

Na zakończonej w połowie listopada sesji *American Heart Association* ogłoszono wyniki kilku badań klinicznych. Do najważniejszych należy badanie TARGET, dotyczące porównania dwóch blokerów receptorów IIb/IIIa — abciximabu i tirofibanu u chorych poddawanych implantacji stentu. Mimo że badanie było sponzorowane przez firmę Merck, to omawiający je dr E. Topol wykazał wyższą skuteczność Reo-Pro. Polegała ona na istotnie niższym, stwierdzanym w 30-dniowej obserwacji elemencie oceny końcowej (zgon, zawał serca, konieczność pilnej rewaskularyzacji). Jednak analiza danych wykazała, że w grupie pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi przeważa Reo-Pro, natomiast u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową zauważalne jest lepsze rokowanie po podaniu Aggrastatu.

Mamy kolejny dowód na to, że pracownie hemodynamiki, które nie

mają zabezpieczenia kardiochirurgicznego, powinny leczyć pacjentów z ostrym zawałem serca. Przedstawiono wyniki badania C-PORT, przeprowadzonego w grupie 454 pacjentów, które wykazały, że wykonanie zabiegu pierwotnej angioplastyki jest korzystniejsze niż fibrynoliza w 6-tygodniowej obserwacji, a po pół roku po zawale serca nadal utrzymuje się korzystna tendencja. Dr T. Aversano zauważył, że 2/3 pacjentów z ostrym zawałem serca trafia właśnie do małych, regionalnych szpitali, które mają pracownię hemodynamiki, ale pozbawione są ośrodka kardiochirurgicznego. Zaznaczył jednak, że warunkiem koniecznym jest, aby taka pracownia wykonywała dużą ilość zabiegów i pracowała przez 24 godziny na dobę.

Leczenie osób z restenozą w stencie za pomocą promieniowania beta jest bezpieczne i efektywne — tak wy-

nika z badania INHIBIT, którego wyniki przedstawił dr R. Waksman. Pozytywne efekty tej metody to: obniżenie częstości nawrotu zwiężenia, poważnych incydentów sercowych oraz brak istotnego wzrostu częstości późnej zakrzepicy w stencie i efektu brzeżnego (*edge effect*).

Metaanaliza danych z wielu badań, porównujących tiklopidynę i klopidogrel, wykazała, że ten drugi lek jest skuteczniejszy, a częstość poważnych incydentów sercowych i śmiertelność w obserwacji 30-dniowej jest istotnie niższa po zastosowaniu klopidogrelu w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym w porównaniu z zestawieniem kwasu acetylosalicylowego z tiklopidyną.

Samodzielna Pracownia Hemodynamiki i Elektrofizjologii Układu Krążenia Instytutu Kardiologii PAM, Szczecin

Do niedawna wierzyliśmy, że zdobyte doświadczenie pozwoli na uniknięcie popełnionych już wcześniej błędów w czasie negocjacji dotyczących naszych kontraktów na 2001 rok, ale...

Czy mądry Polak po szkodzie? Co słyszeć w sprawie kontraktów na rok 2001?

Robert Gil, Artur Krzywkowski

Wszyscy pamiętamy dramatyczny i pełen niepewności początek roku, kiedy pracowaliśmy, obawiając się o los pacjentów i przyszłość naszej branży. Mieliśmy bowiem świadomość, że opieszałość ministerialnych urzędników może zniweczyć owoce naszej pracy i przyczynić się do znacznych kłopotów fi-

nansowych poszczególnych pracowni czy nawet szpitali. Baliśmy się, ale nie z naszej winy pierwsze kontrakty z Ministerstwem Zdrowia na wykonywanie koronarografii oraz koronaroplastyk w 2000 roku zostały podpisane dopiero pod koniec marca (choć negocjacje rozpoczęły się jeszcze w grudniu ubiegłego roku).

Grozę sytuacji potęgował fakt znacznych opóźnień w przekazywaniu pieniędzy za wykonane procedury na konta naszych szpitali.

Niestety dziś zauważamy realną możliwość powtórzenia tego koszmaru. Podobnie jak w roku ubiegłym, sprawą umów na wysokospecjalistyczne procedury kar-

diologiczne zajmuje się Krajowy Konsultant ds. Kardiologii, a nasze środowisko ciągle nie ma swojego przedstawiciela podczas rozmów z Ministerstwem Zdrowia. Jest to niepokojące — przecież dysponujemy pełną wiedzą o potrzebach i możliwościach naszej branży, a nasi reprezentanci dobrze się spisali podczas negocjacji w 1998 roku.

Wiemy, że profesor Zygmunt Sadowski jeszcze w październiku przedstawił swoje propozycje urzędnikom Ministerstwa Zdrowia, którzy do tej pory nie zajęli stanowiska w tej sprawie. Właściwie nie powinno to nas dziwić. Znamy bowiem problemy finansowe resortu, które jest tylko jednym z petentów do pieniędzy zarządzanych przez Ministerstwo Finansów. Po Warszawie krąży nawet plotka, że pierwotnie w założeniach budżetowych na rok 2001 przewidziano kwotę o 10% większą w porównaniu z rokiem bieżącym, ale... została ona obniżona o 30% (sic!).

Wbrew obawom chcemy być optymistami. Ciągłe wierzymy, że urzędnicy ministerstwa, zdając sobie sprawę z zapotrzebowania społecznego na naszą pracę, nie odważą się nagle ograniczyć pacjentom dostępności do procedur kardiologii interwencyjnej. Paradoksalnie, naszym sprzymierzeńcem może się okazać świadomość nadchodzących wyborów parlamentarnych. Powinna ona utrudniać podjęcie takiej „odważnej” decyzji.

Niestety, nie wszystkie szczegóły oferty Krajowego Konsultanta są nam znane. Wiemy, że przewiduje ona co najmniej 10-procentowy wzrost liczby zakontraktowanych procedur w stosunku do roku 2000 oraz zakłada podział zabiegów terapeutycznych na proste i złożone, a tym samym zróżnicowanie ich kosztów.

Cała sytuacja budzi jednak duży niepokój. Proponowany wzrost nakładów (przyjmując za realny ten nazwany powyżej pierwotnym) na nasze procedury nie zapewnia możliwości rozwoju kardiologii inwazyjnej. Przecież przewidywany wskaźnik inflacji wyniesie około 10%, wzrosła także liczba pracowni kar-



Bardzo czekamy na nasze spotkanie z Krajowym Konsultantem ds. Kardiologii podczas Warsztatów w Krakowie

fol. Artur Krzywkowski



Niestety, nie wszystkie szczegóły oferty prof. Z. Sadowskiego są nam znane

fol. Artur Krzywkowski

dioangiograficznych w Polsce. Na domiar złego, praktycznie we wszystkich pracowniach pozbyto się już zgromadzonych wcześniej zapasów sprzętowych i zrezygnowano z jego resterylizacji. W efekcie koszty naszych zabiegów już wzrosły lub wkrótce wzrosną w istotny sposób.

„Kompleksowa” angioplastyka, wymagająca użycia dużej ilości sprzętu, może nie tylko nie przynosić zysku, ale wręcz powodować straty. Aby ich uniknąć, niezbędne jest zróżnicowanie ceny takiego zabiegu w zależności od zakresu rewaskularyzacji. Dlatego w celu urealnienia kosztów wręcz niezbędny jest podział na „droższe i tańsze” procedury. Mamy nadzieję, że profesor Z. Sadowski będzie starał się przekonać Ministerstwo Zdrowia o konieczności podjęcia takiego kroku.

Cena zabiegu powinna jednak również uwzględnić prawdziwe koszty alternatywnych narzędzi rekanalizacyjnych (ROTA, DCA), inwazyjnych metod diagnostycznych (ICUS, ID, IP) oraz użytych blokerów płytkowych IIb/IIIa. Ale czy Ministerstwo Zdrowia o tym wie?

Dobrze, że Konsultant Krajowy w propozycji dla Ministerstwa Zdrowia przynajmniej w części uwzględnił sugestie przedstawicieli naszego środowiska. Niestety główny nacisk kładziony jest na stworzenie osobnej puli finansowej na zakup kosztownych urządzeń, wykorzystywanych przede wszystkim w wadach serca (m.in. balon Inoue, Amplatzer). Mimo wszystko traktujemy to jako mały krok we właściwym kierunku.

Pamiętamy jednak, że podjęte w roku ubiegłym próby przekonania przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia do różnicowania kosztów poszczególnych procedur zakończyły się niepowodzeniem. Pamiętamy też pełen niepewności początek

roku. Czy możemy zatem mieć nadzieję, że tym razem będzie lepiej? Przecież mądry Polak po szkodzie...

P.S. Przyznajemy, że bardzo czekamy na nasze spotkanie z Konsultantem Krajowym ds. Kardiologii podczas Warsztatów w Krakowie.

Wierzmy, że pozwoli ono na wypracowanie wspólnego stanowiska na czas najważniejszego etapu negocjacji.

Panie Profesorze, może podobnie jak w 1998 roku wspólnie stworzymy Zespół Ekspertów?

W poprzednim numerze naszego Biuletynu pisaliśmy już o wstępnych wynikach przetargów na „sprzęt zużywalny” w kolejnych ośrodkach zajmujących się kardiologią inwazyjną oraz o tym, że są wśród Nas tacy, którzy na bieżąco ciągle sprawdzają dotrzymywanie deklarowanych w ich trakcie warunków realizacji zamówień. Tym razem chcielibyśmy pokusić się o przedstawienie własnych spostrzeżeń

Słuszna droga Przetargi lokalne na „sprzęt zużywalny” dla potrzeb kardiologii inwazyjnej — październik 2000

Robert Gil, Artur Krzywkowski

Na podstawie dostępnych danych oraz własnych doświadczeń wiemy, że deklarowane w ofertach warunki są zazwyczaj przestrzegane i nie ma żadnego problemu z terminową realizacją zamówień. Prawdą jest też, że wreszcie możemy pracować w warunkach porównywalnych do tych, w jakich pracują nasi koledzy z Zachodu. Także dopiero teraz zdaliśmy sobie sprawę, ile czasu traciliśmy (do niedawna) na odzyskiwanie sprzętu, i o ile można skrócić czas zabiegu oraz poprawić komfort pracy.

Do 20 listopada br. powinniśmy poznać wyniki co najmniej 23 lokalnych przetargów. Wartość już rozstrzygniętych szacuje się na około 7 mln dolarów amerykańskich (USD). To dużo!

Pamiętamy przecież, że ostatni z ubiegłorocznych przetargów cen-



foto. Artur Krzywkowski

Wreszcie pojawia się długo oczekiwana „normalność“

tralnych, mających zabezpieczyć sprzęt zużywalny dla polskich pracowników kardiologicznych na

okres 4 miesięcy, opiewał na kwotę 4 mln USD. Pora więc na przeanalizowanie tych wyników.