

Iwona Kazimierska

Postęp technologiczny i organizacyjny w kardiologii



Jakie priorytety w swojej dziedzinie na 2023 r. wskazują eksperci kardiologii, dowiedzieliśmy się z panelu „Postęp technologiczny i organizacyjny w kardiologii” podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2023. Otrzymała się ona 25 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie.



 Fot. Patryk Rydzik

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewicz przedstawił założenia pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Oba te projekty mają spowodować zmiany organizacyjne w polskiej kardiologii.

Kardiolog powinien pełnić w systemie funkcję konsultanta

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, czyli kompleksowa strategia kardiologiczna, będzie obowiązywał do 2032 r. Przeznaczono na niego ponad 2,7 mld zł. Konsultant krajowy podkreślił, że to wyjątkowa sytuacja, kiedy aż tak duże pieniądze zostały przeznaczone na ten obszar medycyny. Program jest odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia i jego skutki w postaci wysokiej umieralności.

– Mam nadzieję, że dzięki niemu będziemy mogli zmienić rzeczywistość tak, jak wnioskowaliśmy od wielu lat. Mam na myśli organizację opieki, wprowadzanie nowych metod leczenia oraz szerokiej profilaktyki i prewencji, co jest niezbędne, żeby Polska przestała wreszcie być krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego i żeby śmiertelność z powodu chorób układu krążenia się obniżyła – powiedział prof. Tomasz Hryniewicz.

Częścią Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia jest projekt zmiany organizacji opieki kardiologicznej o nazwie Krajowa Sieć Kardiologiczna. Jej pilotaż rozpoczął się półtora roku temu na Mazowszu. Program ten objął osoby z niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym opornym i wtórnym, mającym nadkomorowe

i komorowe zaburzenia rytmu oraz przewodzenia, a także wady zastawki serca. Pod koniec 2022 r. do pilotażu dołączyło sześć kolejnych województw: dolnośląskie, małopolskie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie i łódzkie. Dotychczas do programu zakwalifikowało się ponad 3,6 tys. chorych. Rozszerzenie pilotażu na sześć województw oznacza łatwiejszy i szybszy dostęp do specjalisty oraz właściwej terapii dla kolejnych blisko 160 tys. osób do końca 2024 r.

– Chodzi o to, żeby chory z samego dołu systemu, czyli od lekarza POZ, szybciej trafił do specjalisty. Specjalista kardiolog powinien pełnić w systemie funkcję konsultanta. Do jego zadań będzie należało szybkie rozpoznanie i zaproponowanie najlepszego możliwego leczenia. Następnie chory musi wrócić pod stałą opiekę lekarza POZ, inaczej nie uda się skrócić kolejek do kardiologów. W pilotażu zapisane są też inne ważne zmiany, m.in. większe wykorzystanie ambulatoriów, szczególnie przyszpitalnych. Inne elementy programu to szerokie wykorzystanie telemedycyny oraz heart teamu, czyli konsylium, a także nielimitowane finansowanie bardzo nowoczesnych technologii, o które środowisko kardiologiczne od lat zabiegało, czyli przeciwstawnej implantacji zastawki aortalnej, plastyki zastawki mitralnej metodą od brzoju do brzoju czy ablacji i szerzej elektroterapii – wyjaśnił prof. Tomasz Hryniewicz.

Stymulatory bezelektrodowe i rejestratory arytmii

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu,



 Fot. Patryk Rydzik

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: *Gdybyśmy chcieli wypracować rozwiązania dobre dla całego systemu ochrony zdrowia, to warto zacząć od wprowadzania ich w kardiologii. Stawiam tezę, że wszystko, co w tym obszarze zostało pilnie i sprawnie wdrożone, sprawdzone i zwalidowane, stałoby się wzorem dla innych dziedzin medycyny*

podsumował stan realizacji „Dekalogu niezaspokojonych potrzeb polskiej kardiologii” ogłoszonego w maju ubiegłego roku podczas konferencji *Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy* zorganizowanej przez wydawnictwo Termedia.



 Fot. Patryk Rydzik

Maciej Miłkowski: *Jeśli chodzi o wyroby medyczne dla kardiologii, to wiele z nich jest już na zaawansowanym etapie procesu refundacyjnego. Teraz najważniejsze jest, żeby to wdrożyć, przekazać do finansowania, do nowej wyceny albo nowego świadczenia gwarantowanego*

– Byliśmy sceptyczni co do możliwości jego spełnienia, ale przygotowując się do tej sesji, uświadomiłem sobie, że co najmniej połowa punktów została zrealizowana. Problemy, które pozostały, to brak finansowania wielu nowoczesnych technologii niefarmakologicznych. Nowe techniki ułatwiają

wykonywanie wielu zabiegów albo wręcz umożliwiają zaproponowanie ich chorym, dla których dotąd nie mieliśmy bezpiecznej i skutecznej terapii. Jedną z takich technologii są stymulatory bezelektrodowe – powiedział prof. Przemysław Mitkowski.

– Priorytetem w 2023 r. powinny też być wszczepialne rejestratory arytmii. Służą one głównie do diagnostyki omdleń z niewyjaśnionej przyczyny, które teraz są diagnozowane na różne sposoby, bardzo kosztowne. Jeżeli spojrzymy na skalę tego problemu, to statystycznie co trzeci człowiek doznaje w życiu omdlenia. Jeżeli już raz się to zdarzyło, ryzyko kolejnych omdleń jest dramatycznie wysokie, bo rośnie 3–4-krotnie w porównaniu z populacją ogólną. Co najmniej 15 dużych randomizowanych badań klinicznych wykazało przydatność tej technologii w szybszym rozpoznaniu przyczyn omdleń, co pozwala na wdrożenie prawidłowego leczenia przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów – dodał prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak, kierownik Kliniki Kardiologii oraz Pracowni Elektrofizjologii Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

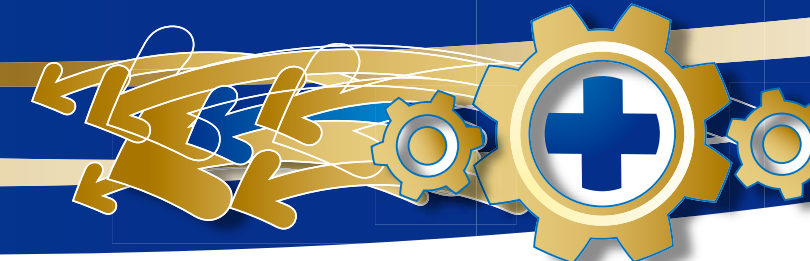
Ekspert przypomniał, że rejestratory arytmii znalazły swoje miejsce w większości zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology – ESC*) z ostatnich 5–7 lat – dotyczących stymulacji serca, leczenia częstoskurczów nadkomorowych, nagłego zgonu sercowego, arytmii komorowych, a nawet niewydolności serca. We wszystkich zostały wymienione jako element diagnostyki, w szczególności zaburzeń rytmu i omdleń.

Szybsze testowanie nowych technologii

Polska kardiologia interwencyjna, co podkreślił prezes elekt PTK prof. dr hab. n. med. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, nadal należy do czołówek europejskiej i nie tylko. – Bardzo dobrze dajemy sobie radę z leczeniem ostrych zespołów wieńcowych, ale jednocześnie mamy coraz większe kłopoty, ale jednocześnie mamy coraz większe kłopoty, ale jednocześnie mamy coraz większe kłopoty. Tu przydałaby się możliwość skorzystania z nowoczesnych urządzeń ablacyjnych, czyli aterektonii orbitalnej, angioplastyki laserowej i litotrypsji wewnątrzcieńcowej. To jest gama urządzeń dla nas niezbędnych. Jest jeszcze jedna grupa chorych, których niechętnie operują kardiochirurdzy – osoby z bardzo uszkodzonym sercem, u których zabieg



PRIORYTETY 2023 W OCHRONIE ZDROWIA



Fot. Paryk Bydzik



Fot. Paryk Bydzik



Fot. Paryk Bydzik



Fot. Archiwum



Fot. Paryk Bydzik



Fot. Paryk Bydzik



Fot. Paryk Bydzik



Fot. Paryk Bydzik

”

prof. Marek Grygier: *W 2022 r. wszczepiliśmy przecewninkowo o 40 proc. więcej zastawek aortalnych niż w 2021 r. (zabiegi TAVI), jednak to cały czas mniej niż połowa tego, co wykonują kraje sąsiednie, a do średniej europejskiej nadal wiele nam brakuje*

”

prof. Tomasz Hryniewiecki: *Specjalista kardiolog powinien pełnić w systemie funkcję konsultanta. Do jego zadań będzie należeć szybkie rozpoznanie i zaproponowanie najlepszego możliwego leczenia. Następnie chory musi wrócić pod stałą opiekę lekarza POZ, inaczej nie uda się skrócić kolejek do kardiologów*

”

prof. Jarosław Kaźmierczak: *Priorytetem w 2023 r. powinny też być wszczepialne rejestratory arytmii. Służą one głównie do diagnostyki omdleń z niewyjaśnionej przyczyny. Jeżeli spojrzymy na skalę tego problemu, to statystycznie co trzeci człowiek doznaje w życiu omdlenia*

”

prof. Piotr Ponikowski: *Priorytetem jest wprowadzenie sieci kardiologicznej, zwiększenie dostępności opieki specjalistycznej i likwidacja nierówności w dostępie do niej, zacieśnienie współpracy między lekarzami POZ a kardiologami oraz zwiększenie zainteresowania szeroko rozumianą prewencją*

”

prof. Przemysław Mitkowski: *Co najmniej połowa punktów „Dekalogu niezaspokojonych potrzeb polskiej kardiologii” została zrealizowana. Problemy, które pozostały, to brak finansowania wielu nowoczesnych technologii niefarmakologicznych*

”

Joanna Parkitna: *Jeśli chodzi o leki, to spodziewam się co najmniej kilku do zaopiniowania. Część świadczeń już została oceniona, niektóre wrócą do Wydziału Taryfikacji. Tak więc zapewne AOTMiT kardiologią będzie stała w najbliższym półroczu*

”

prof. Robert Gil: *Przydałaby się możliwość skorzystania z nowoczesnych urządzeń ablacyjnych, czyli atekatomii orbitalnej, angioplastyki laserowej i litotrypsji wewnątrzciężnicowej. To jest gama urządzeń dla nas niezbędnych*

”

Agnieszka Wotczenko: *Edukacja, prewencja, profilaktyka – to są najważniejsze sprawy dla pacjentów, którzy mają już swoje doświadczenia chorobowe. Dla nich teraz istotne jest, żeby uszereżować najbliższych przed takimi doświadczeniami*

kardiologiczny, a nawet przeszły, jest obciążony bardzo dużym ryzykiem. W tych przypadkach potrzebne są urządzenia wspomagające funkcję lewej komory. Na wniosek indywidualny możemy te zabiegi wykonywać, ale wcześniej i my, i pacjent, musimy przejść długą drogę, co utrudnia nagłą interwencję. Dostępność tych technik jako normalnej procedury byłaby na pewno bardzo pomocna – mówił prof. Robert Gil. Ekspert przypomniał, że na refundację innowacyjnych leków czeka się w Polsce średnio 2 lata. Na zatwierdzenie nowych technologii nielekowych znacznie dłużej. – Potrzebujemy możliwości szybszego przetestowania tych technologii i umożliwienia ich wykorzystania w leczeniu naszych chorych – podsumował prezes elekt PTK.

Choroby strukturalne serca – jesteśmy w ogniu Europy

Zdaniem przewodniczącego Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK dr. hab. n. med. Marka Grygiera, prof. UMP, z 1 Kliniki Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w zakresie leczenia chorób strukturalnych serca jesteśmy daleko w tyle za Europą. – Dlatego cieszy nas, że w ramach sieci kardiologicznej będzie nielimitowany dostęp do części procedur w tym zakresie. Wprawdzie w przecewninkowym leczeniu chorób strukturalnych serca rok do roku postęp

jest niebywały – w 2022 r. wszczepiliśmy przecewninkowo o 40 proc. więcej zastawek aortalnych niż w 2021 r. (zabiegi TAVI), jednak to cały czas mniej niż połowa tego, co wykonują kraje sąsiednie, a do średniej europejskiej nadal wiele nam brakuje. Jeżeli chodzi o przecewninkowe interwencje w zakresie zastawki mitralnej, jesteśmy na szarym końcu Europy. Z liczbą 290 zabiegów w ubiegłym roku byliśmy na dwudziestym którymś miejscu. Chcę podkreślić, że są to niezwykle skuteczne interwencje. Liczba chorych, którzy muszą być leczeni tymi metodami, żeby uratować jedno życie na przestrzeni roku, wynosi od 5 do 10. Nie ma wielu tak wysoce skutecznych interwencji w medycynie. Zależy nam też bardzo, żeby zabiegi przecewninkowe na zastawce trójdzielnej były finansowane ze środków publicznych, więc cieszymy się z pozytywnej opinii Rady Przejrzystości w tej kwestii. Liczymy, że te zabiegi będziemy mogli wykonywać w Polsce nie tylko w pojedynczych ośrodkach, ale zdecydowanie powszechnie, bo jest taka potrzeba medyczna – powiedział prof. Marek Grygier.

Potrzebna jest szeroko rozumiana prewencja

Kierownik Centrum Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Piotr Ponikowski spojrział na problemy kardiologii polskiej globalnie. – Liczba zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych w ostatnich 2–3 latach bardzo wyraźnie wzrosła, a prognozowano wydłużenie życia o 2–3 lata. To się nie potwierdziło. Żeby globalnie rozwiązać problem, potrzebujemy większej dostępności nowych – bo nie innowacyjnych – technologii o ustalonej, potwierdzonej badaniami klinicznymi skuteczności. W mojej ocenie priorytetem jest wprowadzenie sieci kardiologicznej, zwiększenie dostępności opieki specjalistycznej i likwidacja nierówności w dostępie do niej, zacieśnienie współpracy między lekarzami POZ a kardiologami. Konieczne jest też zwiększenie zainteresowania szeroko rozumianą prewencją chorób układu sercowo-naczyniowego, rozpoczynaną bardzo wcześnie, bo już u dzieci – ocenił ekspert.

Kardiologiczne centra kompetencji

Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia i dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łądzkiego dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka nie ma wątpliwości, że kardiologia jest jednym z najistotniejszych obszarów zdrowia publicznego, a determinacja w tym obszarze będzie mierzona ludzkim życiem i zdrowiem.

– Gdybyśmy chcieli wypracować rozwiązania dobre dla całego systemu ochrony zdrowia, to warto zacząć od wprowadzania ich w kardiologii. To ze względu na priorytet, jakim jest epidemiologia, ale również dlatego, że jest to najbardziej zróżnicowana w swojej strukturze dziedzina medycyny. Dziedzina, która angażuje zdrowie publiczne, a więc prewencję pierwotną, POZ, opiekę specjalistyczną i wszystkie szczeble opieki wysokospecjalistycznej. Stawiam też, że wszystko, co w tym obszarze zostało pilnie i sprawnie wdrożone, sprawdzone i zwalidowane, stałoby się wzorem dla innych dziedzin medycyny – oceniła ekspertka.

Zwróciła też uwagę, że paradoksalnie mamy dosyć dużo specjalistów w tej dziedzinie, więc jest szansa, by poprzez reorganizację efektywnie wykorzystać dostępne zasoby ludzkie. Jednym z kierunków doskonalenia jakości opieki, szczególnie wysokospecjalistycznej, są centra kompetencji, czyli ośrodki spełniające określony standard tak w kwestii zasobów oraz kompetencji, jak i procesów oferowanych pacjentom. Takie ośrodki będą zapewniały najpełniejszy model opieki, czyli kompleksową opiekę specjalistyczną.

– Pojawiła się koncepcja, żeby przy tworzeniu kardiologicznych centrów kompetencji wzorować się na pilotażu programu KOS-BAR. To jest system, w którym oferujemy

chorym pełniejszy model opieki, oparty na nowych schematach finansowania, na efektach i jakości, przy udziale tych, którzy czują gotowość, by do takiego modelu wejść. Myślę, że droga systemowa, którą kroczyliśmy w Polsce, czyli tworzenie pilotaży nowych, lepszych modeli opieki sprawdzanych w pewnej grupie podmiotów, jest właściwa – skomentowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Edukacja – kluczowy cel

Perspektywę pacjentów kardiologicznych zaprezentowała Agnieszka Wotczenko, prezes EcoSerce.

– W trakcie dyskusji z organizacjami pacjentkami z obszaru kardiologiczno-naczyniowego zastanawialiśmy się, co na ten rok dosyć dla nas priorytetem. W pierwszej kolejności padały słowa: edukacja, prewencja, profilaktyka – zarówno pierwotna, jak i wtórna. To są najważniejsze sprawy dla pacjentów, którzy mają już swoje doświadczenia chorobowe. Dla nich teraz istotne jest, żeby uszereżować najbliższych przed takimi doświadczeniami – zauważyła.

– Podpisuję się pod wszystkim, co powiedzieli dzisiaj eksperci. Omówili konieczne dla nas, pacjentów, zagadnienia, że będziemy mogli normalnie funkcjonować, dochodzić do zdrowia. Bardzo się cieszę, że Krajowa Sieć Kardiologiczna rozszerza obszar działania, że powstał Narodowy Program Chorób Układu Krążenia aż na 10 lat.

Ważne jest, żeby chory wiedział, gdzie się ma udać, jak wygląda ścieżka pacjenta. Dla nas najważniejsze jest, by w razie zawału trafić do najbliższego ośrodka, potem na rehabilitację, badania diagnostyczne. W tym kontekście postrzegamy system – podsumowała przedstawicielka środowiska pacjentów.

Stanowisko AOTMiT i Ministerstwa Zdrowia

Joanna Parkitna, dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), została zapytana o plany tej instytucji na 2023 r. w obszarze kardiologii. – Dla kardiologii, w przeciwieństwie do świadczeń lekowych w innych obszarach, charakterystyczne jest dążenie, by podchodzić kompleksowo. Spodziewam się, że przede wszystkim będziemy rozmawiać o kompleksowych pakietach świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i lecznictwie szpitalnym. O nowej ich formule, która pozwoli na kompleksową opiekę nad chorymi, czyli zapewni właściwą ścieżkę pacjenta, zarówno jeśli chodzi o diagnostykę, jak i leczenie, a także działania prewencyjne. Jeśli chodzi o leki, to spodziewam się co najmniej kilku do zaopiniowania. Część świadczeń już została oceniona, niektóre wrócą do Wydziału Taryfikacji. Tak więc zapewne AOTMiT kardiologią będzie

stała w najbliższym półroczu – oceniła Joanna Parkitna. Podkreśliła, że AOTMiT musi włożyć ogromny wysiłek, by ocenić świadczenie nielekowe. – W przeciwieństwie do leków nie mamy w tym przypadku portfolio, które składa producent danej technologii nielekowej czy też świadczenia. Bardzo często nie oceniamy tylko produktu, np. ceownika, ale zastanawiamy się nad możliwością włączenia go do pakietu świadczeń gwarantowanych. Wymaga to ogromnej wiedzy, zaangażowania rzeszy specjalistów, żeby to zrobić właściwie, ale też wkładu własnego, bo znaczną część oceny agencja musi wykonać sama. Czyli w części lekowej jesteśmy „agencją lekką” – przyjmujemy materiały analityczne, które przygotował producent, i tylko oceniamy, a to i tak trwa czasem kilkanaście tygodni. W przypadku świadczeń nielekowych my jesteśmy autorami wszystkich niezbędnych analiz. Przeczytanie i zrozumienie wielkiej liczby dokumentów, które przedstawiamy w procesie refundacyjnym świadczeń nielekowych, wymaga ogromnego skupienia analityków, jak również Rady Przejrzystości, zaangażowania w to prezesa agencji. To wszystko trwa. Czy jest jakieś rozwiązanie? Być może środowisko mogłoby trochę wesprzeć AOTMiT, dostarczając gotowych analiz farmakoekonomicznych. Ale czy jest to możliwe, to już kwestia dyskusyjna – wyjaśniła Joanna Parkitna.

Do postulatów zgłoszonych przez ekspertów odniósł się wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski – głównie w kwestii dostępu do technologii nielekowych, a więc wyrobów medycznych w formie świadczeń gwarantowanych, nielimitowanych. – W wyrobach medycznych jest o tyle lepsza sytuacja, że ich wdrożenie następuje natychmiast, ponieważ gdy producent coś nowego wytworzy, idzie do ekspertów i przekonuje, że to jest potrzebne. Świadczeniodawca może wtedy ogłosić postępowanie przetargowe, kupić w nim technologię i natychmiast zastosować w terapii. Nie jest potrzebna zgoda resortu zdrowia. W przypadku leków jest inaczej. Nie ma możliwości, żeby coś było refundowane, dopóki producent nie przekona, nie przedstawi analiz, że jego produkt jest skuteczniejszy i lepszy. Taką drogę pokonuje ok. 80 proc. wyrobów medycznych – zdecydowanie szybszą, lepszą i łatwiejszą – zauważył. Jednocześnie podkreślił, że nowych zleceń dla AOTMiT, jeśli chodzi o wyroby medyczne dla kardiologii, będzie niedużo. – Wiele z nich jest już na zaawansowanym etapie procesu refundacyjnego. Teraz najważniejsze jest, żeby to wdrożyć, przekazać do finansowania, do nowej wyceny albo nowego świadczenia gwarantowanego. Do września lub października wszystkie rzeczy, które już są zaczęte, powinny być wprowadzone do terapii – powiedział Maciej Miłkowski. ■