

Zielone światło dla optymalizacji PCI



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W dniu 30 grudnia 2016 roku na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) ukazało się Zarządzenie **Nr 129/2016/DSOZ** Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne. Określa ono szczegółowe warunki realizacji i rozliczania świadczeń od 1 stycznia 2017 roku.

Zgodnie z wcześniejszymi informacjami, które przekazałem Państwu w trakcie Nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia Członków AISN PTK w dniu 8 grudnia 2016 roku w Krakowie, w katalogu pojawiły się istotne zmiany w zakresie zasad rozliczania oraz wysokości taryf dla poszczególnych procedur kardiologii inwazyjnej. Zmieniono częściowo kody i definicje procedur inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych oraz planowych zabiegów PCI. Jednocześnie dokonano kolejnej obniżki taryf dla tych procedur. Po wielomiesięcznych dyskusjach i protestach środowiska kardiologicznego obniżki taryf są nieznacznie niższe niż zaproponowane pierwotnie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w dniu 30 kwietnia 2016 roku, jednak w bardzo znaczący sposób zmniejszają całkowity budżet na leczenie szpitalne w zakresie kardiologii, stwarzając zagrożenie dla zbilansowania ekonomicznego ośrodków. Zwłaszcza przy utrzymaniu dotychczasowego potencjału w zakresie zatrudnienia, wyposażenia medycznego oraz zakresu działania ośrodków. Zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia (MZ) oraz NFZ częściową rekompensatą wprowadzonych drastycznych obniżek taryf (średnio o ok. 30%) może być w niedalekiej przyszłości przystąpienie ośrodków kardiologii inwazyjnej do realizacji programu koordynowanej opieki nad pacjentem po zawale serca (tak zwany „KOS zawał”). Podstawy teoretyczne tego projektu zostały opracowane w ubiegłym roku przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ze znaczącym udziałem przedstawicieli AISN PTK) oraz przedstawicieli AOTMiT i opublikowane na łamach „Kardiologii Polskiej” (Jankowski P, Gąsior M, Gierlotka M, Cegłowska U, Słomka M, Eysymontt Z, Gałaszek M, Buszman P, Kalarus Z, Kaźmierczak J, Legutko J, Sujkowska G, Matuszewicz W, Opolski G,

Hoffman P. Opieka koordynowana po zawale serca. *Kardiologia Pol.* 2016; 74: 800–811). W grudniu 2016 roku świadczenie to zostało wpisane przez Ministra Zdrowia do koszyka świadczeń gwarantowanych i oczekuje obecnie na publikację Zarządzenia Prezesa NFZ określającego szczegółowe zasady realizacji i rozliczeń. Niestety, na tym etapie wdrażania projektu pojawiło się wiele wątpliwości formalno-prawnych, które sprawiły że ani MZ ani NFZ nie są w stanie określić, czy i kiedy procedura „KOS zawał” wejdzie w fazę realizacji.

W tej sytuacji jedyne realne, pozytywne zmiany, które weszły w życie na mocy Zarządzenia Prezesa NFZ od 1 stycznia 2017 roku to:

1. wprowadzenie dla wybranych świadczeniodawców współczynnika korekcji wartości produktu rozliczeniowego 1,1 oraz
2. wprowadzenie nowych, przywrócenie usuniętych oraz rozszerzenie wskazań do dotychczas obowiązujących procedur medycznych przeznaczonych do sumowania z procedurami przezskórnej rewaskularyzacji serca w OZW oraz w stabilnej chorobie wieńcowej.

Wprowadzenie dla świadczeniodawców będących:

- instytutem badawczym,
- podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez uczelnię medyczną albo
- podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącym kształcenie podyplomowe lekarzy udzielających świadczeń świadczeniobiorcom w zakresie kardiologii,

współczynnika korekcji wartości produktu rozliczeniowego 1,1 jest próbą wyjścia naprzeciw oczekiwaniom dużych ośrodków kardiologicznych o najwyższym stopniu referencyjności — wprowadzenia dla nich wyższego finansowania wykonywanych tam procedur medycznych, ze względu na ich większą innowacyjność i kosztochłonność. Oczekiwania te są co do zasady słuszne i były wielokrotnie popierane przez przedstawicieli PTK w rozmowach z władzami MZ i NFZ. Jednak forma przyznania 10-procentowej bonifikaty finansowej za wykonywanie procedur dla wszystkich oddziałów kardiologicznych prowadzonych przez określone organy założycielskie, a nie na podstawie obiektywnych kryteriów jakościowych budzi moje zasadnicze wątpliwości. Uważam, że dużo lepszym sposobem promowania kompleksowości, innowacyjności i wysokiego poziomu udzielanych świadczeń byłoby wprowadzenie systemu referencyjności w kardiologii, o co od lat walczy PTK wraz z Krajowym Nadzorem Specjalistycznym w Kardiologii. Najlepszym przykładem może być tutaj Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie, cieszący się od lat uznaną renomą w Polsce i na świecie, jako jeden

z wiodących ośrodków medycyny sercowo-naczyniowej, który jednakowoż nie ma prawa do korzystania ze współczynnika korygującego gdyż jego organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. Mają natomiast prawo korzystać ze współczynnika korygującego znacznie mniejsze oddziały kardiologiczne, świadczące usługi tylko w podstawowym zakresie, funkcjonujące w podmiotach leczniczych spełniających kryteria wprowadzone Zarządzeniem Prezesa NFZ. Mam nadzieję, że ten oczywisty paradoks nie przetrwa próby czasu, a wprowadzony system zostanie zastąpiony systemem premiującym rzeczywisty zakres świadczonych usług oraz ich jakość, a nie miejsce wykonywania.

Jest mi niezmiernie miło poinformować Państwa, że na wniosek Zarządu AISN PTK oraz po przeprowadzeniu szerokich konsultacji społecznych z udziałem wszystkich świadczeniodawców, Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził następujące zmiany w katalogu świadczeń do sumowania obowiązującym od 1 stycznia 2017 roku:

1. Wprowadzono nową procedurę **„Ostra lub zdekompensowana niewydolność krążenia — leczenie w OINK”** (5.53.01.0005005), zapewniającą dodatkową, ryczałtową refundację kosztów intensywnej opieki medycznej w ramach OINK pacjentów poddawanych procedurom inwazyjnego leczenia OZW, planowym zabiegom PCI oraz zabiegom elektroterapii (E10, E11, E12G, E22, E23G, E24G, E26, E27, E31, E32, E33, E34, E36, E43, E44). Warunkiem rozliczenia tej nowej procedury do sumowania jest pobyt pacjenta w OINK > 2 dni oraz spełnienie dodatkowych kryteriów szczegółowo opasanych w Zarządzeniu;
2. Wprowadzono możliwość rozliczania przez oddziały kardiologiczne procedury **„Wspomaganie serca lub płuc — ECMO”** (5.53.01.0001368) we wskazaniu głównym lub współlistniejącym wstrząsu kardiogennego [R57.0] lub nagłego zatrzymania krążenia [I46]. Do rozliczenia procedury wymagane jest wskazanie procedury wg ICD-9 39.65 — Pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO);
3. Przywrócono możliwość rozliczania przez oddziały kardiologiczne zastosowania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP). Procedurę **„Wspomaganie krążenia przy użyciu balonu”** (5.53.01.0000502) można sumować ze wszystkimi procedurami inwazyjnego leczenia OZW, stabilnej choroby wieńcowej oraz niewydolności serca (E10, E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E50, E52);
4. Przywrócono możliwość rozliczania przez oddziały kardiologiczne zastosowania dożylnego inhibitora GP IIb/IIIa (abciximab, tirofiban, eptifibatid) lub bezpośredniego inhibitora trombiny (biwalirudyna). Procedurę **„Leczenie świeżego zawału serca**

z zastosowaniem antagonisty receptora dla glikoproteiny IIb/IIIa lub bezpośredniego inhibitora trombiny u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej z procedurami inwazyjnego leczenia OZW (5.53.01.0001469) można sumować z procedurami inwazyjnego leczenia OZW (E11, E12G, E15);

5. Wprowadzono nową procedurę **„Aterektomia wieńcowa — rotablacja”** (5.53.01.0005004), przeznaczoną do sumowania ze wszystkimi procedurami PCI, zarówno w OZW, jak i w stabilnej chorobie wieńcowej (E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E27). Warunkiem refundacji jest wykazanie procedury wg ICD-9 00.662 — Aterektomia wieńcowa oraz jednego z dwóch wskazań klinicznych:

a. obecności silnie uwapnionych zmian miażdżycowych w tętnicy wieńcowej, zarówno w tętnicy natywnej, jak i w obrębie neointymy u pacjentów z restenozą w stencie, których nie można poszerzyć cewnikiem balonowym (*undilatable plaque*) lub uniemożliwiających wprowadzenie cewnika balonowego w obręb zmiany (*incrossible lesion*) lub

b. obecności silnie uwapnionych zmian miażdżycowych na podstawie koronarografii, ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS) lub optycznej tomografii koherentnej (OCT), uniemożliwiających prawidłowe rozprężenie stentu;

6. Rozszerzono wskazania do **„FFR/IVUS tętnic wieńcowych”** (5.53.01.0001502). Od 1 stycznia 2017 roku refundacji podlega wykonanie tych procedur u pacjentów poddawanych koronarografii i/lub PCI zarówno ze stabilną chorobą wieńcową, jak również z OZW (E10, E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E2). Warunkiem refundacji świadczenia jest wykazanie jednej z procedur wg ICD-9 00.241 — Wewnątrznaczyniowa ultrasonografia (IVUS) tętnic wieńcowych lub 89.692 — Pomiar cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego oraz jednego z dotychczas obowiązujących wskazań klinicznych dla refundacji IVUS lub FFR:

a. oceny istotności zwężenia pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej,

b. oceny istotności zwężenia początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej w ramach kwalifikacji do rewaskularyzacji,

c. oceny istotności zwężeń u pacjenta z chorobą wielonaczyniową,

d. kontroli wyniku angioplastyki pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej

lub jednego z nowych wskazań klinicznych dla refundacji IVUS:

e. IVUS w celu oceny mechanizmów oraz wyboru optymalnej metody leczenia w przypadku niepowodzenia leczenia za pomocą stentu (podejrzenie złego wyniku implantacji stentu, zakrzepica w stencie, restenoza w stencie),

f. IVUS w celu ustalenia przyczyny zawału serca w przypadku niejednoznacznego wyniku koronarografii,

g. IVUS w diagnostyce waskulopatii po przeszczepieniu serca.

Korzystając z okazji zwracam się do wszystkich z Państwa wykonujących i raportujących zabiegi IVUS/FFR o:

— rejestrowanie i archiwizowanie obrazów angiograficznych dokumentujących użycie w trakcie zabiegu koronarografii i/lub PCI rotablacji, IVUS i/lub FFR;

— archiwizowanie zapisów badania IVUS i FFR oraz

— odnotowywanie w opisach badań oraz w dokumentacji medycznej pacjenta wskazań klinicznych będących podstawą do ich wykonania oraz do ubiegania się o ich refundację.

Jednocześnie wyjaśniam, że istnieje możliwość sumowania ze sobą kilku procedur jednocześnie (np. PCI + rotablacja + IVUS), z wyjątkiem jednoczesnej refundacji użycia IVUS oraz FFR (w przypadku jednoczesowego wykorzystania w trakcie tej samej procedury zarówno FFR, jak również IVUS rozliczyć można tylko jedną z tych dwóch procedur).

Mam nadzieję, że wprowadzenie do katalogu świadczeń medycznych nowych procedur do sumowania z procedurami kardiologii inwazyjnej odbiorą Państwo jako zielone światło dla upowszechnienia optymalizacji:

— procesu ustalania wskazań do zabiegów rewaskularyzacji;

— uzyskiwanych wyników zabiegów PCI oraz

— opieki w OINK nad pacjentami z ostrą niewydolnością serca oraz we wstrząsie kardiogenym, co przełoży się w sposób znaczący na poprawę jakości udzielanych przez nas świadczeń medycznych, a w konsekwencji na dalszą poprawę rokowania pacjentów z chorobą wieńcową w Polsce.

Przed nami kolejne wyzwania. Aby móc im sprostać, Asocjacja musi się rozwijać. Za kilka miesięcy skończy się obecna kadencja Zarządu AISN PTK, a do działania przystąpią w większości nowi ludzie. Pod wodzą prof. Wojciecha Wojakowskiego będą kontynuować dzieło zapoczątkowane przed laty przez prof. Witolda Rużyłto, tworząc nową jakość i lepsze warunki funkcjonowania polskiej kardiologii inwazyjnej. Ich skuteczność zależeć będzie jednak w dużym stopniu od wsparcia Zarządu Głównego

PTK — w którym od kilku lat nie jesteśmy niestety zbyt mocno reprezentowani. Aby to się mogło zmienić, potrzebne jest masowe wsparcie członków naszej Asocjacji. Podczas konferencji WCCI w Warszawie odbędzie się Zwyczajne Walne Zgromadzenie Członków AISN PTK, na którym wybierzemy nie tylko nowy Zarząd, ale także kandydata na przedstawiciela Asocjacji w Zarządzie Głównym PTK. Od liczby uczestników zgromadzenia zależeć będzie jego szansa na automatyczne wejście w skład tego najważniejszego organu naszego Towarzystwa.

Drugim doniosłym dla nas wydarzeniem będą wybory Prezesa Elekta PTK podczas Międzynarodowego Kongresu PTK w Katowicach we wrześniu

bieżącego roku. Jak już wcześniej informowałem, naszym kandydatem na to stanowisko będzie prof. Adam Witkowski. Jego ewentualne zwycięstwo w wyborach będzie miało kolosalne znaczenie dla rozwoju naszej dyscypliny w najbliższych latach. Dlatego gorąco wszystkich zachęcam do maksymalnej mobilizacji i aktywnego udziału w obydwu zgromadzeniach. Pamiętajmy, że nic o nas bez nas! A nieobecni nie mają racji.

Z wyrazami szacunku,

dr hab. med. Jacek Legutko,
prof. nadzw. UJ
Przewodniczący AISN PTK