

## Nowy dział w *Kardiologii Polskiej*

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

pomysł spotkań kardiochirurgów z kardiologami na łamach *Kardiologii Polskiej* nie jest nowy. Prof. Leszek Cere-  
mużyński, wieloletni redaktor naczelny, nie tylko o nim myślał, ale również go realizował, otwierając łamy *Kardiolo-  
gii Polskiej* dla środowiska kardiochirurgicznego, pokazując jego osiągnięcia, prezentując nowości, zachęcając do  
współpracy i współdziałania. Obecnie, pod redakcją prof. Piotra Kułakowskiego, jeszcze bardziej dostrzegamy potrze-  
bę stałych spotkań na łamach *Kardiologii Polskiej*, aby wspólnie, prezentując czasami różne punkty widzenia, zasta-  
nowić się, jak rozwiązywać nowe, trudne problemy, stające przed nami i przed naszymi specjalnościami.

Sądzymy, że pomysł powstania *Naszego forum* to dobra okazja, aby prezentować ciekawe opinie i stanowiska  
wobec ważnych problemów z zakresu kardiochirurgii, kardiologii, nie pomijając także istotnych osiągnięć kardioane-  
stezjologii i intensywnej terapii, transplantologii czy badań podstawowych w zakresie chorób serca. Zamierzamy  
wspólnie z naszymi kolegami z kraju i z zagranicy pisać również o medyczno-ekonomicznej problematyce naszych  
działań, pamiętając że tak naprawdę od efektywności tych rozwiązań w dużym stopniu zależy skuteczność nasze-  
go leczenia. Dostrzegając te zagrożenia we wprowadzonym w 2006 r. katalogu świadczeń NFZ w zakresie kardiolo-  
gii i kardiochirurgii, rozpoczynamy *Nasze forum* od ich przedstawienia i deklaracji podjęcia wspólnych, bardziej sku-  
tecznych działań w celu ich pilnego rozwiązania.

Pozdrawiamy serdecznie  
*redaktorzy działu*  
*prof. Marian Zembala*  
*prof. Andrzej Bochenek*

## Zagrożenia i nadzieje związane z katalogiem świadczeń w 2006 r. Część I

Mariusz Gąsior, Zbigniew Kalarus, Lech Poloński, Marian Zembala

Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Kardiol Pol 2006; 64: 234-236

Katalog świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia  
na 2006 r. został stworzony na podstawie procedur z lat  
poprzednich. Istotną jego zmianą jest próba doprecyzo-  
wania poszczególnych świadczeń w częściach dotyczą-  
cych możliwości sumowania. Obecnie możemy sumo-  
wać wykonywane świadczenia wg przygotowanego za-  
łącznika, zgodnie z zapisem stworzonym przy procedu-  
rze lub ze wskazań medycznych. Wszystkie te sytuacje

zostały przyporządkowane do odpowiednich kodów  
świadczeń. Należy zadać pytanie, czy te zmiany wpływa-  
ją pozytywnie na proces leczniczy, finansowanie świad-  
czeń oraz możliwość poprawnego rozliczenia wykona-  
nych dla danego chorego procedur. W naszej opinii, ten  
zmodyfikowany system rozliczeń zawiera zarówno  
oczekiwane zmiany pozytywne, jak i negatywne, które  
należy zdecydowanie poprawić.

---

### Adres do korespondencji:

doc. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel.: +48 32 373 36 31, faks: +48 32 273 26 79,  
e-mail: m.gasior@op.pl

## Leczenie ostrych zespołów wieńcowych

Z części katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r. dotyczącej świadczeń kardiologicznych niestety wycofano możliwość łączenia hospitalizacji chorych z ostrym zawałem serca (ostry zespół wieńcowy potwierdzony markerami martwicy mięśnia sercowego, poz. 1385) z wykonaniem zabiegu angioplastyki balonowej lub angioplastyki z implantacją stentu u tego samego chorego (poz. 967 i 971).

Po pierwsze, nielogiczne jest to, że chory przyjęty do szpitala z rozpoznaniem ostrego zawału serca nie może być zgodnie z katalogiem dalej leczony angioplastyką w ostrym zespole wieńcowym, a może być leczony tylko angioplastyką w trybie planowym, bowiem katalog NFZ wyklucza wcześniejszą możliwość!

Po drugie, z załącznika nr 12 wynika, że hospitalizację chorego z ostrym zawałem serca można np. łączyć z wadą serca u noworodka (poz. 1049), a nie można z angioplastyką wykonywaną w ostrym zespole wieńcowym!

Po trzecie, niemożność łączenia hospitalizacji chorego z ostrym zawałem serca (poz. 1385) z odpowiednim zabiegiem angioplastyki wieńcowej (poz. 971) powoduje utratę 250 punktów u świadczeniodawców.

W związku z tym nie są uwzględnione rzeczywiste koszty zabiegu wykonywanego w trybie ostrym, które z uwagi na zwykle większy asortyment używanego sprzętu w stosunku do zabiegów planowych, wysoki odsetek chorych ze wstrząsem kardiogenym (ok. 10%) oraz konieczność utrzymywania 24-godz. dyżuru pracowni hemodynamiki są wyższe, a tym samym dramatycznie obniża się rentowność takiego zabiegu dla szpitala. Może to doprowadzić do spadku liczby zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej wykonywanych w Polsce w 2006 r. Byłoby to spore cofnięcie się w stosunku do lat poprzednich, kiedy liczba tych zabiegów wykonywanych u chorych najbardziej zagrożonych zgonem dynamicznie wzrastała, dając istotną poprawę wyników leczenia w całym kraju. Z danych Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK wynika, że w tym roku wykonanych zostanie ok. 40 000 angioplastyk u chorych z zawałem serca. W skali kraju NFZ przeznaczy o ok. 100 mln złotych mniej na najsukursniejsze obecnie leczenie zawału serca. Jest to sytuacja, której nie można zaakceptować.

Podobna jest sytuacja chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez podwyższenia markerów martwicy. Odpowiednie świadczenie (nr 966) w roku ubiegłym można było sumować z angioplastykami w ostrych zespołach wieńcowych (poz. 967 i 971). W katalogu świadczeń NFZ na 2006 r. zapisano, iż hospitalizacji chorego z ostrym zespołem wieńcowym bez podwyższenia markerów martwicy (poz. 966) nie wolno sumować z żadnym innym świadczeniem, a więc również z angioplastyką. Skala problemu jest podobna do przedstawionej

wcześniej. Ten system rozliczania kardiologii stanowi tak naprawdę uderzenie w ośrodki leczące interwencyjnie. Sytuacja ośrodków nieinwazyjnych nie ulega zmianie, chociaż to one wstępnie leczą zdecydowaną większość chorych. W styczniu br. rozpoczęły się rozmowy z przedstawicielami centrali NFZ, dotyczące zmian w katalogu w zakresie ostrych zespołów wieńcowych. Mamy nadzieję, że spowodują one to, że system rozliczeń będzie korzystny również dla kardiologii interwencyjnej.

## Elektrofizjologia i elektrostymulacja

Wartości punktowe procedur w zakresie elektrofizjologii klinicznej oraz elektrostymulacji serca w katalogu świadczeń na 2006 r. zostały utrzymane na dotychczasowym poziomie. Wydaje się, że zapewniają one nieco gorszą rentowność zabiegów z zakresu elektrostymulacji. Dotknie to oczywiście oddziały jednoprowalowe, opierające działalność głównie na tego typu świadczeniach. Ewentualny wzrost cen urządzeń, zarówno stymulatorów serca, jak i wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów, mógłby spowodować trudny do wyrównania deficyt finansowy wynikający z wykonywania tych zabiegów. Jednocześnie należy pamiętać, że niska cena zakupu urządzeń, mimo że ważna, nie może i nie powinna być jedynym kryterium ich wyboru. Może to bowiem prowadzić do stosowania jedynie przestarzałych stymulatorów i ICD, wycofywanych z innych rynków. Pod względem możliwości sumowania procedur elektrofizjologicznych katalog NFZ na 2006 r. jest zbliżony do ubiegłorocznego. Zaletą jest niewątpliwie możliwość łączenia implantacji i wymiany stymulatora serca oraz jednojamowego kardiowertera-defibrylatora z hospitalizacją na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej (czyli możliwość uzyskania odpłatności za powszechnie stosowane monitorowanie pacjenta przed i po zabiegu). Oczywistym błędem wydaje się nieumieszczenie tutaj możliwości podobnego sumowania z implantacją/wymianą ICD dwujamowego (czyżby błąd techniczny podobny do zesłorocznego całkowitego braku ICD dwujamowego w katalogu świadczeń?). Jeszcze bardziej dziwi brak możliwości sumowania monitorowania na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej z implantacją stymulatora resynchronizującego, zabiegu wykonywanego z zasady u chorych z zaawansowaną niewydolnością krążenia, a więc wymagających szczególnego nadzoru kardiologicznego. Sumowanie implantacji stymulatora resynchronizującego w katalogu NFZ na 2006 r. w ogóle wydaje się niejasne: zabieg można wykonać jedynie na oddziale kardiologii, świadczeniodawca zezwala zaś na sumowanie z procedurami zarezerwowanymi dla oddziału kardiologii dziecięcej (*zaburzenia sercowo-naczyniowe prowadzące do niewydolności krążenia niewymagającej sztucznej wentylacji* oraz dwoma typami niewydolności serca u dzieci) lub oddziału transplantologii (*diagno-*

styka i leczenie chorego z niewydolnością serca w okresie kwalifikacji do przeszczepu serca), na których wszczepienie stymulatora nie jest możliwe.

Jednocześnie, w porównaniu z rokiem 2005, z katalogu NFZ na 2006 r., zniknęła możliwość sumowania wszczepienia stymulatora resynchronizującego z wyrównaniem niewydolności krążenia. Reasumując, jeden z najtrudniejszych zabiegów w kardiologii inwazyjnej, wykonywany u chorych najwyższego ryzyka, a więc z potencjalną koniecznością kosztownego leczenia wspomagającego, może całkowicie stracić uzasadnienie ekonomiczne. Zasadny byłby powrót do reguł z 2005 r. oraz wprowadzenie możliwości sumowania tego zabiegu z procedurą *Diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością serca w okresie kwalifikacji do przeszczepu serca* na oddziale kardiologii oraz *leczenie na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej*. Uzasadnienie merytoryczne ma również uzyskanie możliwości sumowania tego zabiegu przynajmniej z koronarografią, jeśli nie z zabiegiem rewaskularyzacyjnym.

W przypadku zabiegów ablacji klasycznej złożonej pojawiła się uzasadniona możliwość łączenia z leczeniem zaburzeń rytmu i przewodnictwa, zniknęła zaś możliwość łączenia z koronarografią. W przypadku ablacji *Carto* nie określono jednoznacznie możliwości sumowania z zabiegami angioplastyki. Powoduje to kłopot na pełnoprofilowych oddziałach kardiologicznych: u chorego z poważnymi zaburzeniami rytmu, utrzymującymi się pomimo zastosowania leczenia rewaskularyzacyjnego, powinna istnieć możliwość leczenia ablacją (a właściwie możliwość uzyskania refinansowania wykonanych, w tym przypadku drogich, procedur medycznych).

W zakresie kardiologii dziecięcej w katalogu nie ma świadczeń: *ablacja Carto prosta*, *ablacja Carto złożona* oraz *usunięcie układu stymulującego z powodu infekcji bądź nadmiaru elektrod*. Procedur tych nie było także w 2005 r. Pomimo włączenia w tym roku procedury wszczepienia i wymiany defibrylatora dwujamowego u dzieci, nie została uwzględniona możliwość zastosowania i wymiany defibrylatora jedonojamowego. W katalogu brak także możliwości rozliczenia wszczepienia stymulatora resynchronizującego.

Jeśli zaś chodzi o kardiochirurgię, utrzymana jest możliwość rozliczenia ablacji śródoperacyjnej z AFib u chorych w trakcie operacji zastawki mitralnej, która zresztą istniała w poprzednich latach. Nie ma natomiast możliwości refinansowania ablacji chirurgicznej u innych osób, np. epikardialnej ablacji migotania przedsionków u chorych w trakcie zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych.

Sumując, pewne istotne braki możliwości łączenia procedur elektrofizjologii klinicznej oraz elektrostymulacji z procedurami nadzoru kardiologicznego oraz zabiegami rewaskularyzacyjnymi utrudniają racjonalne zaplanowanie i przeprowadzenie leczenia najtrudniejszych przypadków. Problemy te będą największe na oddziałach mających możliwość pełnego, kompleksowego leczenia pacjenta kardiologicznego. Karą za wszechstronność i duże możliwości stanie się pogorszenie ich sytuacji finansowej, bo przecież na żadnym z oddziałów interes ekonomiczny nie może wygrać z dobrem chorego. Większość zmian w katalogu świadczeń NFZ na 2006 r. należy oceniać pozytywnie, wprowadzenie zaś wspomnianych zmian, dotyczących ostatecznie ograniczonej ilości chorych i oddziałów, może pozwolić na poprawienie standardu świadczonych usług kardiologicznych.

## Kardiologia dziecięca

W związku z coraz szerszym zastosowaniem zabiegów hybrydowych (łączyjących procedury kardiologiczne z interwencyjnymi) w kardiologii dziecięcej oczekiwaliśmy korzystnych rozwiązań, uwzględniających wysoki koszt takich zabiegów. Mogłaby to być możliwość sumowania zabiegów kardiologicznych ze świadczeniami interwencyjnymi lub ustalenie nowego, odpowiednio wycenionego świadczenia. Rosnące koszty specjalistycznych stentów pokrywanych, które coraz szerzej stosowane są np. w nieoperacyjnym leczeniu koarktacji aorty, powinny również zostać włączone do katalogu kardiologii dziecięcej. Procedury elektrofizjologiczne w zakresie kardiologii dziecięcej zostały omówione wyżej. Wydaje się, że uzupełnienie katalogu o te świadczenia mogłoby scalić proces diagnostyczno-leczniczy, który w zakresie kardiologii dziecięcej w chwili obecnej jest zadowalający.