

***Sekcja Kardiologii
Inwazyjnej
Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego***



Zarząd Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK:
Przewodniczący: *doc. dr hab. med. Adam Witkowski*
Z-ca przewodniczącego: *doc. dr hab. med. Krzysztof Żmudka*
Sekretarz: *doc. dr hab. med. Jacek Białkowski*
Skarbnik: *dr n. med. Maciej Kośmider*
Poprzedni przewodniczący: *doc. dr hab. med. Robert Gil*
Członkowie Zarządu: *dr n. med. Dariusz Ciećwierz, dr n. med. Maciej Lesiak, dr n. med. Andrzej Ochala*
Członek – doradca ds. naukowych: *dr n. med. Dariusz Dudek*
Siedziba: Instytut Kardiologii, Alpejska 42,
04-628 Warszawa
Tel: +48 22 812 41 64
Fax (1): +48 27 226 45 06
Fax (2): +48 2722645 33
e-mail: kardiologia.inwazyjna@ikard.waw.pl

***Konsultant Krajowy
ds. Kardiologii***

Prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski
I Katedra i Klinika Kardiologii
Akademii Medycznej w Warszawie
Centralny Szpital Kliniczny,
02- 097 Warszawa ul. Banacha 1a,

Warszawa, 16.08.2004

**Szanowny Pan
Michał Kamiński
Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych**

Pragniemy Pana poinformować, że sytuacja pacjentów z chorobą niedokrwinną serca w kraju uległa w drugiej połowie bieżącego roku gwałtownemu pogorszeniu. Wynika to z faktu, że w szpitalach zapewniających leczenie tych chorych przy pomocy zabiegów przezskórnej angioplastyki wieńcowej wyczerpuje się limit punktów przyznanych

w kontraktach przez odpowiednie regionalne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Odbieramy niepokojące sygnały z właściwie wszystkich ośrodków kardiologii inwazyjnej w Polsce, w tym także tych zapewniających 24 – godzinne interwencyjne leczenie ostrego zawału serca przy pomocy zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej o tym, że na przełomie sierpnia i września br. trzeba będzie zawiesić wykonywanie w/w zabiegów z powodu wyczerpania się limitu punktów. Już obecnie w wielu ośrodkach kardiologicznych w Polsce zostało wstrzymane wykonywanie planowych procedur interwencyjnych w szczególności zabiegów angioplastyki wieńcowej, z powodu niewystarczających kontraktów zawartych między tymi szpitalami przez regionalne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Oznacza to wydłużenie listy oczekujących pacjentów, a to z kolei może skutkować tym, że chorzy planowi będą z powodu bardzo ograniczonej dostępności do koronarografii i angioplastyki wieńcowej trafiać do ośrodków kardiologii interwencyjnej z powodu ostrego zawału serca lub zginą z powodu jego powikłań, nie doczekawszy się właściwego leczenia. W pierwszym przypadku znacznie podniesie to koszty leczenia, w drugim skutki będą tragiczne.

Jeżeli sytuacja nie ulegnie w krótkim czasie znaczącej poprawie, tzn. kontrakty ze szpitalami posiadającymi ośrodki kardiologii interwencyjnej nie zostaną zwiększone i nie ulegną również zwiększeniu stawki za poszczególne procedury, może dojść do ograniczenia wykonywania zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej u pacjentów z ostrym zawałem serca. Oznaczałoby to znalezienie się w sytuacji katastrofalnej. O ile bowiem śmiertelność pacjentów z ostrym zawałem serca leczonych przy pomocy zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej wynosi 3.5%, o tyle inne formy leczenia, to znaczy przede wszystkim leczenie trombolityczne, zwiększają ten wskaźnik do średnio 10%. Posługując się jako przykładem danymi za rok 2003: przy pomocy zabiegów pierwotnej angioplastyki leczono 17.000 pacjentów z ostrym zawałem serca, z których 595 zmarło (3.5%). Jeżeli tych samych 17.000 chorych byłoby leczonych metodą tradycyjną, tj. trombolitycznie, zmarłoby

aż 1.700, to jest trzykrotnie więcej! W związku z tym jesteśmy bardzo zaniepokojeni faktem, że w drugiej połowie br. może dojść do sytuacji, w której z przyczyny podanej powyżej nie będziemy mogli pacjentom z ostrym zawałem serca, a także z innymi formami choroby niedokrwiennej wymagającej zastosowania metod interwencyjnych, zapewnić odpowiedniej i najbardziej skutecznej formy leczenia. Oznaczałoby to ponowny, wysoki wzrost śmiertelności w populacji polskiej, związany z brakiem, bądź znacznym ograniczeniem dostępu do nowoczesnych technik terapeutycznych. Również całkowita liczba pacjentów, przede wszystkim z ostrym zawałem serca, leczonych przy pomocy zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej, jest naszym zdaniem daleko niewystarczająca, ponieważ co roku zawał serca dotyka około 100.000 obywateli RP, z których wg naszych obliczeń 40% umiera z powodu zbyt późnego udzielenia pomocy lekarskiej lub braku dostępu do centrów kardiologii inwazyjnej zapewniających 24 godzinny dyżur.

Uważamy, że w związku z tak poważnym zagrożeniem należy jak najszybciej podjąć działania wyprzedzające i renegocjować kontrakty ze szpitalami, w których występuje problem braku odpowiedniej liczby punktów, zapewniającej płynną ciągłość leczenia pacjentów kardiologicznych do końca 2004 roku. Konieczne jest również zwiększenie odpłatności z poszczególne typy procedur w zakresie angioplastyki wieńcowej.

Chcielibyśmy przypomnieć, że na spotkaniu Krajowego Nadzoru Kardiologicznego w dniu 24 czerwca br. zwrócono uwagę na wyżej wymienione problemy.

Z poważaniem,

doc. dr hab. med. Adam Witkowski
Przewodniczący Sekcji Kardiologii Inwazyjnej
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski
Konsultant Krajowy
w dziedzinie kardiologii