

## Wnioski ze spotkania Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie kardiologii

Warszawa, 28 czerwca 2007 r.

Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie kardiologii, konsultant krajowy – prof. Grzegorz Opolski i prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) – prof. Adam Torbicki, zebrani na corocznym spotkaniu w dniu 28 czerwca 2007 r. dokonali przeglądu aktualnych, najbardziej pilnych potrzeb w zakresie kardiologii w Polsce. Za najistotniejsze zagadnienia i wnioski ze spotkania uznano:

1. Problemy związane z kontraktami z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na 2007 r., spośród których zwraca uwagę to, że:
  - a) możliwości wykonywania procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej i elektroterapii są wykorzystane zaledwie w 60–80% w związku z limitami punktów dla ośrodków szpitalnych, przyznawanych przez NFZ,
  - b) leczenie ostrego zawału serca – stanu zagrożenia życia – nie może być rozliczane w ramach tego samego limitu co procedury planowe, skutkuje to szybkim wyczerpaniem limitu punktów i wydłużaniem okresu oczekiwania na zabiegi planowe,
  - c) nie ma możliwości rozliczenia procedury angioplastyki obwodowej w wysokospecjalistycznych ośrodkach kardiologii inwazyjnej,
  - d) nadal narasta zadłużenie szpitali, zwłaszcza wysokospecjalistycznych szpitali akademickich.
2. Niskie zarobki specjalistów kardiologów oraz wysoko wykwalifikowanego personelu technicznego i pielęgniarskiego w większości ośrodków w Polsce grożą emigracją zarobkową tej kadry ze szkodą dla zapewnienia bezpieczeństwa kardiologicznego w Polsce.
3. Za pozytywne należy uznać wprowadzenie refundacji takich leków, jak kłopidogrel i karwedilol. Nadal nierozwiązany zostaje problem kardiologicznych programów lekowych w ramach NFZ oraz kolejnych, nowych, oryginalnych leków kardiologicznych oczekujących na refundację, w tym tzw. „leków sierocych” stosowanych w rzadkich schorzeniach.
4. Konieczne jest uregulowanie możliwości uzyskiwania środków finansowych za procedury rzadkie i drogie nieuwzględnione w katalogu świadczeń. Zbyt długi jest okres oczekiwania na akceptację przez NFZ wykonania procedur nieuwjętych w katalogu.

5. Kolejny rok z rządu nie ma zasad pozwalających na ocenę jakości usług w poszczególnych ośrodkach kardiologicznych, co wynika m.in. z braku implikacji praktycznych wprowadzonego w 2002 r. Krajowego Systemu Referencyjności Oddziałów Kardiologicznych (pełna lista oddziałów kardiologicznych, nadawanych im i aktualizowanych stopni referencyjności w poszczególnych województwach: [www.amwaw.edu.pl/kkk](http://www.amwaw.edu.pl/kkk) lub [www.ptkardio.pl](http://www.ptkardio.pl)).
6. Nadal istnieją ograniczenia w dostępie do ambulatoryjnej opieki kardiologicznej, w tym także do nieinwazyjnych metod diagnostycznych, potrzebne jest stworzenie programu finansowania procedur rehabilitacji kardiologicznej.
7. Konsultanci wojewódzcy nie mają nadal zasadniczego wpływu na kontrakty w województwie i na dalszy rozwój kardiologii na danym terenie (czwarty rok z rządu postuluje się konieczność pilnej nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia o konsultantach w tym względzie).
8. Krajowy Zespół Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie kardiologii z uznaniem przyjął decyzję ministra zdrowia dotyczącą zmiany trybu specjalizacji, poprzez uznanie kardiologii za specjalizację podstawową, zgodnie z zaleceniami Europejskiej Unii Specjalistów (*UEMS-Section Cardiology*). Postulujemy jednocześnie zwiększenie możliwości kształcenia kardiologicznego w systemie rezydentur.
9. Krajowy Zespół Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie kardiologii dostrzega bardzo dużą rolę programu POLKARD we wprowadzaniu i proponowaniu standardów w dziedzinie kardiologii. Postuluje się dalsze zwiększenie środków, którymi program dysponuje, i jednoczesne wprowadzenie sprawdzonych w ramach programu POLKARD rozwiązań i programów przez NFZ.

W imieniu Zespołu:

*prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski*  
konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii  
*prof. dr hab. n. med. Adam Torbicki*  
prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego