0005009,

- Lipidogram: 5.52.01.0001574,
- Obowiązkowe skierowania: rehabilitacja (jeśli dotychczas nie zostało wydane), badania kontrolne.

→ ETAP III – REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

Rozliczenie: kody rozliczenia:

- Dla rehabilitacji stacjonarnej: 5.11.02.9100073,
- Dla rehabilitacji dziennej: 5.11.02.9000063,
- Dla rehabilitacji hybrydowej: 5.11.02.9000064,
- Współczynnik:
 - x 1,1 w sytuacji rozpoczęcia rehabilitacji do 14 dni w strukturze dziennej w szpitalu.

→ ETAP IV – PORADY KONTROLNE – SPECJALISTYCZNA OPIEKA KARDIOLOGICZNA

- Rozliczenie: kod rozliczenia min. 3 wizyt: 5.53.01.0005013,
- Lipidogram: 5.52.01.0001574,
- Rozliczenie ostatniej porady: specjalistyczna opieka kardiologiczna: 5.52.01.0001507.

→ ETAP V – BILANS I ZAKOŃCZENIE PROGRAMU

- Rozliczenie: kody rozliczenia:
 - bilans: 5.52.01.0001508,
 - zakończenie: 5.53.01.0005011,
- Leczenie lipidowe:
 - wdrożone: 5.56.01.0000004,
 - niewdrożone: 5.56.01.0000005,

- Ocena osiągnięcia celu terapeutycznego dla LDL-c (≤ 55 mg/dl):
 - osiągnięty: 5.56.01.00000002,
 - nieosiągnięty: 5.56.01.00000003,
- Zaświadczenie o zdolności do pracy: 5.53.01.0005012,
- Produkt premiowy KOS-zawał: 5.56.01.00000001
(zgodnie z naliczeniem w aplikacji AP-PKUS).

→ PRODUKTY PREMIOWE

- **x 1,10** – wydanie zaświadczenia o zdolności do pracy do 4. miesiąca od wypisu ze szpitala,
- **x 1,15** – zakończenie programu KOS-Zawał przed końcem 12 mies.,
- **x 1,10** – **$\geq 40\%$ pacjentów z KOS-Zawał, którzy osiągnęli cel dla LDL (≤ 55 mg/dl).**

6. Dobre praktyki leczenia pacjentów po zawale mięśnia sercowego

Wysoka jakość realizacji programu KOS-Zawał w połączeniu z dążeniem do osiągnięcia celu terapeutycznego dla LDL-c opiera się na systematycznej i ciągłej opiece nad pacjentem, zgodnie z zaleceniami klinicznymi oraz wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednym z kluczowych elementów opieki nad chorym jest wyznaczenie dedykowanego koordynatora programu KOS-Zawał, którym jak pokazuje praktyka, staje się pielęgniarka lub sekretarka medyczna. Zadaniem koordynatora jest monitorowanie całego przebiegu opieki nad pacjentem – od zleceń lipidogramów, poprzez pilnowanie terminów wizyt, po kontakt z pacjentami i wsparcie lekarzy. Niezwykle ważne są regularne (np. codzienne lub cotygodniowe) raporty dotyczące liczby pacjentów kończących program oraz tych, którzy osiągnęli / nie osiągnęli celu terapeutycznego LDL-c.

Systematyczne oznaczanie stężenia LDL-c i optymalizacja leczenia hipolipemizującego to kolejny kluczowy filar skuteczności programu. Obejmuje ono regularne wykonywanie lipidogramów na każdej wizycie kontrolnej, niezależnie od wcześniejszych wyników, a także rutynowe stosowanie farmakoterapii. Szybka identyfikacja pacjentów, którzy nie osiągnęli stężenia LDL-c poniżej 55 mg/dl, umożliwia ich terminowe skierowanie do programu lekowego B.101.

W ramach integracji programu KOS-Zawał z programem lekowym B.101 szczególną uwagę należy zwrócić na aktywne kwalifikowanie pacjentów do terapii inhibitorami PCSK9 (alirolumab, ewolokumab) lub inkilisiranem, jeśli standardowe leczenie hipolipemizujące okazuje się nieskuteczne. Dodatkowo, stosowanie bodźców motywacyjnych, takich jak premie finansowe dla personelu medycznego zaangażowanego w proces terapeutyczny za osiągnięcie celu terapeutycznego (LDL-c poniżej 55 mg/dl) np. poprzez integrację KOS-Zawał z PL B.101, sprzyja większemu zaangażowaniu personelu do zachowania systematyczności interwencji podejmowanych wobec chorego.

Wysoka jakość organizacji i motywacji zespołu medycznego polega na traktowaniu KOS-Zawał jako standardowego elementu leczenia każdego pacjenta po zawale. Każdy wypisany pacjent powinien być rozpatrywany pod kątem włączenia do programu KOS-Zawał. Dobrą praktyką jest wdrożenie systemu premiowego dla ordynatorów i lekarzy za osiągnięcie konkretnych wskaźników, takich jak zakwalifikowanie co najmniej 70% pacjentów z zawałem serca do programu KOS-Zawał, czy osiągnięcie poziomu LDL ≤ 55 mg/dl u co najmniej 40% chorych objętych programem. Co istotne, ważne jest uzyskanie celu terapeutycznego dla LDL-c u jak największego odsetka pacjentów włączonych do programu KOS-Zawał, gdyż NFZ nalicza premię tylko w stosunku do świadczeń zrealizowanych dla pacjentów, którzy na zakończenie programu KOS-Zawał osiągnęli cel terapeutyczny. Waż-

ne jest również klarowne przypisanie ról w zespole: – lekarz prowadzący pacjenta w ramach KOS-Zawał, – lekarz kwalifikujący i prowadzący pacjenta w ramach programu lekowego B.101, – koordynator programu KOS-Zawał.

Podstawą sukcesu jest wysoki poziom raportowania do Narodowego Funduszu Zdrowia podejmowanych działań i zarządzania programem. Comiesięczne analizy skuteczności terapii lipidowej i ogólnej efektywności programu, pozwalają na bieżąco oceniać jego przebieg, a tym samym uzyskiwać gwarantowane przez płatnika publicznego premie finansowe. Należy również zwrócić uwagę na moment zakończenia programu, to jest np. na zaplanowanie choremu dodatkowych wizyt po zamknięciu programu KOS-Zawał.

7. Podsumowanie

Prowadzenie pacjenta po zawale mięśnia sercowego w ramach programu KOS-Zawał, z jednoczesną możliwością wdrożenia terapii w programie lekowym B.101, stanowi dziś realną szansę na optymalizację zarówno efektów zdrowotnych, jak również finansowych świadczeniodawców.

Program KOS-Zawał oferuje model zintegrowanej opieki nad pacjentem przez okres 12 miesięcy, obejmujący leczenie ostrej fazy zawału, rehabilitację, opiekę specjalistyczną oraz systematyczne monitorowanie lipidów. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa **koordynator**, który dba o ciągłość ścieżki, terminowość wizyt i sprawozdawczość do NFZ. Umożliwia spełnienie warunków formalnych i klinicznych wymaganych do uzyskania **premii finansowych z tytułu wskaźników korygujących**.

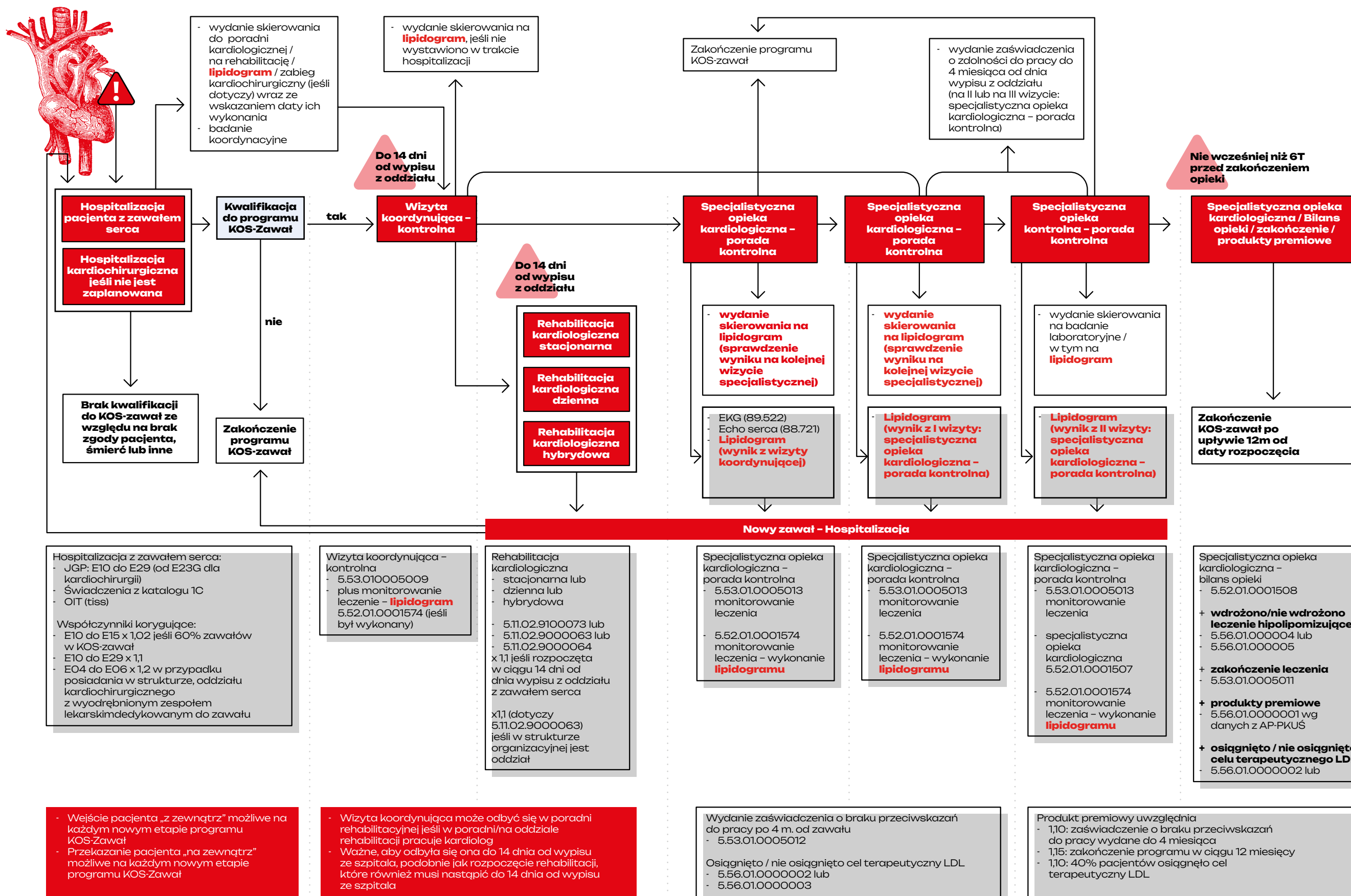
Szczególne znaczenie w programie ma skuteczna kontrola lipidowa. Regularne oznaczanie LDL-c oraz szybka kwalifikacja pacjentów, którzy nie osiągnęli docelowego poziomu dla LDL-c, a spełniają kryteria kwalifikacji do programu lekowego B.101, pozwalają nie tylko zwiększyć skuteczność leczenia, ale też uzyskać premię z NFZ za osiągnięcie celu terapeutycznego u co najmniej 40% pacjentów zakwalifikowanych do KOS-Zawał. Integracja z programem B.101, zapewnia nowoczesne leczenie tym chorym, u których standardowa terapia okazuje się niewystarczająca.

Efektywne wykorzystanie programu KOS-Zawał wraz z opcją leczenia chorych w programie lekowym B.101, pozwala placówkom medycznym osiągnąć nie tylko wysoki poziom jakości leczenia, ale także maksymalizować przychody wynikające ze premii naliczanych przez płatnika publicznego na podstawie spełnienia wymogów dla rozliczenia współczynników korygujących.

Załączniki:

1. Schemat przebiegu procesu kodowania i rozliczania świadczeń medycznych w ramach programu KOS-Zawał.
2. Kalkulator przychodu uwzględniający wskaźniki korygujące oraz integrację leczenia w ramach programu KOS-Zawał z programem lekowym B.101 – leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi.
3. Checklista integracji programu KOS-zawał z programem lekowym B.101

Rysunek 1. Schemat przebiegu procesu kodowania i rozliczania świadczeń medycznych w ramach programu KOS-Zawał.



Checklist: Postępowanie z pacjentem – KOS-Zawał + program lekowy B.101

Hospitalizacja z powodu zawału serca

- ☐ Czy pacjent spełnia kryteria włączenia do programu KOS-Zawał?
- ☐ Czy uzyskano świadomą zgodę pacjenta?
- ☐ Czy pacjent został zakwalifikowany do odpowiedniej JGP (E10-E29/E23G)?

Wizyta koordynująca – kontrolna (do 14 dni)

- ☐ Czy została zaplanowana i odbyła się w terminie?
- ☐ Czy wykonano lipidogram?
- ☐ Czy zakwalifikowano do rehabilitacji kardiologicznej?
- ☐ Czy pacjent otrzymał plan leczenia i kontakt do koordynatora?

Rehabilitacja kardiologiczna

- ☐ Czy rozpoczęto rehabilitację w ciągu 14 dni od wypisu?
- ☐ Czy forma rehabilitacji została dobrana odpowiednio (stacjonarna, dzienna, hybrydowa)?

Wizyty kontrolne i monitorowanie (specjalistyczna opieka kardiologiczna)

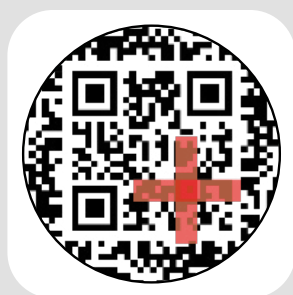
- ☐ Czy zaplanowano i przeprowadzono co najmniej 3 wizyty kontrolne?
- ☐ Czy wykonano lipidogram przy każdej wizycie?
- ☐ Czy oceniono skuteczność terapii hipolipemizującej?
- ☐ Czy zaplanowano bilans opieki w 12 miesiącu?

Integracja z programem lekowym B.101

- ☐ Czy pacjent osiągnął cel LDL <55 mg/dl?
- ☐ Jeśli nie – czy oceniono spełnienie kryteriów włączenia do programu B.101?
- ☐ Czy wdrożono leczenie zgodnie z kodami 5.56.01.000004/000005?

Rozliczenie i premiowanie

- ☐ Czy zakończono program KOS-Zawał zgodnie z wymaganiami NFZ?
- ☐ Czy wydano zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy do 4 miesiąca?
- ☐ Czy udokumentowano osiągnięcie celu LDL u ≥40% pacjentów?



**Polskie
Towarzystwo
Koderów
Medycznych**

Materiał opracowany
na zlecenie firmy
Amgen Biotechnologia

AMGEN

© 2025. Wszystkie prawa zastrzeżone

