

---

# Kodowanie przyczyn zgonów wymaga bardzo szybkich zmian

Lech Poloński<sup>1</sup>, Krzysztof Brożek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

<sup>2</sup>Urząd Statystyczny w Katowicach (lekarz orzekający dla celów statystycznych)

Opublikowana w „Kardiologii Polskiej” praca Wojtyniaka i wsp. [1] oparta na danych GUS pokazuje zupełnie nieprawdopodobne różnice między poszczególnymi regionami Polski. Współczynniki umieralności z powodu choroby wieńcowej i zawału serca są wyraźnie wyższe w Katowicach niż w pozostałych poddanych badaniom miastach. Z kolei współczynnik umieralności z powodu niewydolności serca we Wrocławiu wynosi 75,3/100 000 mieszkańców, a w Krakowie 1,8/100 000. Myślę, że nikogo nie trzeba przekonywać, że są to dane nieprawdziwe. Problem w tym, że są one (a przynajmniej powinny być) podstawą planowania polityki zdrowotnej kraju; są także danymi „eksportowanymi” do różnych instytucji międzynarodowych i stają się podstawą do opraco-

wywania rankingów skuteczności służby zdrowia. Naszym wspólnym interesem powinno więc być, aby te dane były jak najbliższe prawdy.

Gdzie mogą powstawać błędy? Kartę zgonu wypełnia najczęściej lekarz rodzinny i zwykle wpisuje 2–3 rozpoznania: przyczynę zgonu wyjściową, wtórną i bezpośrednią. Kartę wysyła się do Urzędu Statystycznego w Olsztynie, skąd po zeskanowaniu zostaje przekazana do „koder” w województwie, w którym mieszkał zmarły. „Koder” analizuje zapisy w Karcie Zgonu i wybiera, jego zdaniem, najbardziej prawdopodobną wyjściową przyczynę zgonu. W książce „Zasady Kodowania” są podane podstawowe informacje o obowiązującej metodologii kodowania [2]. Sądzymy, że tu tkwi źró-

---

## Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Lech Poloński, III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41–800 Zabrze, tel: +48 32 37 33 619, e-mail: scchs@sum.edu.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

dło błędów, ponieważ istnieje pewna dowolność w wyborze ostatecznej przyczyny wyjściowej zgonu. Dobrze dokumentują to przykłady podane w książce. Na stronie 41 w rozdziale 4.1.7 podano „Przykłady do Zasady Ogólnej i Zasad Wyboru”. Rozdział ten zaczyna się określeniem Zasady Ogólnej, która brzmi: „Jeżeli w karcie zgonu występuje więcej niż jeden stan chorobowy, do kodowania należy wybrać stan wpisany jako jedyny w najniższej wykorzystanej linii Części I, tylko w przypadku, gdy mógłby spowodować wszystkie stany wymienione w liniach występujących ponad nim”. Dalej podany jest przykład karty zgonu: „(a) ostry zawał serca; (b) choroba miażdżycowa serca; (c) grypa”. Autorzy wskazują, że należy wybrać „choroba miażdżycowa serca”, ponieważ podany ciąg zdarzeń kończący się stanem wpisanym jako pierwszy w karcie zgonu to ostry zawał serca wywołany chorobą miażdżycową serca. Autorzy piszą jednak, że ma w tym przypadku także zastosowanie Zasada Modyfikacji C. W tym rozdziale pt. „Łączenie” Autorzy zauważają: „Jeżeli wybrana przyczyna zgonu jest połączona w klasyfikacji lub uwagach dotyczących kodowania wyjściowej przyczyny umieralności z jednym lub większą liczbą innych stanów zapisanych na karcie zgonu, należy stosować kod łączny. Tam gdzie połączenie to dotyczy stanów, wśród których jeden jest skutkiem drugiego, należy zastosować łączenie tylko wtedy, gdy stwierdzono prawidłową zależność przyczynowo-skutkową lub kiedy można ją wynioskować przez zastosowanie zasad wyboru. W wypadku wystąpienia konfliktu w stosowaniu kodu łącznego, należy użyć kodu wspólnego ze stanem chorobowym, który zostałby wybrany, jeżeli nie byłaby wymieniona przyczyna wybrana na początku. Jeżeli jest to możliwe, należy stosować dalsze łączenie”. Trzeba przyznać, że te zasady nie są proste, ale „koderzy” przechodzą okresowe szkolenia i trzeba mieć nadzieję, że coś z tego rozumieją. Ale dalej znów przykład wykorzystania Zasady Modyfikacji C: na karcie zgonu wpisano: „(a) ostry zawał serca; (b) choroba serca w przebiegu miażdżycy; (c) grypa”. Należy wybrać: ostry zawał serca. Komentarz: „Choroba serca w przebiegu miażdżycy, wybrana według zasady 1 (przykład powyżej) jest związane z ostrym zawałem serca” (zachowałem oryginalne brzmienie tego akapitu). Trudno cokolwiek z tego zrozumieć i też trudno się dziwić, że jeden z lekarzy kodujących wpisze „choroba miażdżycowa serca”, a drugi „zawał serca”. Żaden z nich nie popełnia, jak widać, błędu. Podobne możliwości „wyboru” istnieją przy innych chorobach układu sercowo-naczyniowego (i nie tylko). Jako że przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka, każdy z kodujących trzyma się swojego sposobu ko-

dowania. Efektem są tak duże różnice regionalne. W Katowicach „koder” zgodnie z Zasadą Modyfikacji C wybiera zawał serca jako przyczynę wyjściową zgonu, co powoduje, że wskaźnik zgonów z tej przyczyny wynosi 74,8/100 000 mieszkańców, a dla miażdżycy 16,6/100 000 ludności, obok Białegostoku, najniższy wskaźnik dla miażdżycy w Polsce. W Krakowie i Wrocławiu wskaźniki dla zawału serca wynoszą 25,7 i 25,2/100 000 ludności, natomiast dla miażdżycy są najwyższe w Polsce i wynoszą w Krakowie 125,1/100 000, Wrocławiu 125,3/100 000 mieszkańców. Prawdopodobnie we wskaźnikach dla miażdżycy mieszczą się zawały serca, co jest zgodne z pierwszą zasadą kodowania opisaną wyżej. Trzeba zauważyć, że katowiccy „koderzy” w tej sytuacji przestrzegają jednej z podstawowych zasad kodowania: „Przy wyborze przyczyny zgonu staramy się unikać (...) domniemanego stanu chorobowego (np. miażdżycy)”.

Tylko w ten sposób mogły powstać tak wielkie różnice w umieralności. O rozterkach i problemach „koderów” może też świadczyć duża rozbieżność w częstości wskazywania na „objawy i stany niedokładnie określone” jako przyczynę zgonu. W 2008 r. w woj. śląskim takich rozpoznań było 46,3/100 000 ludności, a w województwie łódzkim 104,8/100 000 ludności, przy średniej krajowej 64,1/100 000 mieszkańców [3]. Profesor Jankowski [4] komentujący artykuł Wojtyniaka i wsp. [1] napisał: „Jednym ze wskaźników jakości rozpoznań przyczyn zgonów jest współczynnik umieralności z przyczyn nieznanymi lub niedokładnie określonymi”. Opierając się na powyższym kryterium, najlepszy wskaźnik jakości kodowania w 2008 r. uzyskano w woj. śląskim, m.in. dzięki kontaktom telefonicznym „koderów” z lekarzami wypisującymi Karty Zgonów. Zarówno Wojtyniak i wsp. [1], jak i Jankowski [4] widzą potrzebę szybkich działań prowadzących do poprawy tej sytuacji. Podpisujemy się pod tym apelem obiema rękami.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### **Piśmiennictwo**

1. Wojtyniak B, Jankowski K, Zdrojewski T et al. Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: time for change. *Kardiologia Pol.* 2012; 70: 695–701.
2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom II. Zasady Kodowania. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1997.
3. Rocznik Statystyczny Województwa 2010. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010: 260–261.
4. Jankowski P. Czy na pewno wiemy, jakie są przyczyny zgonów w Polsce? *Kardiologia Pol.* 2012; 70: 702.