

## **Sprawozdanie z 9 posiedzenia Zarządu Sekcji Kardiologii Inwazyjnej 30 listopada 2005 r. w Krakowie**

Obecni: doc. Adam Witkowski, dr Maciej Kośmider, doc. Jacek Białkowski, dr Dariusz Ciećwierz, prof. Robert Gil, doc. Krzysztof Żmudka, dr Maciej Lesiak, dr Andrzej Ochała, dr Dariusz Dudek.

Sekretarz: Tomasz Deptuch

Spotkanie przebiegało zgodnie z wcześniej zaplanowanym programem.

### **1. Procedury w katalogu NFZ na rok 2006 (doc. Adam Witkowski)**

NFZ wykreślił z katalogu procedur kardiologicznych na 2006 r. angioplastyki obwodowe i stentowanie tt. szyjnych. Doc. Adam Witkowski wraz z prof. Grzegorzem Opolskim rozmawiali w tej sprawie w centrali NFZ. Fundusz przyznał się do błędu i obiecał że naprawi go jak najszybciej, ale zarządzenie ministra mówi, że zmiany w katalogu można wprowadzać co pół roku. Dlatego do czerwca 2006 ww. procedury będą refundowane na indywidualne zgłoszenia, z tych ośrodków, które spełnią kryteria ustalone przez Zarząd Sekcji. Nie zostało jednoznacznie ustalone, jaka będzie kwota refundacji, prawdopodobnie będzie to kwota taka jak w poprzednim katalogu.

Doc. Witkowski zaproponował, aby ustalić oddzielne kryteria dla ośrodków wykonujących angioplastyki obwodowe, a oddzielnie dla tych wykonujących stentowanie tt. szyjnych, kręgowych i podobojczykowych.

Dr Dariusz Dudek poinformował zarząd, że w Małopolsce dotychczasowe kryteria POLKARDu były źle interpretowane (oczekiwano od operatora 500 zabiegów stentowania tt. szyjnych, a nie 500 zabiegów terapeutycznych łącznie, w tym wieńcowych) i wymagają uściślenia tak, aby były jednoznaczne i nie pozostawiały pola do interpretacji przez urzędników.

Ustalono, że do wykonywania zabiegów obwodowych będą rekomendowane pracownie posiadające akredytacje klasy B lub C PTK.

Dr Dudek zaproponował, aby przedyskutować, czy każdy operator wykonujący zabiegi obwodowe musi być wyszkolony w zabiegach wieńcowych. Odstąpienie od tej zasady pozwoliłoby znacznie skrócić czas szkolenia takiego operatora.

W czasie dyskusji stwierdzono, że należy utrzymać dotychczasowe zasady, ponieważ wszechstronność kardiologów interwencyjnych pozwala na wykonanie zabiegów u chorych z wielopoziomą miażdżycą i decyduje o naszej przewadze nad np. radiologami.

Ustalono następujące kryteria dla wykonywania zabiegów przezskórnej angioplastyki tt. obwodowych i szyjnych:

**Wymagania stawiane pracownikom kardioangiograficznym (hemodynamicznym) do wykonywania zabiegów przezskórnego poszerzania tętnic obwodowych (nerkowych, jamy brzusznej, biodrowych i tętnic kończyn dolnych)**

1. Pracownia posiada akredytację Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) klasy B lub C (aneks 1).
2. Kierownik pracowni spełnia wymagania Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK (*RJ Gil, A Witkowski, L Poloński: Zalecenia Postępowania w Kardiologii Inwazyjnej. Kardiologia Pol 2005; 63, suplement III: S491 – S600*).
3. W Pracowni są zatrudnieni specjaliści z kardiologii, mający doświadczenie w angioplastyce i stentowaniu tętnic obwodowych (co najmniej 30 zabiegów wykonanych jako pierwszy operator – udokumentowane w książce zabiegowej pracowni i w protokołach zabiegowych).
4. Lekarz, który będzie wykonywać zabiegi ma co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu przezskórnych zabiegów poszerzania tętnic wieńcowych; łącznie liczba wykonanych tego typu zabiegów nie może być mniejsza niż 300.
5. Pracownia ma stałą współpracę z oddziałem/ kliniką chirurgii naczyniowej, który mieści się w szpitalu macierzystym lub innym szpitalu.
6. W/w wymagania powinny zostać potwierdzone na piśmie przez: kierownika pracowni hemodynamicznej, ordynatora/kierownika oddziału/kliniki kardiologii oraz dyrektora szpitala i złożone w regionalnym oddziale NFZ jako podstawa kontraktacji w/w zabiegów.

**Wymagania stawiane pracownikom kardioangiograficznym (hemodynamicznym) do wykonywania zabiegów przezskórnego poszerzania tętnic szyjnych, kręgowych i podobojczykowych**

1. Pracownia posiada akredytację Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) klasy C (aneks 1).
2. Kierownik pracowni spełnia wymagania Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK (*RJ Gil, A Witkowski, L Poloński: Zalecenia Postępowania w Kardiologii Inwazyjnej. Kardiologia Pol 2005; 63, suplement III: S491 – S600*).

3. W Pracowni są zatrudnieni specjaliści z kardiologii, mający doświadczenie w stentowaniu tętnic szyjnych (co najmniej 30 wykonanych zabiegów implantacji stentów do tętnic szyjnych z neuroprotekcją).

4. Lekarz, który będzie wykonywać zabiegi ma co najmniej 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu przezskórnych zabiegów poszerzania tętnic wieńcowych; łącznie liczba wykonanych tego typu zabiegów nie może być mniejsza niż 500.

5. Klinika/oddział zapewnia kompleksową opiekę neurologiczną, intensywną terapię oraz pełen zestaw badań diagnostycznych i metod terapeutycznych dla chorych z udarem mózgu.

6. Klinika/oddział ma stałą współpracę z oddziałem/ kliniką chirurgii naczyniowej i/lub neurochirurgiczną, który mieści się w szpitalu macierzystym lub w innym szpitalu.

7. Proponujemy, żeby przez pierwszą połowę roku 2006 do wykonywania w/w zabiegów były uprawnione wyłącznie te pracownie hemodynamiczne, które już uzyskały finansowanie zabiegów angioplastyki tętnic szyjnych ze stentem i systemem neuroprotekcyjnym w ramach jednej z edycji (2004 i/lub 2005) konkursu POLAKRD 2003-2005 (aneks 2). W drugiej połowie roku 2006 należy rozpatrzyć dopuszczenie także innych pracowni, o ile spełnią podane w tym dokumencie wymagania i uzyskają akceptację Zarządu Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK.

Następnie omówiono listę pracowni rekomendowanych do wykonywania zabiegów stentowania tt. szyjnych. Rozważano dołączenie do listy pracowni w Szczecinie, jednak zrezygnowano z uwagi na małą ilość zabiegów wykonanych dotychczas w tej pracowni. Przyjmując ustalone wcześniej kryteria zdecydowano o usunięciu z listy pracowni w Elblągu (kategoria B), w Szpitalu Bielańskim w Warszawie (brak akredytacji), oraz w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie (kategoria B).

## **2. Tematy rejestrów i opracowań na podst. elektronicznej bazy danych Sekcji - do akceptacji Zarządu (doc. Adam Witkowski)**

**a. Jacek Legutko - zawały serca po zamknięciu SVG - ocena retrospektywna**

**b. Jarosław Wójcik - DESy w restenozie w stencie**

**c. Robert Gil - PCI u pacjentów dializowanych lub po przeszczepieniu nerki – ocena prospektywna**

Doc. Krzysztof Żmudka zaproponował, aby dyskusję nt. rejestrów rozpocząć od ustalenia ogólnych kryteriów obowiązujących wszystkich, którzy chcieliby analizować elektroniczną bazę danych SKI, a w szczególności zauważył, że takie osoby powinny mieć zgodę kierownika swojej pracowni na wykorzystanie danych.

Wywiązała się dyskusja, czy upoważnienie kierownika pracowni powinno być wymogiem SKI, czy też należy to pozostawić wewnętrznym regulacjom pracowni.

Zaproponowano, aby na stronie www sekcji został umieszczony formularz dla osób starających się o dostęp do danych, zawierający miejsce na wpisanie nazwy rejestru, informacji czy macierzysty ośrodek wprowadza dane do bazy (warunek konieczny), kto jest osobą odpowiedzialną i czy został poinformowany kierownik pracowni.

Decyzję będzie podejmował zarząd SKI.

Dr Dudek stwierdził, że nie wszystkie informacje w bazie danych są wiarygodne i dlatego analiza bazy wymaga znajomości realiów. Nie można pozwolić na publikację prac opartych na bazie danych bez ich uprzedniej weryfikacji. Ponadto Dr Dudek zaproponował, aby ustalić czyją własnością jest baza danych, kto i na jakich zasadach może z niej korzystać, oraz jakie są kompetencje zarządu i przewodniczącego SKI odnośnie wykorzystania danych.

Prof. Robert Gil zaproponował, aby powołać grupę osób, która weryfikowałaby dane z bazy przeznaczone do publikacji.

Doc. Adam Witkowski stwierdził, że powoływanie dodatkowego gremium mija się z celem, ponieważ tą kwestią powinien zajmować się zarząd SKI.

Dr Maciej Lesiak zaproponował, aby zamiast powoływania stałego gremium prosić każdorazowo recenzentów o ocenę projektu rejestru, a następnie publikacji. Na stronie internetowej należy napisać, że osoba zgłaszająca rejestr zgadza się na recenzję swojego projektu. Dyskutowano czy recenzja projektu powinna być jawna i umieszczona na stronie www do ogólnej wiadomości, ale ustalono, że pozostanie ona do wiadomości zarządu. Ustalono także, że recenzje będą anonimowe.

Zdecydowano, że osoby które zgłosiły tytuły rejestrów powinny napisać skrócony projekt merytoryczny i logistyczny tak, aby mógł być zrecenzowany, a następnie poddany ocenie zarządu.

Doc. Żmudka podtrzymał swoją prośbę, aby wymagana była zgoda kierownika macierzystej pracowni na realizację przez daną osobę rejestru.

### **3. Realizacja prezentacji na stronę WG10 - wg protokołu z posiedzenia zarządu 10.10.05 w Warszawie - i co dalej? (dr Dariusz Dudek)**

Dr Dudek powiedział, że jest zgoda przewodniczącego WG10, prof. Lafonta na umieszczenie na stronie www prezentacji uzgodnionych na poprzednim posiedzeniu zarządu.

### **4. Omówienie prowadzenie spotkania z kierownikami pracowni hemodynamicznych w czwartek o 19.30 (doc. Adam Witkowski)**

Doc. Adam Witkowski poinformował zarząd, że przygotował prezentację zawierającą informacje nt. działalności zarządu SKI w ostatnim roku.

### **5. Akredytacja pracowni pediatrycznych (doc. Jacek Białkowski)**

Akredytacje pracowni pediatrycznych zostały zgłoszone do Zarządu Głównego PTK i zostały zatwierdzone.

Kategorię A (kryterium 100 cewnikowań diagnostycznych i 50 interwencyjnych rocznie) otrzymała pracownia w szpitalu przy ul. Litewskiej w Warszawie.

Kategorię B (kryterium 300 cewnikowań diagnostycznych i 100 interwencyjnych rocznie) otrzymały pracownie w Warszawie (CZD), Zabrzu, Łodzi, Poznaniu, Krakowie i Gdańsku.

Dwie pracownie nie otrzymały akredytacji, ponieważ nie spełniają minimalnych kryteriów: Wrocław (47 cewnikowań diagnostycznych i 30 interwencyjnych) i Szczecin (7 cewnikowań diagnostycznych i 7 interwencyjnych).

### **6. Wolne tematy.**

Prof. Robert Gil poinformował zarząd, że powstała Sekcja Serca i Naczyń w Towarzystwa Radiologicznego, na której spotkanie założycielskie był zaproszony jako przedstawiciel kardiologii interwencyjnej. Prof. Gil został wybrany na członka zarządu w/w sekcji.

Dr Dariusz Dudek zaproponował, aby opracować plan przejęcia MSCT i MRI serca w ręce kardiologów interwencyjnych tak, aby doprowadzić przynajmniej do powstania mieszanych zespołów kardiologiczno-radiologicznych do oceny ww. badań.

Należy napisać oficjalne stanowisko sekcji w tej sprawie i wysłać do ministerstwa zdrowia, NFZ i konsultanta krajowego ds. kardiologii.

Prof. Gil powiedział, że nowopowstała Sekcja Serca i Naczyń Towarzystwa Radiologicznego ma w planie opracowanie wskazań do badań, które by obowiązywały w MZ i NFZ.

Dr Dudek powiedział, że należy liczyć się z tym, że za pięć lat MSCT i/lub MRI będą standardem diagnostycznym dla oceny tętnic wieńcowych, a tylko interwencje będą wykonywane pod kontrolą rtg.

Dr Lesiak powiedział, że CT nie jest badaniem inwazyjnym, a więc trudno będzie Sekcji Kardiologii Inwazyjnej przejąć nad nim kontrolę.

Dr Dudek powiedział, że wykonanie badania i dbałość o jego jakość techniczną może należeć do radiologów, natomiast interpretacja musi należeć do kardiologa.

Doc. Żmudka powiedział, że w Szpitalu Jana Pawła II był już przeprowadzony zabieg angioplastyki PTW pod kontrolą CT, a także operacja pomostowania aortalno-wieńcowego na podstawie obrazu CT.

Dr Kośmider powiedział, że podobnie jak rola lekarzy medycyny ratunkowej powinna ograniczać się do jak najszybszego dostarczenia chorego z zawałem do pracowni hemodynamicznej, tak rola radiologów powinna ograniczać się do wykonania badania.

Dr Dudek powiedział, że decyzja o przejęciu kontroli merytorycznej nad MSCT i MRI jest zapewne jedną z najważniejszych na tym posiedzeniu zarządu i może mieć ogromne znaczenie dla środowiska w przyszłości. Ponadto dr Dudek zaproponował, aby napisać list do prof. Religi nawiązujący do interpelacji senatorskiej w sprawie niedofinansowania kardiologii interwencyjnej, z prośbą o podjęcie działań.

Dr Lesiak zapytał, czy udało się zorganizować spotkanie rozszerzonego zarządu z prof. Religą.

Doc. Witkowski wyjaśnił, że dzwonił w tej sprawie do wiceministra zdrowia dr J. Pinkasa i spodziewa się informacji zwrotnej do końca tygodnia.

Na tym posiedzenie zarządu SKI zamknięto.