

wych. Wyniki badania ACUTE II porównującego tirofiban z enoksaparyną lub klasyczną heparyną wykazały, że połączenie takie jest bezpieczne. Nie zmniejsza ono wprawdzie śmiertelności, ale dodanie enoksaparyny redukuje konieczność rewaskularyzacji ($p = 0,058$) i ponownej hospitalizacji z powodu nawrotu niestabilności wieńcowej ($p = 0,026$).

Integrilin (eptifibatid,-COR) jest kolejnym blokerem IIb/IIIa poddawany licznym próbom klinicznym. Ostatnio opublikowano wyniki badania ESPIRIT (Lancet 2000; 356: 2037–2044), w którym porównywano grupy pacjentów poddanych implantacji stentu z dodatkiem eptifibatatu lub placebo. Krótkoterminowa obserwacja (30 dni) wykazała istotną redukcję złożonego kryterium oceny końcowej (zgon, zawał serca, ponowna

rewaskularyzacja) w grupie otrzymującej bloker IIb/IIIa.

Na korzyść wspomnianego wyżej leku przemawiają także wyniki analizy podgrupy badania PURSUIT (JACC 2001; 37: 492–498). Dr Greenbaum i wsp. wykazali, że podanie eptifibatatu w niestabilnej chorobie wieńcowej zmniejsza konieczność przetransportowania pacjenta do ośrodka referencyjnego w celu wykonania koronarografii i rewaskularyzacji. Odnotowano także istotną redukcję śmiertelności i zawałów serca.

Podjmuje się różne próby, aby zmniejszyć odsetek restenozy po wieńcowych zabiegach interwencyjnych. Opublikowane wyniki badania POLONIA (JACC 2001; 37: 389–394) pokazały, że lokalne podanie enoksaparyny przez specjalny cewnik z następczą implantacją stentu

NIR zmniejsza istotnie odsetek restenozy w porównaniu z klasyczną implantacją stentu.

„Wielonaczyniowa choroba wieńcowa jest z pewnością wskazaniem do operacji pomostowania aortalno-wieńcowego” — taka opinia panowała do czasu upowszechnienia stentów wieńcowych. Potwierdzają to wyniki badania ERACI II. Argentyńscy badacze (JACC 2001; 31: 51–58) wykazali, że po 18 miesiącach od wykonania wielonaczyniowej implantacji stentów lub CABG więcej pacjentów przeżyło i nie miało zawału serca w grupie angioplastyki ($p < 0,01$). Niestety, grupa ta wymagała częstszych ponownych rewaskularyzacji.

Samodzielna Pracownia Hemodynamiki i Elektrofizjologii Układu Krążenia PAM, Szczecin

Mamy nadzieję, że wreszcie znaleźliśmy partnera do współpracy, który słucha, wymaga i... dotrzymuje słowa.

Znaleźliśmy partnera

Kontrakty na wykonywanie specjalistycznych zabiegów kardiologicznych w 2001 roku

Robert Gil, Artur Krzywkowski

Z całą pewnością rok 1999 zapamiętamy jako bardzo dobry dla naszej branży. Wykonywane przez nas zabiegi znalazły się na liście wysoko-specjalistycznych procedur medycznych, co zapewniało finansowanie niezależne od Regionalnych Kas Chorych. Nasi przedstawiciele uczestniczyli w pracach komisji ekspertów,

współpracując przy tworzeniu zasad zawierania umów z Ministerstwem Zdrowia. Negocjacje zakończyły się w rekordowo krótkim czasie, a wypracowane kwoty regularnie trafiały na konta poszczególnych szpitali. Ponadto, pod koniec roku w Ministerstwo Zdrowia zapłacono za procedury wykonane ponad plan (sic!).

Drugi rok reformy był znacznie trudniejszy. Po pierwsze, nie wykorzystano naszych doświadczeń w czasie negocjacji nowych umów, po drugie bardzo przedłużał się proces ich podpisywania, a po trzecie pierwsze pieniądze wpłynęły na konta szpitali dopiero pod koniec czerwca 2000 roku.

Łatwo wyobrazić sobie wpływ takiej sytuacji na wyniki ekonomiczne szpitali. Tylko dzięki naszemu wielkiemu zaangażowaniu udało się dotrzymać, a nawet przekroczyć przyznane przez Ministerstwo Zdrowia limity koronarografii oraz angioplastyk.

Przyznajemy, że należeliśmy do grona osób przekonanych, że taka sytuacja była tylko przysłowiowym „wypadkiem przy pracy”. Przecież stosunkowo szybko (na początku grudnia) ogłoszono warunki konkursu ofert oraz przygotowano sprawny zespół negocjacyjny, a „nieoficjalne głosy” z Ministerstwa Zdrowia informowały, że kontrakty na rok 2001 zostaną podpisane na czas.

Niestety rzeczywistość okazała się mniej optymistyczna. Ograniczony w stosunku do oczekiwanego budżet przy jednoczesnym wzroście liczby pracowni spowodował, że praktycznie wszystkim ośrodkom zaproponowano mniejszą niż w roku minionym liczbę procedur za tę samą cenę.

Dokładniejsza analiza ministerialnych propozycji dodatkowo skłaniała do wniosku, że wykonywanie „kompleksowych” angioplastyk, wymagających użycia dużej ilości sprzętu, może wręcz przynosić straty. Podobna sytuacja możliwa była w przypadku procedur wymagających użycia drogich urządzeń, takich jak np. Amplatzer. Aby uniknąć kryzysu finansowego, niezbędne jest zróżnicowanie cen poszczególnych zabiegów, uwzględniających użyty sprzęt. Dlatego w celu urealnienia kosztów wręcz niezbędny okazał się podział na „droższe i tańsze” procedury.

Konsultant Krajowy ds. Kardiologii w swoich propozycjach dla Ministerstwa Zdrowia opublikowanych w październiku 2000 roku częściowo uwzględnił sugestie przedstawicieli naszego środowiska, zabiegając o stworzenie dodatkowej puli pieniędzy na zakup kosztownych urządzeń, wykorzystywanych przede wszystkim w terapii wad serca (m.in. balon Inoue, Amplatzer).

W związku z zaistniałą sytuacją reprezentanci Zarządu Sekcji Kar-



fot. Artur Krzykowski

Konsultant Krajowy ds. Kardiologii w swoich propozycjach dla Ministerstwa Zdrowia uwzględnił sugestie przedstawicieli naszego środowiska

diologii Inwazyjnej nawiązali bezpośrednią współpracę z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. W wyniku rozmów Przewodniczącego Sekcji z Dyrektorem Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Jackiem Gralińskim w dniu 22 grudnia ubiegłego roku doszło do pierwszego spotkania naszych przedstawicieli — Grażyny Brzezińskiej-Rajszyś, Marka Dąbrowskiego i Roberta Gila z przedstawicielami strony ministerialnej: Jackiem Gralińskim oraz Tadeuszem Przyszlakiem — Głównym Specjalistą Departamentu Zdrowia Publicznego.

W czasie tego spotkania przedstawiciele Sekcji Kardiologii Inwazyjnej zaprezentowali strukturę organizacyjną i charakter działalności Sekcji, a ponadto aktualne możliwości oraz potrzeby ośrodków kardiologii inwazyjnej w Polsce. Zwrócili także uwagę na zbyt małą planowaną liczbę koronarografii (ok. 46 tys.) oraz angioplastyk wieńcowych (ok. 17 tys.) w 2001 roku, a także brak zrozumiałych zasad tworzenia nowych ośrodków kardiograficznych, co sprawia, że część ośrodków nie jest właściwie przygotowana do prowadzenia pełnej dia-

gnozy diagnostycznej oraz interwencyjnej.

Ważnym tematem również był sposób oceny wiarygodności ofert poszczególnych szpitali oraz braku kontroli jakości ich pracy.

Omówiono także problem innych niż angioplastyka wieńcowa procedur kardiologii interwencyjnej, zwanych procedurami typu B, w których koszt sprzętu jednorazowego kilkakrotnie przekracza kwotę przeznaczoną na klasyczną angioplastykę wieńcową. Przypominamy, że do tej grupy zabiegów zaliczono przezskórne zamykanie ubytków wewnątrzsercowych i dużych połączeń naczyniowych wymagających użycia materiału embolizacyjnego innego niż sprężynki wewnątrznaczyniowe, walwuloplastykę mitralną oraz implantacje stentów szyjnych zabezpieczone filtrem wewnątrznaczyniowym. Co roku w Polsce takim zabiegom powinno się poddać około 500 pacjentów. Niestety dostępność do tych wysokospecjalistycznych procedur jest znacznie ograniczona z powodów oszczędnościowych

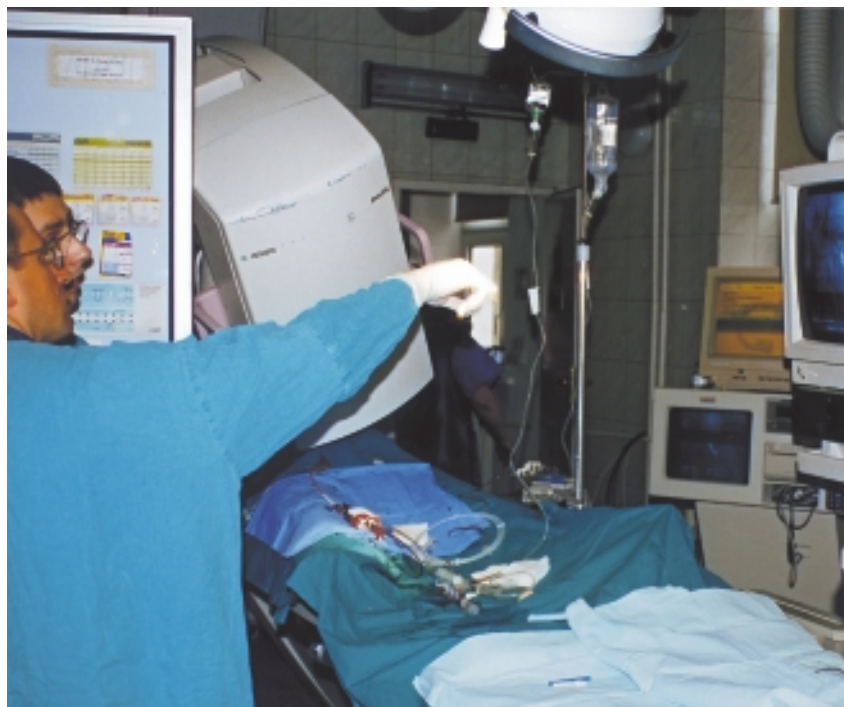
W końcowej części spotkania swój punkt widzenia zaprezentowali przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia.

Proponowana przez nich podczas pierwszych negocjacji liczba koronarografii oraz koronaroplastyk dotyczy tylko pierwszych 9 miesięcy bieżącego roku i zapewne zwiększy się podczas planowanej na wrzesień kolejnej tury negocjacji.

Podwyższenie cen zabiegów może jednak mieć miejsce jedynie w razie istotnego zwiększenia inflacji oraz dewaluacji złotówki, a bardziej zróżnicowany cennik na procedury interwencyjne (np. proste i złożone) zostanie zaproponowany dopiero w przyszłym roku, z chwilą przekazania finansowania koronarografii poszczególnym Kasom Chorych. Trzeba sobie uświadomić, iż powodem takiego stanowiska Ministerstwa Zdrowia jest wzrastająca dostępność tego badania (w tym coraz liczniejsze ośrodki).

Ku naszemu zadowoleniu dyrektor Jacek Graliński zwrócił się do Zarządu Sekcji z prośbą o zdefiniowanie procedur typu B, ich wycenę oraz przedstawienie listy ośrodków uprawnionych do ich wykonywania. Na podstawie tego materiału w drugiej połowie stycznia miały być przeprowadzone negocjacje z wybranymi ośrodkami.

Ministerstwo Zdrowia chciałoby już połowie roku stworzyć zespół oceniający jakość zakontraktowanych procedur. W jego składzie mają znaleźć się między innymi nasi eksperci. Dodatkowo uży-



fot. Artur Krzywkowski

Wykonanie „kompleksowych” angioplastyk wymagających dużych ilości sprzętu może przynieść straty

skaliśmy zapewnić, że nasze sugestie dotyczące zasad zawierania i rozliczania umów na wykonywanie koronarografii oraz koronaroplastyk zostaną uwzględnione w przyszłym roku.

Dyrektor Jacek Graliński wyraził zainteresowanie udziałem w Warsztatach Kardiologii Interwencyjnej w Szczecinie, które odbędą się w marcu, oraz współpracą z redakcją „Kardiologii Inwazyjnej”.

Konkluzją spotkania w Ministerstwie przebiegającego w bardzo przyjaznej atmosferze była propozycja wykorzystania Sekcji jako organu opiniodawczego przy tworzeniu warunków niezbędnych do uzyskania kontraktu na wyspecjalistyczne procedury kardiologiczne.

Wiele wskazuje na to, że nasze bezpośrednie kontakty z Ministerstwem Zdrowia będą regularne

ACS MULTI-LINK RX ULTRA™
CORONARY STENT SYSTEM

LARGER PROJECTS REQUIRE SPECIAL SCAFFOLDING...

NEW

**...NEW HIGH COVERAGE STENT SYSTEM
DESIGNED FOR SAPHENOUS VEIN GRAFTS**

GUIDANT

i pozwolą na bieżącą wymianę uwag i spostrzeżeń.

Pierwszym przejawem współpracy było włączenie doc. Grażyny Brzezińskiej-Rajszyś do zespołu przygotowującego umowy dotyczące grupy procedur typu B. Za jej sugestią udało się umieścić na liście wspomnianych zabiegów zamykanie ubytków wewnątrzsercowych i połączeń dużych naczyń oraz walwuloplastykę mitralną, a ich cena została skalkulowana na poziomie realnych kosztów. Ustalono także listę ośrodków uprawnionych do ich wykonywania. Mieliśmy przy tym powód do satysfakcji, bowiem Ministerstwo Zdrowia potraktowało nasze zabiegi jako al-

ternatywę zabiegów chirurgicznych, wychodząc z założenia, że zmniejszą one liczbę koniecznych zabiegów kardiochirurgicznych. Tylko takie podejście dawało możliwości zdobycia stosownych środków finansowych.

Kiedy wydawało się, że już możemy cieszyć się z sukcesu, życie zmieniło przygotowany scenariusz. Okazało się bowiem, że budżet przeznaczony na procedury wysokospecjalistyczne został zmniejszony i pojawił się problem pełnego ich sfinansowania.

Na szczęście pod koniec lutego okazało się, że pieniędzy na inwazyjne procedury kardiologiczne jednak wystarczy.

Mamy nadzieję, że w momencie kiedy będziecie czytać ten numer „Kardiologii Inwazyjnej”, ostateczne kontrakty będą już podpisane, pozwalając tym samym na prawidłowe funkcjonowanie Waszych ośrodków, a efekty dotychczasowej współpracy z zespołem dyrektora Jacka Gralińskiego dowiodą, że wreszcie znaleźliśmy partnera do współpracy, który słucha, wymaga i... dotrzymuje słowa.

P.S. Na zakończenie chcielibyśmy podkreślić wielki wkład, jaki doc. Grażyna Brzezińska-Rajszyś włożyła w rozwiązanie problemu finansowania procedur typu B. To jej zaangażowanie pozwoliło na ostateczne korzystne rozstrzygnięcia dla naszych pacjentów.

W ubiegłym roku odbyły się 23 lokalne przetargi na sprzęt i środki kontrastujące, których wartość przekroczyła 6,5 mln USD. Analiza dostępnych danych dotyczących tych przetargów dostarcza bardzo ciekawych informacji

My wybraliśmy — a pacjenci zyskają

Przetargi lokalne na sprzęt jednorazowy wykorzystywany w kardiologii inwazyjnej w roku 2000

Robert Gil, Artur Krzywkowski

W 2000 roku pierwsze lokalne przetargi odbyły się dopiero na początku czerwca i w ogromnej większości dotyczyły sprzętu niezbędnego również w pierwszym, a nawet drugim kwartale bieżącego roku. Zapewne dlatego we wstępnych kalkulacjach zakładano, że tylko około 40% wspomnia-

nej na wstępie kwoty miało zostać wykorzystane w roku 2000. Uwzględniając fakt, że nasze pracownie w pierwszej połowie zeszłego roku funkcjonowały dzięki zapasom sprzętu o wartości około 4 mln USD, zakupionego w czasie centralnego przetargu, łatwo zrozumieć, jakie sumy pieniędzy

są niezbędne do zapewnienia pełnego zaopatrzenia w sprzęt ośrodków kardiologii inwazyjnej. Niestety, nie są to małe kwoty — sięgają one obecnie 7 mln USD. I to z całą pewnością tłumaczy pojawianie się w Polsce nowych, do niedawna lekceważących nasz rynek firm.