

„... Choć na tle innych rozwiniętych krajów Europy nadal wypadamy dość blado, ostatnie 2 lata z pewnością należy zaliczyć do udanych (...) Niestety, do szczęścia ciągle daleko, ponieważ zapotrzebowanie na wykonywanie zabiegów koronarografii i angioplastyki wieńcowej jest znacznie większe, a Ministerstwo Zdrowia nie bardzo może pomóc...”

Po tej samej stronie barykady

Spotkanie kardiologów interwencyjnych z przedstawicielami regionalnych kas chorych — Zabrze 20.02.2001

Maciej Lesiak

W dniu 20 lutego br. w Multikinie w Zabrzu odbyło się spotkanie kardiologów interwencyjnych, reprezentowanych głównie przez kierowników pracowni kardioangiograficznych, z przedstawicielami regionalnych kas chorych. Jego organizatorami byli: dyrektor Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych — Andrzej Sośnierz, konsultant Województwa Śląskiego ds. Kardiologii — prof. Lech Poloński oraz przewodniczący Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK — doc. Robert Gil.

Głównym celem spotkania było podsumowanie śląskich osiągnięć w dziedzinie kardiologii inwazyjnej. Zapewne dlatego zatytułowano je: „Dwa lata reformy służby zdrowia w zakresie kardiologii — doświadczenia Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych”.

Jako pierwszy głos zabrał prof. M. Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, występując z wykładem na temat rozwoju polskiej kardiologii w okresie reformy. Jasno z niego wynikało, że choć na tle innych rozwiniętych krajów Europy nadal wypadamy dość blado, ostatnie 2 lata z pewnością należy zaliczyć do udanych. Szacuje się, że roku 2000 wykonano po-

nad 56 tys. koronarografii oraz około 20 tys. angioplastyk wieńcowych, wszczepiając przy tym około 10 tys. stentów. W 1998 roku, przeliczając na milion mieszkańców, wykonaliśmy tylko 874 koronarografie i 278 angioplastyk, podczas gdy już 2 lata później dogoniliśmy średnią europejską, wykonując 1454 koronarografie i 522 angioplastyki. Niestety, do szczęścia ciągle daleko, ponieważ zapotrzebowanie na te procedury jest znacznie większe, a Ministerstwo Zdrowia nie bardzo może nam pomóc (ograniczony budżet). Dostyc powiedzieć, że mamy już marzec i nadal żaden ośrodek nie wie „ile i za ile”. Ta sytuacja przyczyniła się do porozumienia z kasami, które co prawda ustawowo nie są zmuszone do interwencji, to na szczęście część z nich, zdając sobie sprawę z powagi sytuacji, aktywnie włączyła się do wspierania naszej branży.

Na temat rzeczywistych potrzeb społeczeństwa polskiego oraz problemów finansowych wypowiedział się doc. Robert Gil, przewodniczący Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK. Nawiązując do prezentowanych wcześniej danych, zwrócił on uwagę na mały odsetek pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (< 30%),

a więc tych, którym kardiologia interwencyjna może pomóc najwięcej. Głównych powodów tej sytuacji upatrywał on w nieuwzględnieniu przez Ministerstwo Zdrowia prawdziwych kosztów zabiegu angioplastycznego w takiej sytuacji klinicznej (konieczność zabezpieczenia w „superaspiryny” oraz dodatkowe stenty), a także braku pieniędzy na dyżury kardioangiograficzne. Doc. Gil zwrócił także uwagę na fakt wyposażenia większości polskich ośrodków w pojedyncze kardioangiografy oraz ich znacznego wyeksploatowania. Taka sytuacja zmusza do „równoczesnej obsługi” pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz osób kwalifikowanych w trybie zwykłym, a także grozi precedensem, iż wkrótce wysoko wykwalifikowane zespoły nie będą mogły pracować w pełnym zakresie. Dlatego istnieje konieczność zakupu nowych aparatów dla ośrodków referencyjnych.

W następnej części spotkania odbyła się dyskusja, która koncentrowała się wokół 24-godzinnego dyżuru kardioangiograficznego. W jej trakcie okazało się, że do Zabrza przyjechali reprezentanci kilku regionalnych kas chorych (pomorskiej wschodniej i zachodniej,

wielkopolskiej, warmińsko-mazurskiej, opolskiej, małopolskiej, lubelskiej oraz branżowej). Po wielu latach, idąc za przykładem ze Śląska, powstały w naszym kraju nowe ośrodki, w których uruchomiono system 24-godzinnych dyżurów w pracowniach kardioangiograficznych. Należy do nich ośrodek warszawski (Szpital MSWiA), działający w ramach Kasy Branżowej, ośrodki wspomagane przez kasy regionalne (Opole, Kraków) oraz przez KBN (Białystok). Należy dodać, że ośrodki warszawskie (Instytut Kardiologii oraz Akademii Medycznej) prowadzą całodobowy dyżur na razie w ramach własnych środków, a niedługo dołączy do nich Szczecin. Trwają także rozmowy z kasami w innych miastach, m.in. w Poznaniu. Interwencje wykonywane w przypadku ostrego zawału serca są niestety kosztowne, wymagają całodobowej gotowości pracowni, specjalnych i drogich leków (blokery receptora płytkowego IIb/IIIa), często konieczne jest stosowanie wspomaganie krążenia, choćby metodą kontrapulsacji aortalnej. Po zabiegu chory trafia na oddział intensywnej opieki kardiologicznej i tu znowu koszty leczenia przekraczają te kontraktowane dla oddziałów kardiologicznych. Ważne jest zatem, aby działalność tych oddziałów objąć specjalnym, lepszym kontraktem. Wiadomo, że skuteczność leczenia inwazyjnego jest bardzo duża, zwłaszcza w grupie wysokiego ryzyka (np. u chorych we wstrząsie kardiogennym). W porównaniu z leczeniem fibrynolitycznym, chorzy po skutecznym zabiegu krócej pozostają w szpitalu, częściej i szybciej wracają do pracy oraz rzadziej trafiają ponownie do szpitala z powodu nawrotów. Jeśli uwzględnić te fakty, leczenie inwazyjne nie będzie z pewnością droższe od zachowawczego.

Szczególną uwagę poświęcono interwencjom wykonywanym w przypadku ostrego zespołu wieńcowych, z zawałem serca na czele. Wiadomo, że są to zabiegi trudne i kosztowne. Wymagają doskonałej organizacji pracy nie tylko pracow-



fol. Artur Krzykowski

Szczególną uwagę poświęcono zabiegom wykonywanym z powodu ostrego zespołu wieńcowych i zawału serca

ni hemodynamicznych, ale także zespołów pogotowia ratunkowego oraz oddziałów intensywnej nadzoru. Wzorem dla reszty kraju jest oczywiście Zabrze, gdzie system taki działa już od lat. Rocznie trafia tam około 600 chorych z ostrym zawałem serca, z czego ponad 90% poddaje się leczeniu interwencyjnemu. Skuteczność angioplastyki zarówno pierwotnej, jak i ratunkowej, przekracza 90%.

Następnie z uwagą wysłuchaliśmy wystąpienia dr. Andrzeja Sośnierz, dyrektora Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych. Okazuje się, że ta kasa szczególnie docenia potrzeby kardiologii, realizuje bowiem kilka ważnych programów: fibrynolityczny (zakup streptokinazy i tPA), wspomagający leczenie farmakologiczne ostrego zespołu wieńcowych (zakup abciximabu i tirofibanu) oraz dwa programy wspierające interwencje wieńcowe. Pierwszy z nich to po prostu zobowiązanie do pokrycia kosztów zabiegów w przypadku wyczerpania limitu uzyskanego z ministerstwa, drugi natomiast to dokupienie takiej liczby stentów, aby rozszerzyć założenia Ministerstwa Zdrowia o 20–25%. Jest to z pewnością działalność godna naśladowania, są bowiem kasy, które nie realizują żadnego z podobnych zadań lub robią to tylko częściowo (np. zakup

ReoPro dla pracowni przez Wielkopolską Kasę Chorych i in.).

Ostatnim punktem spotkania było wystąpienie prof. L. Polońskiego, który przedstawił „od kuchni” działalność ośrodka zabrzańskiego w zakresie leczenia ostrego zespołu wieńcowych. Takich wyników nie powstydziliby się żaden wiodący ośrodek europejski.

Podsumowując, trzeba powiedzieć, że w Zabrzu odbyło się ważne i potrzebne spotkanie, chyba pierwsze w skali krajowej, na którym po tej samej stronie „barykady” spotkali się kardiologowie z przedstawicielami kas chorych. Choć poszczególne kasy nie były reprezentowane tak, jak tego oczekiwali organizatorzy, myślę, że dla większości był to wyraźny sygnał, że problem sprawnego działania kardiologii interwencyjnej w Polsce już teraz nie leży tylko w gestii Ministerstwa Zdrowia. Kalkulacje rządowe nie uwzględniły wielu środków, które są niezbędne, zwłaszcza w wypadku interwencji w ostrych zespołach wieńcowych, a dostępność tych zabiegów nadal jest zbyt mała w stosunku do potrzeb. Tylko dzięki aktywnej pomocy ze strony kas możliwe będzie stworzenie odpowiedniej liczby ośrodków gotowych nieść pomoc naszym chorym o każdej porze dnia i nocy.