

Czyżby historia z *happy endem*?

Ministerialne kontrakty na procedury kardiologii inwazyjnej w 2002 roku

Robert Gil

W poprzednim numerze Biuletynu przedstawiłem zabiegi Zarządu naszej Sekcji mające na celu sprawne przeprowadzenie w Ministerstwie Zdrowia kontraktacji procedur kardiologii inwazyjnej inwazyjny na 2002 rok. Nie można powiedzieć, iż w okresie przed rozpoczęciem właściwych negocjacji reakcje Ministerstwa były jednoznaczne. Pomimo pogodnej atmosfery kolejnych spotkań, ciągle brakowało konkretów, a tak zwane nowe zdarzenia były raczej powodem smutnych nastrojów. Nie dość bowiem, że ciągle opóźniał się moment rozpoczęcia negocjacji w MZ, to wciąż powiększała się tak zwana dziura budżetowa. Zapewne w związku z nią obiecana częściowa (miała ona wynieść ok. 60%) refundacja za procedury wykonane ponad zakontraktowaną liczbę dotyczyła jedynie niektórych ośrodków. Poza tym, optymizmem nie nastrajała zdecydowana akcja ze strony MZ, zmierzająca do zdobycia wpływu na politykę finansową kas chorych. Co prawda dzięki wstawiennictwu Przewodniczącej Komisji Zdrowia Sejmu RP (prof. Barbary Błońskiej-Fajfrowskiej) przedstawicielom naszej Sekcji (P. Buszmanowi, R. Gilowi) udało się odbyć rozmowy w MZ w sprawie możliwości współfinansowania procedur kardiologii inwazyjnej przez kasy chorych. Ich wynik wydawał się pozytywny (uzyskano ustną zgodę na takie działania przede wszystkim w przypadku ostrych epizodów wieńcowych oraz zapewnienie, iż taka będzie wykładnia prawna w stosunku do oficjalnych zapytań kas), jednak okazało się, że były to tylko gołosłowne obietnice.

Muszę przyznać, że w tamtym okresie najbardziej niepokoił brak konkretnego stanowiska w sprawie

zgłoszonych przez nas postulatów, dotyczących zasad prowadzenia procesu kontraktacji. Przecucie, że coś się może nagle w tej sprawie wydarzyć, motywowało mnie do regularnego telefonowania do dr T. Przyszłaka, odpowiedzialnego za organizację procesu negocjacyjnego. Pierwszy efekt tych rozmów miał miejsce 8 lutego br., kiedy dowiedziałem się, że



MZ (w osobie dyr. M. Sobolewskiego) planuje udział mojej osoby w negocjacjach oraz zwraca się z prośbą o szybkie zaopiniowanie ofert poszczególnych ośrodków.

Nie była to łatwa praca. Z jednej strony była chęć pozytywnego przedstawienia oferentów z naszej strony, a z drugiej zaskakiwała ich liczba (61, w tym kilka w tzw. budowie lub będących w początkowym etapie działalności) oraz szalenie „ambitne” żądania (łącznie oferta opiewała na ponad 90 tys. koronarografii oraz ponad 40 tys. PTCA). Jeśli dodać do tego świadomość ograniczonej puli pieniędzy oraz roli ośrodków referencyjnych, przy ich często nie najnowszej aparatu-

rze rentgenowskiej, to widać, skąd się wzięły moje rozterki. No cóż, jakoś sobie poradziłem, tyle że później spotkałem się z zarzutem ze strony komisji negocjacyjnej, że Sekcja nie potrafiła jednoznacznie podzielić ośrodków na dobre i złe...

Swoją pracę wykonałem w terminie, ale pierwsza informacja o rozpoczętym procesie kontraktacji pojawiła się dopiero prawie 2 tygodnie później. Niestety, w pośpiechu zapomniano zaprosić przedstawiciela Sekcji, oferowano znacznie niższą od oczekiwaną przez poszczególne ośrodki liczbę zabiegów, a do tego pojawiły się całkiem nowe, niespodziewane propozycje MZ. Najgroźniejszą z nich było obniżenie do 50% ceny koronarografii, wykonywanych w ramach *ad hoc* PTCA oraz kary za powtarzane koronarografie w obrębie jednego ośrodka. Jeśli dodać do tego niższą cenę koronarografii (800 zł), nie bardzo cieszył fakt zróżnicowania cen angioplastyki wieńcowej (w zależności od zakresu zabiegu oraz liczby użytych stentów) oraz stworzenia możliwości wykonywania zabiegów niewieńcowych.

Po uzyskaniu informacji od kolegów, którym „w boju” przyszło rozpoznawać sytuację, udało mi się w trakcie długiej rozmowie telefonicznej poznać podstawowe założenia rozpoczynającego się wówczas procesu kontraktacji. Ponadto przedstawiciela Sekcji ponownie zaproszono do współuczestnictwa w komisji. Pisemną wersję ww. założeń uzyskałem 2 dni później, tj. 22 lutego. Lektura tego pisma nie pozostawiała żadnych wątpliwości, że Sekcja musi zająć oficjalne stanowisko w tej sprawie. Nie pozostawało nic innego, jak zwołać pilne zebranie Klubu Kardiologa Interwencyjnego.

Wspomniane zebranie odbyło się 23 lutego w Warszawie, a obok członków Klubu wziął w nim udział prof. G. Opolski (Konsultant Krajowy ds. Kardiologii). Jego efektem było wypracowanie oficjalnego stanowiska Sekcji (wyrażonego w piśmie do MZ z dnia 23.02. br.). Po jego dostarczeniu do MZ nie pozostało nic innego poza czekaniem na odpowiedź. Nie był to łatwy czas, tym bardziej, że trwające godzinami negocjacje z kolejnymi ośrodkami nadal się odbywały. W tym miejscu chciałbym wyjaśnić wszystkim rozczarowanym brak przedstawiciela Sekcji w trakcie negocjacji. Otóż brak możliwości zapoznania się z harmonogramem kolejnych negocjacji, a przede wszystkim brak dowodów, że w założeniach kontraktacji uwzględniono propozycje Sekcji spowodowały, że nie zdecydowałem się na nasze uczestnictwo. Moje stanowisko uzyskało akceptację naszego Klubu.

Taka sytuacja trwała do końca marca. Tymczasem z rozmów z przedstawicielami MZ zaczął się wyłaniać następny problem — coraz pewniejsze wydawało się wprowadzenie w kontrakcie ograniczenia funduszu wynagrodzeń do 5% wartości zakontraktowanych procedur. Nikomu nie muszę chyba wyjaśniać, czym by się to skończyło. Napisane po konsultacjach z kolegami z Klubu stosowne pismo (z dnia 2.04. br.) przesłano do MZ. Reakcja była stosunkowo szybka. Minister przysłał swoich reprezentantów (p. J. Czerwiaka oraz dr. T. Przeszlaka) na spotkanie z Konsultantem Krajowym ds. Kardiologii oraz ze mną. Trwające ponad 3 godziny spotkanie zapowiadało głęboką zmianę w podejściu MZ. Wydawało się, że jesteśmy bliżej uzyskania pełnego konsensusu. Rozstaliśmy się z przekonaniem, że wypracowane definicje poszczególnych procedur, rezygnacja z niekorzystnej oceny koronarografii wykonywanych w ramach *ad hoc* PTCA oraz kar związanych z powtarzaniem koronarografiemi jest dowodem dobrej woli zwłaszcza ze strony MZ. Pozostało wypełnić wstępne zobowiązania ze strony Sekcji (w tym przede wszystkim szybkie podpisanie kontraktów) i wszyscy byłiby usatysfakcjonowani.

Takie uczucie towarzyszyło mi przez około 4 godziny po wspomnianym zebraniu, tj. do telefonicznej informacji od dr. T. Przeszlaka o jego nagłym zwolnieniu z MZ. Przysnąłem, że miałem wówczas jak najgorsze przeczuca. W tamtej sytuacji jednoznacznie nasuwała się myśl, iż niezadowolony z przebiegu spotkania Minister pozbył się osoby za to odpowiedzialnej. Pełen złych obaw porozumiałem się z Konsultantem Krajowym, który zadeklarował się, iż zrobi wszystko, aby uzyskać ostateczne stanowisko Ministra w sprawie kontraktów. Bądź co bądź byliśmy tak blisko celu.

W tym miejscu należy podziękować prof. G. Opolskiemu, który bardzo efektywnie wspierał naszą Sekcję w staraniach o wypracowanie dobrych dla nas kontraktów. Kolejny raz nasz Konsultant nie tylko dowiedział się jakie jest stanowisko Ministra, ale udało Mu się także zaprosić na spotkanie z przedstawicielami Sekcji W. Marciniaka, dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej.

Spotkanie to odbyło się 10 kwietnia w CSK MSWiA. Wzięli w nim udział zarówno reprezentanci Klubu Kardiologa Interwencyjnego, jak i przedstawiciele z renomowanych ośrodków kardiologicznych (m.in. P. Pieniążek, D. Ciećwierz, M. Panowicz). Trzeba przyznać, że jeszcze nie wypracowaliśmy ostatecznego stanowiska w sprawie propozycji przedłożonych podczas spotkania w dniu 8 kwietnia, a już witaliśmy się z dyr. W. Marciniakiem. Na szczęście jego wizyta wiązała się z przedstawieniem stanowiska, które było korzystniejsze niż się spodziewaliśmy. Dowiedzieliśmy się między innymi o istotnym zwiększeniu liczby naszych procedur wykupionych przez MZ (ok. 68 tys. koronarografii oraz ok. 28 tys. PTCA), uwzględnieniu wśród procedur walwuloplastyki mitralnej (200 zabiegów w roku), rezygnacji z różnicowania płatności za koronarografie. Ponadto poinformowano nas o przygotowywanym przez Ministra spotkaniu z przedstawicielami kas chorych w sprawie współfinansowania przez nie procedur kardiologii inwazyjnej. Nie muszę chyba mówić, jak nas to ucieszyło. W tych okolicznościach całkiem

realne stało się podpisanie naszych kontraktów do końca kwietnia br. Oczywiście mieliśmy świadomość, iż nie udało się uzyskać wszystkiego. Z pewnością nie będą bardzo zadowolone „młode” ośrodki. Nie ma co ukrywać, że Minister postawił na ośrodki renomowane. Jego podejście można w skrócie przedstawić w następujący sposób: pieniędzy nie wystarczy dla wszystkich, więc wykupując usługi przede wszystkim tam, gdzie będą one z całą pewnością bardzo dobrze wykonane, angioplastyka nie będzie ograniczona jedynie do łatwych przypadków, a pacjent nie będzie jeździł po Polsce, szukając kardiochirurga, który by go zoperował. Można się z takim podejściem oczywiście nie zgadzać, jednak trzeba wiedzieć, że nasze argumenty w tej sprawie (m.in. kwestia tzw. bezpiecznych minimalnych liczb poszczególnych procedur) nie zyskały zrozumienia. No cóż, na pocieszenie można stwierdzić, iż nasze wysiłki, aby zezwolić kasom chorych na wykupywanie koronarografii oraz angioplastyk wieńcowych (nie tylko dla ostrych epizodów wieńcowych) powinny rozwiązać problem niskich kontraktów dla „młodych” ośrodków kardiologii inwazyjnej. Poza tym poinformowano nas, że pod koniec czerwca zostanie przeprowadzona analiza działalności poszczególnych pracowni pod kątem stopnia realizacji kontraktu. Zapewniono nas, iż będzie w niej uczestniczył reprezentant Sekcji. Jest to o tyle ważne, że będzie decydować o ewentualnej redystrybucji procedur oraz przydziale nowych. Choć w przypadku tej drugiej kwestii nie należy być zbyt dużym optymistą.

Na zakończenie tej niekrótkiej historii chcę się jeszcze podzielić następującą refleksją. Po spotkaniu z dyr. W. Marciniakiem wierzę, że prace nad przyszłoroczną kontraktacją będą się odbywały w MZ oraz że rozpoczną się już na przełomie maja i czerwca. Nauczony doświadczeniem ostatnich 3 lat jestem pewien, że proces ten możemy przeprowadzić dużo łatwiej w przypadku skutecznego wdrożenia zasad akredytacji pracowni kardiologicznych oraz ogólnopolskiego rejestru procedur kardiologii inwazyjnej.

Warszawa, 23.02.2002 r.
 Prof. dr hab. Mariusz Łapiński
 Minister Zdrowia RP
 ul. Miodowa 3

Szanowny Panie Ministrze,

Niniejsze pismo jest odpowiedzią na otrzymane w dniu 22 bm. zasady kontraktowania w MZ procedur wyspecjalistycznych na rok 2002.

Jesteśmy głęboko przekonani, iż w odróżnieniu od lat poprzednich uwzględniają one szereg wcześniejszych propozycji naszego środowiska, mających na celu wyeliminowanie mankamentów z lat poprzednich. Jednocześnie jednak znajdujemy wśród nich i takie, które naszym zdaniem stanowią spore zagrożenie dla dalszego rozwoju naszej dziedziny. Zarząd Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK, czując się współodpowiedzialnym za szybkie zawarcie umów, umożliwiających prawidłową dostępność do właściwej diagnostyki oraz optymalnej terapii dla chorych ze schorzeniami serca, przedstawia swoją opinię wraz z propozycjami stosownych zmian.

Koronarografia jest niezależnym zabiegiem diagnostycznym, potwierdzającym rozpoznanie choroby wieńcowej, umożliwiającym podjęcie decyzji o leczeniu chorych, jak również zabiegiem oceniającym skuteczność leczenia po zabiegach przezskórnych (angioplastyka wieńcowa — PTCA), jak i chirurgicznych na tętnicach wieńcowych (pomostowanie aortalno-wieńcowe — CABG). Dlatego też niewłaściwe jest podejście, określające koronarografię jako wstęp do zabiegu PTCA niewymagający pełnego finansowania. Wydaje się, iż uzasadnione może być tylko nieznaczne (około 10-procentowe) zmniejszenie ceny koronarografii, która bezpośrednio poprzedziła wykonanie PTCA. Jednak redukcja ta wynika jedynie z oszczędności związanej z powtórным przygotowaniem pacjenta do zabiegu terapeutycznego. Należy pamiętać, iż badanie koronarograficzne dotyczy nie tylko tętnicy poddawanej PTCA, ale jej wykonanie wymaga użycia innego rodzaju cewników oraz podawania dodatkowej ilości środka kontrastującego (!). Ponadto stosowne jest wydzielenie koronarografii u pacjentów po chirurgicznym leczeniu choroby wieńcowej, ponieważ zabieg w zakresie pomostów wieńcowych wymaga wykorzystania większej ilości środków technicznych (dodatkowe cewniki, znacznie więcej kontrastu), a wykonywany jest coraz częściej (do 20% zabiegów diagnostycznych). Natomiast rozumiemy, iż podobnie jak w latach poprzednich diagnostyczne cewnikowanie serca w wadach wrodzonych oraz biopsja mięśnia serca są samodzielnymi zabiegami i jako takie powinny mieścić się w grupie koronarografii i pochodnych.

Naszym zdaniem niezbędne jest utrzymanie finansowania koronarografii jako oddzielnej procedury diagnostycznej. W dobie konieczności „liczenia kosztów” działalności proponowane przez MZ zróżnicowanie jej odpłatności na podstawie wykonywanych zabiegów PTCA grozi wręcz ograniczaniem liczby tych ostatnich (przede wszystkim wykonywanych jednocześnie, tzw. *ad hoc* PTCA), zwłaszcza iż wymagają one sporych nakładów materiałowych i nie należą do wysokodochodowych. Poniżej nasza propozycja:

- koronarografia diagnostyczna — 900 zł
- koronarografia jako wstęp do plastyki — 700 zł
- koronarografia po leczeniu chirurgicznym — 1200 zł
- diagnostyczne cewnikowanie serca u dorosłych — 900 zł
- diagnostyczne cewnikowanie wad serca u dzieci z obecnością anestezjologa — 2000 zł

Jednoczasowa angioplastyka wieńcowa (*ad hoc* PTCA) uzyskała w ostatnim czasie sporą popularność na Zachodzie. Wiąże się to głównie z możliwością skrócenia pobytów szpitalnych. Jednak dotyczy to maksymalnie (w najlepszych ośrodkach) około 40% chorych (średnio ok. 20%). Niestety, większości koronaroplastyk nie można wykonać w takim trybie, ponieważ stwarzałoby to dodatkowe zagrożenie dla pacjenta. Wymagają oni specjalnego przygotowania, na przykład lekami przeciwplatekowymi (zgodnie ze standardami światowymi — 48 h) oraz szczegółowej oceny i specjalnej strategii zabiegu określonej przez ekspertów, często z konieczną obecnością

kardiochirurga. Warto podkreślić, iż *ad hoc* PTCA wymaga użycia szybko działających (ale znacznie droższych!) leków przeciwplatekcyjnych (klopidogrel, blokery receptora płytkowego IIb/IIIa), a proponowane finansowanie ich nie zapewnia. Co więcej, zmniejsza końcową kwotę o cenę koronarografii. Warto w tym miejscu również podkreślić, iż zdecydowana większość (90%) polskich pracowni kardioangiograficznych wyposażona jest w jedno stanowisko. Planowe (tj. odsunięte na określony termin) wykonywanie zabiegów PTCA u chorych ze stabilną chorobą wieńcową jest jednym ze sposobów na najbardziej efektywne wykorzystanie posiadanej bazy sprzętowej. Propozycja MZ, polegająca na karnym zmniejszeniu opłaty za koronarografię w przypadku odsuwania w czasie PTCA, w sposób drastyczny zmienia sytuację ekonomiczną ośrodków referencyjnych, wykonujących duże ilości procedur terapeutycznych. A przecież w interesie chorych jak i MZ powinno leżeć wzmocnienie ich pozycji, gdyż wykonują one pełną gamę (w tym najbardziej skomplikowane, wręcz uniemożliwiające oszczędności materiałowe!) procedur kardiologii inwazyjnej.

Mając te fakty na uwadze, Zarząd Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK proponuje uwzględnienie następujących zabiegów oraz przyjęcie poniżej podanych cen:

- plastyka jednonaczyniowa — 5100 zł
- plastyka wielonaczyniowa — 6800 zł
- plastyka pomostów kardiochirurgicznych (żylnych i tętniczych) — 6800 zł
- zabiegi terapeutyczne w wadach serca (atrioseptostomie, walwuloplastyki aortalne i płucne, angioplastyki balonowe zwężeń naczyniowych, implantacje stentów do aorty, tętnic płucnych i innych naczyń, przezskórne zamykanie nieprawidłowych połączeń naczyniowych) — 5100 zł
- przezskórna walwuloplastyka mitralna — 11 000 zł
- przezskórne zamykanie przecieków wewnątrz i zewnątrzsercowych przy użyciu systemów zamykających — 20 000 zł.

Jesteśmy przekonani, że taka klasyfikacja w naturalny sposób „wymusi” prawidłową decyzję co do wyboru użytego sprzętu (w tym ilość stentów) oraz jednoczesowego poszerzenia wielu naczyń.

Zdajemy sobie sprawę, iż proponowane przez MZ zasady mają między innymi na celu ograniczyć płatności za nieuzasadnione zabiegi. W naszym przekonaniu najlepiej temu służyć będzie wprowadzenie kontroli jakości uzyskiwanych wyników. Chodzi tutaj między innymi o następczą po koronarografii kwalifikację do odpowiedniego sposobu leczenia (odsetek CABG, PTCA i leczenia zachowawczego), ocenę wyników poszczególnych zabiegów (czas hospitalizacji) oraz ich powikłań (m.in. konieczność pilnego CABG). Jesteśmy przekonani, iż temu celowi służyć będzie wprowadzany właśnie system akredytacji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dla poszczególnych pracowni kardioangiograficznych. Jego podstawowe założenia zostały przedstawione MZ w postaci naszych propozycji zasad przeprowadzenia kontraktacji na koronarografię oraz koronaroplastykę. Zarząd Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK oczekuje wsparcia tej inicjatywy ze strony Ministerstwa Zdrowia, gwarantując ze swojej strony wprowadzenie stosownego systemu akredytacji, co pozwoli to na wyeliminowanie między innymi płatności za nieuzasadnione zabiegi, a przy tym poprawi jakość naszych usług.

Na zakończenie pozwolę sobie zwrócić uwagę, iż z dostępnych mi danych wynika, iż we wszystkich polskich pracowniach kardioangiograficznych wykonywane są w pełnym wymiarze wszystkie procedury kardiologii inwazyjnej. Co więcej, już teraz wiemy o dalszym zintensyfikowaniu tej pracy (wykonano 1/6 ubiegłorocznego kontraktu!!!). Jest rzeczą oczywistą, iż dzieje się tak w oparciu o przekonanie, że główne zasady kontraktowania ww. zabiegów nie ulegają zmianie. Niepowiadomienie na początku roku o zmianach istotnie redukujących potencjalne zyski finansowe z całą pewnością nie wpłynie stymulująco na działalność w dalszych miesiącach bieżącego roku. Przy czym należy mieć świadomość, iż już teraz średni okres oczekiwania chorego na zabieg koronarografii wynosi w naszym kraju co najmniej 6 miesięcy, natomiast na PTCA — około 2 miesiące.

Z poważaniem
Dr hab. med. Robert Gil
W imieniu Zarządu Sekcji
Kardiologii Inwazyjnej PTK

Do wiadomości:
Dyr. Departamentu Zdrowia
Publicznego MZ,
Dr T. Przyszlak,
Prof. G. Opolski,
Prof. A. Cieśliński

Warszawa, 02.04.2002 r.
Prof. dr hab. Mariusz Łapiński
Minister Zdrowia RP
ul. Miodowa 2, wm.

Szanowny Panie Ministrze,

Niniejsze pismo podyktowane jest poczuciem zagrożenia rozwoju kardiologii inwazyjnej w Polsce, które za-gościło w naszym środowisku podczas toczących się właśnie w MZ negocjacji, dotyczących koronarografii oraz koronaroplastyk. Dokładnie dotyczy to wielokrotnie wspomnianego w ich trakcie zapisu, ograniczającego do 5% część przeznaczoną na wynagrodzenia dla zespołów wykonujących ww. procedury.

Ostatnie lata to systematyczny wzrost liczby zarówno koronarografii (z 45 tys. w 1999 r. do ok. 68 tys. w 2001 r.) oraz koronaroplastyk (z 14,5 tys. w 1999 r. do ok. 25 tys. w 2001 r.).

Z pewnością nie ma przesady w stwierdzeniu, iż nasza dziedzina wykorzystała w pełni szansę, jaką dało wprowadzenie listy procedur wysokospecjalistycznych, finansowanych bezpośrednio przez MZ. W oparciu o uzyskane w ich ramach pieniądze, obok zakupów dobrej klasy sprzętu zużywalnego, dyrektorzy szpitali mogli uzależniać wielkość wynagrodzenia dla personelu od efektów jego pracy. To dzięki temu w istotny sposób zwiększyła się liczba osób zatrudnionych w pracowniach kardioangiograficznych, co z kolei umożliwiło wprowadzenie w nich zmianowości pracy, a tym samym pełniejsze wykorzystanie drogiego sprzętu stanowiącego ich wyposażenie. Było to tym bardziej ważne, iż ogromna większość polskich pracowni kardioangiograficznych była (i jest nadal) wyposażona w pojedyncze stanowiska RTG. Koszty osobowe takiego rozwiązania są jednak znaczne, zważywszy konieczność przestrzegania pięciogodzinnego dnia pracy (ze względu na promienie RTG).

W stworzonej sytuacji pracownie kardioangiograficzne stały się samodzielnymi jednostkami rozliczeniowymi, posiadającymi własne etaty i budżety, co sprzyjało zwiększaniu efektywności pracy. Ponadto dotychczasowy system płac i zatrudnienia umożliwił wprowadzenie 24-godzinnych dyżurów hemodynamicznych dla leczenia niestabilnej dławicy i świeżego zawału serca lub tak zwanych dyżurów pod telefonem w ośrodkach pozbawionych możliwości działania pełnodobowego.

Chciałbym w tym miejscu przypomnieć, iż od chwili stworzenia listy procedur wysokospecjalistycznych wielokrotnie zwracaliśmy się do MZ o odgórne ustalenie wielkości kwoty przeznaczonej na wynagrodzenia dla personelu. Niestety, przez 3 lata z rzędu słyszeliśmy, iż nie jest to możliwe i musi pozostać w gestii dyrektorów szpitali.

Ograniczenie do jedynie 5% kwoty przeznaczonej na ww. wynagrodzenia niestety jest równoznaczne z zapaścią polskiej kardiologii inwazyjnej. Pozyskane w ten sposób pieniądze nie wystarczą nawet na podstawowe pensje dla personelu, a co dopiero mówić o tak zwanych premiach motywacyjnych. Najlepiej przedstawia to symulacja przeprowadzona dla średniej wielkości pracowni, wykonującej miesięcznie 120 koronarografii oraz 50 koronaroplastyk i posiadającej 3 zmiany pracowników (jest to minimum: 6 lekarzy, 6 pielęgniarek, 3 techników RTG oraz 3 salowe). Przy uwzględnieniu proponowanych 5%, daje to 17 550 zł na miesięczny fundusz płac dla 18 osób (!). Doprawdy, kwota ta nie jest w stanie wysokokwalifikowanemu personelowi zrekomensować pracy w trudnych oraz nieobojętnych dla zdrowia warunkach (duży stres, zjonizowane powietrze, działanie promieni RTG). A przecież pieniądze uzyskiwane za procedury wysokospecjalistyczne podlegają jeszcze stosownym obciążeniom fiskalnym (m.in. składki ZUS). Z całą pewnością problem ten będzie widoczny zarówno w dużych pracowniach referencyjnych, wykonujących najwięcej, najbardziej skomplikowanych procedur, jak i w małych pracowniach, zmuszonych zatrudniać na umowę zlecenie doświadczonych kardiologów inwazyjnych, dojeżdżających z dużych ośrodków i szkolących nową kadrę kardiologów. Warto przy tym pamiętać, iż cykl szkolenia samodzielnego kardiologa interwencyjnego wynosi ponad 3 lata.

Oczywiście omawiany problem byłby może i nieistotny, gdyby szpitale mogły prowadzić dochodową działalność z tytułu hospitalizacji (płatną przez regionalne kasy chorych). Niestety, tak nie jest. To właśnie wpływy z tytułu procedur wysokospecjalistycznych są dla znakomitej większości z nich najważniejszymi pozycjami w budżecie. Dlatego też jesteśmy głęboko przekonani, iż wprowadzenie w życie nowych zasad wykorzystania środków finansowych pozyskanych w ramach procedur wysokospecjalistycznych nie tylko nie zapewni utrzymania dotychczasowej liczby koronarografii oraz koronaroplastyk, ale z całą pewnością spowoduje ich zmniejszenie.

Zdając sobie sprawę z ww. zagrożeń, zwracamy się z apelem o zwiększenie kwoty przeznaczonej na wynagrodzenia do 20% ceny procedury. Naszym zdaniem pozwoli to na efektywne wykorzystanie posiadanych pracowni, zapewniając dalszy przyrost wykonywanych procedur kardiologii inwazyjnej, a w konsekwencji zwiększy dostępność pacjentów do nich, szczególnie w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia.

Z poważaniem
Dr hab. med. Robert Gil
Przewodniczący Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK

Do wiadomości:
Koordynator Departamentu Polityki Zdrowotnej,
Konsultant Krajowy ds. Kardiologii