

# Koordynowana Opieka Specjalistyczna dla pacjenta po zawale serca – KOS-zawał

## Specialized managed care – heart attack

### STRESZCZENIE

Choroby układu krążenia są odpowiedzialne za ponad 46% zgonów w Polsce. Dlatego tak istotne jest wdrożenie programu kompleksowej opieki po zawale serca (KOS-zawał). Na czym ten program polega i jakie korzyści mogą z niego odnieść szpital i pacjent postaramy się przedstawić w poniższym tekście.

Kardiol. Inwazyjna 2017; 12 (5), 4–6

### ABSTRACT

Cardiovascular diseases are responsible for over 46% of deaths in Poland. Therefore, it is important to implement a comprehensive care program after myocardial infarction (KOS-infarction). What the program is about and what benefits it can bring to the hospital and the patient we will try to present in the text below.

Kardiol. Inwazyjna 2017; 12 (5), 4–6

Choroby układu krążenia są odpowiedzialne za ponad 46% zgonów w Polsce.

Dzięki rozwojowi nowoczesnej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, w tym technik kardiologii interwencyjnej, w Polsce zaobserwowano w ostatnich latach istotny spadek śmiertelności wewnętrznej szpitalnej.

Niestety, pomimo tego śmiertelność roczna po zawale serca leczonym interwencyjnie (a więc najbardziej skutecznie ze wszystkich obecnie stosowanych metod) przekracza 12% [1]. Dlatego tak istotne jest wdrożenie programu kompleksowej opieki po zawale serca (KOS-zawał), którego celem jest ograniczenie liczby zgonów i inwalidztwa z powodu niewydolności serca oraz umożliwienie szybkiego powrotu do zdrowia i aktywności zawodowej.

Leczenie pacjentów z zawałem serca nie kończy się tylko na pobycie szpitalnym. Jest to wieloetapowy proces, na który poza rewaskularyzacją naczyń wieńcowych składa się regularne zażywanie leków, zmiana nawyków żywieniowych, regularne wizyty w poradni kardiologicznej, rehabilitacja kardiologiczna oraz w poszczególnych przypadkach implantacja urządzeń typu kardiostymulator, kardiowerter-defibrylator (ICD, *implantable cardioverter defibrillator*) lub układ resynchronizujący serce (CRT-D, *cardiac resynchronization therapy-defibrillator*). Rehabilitacja kardiologiczna po incydencie sercowym lub interwencji wieńcowej ułatwia długoterminowe stosowanie optymalnej terapii poprzez edukację pacjenta i wielokrotne podkreślanie znaczenia, jakie ma kontynuowanie przyjmowania przepisanych leków i utrzymywanie zaleconych zmian stylu życia [2]. Od 1 października 2017 roku w całej Polsce z rozporządzenia Ministra Zdrowia uruchomiony został program koordynowanej opieki specjalistycznej dla pacjenta po zawale serca. Na czym ten program

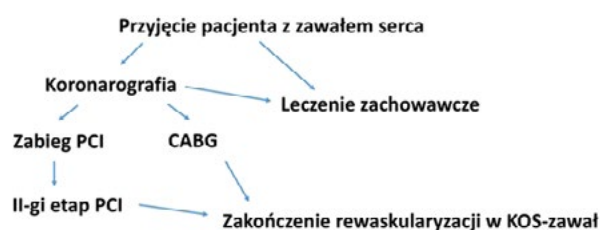
Anna Sobieszek, Krzysztof Milewski

Centrum Badawczo-Rozwojowe  
American Heart of Poland SA

polega i jakie korzyści może z niego odnieść Szpital i pacjent, postaramy się przedstawić w poniższym tekście. Ponadto, w kolejnych wydaniach *Kardiologii Inwazyjnej* będziemy starali się na bieżąco komentować przebieg programu oraz opisywać ewentualne problemy z nim związane.

Program składa się z czterech modułów. Moduł I to „hospitalizacja”, w skład której wchodzi leczenie zachowawcze, diagnostyka inwazyjna — stanowiąca kwalifikację do sposobu rewaskularyzacji (w tym do angioplastyki wieńcowej lub pomostowania aortalno-wieńcowego) lub do leczenia zachowawczego oraz leczenie inwazyjne. Wchodzi tu także opracowanie planu opieki nad pacjentem oraz wizyta koordynująca, z panelem badań laboratoryjnych wykonywanych 7–10 dni po wypisie ze szpitala kończącego rewaskularyzację. Wizyta koordynująca zamyka moduł I.

Moduł II obejmuje rehabilitację kardiologiczną w ramach KOS-zawał. Są tu trzy możliwości: rehabilitacja



stacjonarna, dzienna i hybrydowa. Każda z nich powinna rozpocząć się do 14 dni od wypisu chorego po pełnej rewaskularyzacji naczyń wieńcowych. Jeżeli nie przekroczyliśmy tego terminu, to za moduł II otrzymamy 10-procentowy bonus pieniężny od NFZ.

Moduł III to elektroterapia. W ramach tego modułu możemy poza kolejnością obowiązującą w trybie planowym implantować pacjentowi kardiowerter-defibrylator (ICD) lub układ resynchronizujący serce (CRT-D). Kontrolę UKG (echo serca) kwalifikującą do implantacji wyżej wymienionych urządzeń należy wykonać nie później niż 6–9 tygodni od wypisu ze szpitala. Niestety, moduł elektroterapii nie objął pacjentów wymagających kardiostymulatora.

Moduł IV to specjalistyczna opieka kardiologiczna trwająca 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, z możliwością dostępu do świadczeń wraz z badaniami diagnostycznymi w Oddziale Kardiologicznym 24 godziny na dobę. Liczba wizyt w Poradni w ramach KOS jest nielimitowana. Średnio powinny być przeprowadzone 4 wizyty, nie mniej niż 3. Porady obejmują również kwalifikację do ICD/CRT-D i ewentualnie kontrolę urządzeń. Moduł IV kończy bilans opieki, czyli porada specjalistyczna obejmująca

badania laboratoryjne oraz podsumowanie stanu klinicznego pacjenta. Część IV jest płacona przez NFZ ryczałtem bez względu na liczbę odbytych, nielimitowanych wizyt w Poradni.

Na potrzeby realizacji KOS-zawał świadczeniodawca wyznacza koordynatora nadzorującego cały plan leczenia pacjenta, do zadań którego należy w szczególności: ustalanie terminów spotkań, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji oraz czuwanie nad jakością całego procesu leczenia pacjenta i współpracy personelu medycznego na każdym etapie leczenia.

Podczas całego trwania Programu KOS-zawał jest możliwość uzyskania finansowych bonusów dla Oddziału koordynującego. W przypadku, gdy podmiot realizuje świadczenia KOS-zawał w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału kardiologicznego, wartość procedury CABG (*coronary artery bypass graft*) korygowana jest o 20%. Bonus 10-procentowy na moduł I i IV można otrzymać, jeżeli pacjent po zawale serca ponownie wróci do pracy do czwartego miesiąca od wypisu ze szpitala. Za moduł II bonus 10-procentowy otrzymywany jest, jeżeli pacjent rozpocznie rehabilitację do 14 dni od wypisu kończącego rewaskularyzację. Jeżeli pacjent ukończy cały 12-miesięczny program KOS-zawał podmiot koordynujący otrzyma dodatkowo 15% premii za moduł I i IV. Jeżeli pacjent z zawałem serca wróci do pracy do czwartego miesiąca i ukończy cały program KOS, zsumowane bonusy za moduł I i IV wynoszą 25%.

A jakie są minusy programu KOS-zawał? W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na to, że rewaskularyzacja w programie KOS może być jedynie dwuetapowa, każdy kolejny etap angioplastyki wieńcowej musi być finansowany z ryczałtu danego Oddziału, czyli wiąże się to z oczekiwaniem chorego w kolejce. Nie jest też możliwe skierowanie pacjenta, na przykład po angioplastyce balonowej naczynia wieńcowego, do dalszego leczenia kardiologicznego w ramach opieki KOS-zawał. Kolejnym pytaniem nasuwającym się na myśl jest los wizyty koordynującej pacjenta. Jak odbyć wizytę narzuconą przez NFZ do wykonania w 7–10 dni od wypisu po pełnej rewaskularyzacji, na przykład podczas długiego weekendu lub świąt?

W module III, czyli elektroterapii, możliwa jest implantacja ICD i CRT-D, niestety, kardiostymulatory nie są finansowane w ramach KOS, co wiąże się ponownie z rozliczeniem z ryczałtu danego Oddziału i oczekiwaniem chorego w kolejce. Moduł IV, stanowiący opiekę specjalistyczną, jest płacony ryczałtem bez względu na liczbę odbytych, nielimitowanych porad i badań diagnostycznych w poradni.

Program KOS-zawał jest pierwszym w Polsce systemem organizacji kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca. System ma za zadanie zwiększyć

pacjentowi dostęp do rehabilitacji kardiologicznej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz przyspieszyć dostęp do inwazyjnych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych. Jak każdy program ma swoje plusy i minusy. Najlepszym podsumowaniem KOS będzie zestawienie danych, przedstawiające statystyki po 12 miesiącach od wystąpienia ostrego incydentu wieńcowego.

## Piśmiennictwo

1. Gierlotka M M, Zdrojewski T, Wojtyniak B, et al. Incidence, treatment, in-hospital mortality and one-year outcomes of acute myocardial infarction in Poland in 2009-2012--nationwide AMI-PL database. *Kardiologia Polska*. 2015; 73(3): 142–158, doi: [10.5603/KPa.2014.0213](https://doi.org/10.5603/KPa.2014.0213), indexed in Pubmed: [25371307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25371307/).

2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. Piąta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Innych Towarzystw Naukowych ds. Zapobiegania Chorobom Serca i Naczyń w Praktyce Klinicznej (Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice) utworzona przez przedstawicieli dziewięciu towarzystw oraz zaproszonych ekspertów. *Kardiologia Polska*. 2012; 70(suppl. I): S1–S100.

---

### Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Krzysztof Milewski  
Centre for Cardiovascular Research and Development American Heart of Poland SA  
ul. Czajek 41, 40–534 Katowice  
e-mail: [kpmilewski@gmail.com](mailto:kpmilewski@gmail.com)