

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia r. (Dz. U. poz.)

Kluczowe zalecenia dotyczące organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego dla jednostek chorobowych chorób układu krążenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Numer kluczowego zalecenia	Nazwa kluczowego zalecenia
I. Podstawowa opieka zdrowotna	
A. Diagnostyka kardiologiczna	
I.A.1	W celu identyfikacji czynników ryzyka chorób układu krążenia albo podejrzenia choroby układu krążenia zaleca się realizację u świadczeniobiorcy świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, zgodnie z warunkami szczegółowymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 tej ustawy, zwanego dalej „Moje zdrowie”.
I.A.2	W przypadku stwierdzonych po udzieleniu świadczenia Moje zdrowie nieprawidłowości związanych z chorobami układu krążenia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ”, realizuje dalszą diagnostykę kardiologiczną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”, w celu rozpoznania albo wykluczenia choroby układu krążenia, obejmującą: 1) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 2) zlecenie badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 tej ustawy, jeżeli jest to uzasadnione ze względów medycznych; 3) przeprowadzenie wizyty oceniającej wyniki badań, o których mowa w pkt 2, nie później niż 30 dni od dnia wykonania przez świadczeniobiorcę wszystkich badań zleconych przez lekarza POZ; 4) konsultację z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii udzielającym świadczeń opieki koordynowanej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 tej ustawy, jeżeli jest to uzasadnione ze względów medycznych, jeżeli jest to uzasadnione ze względów medycznych.
I.A.3	Jeżeli dalsza diagnostyka kardiologiczna, o której mowa w pkt I.A.2, nie może być przeprowadzona przez lekarza POZ albo w ramach opieki koordynowanej w POZ, lekarz POZ wystawia świadczeniobiorcy elektroniczną Kartę Opieki Kardiologicznej, zwaną dalej „kartą e-KOK”, i kieruje świadczeniobiorcę do ośrodka kardiologicznego Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanej dalej „KSK”, zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w pkt I.D.1.
I.A.4	Świadczeniobiorcy, u którego w ramach przeprowadzonej diagnostyki kardiologicznej nie rozpoznano choroby układu krążenia, ale rozpoznano bardzo wysokie ryzyko tej choroby zgodnie ze skalą SOCRE2 albo SCORE2-OP, lekarz POZ:

	1) udziela porady edukacyjnej wynikającej z indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy, mającej na celu obniżenie modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego; 2) zleca badania uzupełniające, jeżeli jest to uzasadnione ze względów medycznych; 3) przeprowadza konsultacje z lekarzami specjalistami w innych dziedzinach medycyny w ramach opieki koordynowanej w POZ, jeżeli jest to uzasadnione ze względów medycznych; 4) ustala harmonogram wizyt kontrolnych dostosowanych do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy, które odbywają się co najmniej raz na 12 miesięcy, w celu monitorowania ryzyka sercowo-naczyniowego obejmujących: a) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy, b) badania kontrolne wynikające z indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy, c) ocenę farmakoterapii, jeżeli została zastosowana, d) ocenę przestrzegania zaleceń, e) ponowną ocenę ryzyka choroby przez wypełnienie Karty Ryzyka Chorób Układu Krążenia oraz przeprowadzenie oceny ryzyka w skali SCORE2 albo CORE2-OP.
B. Leczenie kardiologiczne	
I.B.1	Dla świadczeniobiorcy, u którego rozpoznano chorobę układu krążenia: 1) lekarz POZ ustala i realizuje plan leczenia kardiologicznego w POZ albo w ramach opieki koordynowanej w POZ; 2) jeżeli ustalenie i realizacja planu leczenia kardiologicznego nie może być przeprowadzona w ramach POZ albo w ramach opieki koordynowanej w POZ, lekarz POZ: a) wystawia kartę e-KOK, b) kieruje świadczeniobiorcę do właściwego ośrodka kardiologicznego KSK zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w pkt I.D.1.
I.B.2	1) w przypadku stwierdzenia wskazań klinicznych do hospitalizacji, lekarz POZ wystawia dla świadczeniobiorcy kartę e-KOK, jeżeli świadczeniobiorcy nie wystawiono wcześniej tej karty, i kieruje świadczeniobiorcę do leczenia szpitalnego do właściwego ośrodka kardiologicznego KSK zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w pkt I.D.1. 2) w sytuacjach zagrażających bezpośrednio życiu lub zdrowiu świadczeniobiorcy karta e-KOK, jeżeli nie wystawiono wcześniej tej karty, jest wystawiana przez świadczeniodawcę, u którego jest kontynuowana dalsza opieka kardiologiczna.
C. Obserwacja po leczeniu	
I.C.1	Dla świadczeniobiorców, których po zakończonym leczeniu kardiologicznym w ośrodku kardiologicznym KSK skierowano do obserwacji w POZ wraz z planem obserwacji po leczeniu, ustala się harmonogram wizyt kontrolnych w poradni POZ dostosowanych do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy, które odbywają się co najmniej raz na 12 miesięcy, obejmujących: 1) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 2) ocenę farmakoterapii, jeżeli została zastosowana; 3) badania kontrolne wynikające z planu obserwacji po leczeniu oraz indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy; 4) ocenę przestrzegania zaleceń; 5) aktualizację planu obserwacji po leczeniu; 6) poradę edukacyjną w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy.
I.C.2	Jeżeli u świadczeniobiorcy w trakcie obserwacji po leczeniu zaobserwowano: duszność wysiłkowa, ból w klatce piersiowej, omdlenia lub zespół Morgagniego-Adamsa-Stokesa, odczucie arytmii, spadek tolerancji wysiłku fizycznego bez innej dającej się określić przyczyny, w przypadku gdy nie jest to stan zagrożenia życia lub zdrowia świadczeniobiorcy, lekarz POZ zleca wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych i

	podejmuje dalsze decyzje terapeutyczne, a w przypadku wątpliwości: 1) konsultuje się z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii w ramach opieki koordynowanej w POZ albo 2) jeżeli te badania nie mogą być przeprowadzone w POZ, kieruje świadczeniobiorcę do ośrodka kardiologicznego KSK w celu dalszej diagnostyki kardiologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w pkt I.D.1.
I.C.3	Świadczeniodawca POZ w ramach opieki koordynowanej w POZ sprawuje opiekę nad świadczeniobiorcą z rozpoznaną chorobą układu krążenia we współpracy z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii w ramach opieki koordynowanej w POZ zgodnie z planem obserwacji po leczeniu, aktualną wiedzą medyczną oraz wytycznymi właściwych towarzystw naukowych.
D. Zasady koordynacji opieki kardiologicznej w KSK	
I.D.1	1) świadczeniodawca POZ informuje świadczeniobiorcę o terminach wizyt w ośrodkach kardiologicznych KSK zlokalizowanych najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy; 2) skierowanie świadczeniobiorcy do ośrodka kardiologicznego KSK w celu dalszej diagnostyki kardiologicznej lub leczenia kardiologicznego jest możliwe pod warunkiem wykonania przez świadczeniodawcę POZ badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 tej ustawy, wynikających z aktualnej wiedzy medycznej oraz wytycznych właściwych towarzystw naukowych, oraz załączenia do skierowania ich wyników, w tym w ramach karty e-KOK; 3) skierowanie świadczeniobiorcy do ośrodka kardiologicznego drugiego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej, zwanego dalej „OK II”, albo ośrodka kardiologicznego trzeciego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej, zwanego dalej „OK III”, jest poprzedzone kontaktem z koordynatorem opieki kardiologicznej najbliższego miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy ośrodka kardiologicznego OK III; 4) koordynator opieki kardiologicznej OK III wskazuje ośrodek kardiologiczny pierwszego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej, zwany dalej „OK I”, albo OK II, albo OK III, mając na uwadze zapewnienie opieki kardiologicznej w najkrótszym terminie i wyznacza dla świadczeniobiorcy termin wizyty.
I.D.2	Koordynator opieki kardiologicznej w OK III współpracuje ze świadczeniodawcą POZ, celem udzielenia świadczeniobiorcy informacji o organizacji opieki kardiologicznej w ramach KSK oraz koordynowania poszczególnych etapów opieki kardiologicznej, zapewniając ciągłość tej opieki.
II. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	
A. Diagnostyka kardiologiczna	
II.A.1	Świadczeniobiorcy, który został skierowany do poradni kardiologicznej z ośrodka kardiologicznego KSK lub ośrodka współpracującego w rozumieniu art. 12 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, w celu potwierdzenia albo wykluczenia rozpoznania choroby układu krążenia, albo do dalszej diagnostyki kardiologicznej, podczas pierwszej wizyty w poradni kardiologicznej, lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii: 1) dokonuje ponownej oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego oraz wyników badań diagnostycznych wykonanych przed wizytą, w celu potwierdzenia albo wykluczenia rozpoznania choroby układu krążenia, albo ustalenia dalszej diagnostyki kardiologicznej; 2) przeprowadza badania przedmiotowe ukierunkowane na rozpoznanie choroby układu krążenia, obejmujące co najmniej: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar tętna z

	oceną miarowości i obecności tętna obwodowego na kończynach dolnych, osłuchanie serca, płuc, tętnic szyjnych i udowych oraz ocenę obecności obrzęków obwodowych; 3) ustala dalszą diagnostykę na podstawie oceny klinicznej świadczeniobiorcy, zlecając wykonanie badań diagnostycznych w celu potwierdzenia albo wykluczenia rozpoznania choroby układu krążenia, w oparciu o konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi właściwych towarzystw naukowych, przy czym w potwierdzeniu albo wykluczeniu rozpoznania choroby układu krążenia uwzględnia się wszystkie wyniki badań diagnostycznych przeprowadzone przez świadczeniobiorcę oraz zawarte w karcie e-KOK, w tym również wykonane na jego koszt lub przez innego świadczeniodawcę przed wystawieniem karty e-KOK, 4) ustala się termin ponownej konsultacji w poradni kardiologicznej, nie późniejszy niż 30 dni od dnia pierwszej wizyty, podczas której zlecono wykonanie badań, o których mowa w pkt 3.
II.A.2	Świadczeniobiorcy, który nie został skierowany do poradni kardiologicznej z ośrodka kardiologicznego KSK lub ośrodka współpracującego, w celu potwierdzenia albo wykluczenia rozpoznania chorób układu krążenia, u którego nie rozpoznano wcześniej choroby układu krążenia, a który jest obciążony czynnikami ryzyka takiej choroby, w trakcie pierwszej wizyty w poradni kardiologicznej, lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii: 1) przeprowadza wywiad w celu rozpoznania choroby układu krążenia oraz ustalenia czynników ryzyka takiej choroby; 2) wykonuje badania w celu wstępnego rozpoznania choroby układu krążenia, obejmujące co najmniej: a) pomiar ciśnienia tętniczego krwi, b) pomiar tętna z oceną miarowości oraz obecności tętna obwodowego na kończynach dolnych, c) osłuchanie serca, płuc, tętnic szyjnych i udowych, d) ocenę obecności obrzęków obwodowych; 3) prowadzi dalszą diagnostykę kardiologiczną w celu potwierdzenia albo wykluczenia rozpoznania choroby układu krążenia na podstawie konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi właściwych towarzystw naukowych, przy czym w potwierdzeniu albo wykluczeniu rozpoznania choroby układu krążenia uwzględnia się wszystkie wyniki badań diagnostycznych przeprowadzone przez świadczeniobiorcę oraz zawarte w karcie e-KOK, w tym również wykonane na jego koszt lub przez innego świadczeniodawcę przed wystawieniem karty e-KOK, oraz 4) ustala się termin ponownej konsultacji specjalistycznej w poradni kardiologicznej, nie później niż w terminie 30 dni od dnia pierwszej wizyty, podczas której zlecono wykonanie badań, o których mowa w pkt 3; 5) wystawia się i prowadzi dla świadczeniobiorcy kartę e-KOK, jeżeli nie została wcześniej wystawiona.
II.A.3	Podczas drugiej wizyty w poradni kardiologicznej dokonuje się ponownej oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego oraz wyników badań diagnostycznych, w celu potwierdzenia albo wykluczenia wstępnego rozpoznania choroby układu krążenia, albo dalszej diagnostyki kardiologicznej oraz podjęcia decyzji terapeutycznych.
II.A.4	U świadczeniobiorcy, który został skierowany do poradni kardiologicznej z ośrodka kardiologicznego KSK lub ośrodka współpracującego, w celu potwierdzenia albo

	wykluczenia wstępnego rozpoznania choroby układu krążenia albo kontynuacji diagnostyki kardiologicznej, pierwsza porada kardiologiczna jest przeprowadzana w terminie 90 dni od dnia skierowania do poradni kardiologicznej, natomiast kolejne porady kardiologiczne, jeżeli są wymagane, odbywają się w terminie od 90 dni do 365 dni od dnia udzielenia ostatniej porady kardiologicznej, w zależności od wskazań klinicznych.
II.A.5	Świadczeniobiorców, u których rozpoznano chorobę układu krążenia i u których istnieją wskazania kliniczne do hospitalizacji: 1) kieruje się do leczenia szpitalnego w OK I albo OK II, albo OK III; zapewnia się świadczeniobiorcy kontakt z koordynatorem opieki kardiologicznej OK II albo koordynatorem opieki kardiologicznej OK III.
II.A.6	Wykluczenia rozpoznania choroby układu krążenia albo potwierdzenie wraz z ustaleniem planu leczenia kardiologicznego albo planu leczenia kardiologicznego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej odbywa się nie później niż: 1) 90 dni od dnia pierwszej porady w poradni kardiologicznej, jednak niezwłocznie po uzyskaniu kompletnego zestawu wyników zleconych badań diagnostycznych – w przypadku świadczeniobiorców skierowanych do poradni kardiologicznej z ośrodków kardiologicznych KSK lub ośrodków współpracujących, w celu potwierdzenia albo wykluczenia wstępnego rozpoznania choroby układu krążenia, albo dalszej diagnostyki kardiologicznej; 2) 60 dni od dnia pierwszej porady w poradni kardiologicznej, jednak niezwłocznie po uzyskaniu kompletnego zestawu wyników zleconych badań diagnostycznych – w przypadku pozostałych świadczeniobiorców.
II.A.7	1) skierowanie do OK II jest możliwe po stwierdzeniu braku możliwości przeprowadzenia właściwej diagnostyki kardiologicznej w OK I; 2) skierowanie do OK III jest możliwe po stwierdzeniu braku możliwości przeprowadzenia właściwej diagnostyki kardiologicznej w OK II; 3) w przypadku skierowania do OK II albo OK III świadczeniobiorca, w celu koordynacji opieki kardiologicznej, kontaktuje się z odpowiednio koordynatorem opieki kardiologicznej z OK II albo koordynatorem opieki kardiologicznej OK III. Koordynator opieki kardiologicznej udziela informacji o możliwości realizacji poszczególnych procedur diagnostyczno-terapeutycznych na określonych poziomach zabezpieczenia opieki kardiologicznej oraz wskazuje ośrodki kardiologiczne KSK, w których te procedury mogą być wykonane najszybciej i najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.
II.A.8	W przypadku świadczeniobiorcy z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym według skali oceny ryzyka sercowo-naczyniowego SCORE2 lub SCORE2-OP, lub SCORE-2 diabetes, u którego w poradni kardiologicznej wykluczono rozpoznanie choroby układu krążenia: 1) udziela porady edukacyjnej wynikającej z indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy, mającej na celu obniżenie modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego; 2) kieruje się świadczeniobiorcę do lekarza POZ w celu realizacji wizyt kontrolnych, o których mowa w pkt I.A.4.
B. Leczenie kardiologiczne	
II.B.1	Dla świadczeniobiorców, u których rozpoznano chorobę układu krążenia i którzy nie wymagają hospitalizacji, lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii ustala: 1) plan leczenia kardiologicznego w poradni kardiologicznej lub 2) plan leczenia kardiologicznego w POZ albo w ramach opieki koordynowanej w POZ, lub 3) plan leczenia kardiologicznego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.
II.B.2	U świadczeniobiorców z rozpoznaniem chorób układu krążenia w poradni kardiologicznej ustala się i prowadzi leczenie kardiologiczne z podziałem na:

	1) leczenie nefarmakologiczne – obejmujące zmianę stylu życia, w tym zdrową dietę, aktywność fizyczną, redukcję stresu, ograniczenie spożycia alkoholu, zaprzestanie palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz stosowania innych używek o udokumentowanej szkodliwości oraz optymalizację masy ciała; 2) leczenie farmakologiczne – realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz kluczowymi zaleceniami dotyczącymi organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych chorób układu krążenia; 3) leczenie z zastosowaniem procedur nefarmakologicznych – obejmujące możliwe do wykonania w warunkach ambulatoryjnych procedury medyczne.
II.B.3	Świadczeniobiorców, u których rozpoznano chorobę układu krążenia i u których istnieją wskazania kliniczne do hospitalizacji: 1) kieruje się do leczenia szpitalnego w OK I albo OK II, albo OK III; 2) zapewnia się świadczeniobiorcy kontakt z koordynatorem opieki kardiologicznej OK II albo koordynatorem opieki kardiologicznej OK III.
II.B.4	1) skierowanie do OK II jest możliwe po stwierdzeniu braku możliwości przeprowadzenia właściwego leczenia kardiologicznego w OK I; 2) skierowanie do OK III jest możliwe po stwierdzeniu braku możliwości przeprowadzenia właściwego leczenia kardiologicznego w OK II; 3) w przypadku skierowania do OK II albo OK III świadczeniobiorca, w celu koordynacji opieki kardiologicznej, kontaktuje się z odpowiednio koordynatorem opieki kardiologicznej z OK II albo koordynatorem opieki kardiologicznej OK III. Koordynator opieki kardiologicznej udziela informacji o możliwości realizacji poszczególnych procedur diagnostyczno-terapeutycznych na określonych poziomach zabezpieczenia opieki kardiologicznej oraz wskazuje ośrodki kardiologiczne KSK, w których te procedury mogą być wykonane najszybciej i najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.
C. Obserwacja po leczeniu kardiologicznym	
II.C.1	Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii ustala dla świadczeniobiorcy plan obserwacji po leczeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi właściwych towarzystw naukowych: 1) dla świadczeniobiorcy, u którego plan leczenia kardiologicznego obejmuje leczenie farmakologiczne, po jego rozpoczęciu; 2) dla świadczeniobiorcy, u którego plan leczenia kardiologicznego obejmuje leczenie zabiegowe, po jego zakończeniu.
II.C.2	U świadczeniobiorcy, u których plan leczenia kardiologicznego obejmuje leczenie farmakologiczne, po jego rozpoczęciu przeprowadza się wizyty kontrolne zgodnie z planem obserwacji po leczeniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w POZ obejmujące: 1) wywiad lekarski; 2) ocenę farmakoterapii; 3) ocenę tolerancji wysiłku i występowania objawów alarmowych: a) duszności wysiłkowej, b) bólu w klatce piersiowej, c) omdleń lub zespołu Morgagniego-Adamsa-Stokesa, d) odczuć arytmii lub kołatania serca, e) spadku tolerancji wysiłku fizycznego bez innej dającej się określić przyczyny; 4) badanie fizykalne; 5) poradę edukacyjną dostosowaną do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy.
II.C.3	U świadczeniobiorcy, u których plan leczenia kardiologicznego obejmuje leczenie zabiegowe, po jego zakończeniu przeprowadza się wizyty kontrolne zgodnie z planem obserwacji po leczeniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w POZ obejmujące zakres, o którym mowa w pkt II.C.2, oraz:

	1) spoczynkowy zapis EKG; 2) pomiar ciśnienia tętniczego; 3) inne dodatkowe badania diagnostyczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy, jeżeli jest to uzasadnione ze względów medycznych.
II.C.4	Jeżeli stan zdrowia świadczeniobiorcy pogarsza się lub pojawiają się nowe objawy, zleca się wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych oraz weryfikację planu obserwacji po leczeniu.
II.C.5	W przypadku pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub pojawienia się nowych objawów, jeżeli występują wskazania kliniczne do hospitalizacji, świadczeniodawca: 1) kieruje się do leczenia szpitalnego w OK I albo OK II, albo OK III; 2) zapewnia się świadczeniobiorcy kontakt z koordynatorem opieki kardiologicznej OK II albo koordynatorem opieki kardiologicznej OK III. W przypadku wystąpienia u pacjenta innych chorób przewlekłych z krótkim spodziewanym okresem przeżycia (poniżej 1 roku) powodujących kwalifikację pacjenta do opieki paliatywnej i hospicyjnej stosuje się określone w V.3.
II.C.6	Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii koordynuje realizację planu obserwacji po leczeniu we współpracy z lekarzem POZ, lekarzem specjalistą w dziedzinie: kardiologii, diabetologii, pulmonologii, chorób wewnętrznych, nefrologii, geriatrii lub innymi lekarzami specjalistami z odpowiednich dziedzin medycyny, w zależności od indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy.
III. Leczenie szpitalne	
A. Diagnostyka kardiologiczna	
III.A.1	Świadczeniobiorcy skierowanemu na oddział kardiologiczny OK I albo OK II, albo OK III, w celu przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki kardiologicznej lub którego stan zdrowia uzasadnia hospitalizację, w ramach leczenia szpitalnego: 1) przeprowadza się weryfikację wykonanych badań diagnostycznych, z uwzględnieniem tych wykonanych również u innych świadczeniodawców; 2) zleca się wykonanie niezbędnych uzupełniających badań diagnostycznych, na podstawie konsultacji specjalistycznych i wykazu badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 tej ustawy; 3) wystawia się kartę e-KOK, jeżeli nie została wcześniej wystawiona.
III.A.2	1) świadczeniobiorcę kieruje się do OK II w przypadku konieczności przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki kardiologicznej, w tym inwazyjnych badań diagnostycznych w warunkach szpitalnych, niedostępnych w OK I, po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I; 2) świadczeniobiorcę kieruje się do OK III w przypadku konieczności przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki kardiologicznej, w tym inwazyjnych badań diagnostycznych w warunkach szpitalnych, niedostępnych w OK I albo OK II, po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I albo OK II; 3) dalsza diagnostyka kardiologiczna i leczenie kardiologiczne prowadzone są w OK I zapewniającym dostęp do wymaganych procedur diagnostyczno-terapeutycznych; 4) w przypadku skierowania do OK II albo OK III świadczeniobiorca, w celu koordynacji opieki kardiologicznej, kontaktuje się z odpowiednio koordynatorem opieki kardiologicznej z OK II albo koordynatorem opieki kardiologicznej OK III. Koordynator opieki kardiologicznej udziela informacji o możliwości realizacji poszczególnych procedur diagnostyczno-terapeutycznych na określonych poziomach zabezpieczenia opieki kardiologicznej oraz wskazuje ośrodki kardiologiczne KSK, w których te procedury mogą być wykonane najszybciej i

	najbliższej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.
III.A.3	Świadczeniobiorcę kieruje się do poradni kardiologicznej w przypadku konieczności uzupełnienia badań diagnostycznych, które mogą być wykonane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub po stwierdzeniu braku wskazań do hospitalizacji.
III.A.4	Diagnostyka kardiologiczna prowadzona w warunkach szpitalnych kończy się postawieniem ostatecznego rozpoznania choroby układu krążenia oraz opracowaniem planu leczenia kardiologicznego w terminie 7 dni od dnia przyjęcia świadczeniobiorcy na oddział kardiologii.
B. Leczenie kardiologiczne	
III.B.1	U świadczeniobiorcy z rozpoznaną chorobą układu krążenia podejmuje się leczenie farmakologiczne w przypadku: 1) zidentyfikowania wskazań do podjęcia farmakoterapii zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi opracowanymi przez właściwe towarzystwa naukowe lub 2) braku poprawy wyników badań diagnostycznych po wprowadzeniu zmian w stylu życia świadczeniobiorcy trwającym 2 miesiące, lub 3) zagrożenia życia lub zdrowia świadczeniobiorcy.
III.B.2	Realizacja planu leczenia kardiologicznego w ośrodku kardiologicznym KSK, w zakresie leczenia szpitalnego, następuje niezwłocznie po przyjęciu świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego oraz uzyskaniu wyników dodatkowych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych.
III.B.3	Świadczeniobiorcę kieruje się do ośrodka kardiologicznego KSK wyższego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej lub posiadającego status Centrum Doskonałości Kardiologicznej w danej jednostce chorób układu krążenia, jeżeli wymaga on leczenia specjalistycznego niedostępnego w ośrodku kardiologicznym KSK, w którym prowadzona jest opieka kardiologiczna, po wyczerpaniu w nim możliwości diagnostyczno-terapeutycznych.
III.B.4	Świadczeniobiorcę kieruje się do poradni kardiologicznej, jeżeli możliwe jest kontynuowanie leczenia kardiologicznego zgodnie z planem leczenia kardiologicznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
III.B.5	Świadczeniobiorcę kieruje się do świadczeniodawcy POZ jeżeli możliwe jest kontynuowanie leczenia kardiologicznego zgodnie z planem leczenia kardiologicznego POZ lub w ramach opieki koordynowanej w POZ.
C. Obserwacja po leczeniu	
III.C.1	Dla świadczeniobiorcy po zakończonym leczeniu interwencyjnym lub w trakcie leczenia farmakologicznego ustala się plan obserwacji po leczeniu oraz plan leczenia kardiologicznego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, jeżeli jest wymagany, a także kieruje się go na: 1) badania kontrolne – realizowane w zakresie merytorycznym i w ramach czasowych zgodnie z planem obserwacji po leczeniu na poziomie zabezpieczenia opieki kardiologicznej ustalonym przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii, na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i wytycznych właściwych towarzystw naukowych; 2) badania kontrolne po leczeniu kardiologicznym – realizowane w POZ lub opiece koordynowanej w POZ zgodnie z planem obserwacji po leczeniu, jeżeli są wymagane; 3) rehabilitację kardiologiczną – realizowaną zgodnie z planem leczenia kardiologicznego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, jeżeli jest wymagana.
III.C.2	W przypadku: 1) pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub pojawienia się nowych objawów hospitalizację świadczeniobiorcy wydłuża się według wskazań klinicznych; 2) wystąpienia u świadczeniobiorcy innych chorób przewlekłych z krótkim spodziewanym okresem przeżycia (poniżej 1 roku) powodujących kwalifikację pacjenta

	do opieki paliatywnej i hospicyjnej stosuje się kluczowe zalecenia, o których mowa w pkt V.3.
IV. Rehabilitacja kardiologiczna	
IV.1	1. Dla świadczeniobiorców: 1) po zawale serca lub 2) po operacji kardiochirurgicznej, lub 3) po zabiegach z zakresu kardiologii inwazyjnej, jeżeli istnieją wskazania kliniczne, lub 4) po dekompensacji niewydolności serca, lub 5) w stanie zdrowia uzasadniającym konieczność rehabilitacji – opracowuje się plan rehabilitacji kardiologicznej. 2. Plan rehabilitacji kardiologicznej obejmuje: 1) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 2) harmonogram rehabilitacji kardiologicznej uwzględniający tele-rehabilitację; 3) plan zabiegów i ćwiczeń; 4) monitorowanie stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) edukację zdrowotną.
IV.2	Dla świadczeniobiorców po: 1) zawale serca lub 2) operacji kardiochirurgicznej, lub 3) zabiegach z zakresu kardiologii inwazyjnej, jeżeli istnieją wskazania kliniczne, lub 4) dekompensacji niewydolności serca – zapewnia się wczesną rehabilitację.
Opieka długoterminowa	
V.1	Świadczeniobiorcę po przebytych procedurach specjalistycznych w leczeniu szpitalnym lub w ramach ambulatoryjnej opiece specjalistycznej na poszczególnych poziomach zabezpieczenia opieki kardiologicznej, który w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii nie wymaga dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w leczeniu szpitalnym w OK II ani w OK III, kieruje się wraz z planem leczenia kardiologicznego do lekarza POZ z dostępem do opieki koordynowanej w POZ albo do OK I w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i ustala się harmonogram wizyt kontrolnych dostosowanych do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy, które odbywają się co najmniej raz na 12 miesięcy, obejmujących: 1) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 2) ocenę farmakoterapii, jeżeli została zastosowana; 3) badania kontrolne wynikające z planu leczenia kardiologicznego oraz indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy; 4) ocenę przestrzegania zaleceń; 5) aktualizację planu leczenia kardiologicznego; 6) poradę edukacyjną w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy.
V.2	1) świadczeniobiorca wymagający regularnego albo stałego nadzoru specjalistycznego ze względu na zaawansowanie choroby układu krążenia lub ustalony plan leczenia kardiologicznego wymagającego zastosowania w najbliższym czasie wysokospecjalistycznych procedur pozostaje w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczeniu szpitalnym w OK I lub OK II, lub OK III, do czasu zakończenia leczenia. 2) dla świadczeniobiorcy leczonego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w OK I lub OK II, lub OK III, ustala się harmonogram wizyt kontrolnych u lekarza POZ dostosowanych do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy ze szczególnym uwzględnieniem jego chorób współistniejących, które odbywają się co najmniej 2 razy na 12 miesięcy, obejmujących: 1) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;

	2) ocenę farmakoterapii, jeżeli została zastosowana; 3) ocenę przestrzegania zaleceń; 4) aktualizację planu leczenia kardiologicznego.
V.3	Świadczeniobiorca zdyskwalifikowany z dalszego leczenia zabiegowego ze względu na: 1) nieakceptowalne wysokie ryzyko zabiegu, 2) krótki spodziewany okres przeżycia (poniżej 1 roku), 3) wielochorobowość, 4) zaawansowaną chorobę przewlekłą, 5) zespół kruchości – zostaje, zależnie od stanu zdrowia, przekazany pod opiekę najbliższej rodziny i lekarza POZ lub hospicjum domowego, lub zakładu opiekuńczo-leczniczego, lub oddziału opieki paliatywnej, celem zapewnienia stałej i stacjonarnej opieki medycznej.