

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Włodzimierzem J. Musiałem



prof. dr. hab. n. med.
Włodzimierz J. Musiał
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii dla
województwa podlaskiego
Kierownik Katedry i Kliniki
Kardiologii Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku

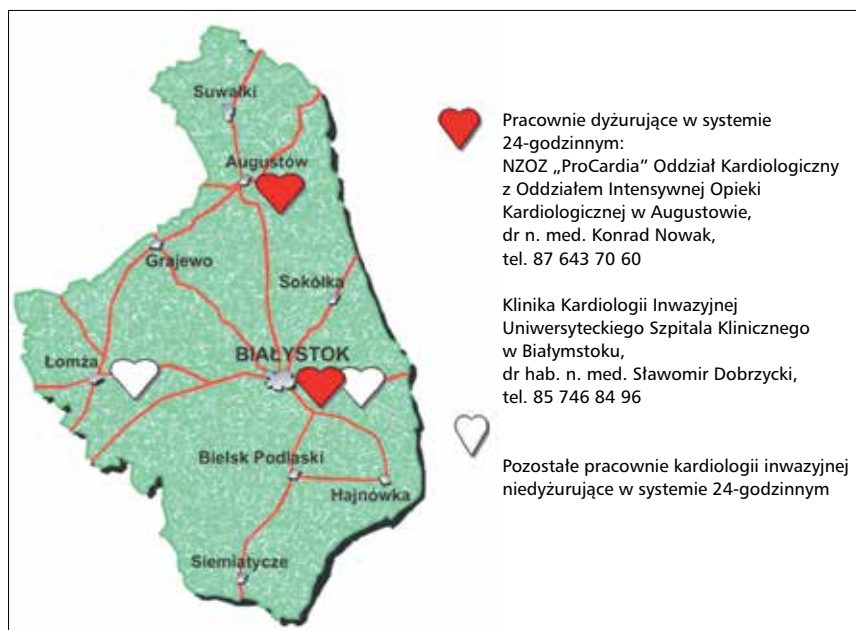
Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (9): 95-97

Krzysztof J. Filipiak (KJF): Szanowny Panie Profesorze, województwo podlaskie dość blado wypada w rankingu w zakresie koronarografii i angioplastyk wieńcowych (liczba procedur na milion mieszkańców) (tab. 1 i 2). Gonicie, gonicie, ale średnia ogólnopolska też rośnie...

Włodzimierz J. Musiał (WJM): Główny problem widzę w finansowaniu, bowiem kardiologia inwazyjna na Podlasiu rozwija się systematycznie bez specjalnych napięć. Od ubiegłego roku, kiedy także poruszaliśmy ten problem na łamach *Kardiologii po Dyplomie*, nie zaszły większe zmiany. Województwo podlaskie nigdy nie należało do liderów pod względem liczby procedur. Aktualnie zajmuje miejsce w końcu stawki – jest na 13 i 14 pozycji, co oczywiście nie satysfakcjonuje. Na terenie Podlasia w 2009 roku działały 3 ośrodki kardiologii inwazyjnej, w tym 2 w systemie 24-godzinny. W 2010 otwarta została kolejna placówka. Liczba koronarografii wzrosła w porównaniu z rokiem ubiegłym o prawie 18%, a angioplastyk o 9%. Uważam, że działające placówki pokrywają

aktualne potrzeby i, co zastanawia, czas oczekiwania na planowe badania lub zabiegi kardiologii inwazyjnej nie jest długi. W przypadku koronarografii wynosi 2-4 miesiące, angioplastyki do 2 miesięcy. Ostre stany są diagnozowane i leczone na bieżąco. Obawiam się, że w tym roku zabiegów nie przybędzie, ponieważ od początku 2010 roku działamy pod presją ograniczeń finansowych ze strony NFZ. Prasa pod koniec czerwca podała, że większość podlaskich szpitali wyczerpała już tegoroczny limit przeznaczony na leczenie. NFZ obiecał dodatkowe pieniądze, ale i tak będzie ich mniej, niż w tej chwili warte są nadwykonania. Generalnie niełatwo odrabiać zaległości, jeśli podstawowe kryterium wysokości kontraktu stanowi dla NFZ poziom wykonania umowy z roku poprzedniego, dopiero na drugim miejscu – zapotrzebowanie na dane usługi w regionie, a na kolejnym – możliwości finansowe. W tej sytuacji łatwiej utrzymać status quo, ponieważ województwa wykonujące dużo procedur będą otrzymywały jeszcze więcej środków, te z końca mogą liczyć na niewielkie dodatkowe pieniądze. Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w którym działa jedyny w województwie ośrodek kardiologiczny o najwyższym stopniu referencyjności, stwierdził w czerwcu bieżącego roku, że placówka przekroczyła limit kontraktowy o 3 mln zł. Nie otrzymała też blisko 9 mln zł za ubiegłoroczne leczenie. Podobnie jest w Łomży, która jako pierwsza wyczerpała pieniądze na ten rok. Pozostaje droga sądowa, na co zdecydowały się już niektóre placówki województwa, ale wygrać z monopolistą niełatwo i nieprędko.

KJF: Spójrzmy na załączoną przez Pana Profesora mapkę (ryc. 4). Czy jest jeszcze miejsce na nową placówkę kardiologii inwazyjnej na Podlasiu, czy też należy prote-



RYCINA 4

Mapka województwa podlaskiego z zaznaczonymi ośrodkami hemodynamicznymi wraz z imieniem i nazwiskiem kierownika ośrodka i telefonami kontaktowymi (przygotowanie – prof. dr. hab. n. med. Włodzimierz J. Musiał).

stować, jeśli pojawią się takie pomysły? Ile osób przypada obecnie średnio na jedną pracownię w województwie?

WJM: Jak już wspominałem, w roku 2010 otwarto kolejną pracownię hemodynamiki w Szpitalu Wojewódzkim w Białymstoku (pieniądze ze środków unijnych i budżetu województwa). Statystycznie na jedną pracownię przypada 300 000 mieszkańców, a więc w tym zakresie osiągnęliśmy optymalny wskaźnik. Nowa placówka w sensie strategicznym nie wpłynęła na poprawę dostępu do leczenia inwazyjnego chorych z zawałem serca. Po drugiej stronie ulicy działa bowiem w Szpitalu Uniwersyteckim w systemie 24-godzinny Klinika Kardiologii Inwazyjnej, której możliwości nie są w pełni wykorzystane. Myślę, że otwierając hemodynamikę w Szpitalu Wojewódzkim, władze liczyły na znaczącą poprawę sytuacji finansowej samej placówki, aktualnie mocno zadłużonej. Niestety nowa pracownia działa w ramach kontraktu z NFZ z końca 2009 roku i małe są szanse na jego zwiększenie. Na problemy z finansowaniem leczenia szpitalnego narzekałem już wcześniej. Według mnie z punktu widzenia potrzeb województwa brakuje placówki zabezpieczającej południową część Podlasia, zlokalizowanej np. w Bielsku Podlaskim czy Siemiatyczach. W miastach tych nie ma jednak szerszego zaplecza kardiologicznego, dlatego tworzenie kardiologii inwazyjnej wymaga działań od podstaw. Pozostałe placówki rozmieszczone są dość symetrycznie w całym regionie. O potrzebie ośrodka w południowej części województwa wspominałem w ubiegłorocznym wywiadzie, decyzja o jego stworzeniu leży jednak poza zasięgiem możliwości konsultanta.

KJF: A jak wygląda zabezpieczenie kardiologiczne Suwałk? Z tego co wiemy, to jedyne z dawnych 49 polskich miast wojewódzkich, które nie ma oddziału kardiologicznego. Jakie działania podjął Pan Profesor, zmierzając do zmiany tej sytuacji?

WJM: Można powiedzieć, parafrazując tytuł powieści E.M. Remarque'a, „W Suwałkach bez zmian”. W mieście liczącym 70 000 mieszkańców zamiast oddziału kardiologii działa oddział chorób wewnętrznych o profilu kardiologicznym. Niestety, w staraniach o reaktywację oddziału kardiologii w Suwałkach jestem jako konsultant osamotniony. W 2009 roku zwróciłem się listownie do dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach oraz władz lokalnych i wojewódzkich z propozycją spotkania i podjęcia konkretnych działań. Specjalnego zainteresowania nie było. Odpowiedź otrzymałem jedynie od prezydenta Suwałk. Wobec braku reakcji ze strony dyrekcji szpitala i aprobaty istniejącego stanu nie bardzo widzę sens podejmowania dalszych działań. Jako konsultant zadeklarowałem jedno miejsce szkoleniowe z kardiologii dla lekarza z Suwałk pracującego w przekształconej w oddział chorób wewnętrznych placówce i w sesji wiosennej 2010 jedna osoba rozpoczęła specjalizację. Proponowałem też dyrekcji zwrócenie się do Ministerstwa Zdrowia o dodatkowe poza limitem miejsce specjalizacyjne dla kolejnego lekarza, którego nie udało się uzyskać.

KJF: Liczba wszczepionych stymulatorów (tab. 5) i liczba ICD (tab. 4) na milion mieszkańców również sytuują województwo poniżej średniej ogólnopolskiej. Jakie są perspektywy na poprawę tej sytuacji?

WJM: Uważam, że w zakresie implantacji rozruszników serca potrzeby mieszkańców województwa są w pełni zaspokajane. Chorzy leczeni są na bieżąco, nie oczekują w kolejkach. Liczba wszczepionych stymulatorów utrzymuje się na stabilnym, podobnym jak w roku poprzednim, poziomie. W 2009 roku liczba implantowanych rozruszników serca odpowiadała średniej krajowej, dane podane w tabeli będą ponownie zweryfikowane i jeszcze raz liczone. W implantacji defibrylatorów sprawnie działają 2 ośrodki, liczba wszczepionych urządzeń wzrosła o 9%. Podlasie zajmuje 9 miejsce w kraju, w środku stawki. W roku bieżącym jedynym ograniczeniem mogą być finanse. Odbije się to przede wszystkim na liczbie wszczepianych ICD w ramach prewencji pierwotnej, a także na liczbie bardzo drogich defibrylatorów z funkcją resynchronizującą.

KJF: Prawdziwą piętą Achillesową województwa wydają się ablacje (tab. 3). Wykonaliście ich Państwo na Podlasiu najmniej w Polsce w 2009 roku – zaledwie 31, wszystkie w klinice kierowanej przez Pana Profesora, a więc średnio 26 ablacji na milion mieszkańców. To wynik wielokrotnie gorszy od średniej krajowej za ubiegły rok (166) oraz ponad 10-krotnie gorszy od liczby ablacji wykonywanych np. na Mazowszu, w Lubuskiem czy woj. zachodniopomorskim. Co się dzieje w tym względzie i jak można to poprawić?

WJM: Rzeczywiście w 2009 roku wykonaliśmy 31 ablacji. Stanowi to wzrost o 210% w porównaniu z rokiem poprzednim, ale daje ostatnie miejsce w kraju. Część pacjentów wymagających złożonych ablacji kierowana jest do innych ośrodków. Ten problem wyjaśniałem już w ubiegłorocznym wywiadzie. Kierowana przeze mnie klinika jest jedyną placówką wykonującą ablację w województwie. Mała liczba zabiegów wynika z tego, że posiadamy tylko jednego samodzielnego operatora. Nie korzystamy, jak niektóre ośrodki, z pomocy osób z innych szpitali. Na warunki finansowe kolegi, który zgodził się przyjeżdżać, by wykonywać zabiegi ablacji, nie wyraził zgody dyrektor szpitala. Myślę, że w tym roku własnymi siłami jesteśmy w stanie podwoić, a nawet potroić liczbę ablacji, czyli wykonać ich ok. 60-90. W ciągu pierwszych 6 miesięcy 2010 roku przeprowadzono już 25 zabiegów. Z drugiej strony problem ma wymiar finansowy. Jesteśmy limitowani wysokością kontraktu, który obejmuje wszystkie procedury z zakresu elektroterapii. Przy niezmiennym kontrakcie, zwiększając liczbę ablacji, musimy automatycznie ograniczyć liczbę innych procedur. Dysponując danymi ze spotkania konsultantów, zwróciłem się do dyrekcji szpitala o zwiększenie w drugim półroczu 2010 roku liczby punktów na te procedury. Zobaczymy, jakie stanowisko zajmie NFZ.

KJF: Jakie jeszcze problemy terapii kardiologicznej widzi Pan Profesor w swoim regionie?

WJM: O problemach kardiologii na Podlasiu rozmawialiśmy na łamach *Kardiologii po Dyplomie* przed rokiem. Niestety żaden z wymienionych wówczas przeze mnie problemów nie został rozwiązany. Nie chcę się powtarzać, lecz w województwie podlaskim niewłaściwie funkcjonu-

je rehabilitacja kardiologiczna, oraz – podobnie jak w całym kraju – ambulatoryjna opieka kardiologiczna, ma miejsce dekapitalizacja sprzętu, a do tego w roku 2010 nasiliły się trudności finansowe NFZ. Mimo wszystko pragnę zakończyć wywiad optymistycznie. Kardiologia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, w którym pracuję, ma ogromny potencjał, doskonale przygotowany i współpracujący zespół kardiologów, kardiologów inwa-

zyjnych, kardiochirurgów i kardioanestezjologów. Na trudności jesteśmy zahartowani. Systematycznie idziemy do przodu, podejmując nowe wyzwania, choćby operacje wszczepiania zastawek aortalnych drogą przezskórną, które rozpoczęliśmy w tym roku. A trudności? Któż ich nie ma. Są do pokonania.

KJF: Dziękujemy za ten optymistyczny przekaz i za udzielenie wywiadu.