

# Czy potrzebna jest intensywna terapia kardiologiczna w Polsce?

Na to nietławe pytanie próbowali odpowiedzieć uczestnicy konferencji prasowej zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i redakcję „Menedżera Zdrowia”

W spotkaniu z udziałem mediów, poprzedzającym symposium Intensywna Terapia Kardiologiczna w XXI Wieku, uczestniczyli prof. Janina Stępińska, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. Grzegorz Opolski, konsultant krajowy do spraw kardiologii, Krzysztof Chlebus, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, prof. Zbigniew Kalarus, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dr n. med. Marek Banaszewski, przewodniczący Sekcji Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Resuscytacyjnej PTK, prof. Adam Torbicki oraz Gabriela Ofierka-Sujkowska, przedstawicielka Agencji Oceny Technologii Medycznych.

### Nie jest źle, ale może być lepiej

Profesor Grzegorz Opolski na wstępie konferencji podzielił się uwagami dotyczącymi intensywnej terapii kardiologicznej. – *Niemal przez 15 lat prowadziłem oddział intensywnej terapii kardiologicznej i na tej podstawie mogę powiedzieć, że dziedzina ta, moim zdaniem, przeżywa swoją drugą młodość, m.in. dzięki pani prof. Janinie Stępińskiej. Pierwsza młodość była w latach 70. i 80. XX w., kiedy to powstały w Polsce pierwsze oddziały. W ciągu ostatnich 15 lat dokonał się ogromny postęp technologiczny, dzięki czemu leczymy coraz trudniejszych chorych* – mówił.

Wspominał, że w Polsce jest około 250 oddziałów kardiologicznych, z czego prawie połowa ma stacjonarne pracownie hemodynamiczne, czyli są to oddziały najwyższego stopnia referencyjności, i ponad 2 tys. łóżek ITK. Zwracał równocześnie uwagę na to, że oddziały leczące szczególnie trudne przypadki kardiologiczne wymagają specjalnego finansowania.

– *Jest już najwyższy czas, aby zająć się właśnie tym zagadnieniem. Dlatego postulaty środowiska kardiologicznego dotyczą m.in. wprowadzenia referencyjności oddziałów ITK oraz świadczeń związanych z działalnością kardiologów na ITK. Z naszych wyliczeń wynika, że wcale nie chodzi o duże pieniądze, ale jest to konieczne* – akcentował prof. Opolski.

W kontekście rozwoju ITK mówiono także o wadze szkolenia specjalistów w tej dziedzinie. Wspomniano o rozwiązaniach zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia, np. o wprowadzeniu specjalizacji intensywyisty.

Profesor Janina Stępińska akcentowała, że obecnie sytuacja w ITK nie jest zła, jednak wymaga jeszcze wielu usprawnień, m.in. szybszego niż obecnie wprowadzania do Polski innowacji. Dlaczego? Ponieważ można już mówić o epidemii niewydolności serca w Polsce, co jest także problemem ogólnoswiatowym.

### Przestarzałe przepisy utrudniają pracę

Prezes PTK zwróciła uwagę, że w związku ze starzeniem się społeczeństwa chorych potrzebujących leczenia na oddziałach ITK jest o wiele więcej niż jeszcze kilka lat temu. Wspomniała, że szczególnie pacjenci w starszym wieku mają liczne schorzenia współistniejące wymagające interwencji medycznych na oddziałach ITK. Przeprowadzone analizy wykazują, że osoby z nie-

wydolnością serca i z chorobą niedokrwinną to właśnie pacjenci mający najwięcej chorób współistniejących.

Profesor Stępińska stanowczo zapewniła, że kardiologowie mają wystarczającą wiedzę, by prowadzić intensywną terapię kardiologiczną, co często jest podważane. Kolejny problem, na jaki zwróciła uwagę, to obowiązujące przepisy sprzed wielu lat, które nie przystają do obecnych realiów.

„ Janina Stępińska: Jeśli wstępną reanimację pacjenta przeprowadza inny lekarz, to zgodnie z przepisami ostatecznie jej prowadzenie musi przejąć anestezjolog. Problemem jest to, że choć pacjentem zajmuje się kardiolog w ramach intensywnej terapii kardiologicznej, za świadczenie rozliczany jest tylko anestezjolog ”

– *Jeśli wstępną reanimację pacjenta przeprowadza inny lekarz, to zgodnie z przepisami ostatecznie jej prowadzenie musi przejąć anestezjolog. Problem polega na tym, że chociaż pacjentem zajmuje się kardiolog intensywnej terapii kardiologicznej, za świadczenie rozliczany jest tylko anestezjolog. Kłopotem jest również to, że nie ma procedur przypisanych do ITK* – zwracała uwagę prof. Stępińska.

Doktor Marek Banaszewski, przewodniczący Sekcji Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Resuscytacyjnej PTK, także uczulał, że jest to problem dużej wagi. – *Wykonujemy dużo procedur diagnostycznych i terapeutycznych, za które nie otrzymujemy dodatkowych pieniędzy. Gdyby natomiast były one wykonywane np. na oddziale chirurgii albo kardiologii, zostałyby ujęte w rozliczaniu preprocedur NFZ* – zauważył.

### Czego potrzeba, by ITK w Polsce mogła się rozwijać?

Wśród wielu wątków eksperci zwrócili uwagę na konieczność dostosowania aktów prawnych do realiów, wprowadzenia referencyjności oraz systemowego finansowania ITK, a ponadto rozwiązań systemowych.



„ Grzegorz Opolski: Postulaty środowiska kardiologicznego dotyczą m.in. wprowadzenia referencyjności oddziałów ITK oraz świadczeń związanych z działalnością kardiologów na ITK. Z naszych wyliczeń wynika, że wcale nie chodzi o duże pieniądze, ale jest to konieczne ”

Profesor Stępińska zaznaczyła, że zależy jej na tym, by anestezjologzy nadal tworzyli trzon opieki kardiologicznej, jednak ważne jest, aby to środowisko kardiologiczne uzyskało finansowanie w ramach jednorodnych grup pacjentów za usługi ITK.

Profesor Adam Torbicki, do niedawna sprawujący funkcję wiceprezesa Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wspominał, że zawsze z przerażeniem słucha tego, co zagraża ITK.

– *Od początku działania w obszarze kardiologii najważniejsza była ciągłość opieki. Dawniej chory, w zależności od stanu zdrowia, był leczony albo na oddziale zachowawczym, albo trzeba było go przenieść na oddział intensywnej opieki. Prowadziło się pacjenta z pomocą kolegów, którzy naj-*

*lepiej znają się na określonych procedurach* – mówił prof. Torbicki i wspominał, że obecnie można odnieść wrażenie, że oddziały intensywnej terapii stają się oddziałami niechcianymi przez szpitale z powodów ekonomicznych. – *Stanowi to fatalną motywację. Kiedyś były problemy z echokardiografią, która jako badanie ultrasonograficzne miała się odłączyć od kardiologii i przejść tam, gdzie znajdowały się badania ultrasonograficzne. To jest przykład tego, co nie powinno się zdarzyć. To samo dotyczy teraz ITK. Trudno mi uwierzyć i nie mogę się z tym pogodzić, że ITK jest jednostką zagrożoną z powodów ekonomicznych* – dodał.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus zapewnił, że widzi wagę problemu oraz podkreślił, że kwestia rozwoju intensywnej terapii, także kardiologicznej, jest dla resortu bardzo istotna.

– *Wysiłki resortu skupiają się nad tym, by bezcenne dokonania ITK zostały spożytkowane i były rozwijane w systemie, który powinien zapewnić optymalne warunki do rozwoju tej dziedziny. Już zapoczątkowaliśmy zmiany, m.in. poprzez kształcenie funkcjonujących w systemie lekarzy w specjalizacji intensywnej terapii. Mam nadzieję, że otworzy to nowe perspektywy dla tej dziedziny. Zapewniam, że jesteśmy otwarci i zależy nam na współpracy zarówno ze środowiskiem kardiologicznym, jak i anestezjologicznym. Dlatego tak ważna jest dyskusja merytoryczna środowisk medycznych. Sądzę, że mamy szansę na nowe otwarcie i nową jakość. A to spotkanie traktuję jako ważny głos prowadzący do rozwoju ITK, tak ważnej dziedziny medycyny* – zapewnił podsekretarz stanu. Wspominał też, że ma świadomość, że proces ten może być długi i wymagać wielu zmian w systemie.

Kamilla Gębska