

Paweł Buszman odpowiada krytykom



Fot. PAP/Gregorz Jakubowski

Skąd ta nienawiść do kardiologów inwazyjnych?

Sukcesy polskiej kardiologii głośne są na całym świecie – zarówno pod względem dorobku naukowego, jak i organizacyjnego. Efekt populacyjny uzyskany po utworzeniu sieci ośrodków kardiologii inwazyjnej działającej 24 godziny na dobę jest spektakularny: umieralność z powodu choroby wieńcowej i zawału serca spadła odpowiednio o 28 i 48 proc., i to pomimo jednoczesnego braku spadku zapadalności na chorobę wieńcową i ostre zespoły wieńcowe. To przełożyło się bezpośrednio na wydłużenie życia Polaków po 2000 r. Skąd zatem bierze się ta nienawiść do kardiologów inwazyjnych, którzy pracując ponad siły, przyczynili się do tego sukcesu?

Dlaczego Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) bez dogłębnych analiz czy uwzględnienia merytorycznych i ekonomicznych przesłanek dokonuje tak dramatycznych cięć wycen procedur medycznych? Komu zależy na zniszczeniu tak ważnego dorobku polskiej medycyny ostatnich lat i narażeniu obywateli na ciężkie powikłania sercowo-naczyniowe, co będzie skutkowało ponownym skróceniem długości życia?

Spróbujemy się rozprawić z mitami i często powtarzanyymi sloganami bez merytorycznego uzasadnienia.

Czy liczba ośrodków kardiologii inwazyjnej w Polsce jest zbyt duża?

Jeśli chodzi o rozmieszczenie ludności w naszym kraju, to 60 proc. żyje poza dużymi aglomeracjami miejskimi, w dość dużym, jak na warunki europejskie, rozproszeniu, co utrudnia dostęp do opieki zdrowotnej. Rozwój

sieci nowoczesnych placówek i oddziałów kardiologii inwazyjnej znacznie poprawił dostępność tego typu leczenia, i to w trybie całodobowym. Obecnie na terenie Polski działa ok. 160 pracowni kardiograficznych, z których blisko 140 pełni dyżury zawałowe. Jak wykazały badania międzynarodowe, postępowanie inwazyjne w ostrym zespole wieńcowym (wykonanie koronarografii i mechaniczne udrożnienie tętnicy wieńcowej za pomocą angioplastyki wieńcowej) daje najlepsze wyniki leczenia. Obecne rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) oraz wytyczne towarzystw w USA i Kanadzie jednoznacznie potwierdzają, że jest to najskuteczniejszy sposób leczenia pacjentów w stanach zagrożenia życia.

Sukces polskiej kardiologii polega właśnie na tym, że udało się stworzyć sieć ośrodków dającą możliwość dojazdu chorego do placówki, która udzieli mu profesjonalnej pomocy medycznej, w ciągu zaledwie 30–60 minut od zgłoszenia podejrzenia zawału serca i pierwszego kontaktu, co znacznie zwiększa jego szanse na przeżycie i powrót do zdrowia. Inne kraje, np. Wielka Brytania, dopiero budują podobne systemy, napotykając na liczne bariery (m.in. brak wykwalifikowanej kadry medycznej), co uniemożliwia im zwiększenie liczby działających 24 godziny na dobę ośrodków kardiologii inwazyjnej (w Wielkiej Brytanii funkcjonuje zaledwie jeden ośrodek na pół miliona mieszkańców i w dalszym ciągu 40–50 proc. chorych z zawałem leczonych jest lekami fibrynolitycznymi, co naraża ich na duże krwawienie i udary krwotoczne). W innych krajach, w których kardiologia inwazyjna rozwinęła się szybciej, liczba ośrodków jest większa, np. w USA jeden ośrodek obsługuje ok. 130–150 tys. mieszkańców, a w Niemczech – ok. 200 tys. Kryterium utrzymania ośrodka w tych krajach nie jest liczba mieszkańców będących pod jego opieką, lecz liczba wykonywanych zabiegów: według wytycznych jest to minimum 150–200 przeszskórnych interwencji wieńcowych (PCI). W literaturze fachowej wielokrotnie chwalono Polskę za rozwinięcie optymalnego systemu leczenia interwencyjnego zawału serca i praktycznie całkowite wykluczenie drogiego leczenia trombolitycznego, obarczonego ryzykiem dużego krwawienia i licznymi przeciwwskazaniami. Podstawową zasadą w organizacji leczenia zawału serca jest maksymalne skrócenie opóźnienia leczenia reperfuzyjnego, które bezpośrednio przekłada się na wyniki leczenia: wczesną i odległą śmiertelność oraz ryzyko wystąpienia niewydolności serca. Wysoka efektywność kosztowa zabiegów interwencyjnych w ostrych zespołach wieńcowych w Polsce, gdzie koszt uratowania jednego roku życia oscyluje poniżej połowy wartości PKB na osobę, wskazuje, że taka organizacja leczenia zawałów i stanów przedzawałowych jest odpowiednia. Dla porównania, wiele stosowanych drogich terapii, które dopuszczono ostatnio do refundacji w Polsce, przekracza próg efektywności kosztowej, a ich koszt jest wielokrotnie wyższy niż PKB na osobę.

„Sukces polskiej kardiologii polega na tym, że udało się stworzyć odpowiednią sieć pracowni kardiograficznych. Inne kraje, np. Wielka Brytania, dopiero budują podobne systemy”

Czy liczba wykonywanych zabiegów PCI w naszym kraju jest klinicznie uzasadniona?

W Polsce wykonuje się ok. 125 tys. zabiegów PCI (ok. 3200/milion mieszkańców), z czego 73 proc. w ostrym zespole wieńcowym. Według zaleceń ESC każdy ostry zespół wieńcowy jest bezwzględny wskazaniem do diagnostyki i leczenia inwazyjnego w możliwie krótkim czasie. Analiza danych GUS oraz rejestru zabiegów PCI w Polsce wskazuje na bezpośrednią korelację pomiędzy spadkiem śmiertelności w chorobie wieńcowej i zawałach serca a liczbą wykonywanych procedur w ostatnich 15 latach. Potwierdza to również Śląski Rejestr Chorób Serca, który jednoznacznie wskazuje na zależność między liczbą wykonywanych procedur PCI w ostatnich 10 latach a spadkiem śmiertelności sercowo-naczyniowej w województwie śląskim, zarówno we wszystkich postaciach ostrego zespołu wieńcowego, jak i w stabilnej chorobie wieńcowej. Amerykański rejestr oceniający prawidłowość stosowania wskazań do PCI w USA stwierdza, że w przypadku ostrego zespołu wieńcowego nieprawidłowo ustalono wskazania tylko w 1 proc. przypadków, a w stabilnej dławicy w ok. 10 proc. Gdyby zatem przyjąć podobną statystykę dla zabiegów w Polsce, można założyć, że maksymalnie 4 proc. zabiegów mogło być wykonanych bez właściwego uzasadnienia. Wynika to z faktu, że prawie trzy czwarte zabiegów było wykonywanych w stanach ostrych.

Z kolei kontrola NIK przeprowadzona w 2015 r. wykazała bardzo dobrą dostępność i jakość wykonywanych zabiegów. Polscy kardiolodzy przeprowadzają wiele zabiegów i często wykonują złożone procedury wieńcowe u chorych, którzy zostali zdyskwalifikowani jako kandydaci do leczenia kardiochirurgicznego. Nasi kardiolodzy byli też prekursorami wielu innowacyjnych metod rewaskularyzacji w przypadku wielonaczyniowej choroby wieńcowej i zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej, brali i biorą udział w wielu klinicznych badaniach międzynarodowych, uzyskując doskonałe wczesne i odległe wyniki przeszskórnego leczenia choroby wieńcowej, często nawet lepsze niż w innych czołowych ośrodkach klinicznych w UE i USA. Wyniki

„Leki wspomagają leczenie inwazyjne i poprawiają jego wyniki, ale stosowane same w większości przypadków nie pozwalają na poprawę rokowania w dłuższym okresie”

tych badań publikowane są w renomowanych czasopiśmie zagranicznych.

Czy leczenie farmakologiczne może zastąpić leczenie zabiegowe?

Medycyna naprawcza w kardiologii i innych dziedzinach pozwala na szybki powrót do pełnej aktywności życiowej, społecznej i zawodowej. Dzięki temu bezpośrednio poprawia się stan zdrowia obywateli, ich produktywność i przedsiębiorczość. Dodatkowo w przypadku zabiegów sercowo-naczyniowych obniża się ryzyko zgonu i wydłuża życie. W przeciwieństwie do zabiegów naprawczych w kardiologii (czyli m.in. rewaskularyzacji czy naprawy lub wymiany zastawek serca) leczenie farmakologiczne jest w większości leczeniem paliatywnym i nie zapobiega w dłuższym czasie wystąpieniu niewydolności serca u chorych z zaawansowaną chorobą wieńcową lub umiarkowaną bądź ciężką wadą zastawkową. Leki wspomagają leczenie inwazyjne i poprawiają jego wyniki, ale stosowane same w większości przypadków nie pozwalają na poprawę rokowania w dłuższym okresie ani nie przyspieszają powrotu do pełnej aktywności społeczno-zawodowej. To z kolei przekłada się na wzrost kosztów społecznych.

Czy procedury kardiologiczne były wycenione zbyt wysoko i jaki powinien być koszt zabiegów kardiologicznych?

Decyzja AOTMiT dotycząca taryf była zbyt pochopna i przygotowana niestarannie. Nieuwzględnienie obowiązujących standardów oraz nowoczesnej technologii w leczeniu złożonych i trudnych klinicznie przypadków powoduje, że w dziedzinie, w której większość wykonywanych zabiegów można określić jako ratujące życie i zdrowie, wycenia się jedynie najprostszą i starą technologię, co można porównać ze stosowaniem plomb amalgamatowej w stomatologii. Tym samym pozbawia się chorych dostępu do skutecznego i nowoczesnego leczenia chorób serca, a przecież jesteśmy krajem o średnio wysokim PKB *per capita*, a już dotychczasowe wyceny były najniższe w całej UE. Przeprowadzone przez Asocjacje Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicz-



nego (AISN PTK) oraz Stowarzyszenie Zawodowe Kardiologów Interwencyjnych (SZKI) analizy kosztów zabiegów interwencyjnych u chorych z zawałem serca i na naczyniach wieńcowych, zgodnie z panującymi standardami, wskazywały na konieczność utrzymania, a w niektórych przypadkach nawet podniesienia wycen procedur. Można podejrzewać, że to właśnie było przyczyną wstrzymania prac AOTMiT we współpracy z tymi organizacjami i podjęcia decyzji o dramatycznym, eksperymentalnym cięciu wycen oraz śledzeniu ich efektów bez wcześniejszej oceny skutków.

Zastosowanie metody popytowo-podażowej w przypadku zabiegów kardiologicznych można bowiem nazwać „próbą biologiczną”. Niepewność w zakresie prawidłowości wycen oraz konieczność monitorowania ich skutków społecznych podkreśliła nawet w swojej ocenie Rada ds. Taryfikacji. Zmniejszenia wycen procedur dokonano bez analiz efektywności kosztowej i bez oceny wpływu na koszty ciążone i pośrednie w społeczeństwie. Możemy zatem mówić o „stomatologizacji” kardiologii, co jest wyjątkowo niebezpieczne w tej dyscyplinie medycznej. Paradoksalnie na tej samej zasadzie, bez odpowiednich analiz i uzasadnienia, w kwietniu br. podniesiono stawki kapitałowe dla POZ. Jaki ma być efekt zdrowotny tej podwyżki dla społeczeństwa? Tego nie podano.



Czy mamy do czynienia z budowaniem fortun w kardiologii kosztem społecznym?

Ten bezprecedensowy w Polsce postkomunistycznej atak na małą grupę kardiologów, którzy w ostatnich kilkunastu latach zbudowali najnowocześniejszy system opieki kardiologicznej w Europie i uratowali setki tysięcy, jeśli nie miliony istnień ludzkich, niezwykle dziwi i bulwersuje. Wszystko to udało się osiągnąć przy wykorzystaniu stosunkowo niedużych środków, wyjątkowo efektywnie kosztowo, zapewniając wyrównanie dostępu do nowoczesnych usług kardiologicznych w całym kraju. Populistyczne slogany o budowaniu służby zdrowia i niemerytoryczne próby tworzenia opieki medycznej opartej wyłącznie na leczeniu chorób układu krążenia tabletkami w POZ muszą skończyć się tragicznie dla wielomilionowej rzeszy chorych na schorzenia sercowo-naczyniowe. Kto stoi za tymi działaniami i dlaczego niszczy się największy w ostatnich 15 latach sukces w polskiej medycynie? Czy to tylko bezinteresowna polska zawiść lub brak kompetencji? Komu zależy na tym, by problem chorób układu krążenia od ponad pięciu lat był ciągle spychany na dalszy plan i by rzeczywiste potrzeby społeczne pozostały niedocenione? Rozumiem, że obecny system ma niedostateczne środki na zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych, ale od dawna mówi się o potrzebie ich

zwiększenia i poprzednia ekipa rządząca tych środków nie zwiększyła. Obecnie próbujemy zastąpić coś, co jest wyjątkowo efektywne kosztowo, drogimi programami o nieustalanej skuteczności, których wprowadzenie powinno się odbyć dopiero po zaspokojeniu podstawowych i życiowych potrzeb społecznych.

Nie pozwólmy, aby atak na kardiologów i pacjentów kardiologicznych spowodował niepowetowane straty populacyjne i ekonomiczne w skali całego kraju. Nie pozwólmy, by ludzie, którzy oddali najlepsze lata swojego życia na ratowanie życia i zdrowia Polaków, byli oczerniani i poniewierani w sposób wyjątkowo brutalny. A przecież możemy w tym przypadku powtórzyć słowa Winstona Churchilla: „Nigdy tak wielu nie zawdzięczało tak wiele tak nielicznym”. Nie pozwólmy zatem, by osoby posługujące się populistycznymi hasłami obrażały tych, którzy przez całe swoje życie walczyli o dobro swoich pacjentów i wykazali się dużą pasją, determinacją oraz wyjątkową skutecznością w ratowaniu życia Polaków. Oburzające jest to, że osoby, które nie wykazały się żadnym istotnym pozytywnym działaniem społecznym na rzecz polskich pacjentów i zajmują się partykularnymi interesami, przodują w krytyce tych, którzy zrobili najwięcej, by zmienić niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne.

Inwestycje w służbie zdrowia oraz kreowanie wartości: *know-how*, badania naukowe i nowe technologie

Model opieki sercowo-naczyniowej w naszym kraju był do tej pory kreowany przez konsultantów z dużych ośrodków sercowo-naczyniowych, którzy widzą zaledwie wierzchołek góry lodowej problemów związanych ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi i reprezentują interesy dużych jednostek publicznych. Do tego programy kardiologiczne, naczyniowe i naczyniowo-neurologiczne były i nadal są tworzone odrębnie, przez specjalistów z każdej dyscypliny osobno. Przez to tworzą się osobne lobby i grupy interesów, które nie pomagają w kompleksowym spojrzeniu na diagnostykę i leczenie chorób układu krążenia, przez co największy problem w zakresie chorób cywilizacyjnych pozostaje w naszym kraju w dalszym ciągu nierozwiązany systemowo. Stąd tak ważna jest bliska, bezpośrednia współpraca specjalistów zajmujących się medycyną sercowo-naczyniową. Model opieki nad chorymi ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi stworzony przez grupę American Heart of Poland (AHP) jest modelem wyjątkowym, obejmującym pełną specjalistyczną diagnostykę i leczenie ambulatoryjne, wykonywanie najbardziej zaawansowanych technologicznie zabiegów naprawczych w zakresie serca i naczyń, rehabilitację kardiologiczną oraz zapewnienie ciągłej opieki ambulatoryjnej z wdrożeniem profilaktyki wtórnej. Bezpośrednia współpraca kardiologów, chirurgów naczyniowych i kardiochirurgów w sieci klinik



Fot.: iStockphoto.com

„ Nie pozwólmy, aby atak na kardiologów i pacjentów kardiologicznych spowodował niepowetowane straty populacyjne i ekonomiczne w skali całego kraju „

zlokalizowanych poza dużymi miastami akademickimi umożliwia szybki i nieograniczony dostęp do świadczeń ratujących życie i zdrowie przy jednoczesnym zapewnieniu doboru optymalnej terapii przed wystąpieniem groźnych i kosztownych dla systemu powikłań. I to jest największa wartość, jaką stworzyło AHP: efektywna kosztowo opieka nad chorymi z groźnymi schorzeniami sercowo-naczyniowymi. Grupa AHP stworzyła nowoczesną organizację, która przyniosła społeczeństwu olbrzymie oszczędności poprzez zainwestowanie prywatnych pieniędzy w budowę i wyposażenie ośrodków sercowo-naczyniowych oraz najniższe koszty leczenia (zarówno w zakresie samych zabiegów, jak i w zakresie kosztów w dłuższej perspektywie czasowej). Jednocześnie wprowadzono wiele nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych i technologicznych niedostępnych do tej pory w Polsce, rozpoczęto współpracę z polskimi przedsiębiorcami i instytucjami naukowymi celem wprowadzenia polskich wyrobów medycznych na rynek. Dotychczasowe wyniki medyczne i finansowe wskazują na to, że profesjonalne podejście zarówno do

organizacji usług medycznych, jak i do ich finansowania może dać doskonałe wyniki, z których korzystają wszyscy: pacjent i społeczeństwo, płatnik i budżet państwa. Tym bardziej że wszystkie wypracowane środki były ponownie inwestowane w infrastrukturę w Polsce i wykonywanie zabiegów ratujących życie ponad posiadane limity kontraktów NFZ. Stworzenie warunków konkurencji pobudziło również wiele publicznych szpitali do poprawy jakości i zmniejszenia kosztów leczenia. Wszelkiego rodzaju próby upraszczania systemu i wprowadzanie populistycznych rewolucji tylko dlatego, że nie dokonano odpowiednich analiz tego, co dobrze funkcjonuje, a posłużono się archaicznymi i populistycznymi metodami i kryteriami oceny działalności medycznej, wskazują na brak wykształconych kadr medycznych w grupie osób zarządzających polską ochroną zdrowia i komentujących na co dzień zjawiska w niej zachodzące. Bo nie można oceniać tego, co dokonało AHP, tylko na podstawie wartości EBIDTA i zysku netto – należy przede wszystkim ocenić wyniki medyczne i wartość dodaną, jaką grupa dostarcza społeczeństwu w porównaniu z systemem szpitali publicznych i innych podobnych organizacji w kraju i za granicą. I właśnie taka kompleksowa ocena dokonana przez niezależnych ekspertów dała asumpt do przyznania AHP wielu prestiżowych nagród, m.in. PRB, E&Y i BCC, których warunkiem przyznania było kreowanie dużej wartości społecznej biznesu.

*Pawel Buszman
Autor jest profesorem nauk medycznych,
prezesem Polsko-Amerykańskich Klinik Serca.*