



Iwona Schymalla, 2018-05-21 09:29

Jakich zmian wymaga KOS-zawał?



O zmianach w programie skoordynowanej opieki specjalistycznej dla pacjentów po zawałe mówi prof. Adam Witkowski, prezes elekt PTK, współtwórca programu KOS-zawał.

Patrząc na współczesną kardiologię w Polsce, to problemem jest nie tylko sam zawał, ale opieka nad pacjentem po zawałe. Czy to był główny pretekst i intencja do powstania programu skoordynowanej opieki specjalistycznej dla pacjentów po zawałe?

Tak. To była główna przesłanka, dlatego że śmiertelność na skutek wprowadzenia powszechnie pierwotnej angioplastyki i gęstej sieci ośrodków kardiologii inwazyjnej i śmiertelność bezpośrednia po zawałe serca bardzo spadła. Lokuje nas to pod tym względem w czołówce ligi europejskiej i światowej. Natomiast chorzy ci nie mieli potem zapewnionej opieki kardiologa, rehabilitanta, nie mieli zapewnionego odpowiedniego leczenia, które korygowałoby czynniki ryzyka następnego zwału czy wręcz zgonu takich jak: kontrola ciśnienia tętniczego, obniżenie odpowiednie cholesterolu czy kontrola palenia tytoniu. W związku z tym umieralność w pierwszych latach po zawałe była rzeczywiście wysoka. Dlatego uznaliśmy, że należy stworzyć specjalny program skoordynowanej opieki chorych po zawałe serca po to, by zapewnić im ustalone na sztywno, w przeciągu przynajmniej pierwszego roku po zawałe, wizyty z kontrolą lekarską tych wszystkich czynników oraz dla tych chorych, którzy się do tego kwalifikują i chcą oczywiście mieć

odpowiedni program rehabilitacji.

Ten program miał swój pilotaż. Rozpoczął się on 1 października ubiegłego roku. Ile szpitali zdecydowało się w nim uczestniczyć? Ilu pacjentów z tego pilotażu skorzystało? Czy mamy takie dane?

Na razie mamy bardzo ogólne dane, dotyczące przede wszystkim liczby pacjentów, którzy z programu skorzystali. Wiemy, że do KOSu weszło około 40 szpitali. Natomiast, trzeba od razu powiedzieć, wyłączone zostały z tego szpitale czy oddziały spoza sieci. Teraz ma być to skorygowane o tyle, że mają być ogłoszone konkursy dla szpitali, które chciałyby wziąć udział w programie koordynowanej opieki nad pacjentem po zwale serca. Natomiast bardzo szacunkowo można ocenić, że póki co skorzystało z tego programu około dziesięciu procentów po przebytym i leczonym zawale serca.

To nie są chyba zadawalające wyniki? Z czego wynika niższe niż oczekiwane zaangażowanie szpitali w ten program?

Trzeba powiedzieć, że program ten był finansowo źle skonstruowany, również logistycznie m.in. dlatego, że duże szpitale uniwersyteckie i instytuty właściwie nie odnosiły innych korzyści finansowych, mimo zapowiedzi, że takowe będą. W związku z tym wystąpiliśmy do ministra zdrowia oraz NFZ o korektę rzeczy, które zostały źle napisane. Ukazało się ogłoszenie prezesa NFZ, które wzięło pod uwagę nasze uwagi. Myślmy więc, że kiedy zmiany wejdą w życie to tych chorych, którzy zostaną włączeni do programu koordynowanej opieki, będzie więcej. Chcielibyśmy, żeby przynajmniej połowa chorych została programem objęta. To już byłoby bardzo dużo. Bo kiedy mamy tylko 10 procent, to znaczy, że z około 80 tysięcy zawałów serca leczonych w Polsce tylko 8 tysięcy chorych zostało objętych programem. To są tylko szacunki, bo nie mamy jeszcze dokładnych informacji na ich temat z NFZ. Liczymy na poprawę, że 50 tysięcy chorych po pierwszym roku od wejścia nowego rozporządzenia prezesa NFZ będzie mogło z tego programu skorzystać.

Jakie są warunki dla szpitali przystąpienia do tego programu? Czy każdy szpital może do niego przystąpić?

Jak powiedziałem, wszystkie inne szpitale muszą stanąć do konkursu, ale przynajmniej otworzyła się tak możliwość przed nimi, której do tej pory nie było. Generalnie szpital musi zapewnić tym pacjentom wizyty ambulatoryjne u specjalisty kardiologa oraz rehabilitację u siebie w szpitalu czy w pobliskim ośrodku rehabilitacyjnym. Musi również zapewnić możliwość kontynuacji leczenia, gdyby okazało się, że chorym tym trzeba wszczepić stymulator serca czy kardiowerter albo zrobić następny etap angioplastyki.

Rozumiem, że skoro doszłoby do korekty programu to jest szansa na większe finansowanie, a w związku z tym na większy dostęp pacjentów do tej opieki?

Oczywiście, bo bez lepszego finansowania tego programu nie uda się go zrealizować. Jest dużo rzeczy czekających w kolejce do sfinansowania. Myślę tu o kolejnym programem koordynowanej opieki chorych z niewydolnością serca. Mamy nadzieję, że ruszy też program, jego finansowanie, ostrych udarów mózgu. Coś na wzór leczenia ostrych zawałów przy pomocy inwazyjnych metod. Oczywiście na to wszystko potrzebne są pieniądze.