

## KARDIOLOGIA

# Barierzy organizacyjno- dla rozwoju kardiologii w

– Zależy nam bardzo, aby kardiologia była nie tylko przedmiotem dyskusji ekspertów na temat optymalnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych dotyczących pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, lecz także priorytetem dla decydentów. Nie powinni oni zapominać, że choroby sercowo-naczyniowe są główną przyczyną zgonów Polaków – mówił prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.



W dniach 22–24 września w Katowicach odbył się XXVI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK). W programie znalazła się debata ekspercka pt. „Bariery organizacyjno-ekonomiczne dla rozwoju kardiologii w Polsce”. Przypomnijmy, że Polska jest krajem z wysoką śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych – w przeciwieństwie do pozostałych państw Unii Europejskiej, gdzie ta śmiertelność jest na niskim lub umiarkowanym poziomie.

## Zbyt mało chorych jest włączanych do programu KOS-zawał

Deбата rozpoczęła się od przedstawienia przez ekspertów aktualnej sytuacji w najważniejszych obszarach kardiologii.

Choroba niedokrwienna serca wciąż stanowi ogromne zagrożenie dla Polaków, a mimo to według danych NFZ liczba świadczeń udzielonych pacjentom z tym schorzeniem spadła do ok. 1 mln rocznie. Dzieje się tak głównie w POZ,

gdzie liczba świadczeń zmniejszyła się o ponad 50 proc. W lecznictwie szpitalnym świadczeń jest mniej o ok. 20–30 proc.

– W ubiegłym roku zanotowaliśmy 68 tys. przypadków zawału serca. Do programu KOS-zawał włączonych zostało 14 tys. spośród tych chorych, czyli tylko jedna czwarta – poinformował prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Iwona Kazimierska

# ekonomiczne Polsce

Według eksperta należy położyć większy nacisk na profilaktykę – zarówno wtórną, jak i pierwotną. To powinno spowodować zmniejszenie liczby przypadków choroby niedokrwiennej serca.

Konsekwencją zawału często bywa niewydolność serca. – *Nie wiemy, ilu tak naprawdę Polaków ma niewydolność serca. Obecne rejestry nie dostarczają rzetelnych informacji. Nie mamy badań obserwacyjnych, epidemiologicznych. Dlatego podawane informacje, że na niewydolność serca choruje w Polsce od 1,2 mln do 1,4 mln osób, to tylko szacunki. Rocznie 150 tys. spośród tych chorych jest hospitalizowanych z powodu zaostrzeń* – zauważył prof. dr hab. n. med. Piotr Ponikowski, dyrektor Instytutu Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Profesor Piotr Ponikowski podkreślił znaczenie programu KOS-zawał, który pozwala uniknąć pozawałowej niewydolności serca. – *Nie mam najmniejszych wątpliwości, że KOS-zawał jest wielkim przełomem w polskiej kardiologii. Dziwię się natomiast, że wciąż nie wszyscy chorzy po ostrym zespole wieńcowym trafiają do tego programu. Skutek jest taki, że w ciągu roku po zawałe liczba chorych z rozpoznąną niewydolnością serca, zwłaszcza z uszkodzoną lewą komorą, jest bardzo duża* – skomentował.

## Metod jest wiele, ale nie są refundowane

Przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK dr hab. n. med. Marek Grygier, prof. Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przypomniał, że w przypadku chorób strukturalnych serca jest wiele możliwości interwencji. Zabiegi zamykania ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (atrial septal defect – ASD), przetrwałego otworu owalnego (patent foramen ovale – PFO) oraz ubytku przegrody międzykomorowej (ventricular septal defect – VSD) są w Polsce wykonywane od wielu lat. – *Wydaje się, że jako jeden z niewielu obszarów w kardiologii te procedury są dobrze finansowane przez NFZ. Ciągłe jednak mamy problem z tym, że kieruje się na nie zbyt mało chorych, zwłaszcza po udarze mózgu o niewyjaśnionej etiologii* – powiedział prof. Marek Grygier.

Ekspert zaznaczył, że chociaż finansowanie zabiegów zamykania uszka lewego przedsionka wzrosło do zadowalającego poziomu, to nadal ich liczba jest niewystarczająca. Zabiegi na zastawce trójdzielnej nie są natomiast finansowane przez NFZ – w 2021 r. wykonano ich zaledwie jedenaście.

”



prof. Przemysław Mitkowski

prof. Przemysław Mitkowski: *Niedługo zaczniemy zapewne proces aplikacji o refundację kamizelki defibrylującej. To bardzo ciekawy wyrób medyczny, który będzie stosowany głównie u chorych z przejściowym ryzykiem groźnych komorowych zaburzeń rytmu. Daje on szansę wyleczenia tych pacjentów*

Potrzeby w obszarze elektroterapii i elektrofizjologii omówił prof. Przemysław Mitkowski. Przypomniał, że długo trwa procedowanie refundacji telemonitoringu. – *System zdalnej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca z wszczepionymi urządzeniami, bo o taką refundację aplikowaliśmy, jest bardzo ważny. Kolejna rzecz to stymulatory bezelektrodowe. Oczywiście nie wszczepialibyśmy ich zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology – ESC), które mówią o preferencji pacjenta, ale mamy takich chorych, u których jest to konieczne. Są to osoby z niedrożnością żył górnej części ciała. Dla nich te procedury muszą być zarezerwowane. To nie jest duża grupa. Wszczepialne rejestratory zdarzeń w przypadku udarów zatorowych o nieznanym źródle mają olbrzymie znaczenie, ale zgodnie z zaleceniami ESC dotyczącymi komorowych arytmii i przeciwdziałania nagłemu zgonowi sercowemu te urządzenia są wskazywane również jako pomocne w diagnostyce przyczyn omdleń o charakterze kardiologicznym* – powiedział.

– *Niedługo zaczniemy zapewne proces aplikacji o refundację kamizelki defibrylującej. To bardzo ciekawy wyrób medyczny, który będzie stosowany głównie u chorych z przejściowym ryzykiem groźnych komorowych zaburzeń rytmu. Daje on szansę wyleczenia tych pacjentów. Być może nie będą oni wymagali wszczęcia urządzenia na stałe i wielokrotnych wymian w ciągu życia, co wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań* – dodał prezes PTK.

## Braki kadrowe mogą być nie do odrobienia

Eksperska debata poświęcona systemowym, organizacyjnym i finansowym potrzebom kardiologii koncentrowała się na najważniejszych ograniczeniach i wyzwaniach.

– *Gdy analizuję średnią wiek swoich asystentów i widzę, jaki odsetek młodych ludzi chce pracować w kardiologii, to zastanawiam się, co będzie za 5–10 lat. Musimy coś zrobić, żeby młodzi lekarze chcieli zostawać w Polsce i nie uciekali po studiach za granicę. Trzeba im stworzyć takie warunki, żeby byli usatysfakcjonowani finansowo, ale też mogli zaspokoić swoje ambicje zawodowe. Dotyczy to również pielęgniarek. Jeśli nie zadamy o tych ludzi, nie pomyślimy o zachętach dla nich, to po prostu za kilka lat nie będzie miał nas kto leczyć* – ostrzegł prof. dr hab. n. med. Robert Gil,

”



prof. Mariusz Gąsior

prof. Mariusz Gąsior: *W ubiegłym roku zanotowaliśmy 68 tys. przypadków zawału serca. Do programu KOS-zawał włączonych zostało 14 tys. spośród tych chorych, czyli tylko jedna czwarta*

”



prof. Piotr Ponikowski

prof. Piotr Ponikowski: *Dziwię się, że wciąż nie wszyscy chorzy po ostrym zespole wieńcowym trafiają do programu KOS-zawał. Skutek jest taki, że w ciągu roku po zawałe liczba chorych z rozpoznąną niewydolnością serca, zwłaszcza z uszkodzoną lewą komorą, jest bardzo duża*

”



prof. Marek Grygier

prof. Marek Grygier: *Wydaje się, że jako jeden z niewielu obszarów w kardiologii procedury interwencyjne są dobrze finansowane przez NFZ. Ciągłe jednak mamy problem z tym, że kieruje się na nie zbyt mało chorych, zwłaszcza po udarze mózgu o niewyjaśnionej etiologii*

## KARDIOLOGIA

”



fot. Patryk Rydzik

prof. Robert Gil: *Musimy coś zrobić, żeby młodzi lekarze chcieli zostawać w Polsce i nie uciekali po studiach za granicę. Trzeba im stworzyć takie warunki, żeby byli usatysfakcjonowani finansowo, ale też mogli zaspokoić swoje ambicje zawodowe. Dotyczy to również pielęgniarów*

”



fot. pocyplomiel

prof. Jacek Legutko: *Obniżki wycen w kardiologii interwencyjnej, do których doszło kilka lat temu, były nieuniknione, jednak ich skala musiała doprowadzić do tego, że niektórych ośrodków kardiologicznych nie stać na wprowadzenie najnowocześniejszych rozwiązań*

”



fot. arch. A. Witkowskiego

prof. Adam Witkowski: *Brakuje nam jasnej ścieżki wprowadzania do użycia technologii nielekowych. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinniśmy taką ścieżkę opracować*

”



fot. bjp.ikard.pl

prof. Tomasz Hryniewiecki: *Jestem przekonany, że w tym roku Narodowy Program Chorób Układu Krążenia zostanie przyjęty i przez 10 lat będziemy mogli go konsekwentnie realizować, jako całe środowisko kardiologiczne. To spowoduje, że pacjenci będą mieli dostęp do nowoczesnych terapii i do lekarzy kardiologów*

kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Szpitala Klinicznego MSWiA, prezes elekt PTK.

– *Coraz trudniej jest zabezpieczyć obsadę dyżurów hemodynamicznych. Młodzi ludzie nie garną się do kardiologii inwazyjnej, bo odpowiedzialność za wykonywane procedury jest ogromna, a prestiż tej podspecjalności coraz mniejszy. Jeżeli nie zareagujemy, to ta dziedzina może przeżyć poważny kryzys kadrowy* – ocenił prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko, dyrektor Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II. Zauważył, że kilka lat temu do specjalizacji z kardiologii były kolejki, a teraz w Małopolsce jest kilkadziesiąt wolnych miejsc rezydentycznych.

### Szerszy dostęp do nowych leków i technologii

Nowoczesne technologie i leki nie są odpowiednio finansowane. – *Obowiązujące w kardiologii interwencyjnej wyceny odzwierciedlają stan rzeczy sprzed wielu lat, kiedy najnowocześniejsze metody nie były jeszcze dostępne. Obniżki wycen, do których doszło kilka lat temu, były nieuniknione, jednak ich skala (na poziomie 40–50 proc.) musiała doprowadzić do tego, że niektórych ośrodków kardiologicznych nie stać na wprowadzenie najnowocześniejszych rozwiązań* – dodał prof. Jacek Legutko.

– *Państwo musi przeznaczać jeszcze więcej pieniędzy na nowe technologie i leki, ale są sytuacje, kiedy lekarze nie zalecają dostępnych, tanich leków. Tak jest w przypadku hipercholesterolemii. Mniej niż 10 proc. chorych po zawale serca nie otrzymuje odpowiednich dawek statyn. Dlatego proponujemy wprowadzenie tzw. wytycznych doskonałości na wzór brytyjskiej agencji NICE, które będą uproszczone i możliwą do finansowania wersją wytycznych towarzystw naukowych. Zmuszą one lekarzy do poprawy jakości leczenia, bo będzie można sprawdzić skuteczność stosowanej terapii* – zapowiedział prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki, pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii.

### W kardiologii nie powinno być limitów

– *W kardiologii interwencyjnej brakuje przede wszystkim odpowiedniego finansowania procedur, które już są dostępne, jak chociażby zapinki na zastawkę mitralną. Te zabiegi są wykonywane w zenująco małej liczbie w stosunku do tego, co się dzieje w Europie. W przypadku zabiegów przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej (transcatheter aortic valve implantation – TAVI) sytuacja się poprawia, bo jest ich coraz więcej, ale ograniczeniem są limity wynikające z ryczałtu. Według mnie procedury kardiologiczne nie powinny być limitowane. Uważam, że brakuje nam jasnej ścieżki wprowadzania do użycia technologii nielekowych. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinniśmy taką ścieżkę opracować* – przekonywał prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie, były prezes PTK.

”



fot. Patryk Rydzik

Maciej Miłkowski: *Najważniejsza zmiana, która nas teraz czeka, to przeniesienie części diagnostyki i monitorowania pacjentów kardiologicznych do opieki ambulatoryjnej. Bez tego będzie trudno spiąć cały system szpitalnictwa*

### Choroby układu krążenia objęte narodowym programem

Sytuację w polskiej kardiologii ma poprawić Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. Program przewidziany jest na 10 lat, na jego realizację przeznaczone zostaną prawie 3 mld zł. Profesor Tomasz Hryniewiecki podkreślił, że główne założenie programu to działania w zakresie profilaktyki. – *Są one niezbędne, bez nich nie przejdziemy do grupy krajów o niższym ryzyku sercowo-naczyniowym. To muszą być działania konsekwentne, wieloletnie, zaplanowane bardzo precyzyjnie, bo jak wiemy, zwykłe akcje w obszarze zdrowia publicznego są po prostu nieskuteczne* – tłumaczył.

Częścią narodowego programu jest Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK), która jako pilotaż funkcjonuje na Mazowszu od ponad roku, wkrótce dołączy kolejnych sześć województw. – *Minister Niedzielski podpisze w najbliższych dniach nowelizację rozporządzenia, które rozszerzy pilotaż na województwa: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie. Mam nadzieję, że będziemy też rozszerzali ścieżki, które są dostępne w KSK. Teraz są to cztery grupy rozpoznania: niewydolność serca, zaburzenia rytmu i przewodzenia, wady zastawkowe serca oraz nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne. Nie będziemy czekać na zakończenie pilotażu, będziemy się starali systematycznie rozszerzać sieć* – zapowiedział prof. Tomasz Hryniewiecki.

Jednym z pierwszych działań w ramach narodowego programu kardiologicznego będzie przeprowadzenie badania epidemiologicznego WOBASZ podsumowującego stan zdrowia polskiej populacji w zakresie chorób układu krążenia. – *Jestem przekonany, że w tym roku program zostanie przyjęty i przez 10 lat będziemy mogli go konsekwentnie realizować, jako całe środowisko kardiologiczne. To spowoduje, że pacjenci będą mieli dostęp do nowoczesnych terapii, do kardiologa, którego pozycja w systemie będzie inna niż obecnie. Będzie to pozycja konsultanta, a nie lekarza sprawującego stałą opiekę. Taką opiekę muszą przejąć lekarze POZ, lekarze rodzinni, chociaż zdają sobie sprawę, że to zadanie nie będzie łatwe* – podsumował prof. Tomasz Hryniewiecki.

### Zapowiedzi wiceministra

– *Od 1 listopada pewnie zostanie poszerzony program lekowy B.101 („Leczenie inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi”), zgodnie z oczekiwaniami środowiska kardiologicznego. Przez jakiś czas będzie on funkcjonował w nowym kształcie, a potem popatrzymy na wytyczne i być może wprowadzimy kolejne modyfikacje. Ta zmiana od 1 listopada obejmie też refundację nowych substancji czynnych. Wprawdzie nie są to przełomowe terapie, ale stosuje się je rzadziej, w związku z czym koszty leczenia są mniejsze* – zapowiedział wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski.

– *Jeśli chodzi o wyroby medyczne i postulat skrócenia okresu procedowania refundacji – jest on wart zastosowania. Teraz jednak główna zmiana, która nas czeka, to przeniesienie części diagnostyki i monitorowania pacjentów kardiologicznych do opieki ambulatoryjnej. Bez tego trudno będzie spiąć cały system szpitalnictwa* – dodał wiceszef resortu zdrowia.