



Szanowni Państwo!



Majowy długi weekend był dla kardiologii dużym zaskoczeniem. Oto Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) opublikowała propozycje nowych wycen części procedur z zakresu kardiologii (także innych dziedzin — ortopedii, okulistyki). Od grudnia 2015 roku AOTMiT współpracowała w tym zakresie z ekspertami zaproponowanymi przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK). Niestety, nagle w styczniu 2016 roku współpraca ta, z nieznanym powodem, ustała. I oto nagle w maju: nowe wyceny — ku zaskoczeniu także wcześniej powołanych ekspertów. Niepokój budzi drastyczne obniżenie wyceny (od 15% do 50%) w zasadzie wszystkich procedur kardiologii interwencyjnej i części z obszaru elektroteterapii. AOTMiT i Ministerstwo Zdrowia tłumaczą to obniżeniem, na przestrzeni ostatnich kilku lat, cen medycznego sprzętu jednorazowego (np. stentów, cewników, kardiowerterów). W tym momencie warto przytoczyć dane kilku instytucji zajmujących się ekonomiką ochrony zdrowia: Espicom, WHO, World Bank, LEK analysis. Pokazują one, że 75–80% kosztów to tzw. koszty operacyjne, 7–15% koszty leków, zaś 2–5% to koszty jednorazowych urządzeń medycznych, czyli np. stymulatorów, stentów, cewników, defibrylatorów. Koszty operacyjne to: utrzymanie jednostek ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie), płace personelu medycznego, koszty administracyjne i inne niezwiązane bezpośrednio z pacjentem, ale konieczne do działania systemu. Na przykład, płace stanowią około 30–40% budżetu szpitali. Zastanawia zatem nowa wycena, gdzie koszty sprzętu jednorazowego to 50–70% wartości procedury.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że zaproponowane w tej postaci taryfy spowodują głęboką zapaść leczenia kardiologicznego w Polsce, gdzie z wielkim trudem i przy względnie małych kosztach (w porównaniu z innymi krajami UE, w tym Czechami, Litwą, Estonią czy Słowacją, a nie tylko Niemcami czy Austrią) uzyskano europejski poziom leczenia.

W ostatnich latach coraz częściej stosuje się technologicznie nowe, skuteczniejsze urządzenia. Powoduje

to wzrost kosztu zabiegu, ale jednocześnie przekłada się na lepsze odległe wyniki i tym samym jest w perspektywie efektywne kosztowo. Są to: nowe generacje balonów uwalniających leki (DEB), stenty DES (metalowe, bioresorbowalne i samorozprężalne), cewniki i sprzęt do rotablacji wieńcowej, cewniki do OCT i wiele innych. Większość tych kosztów nie jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Przez ostatnie lata średnie koszty zabiegów kardiologii interwencyjnej na pewno nie zmniejszyły się, co stoi w sprzeczności z proponowanymi obniżkami wyceny świadczeń.

Nowe propozycje finansowania procedur z grupy E34 oraz E36, a więc zabiegów implantacji/reimplantacji kardiowerterów–defibrylatorów serca (ICD) i defibrylatorów resynchronizujących (CRT-D) mogą doprowadzić do istotnego zmniejszenia liczby pacjentów leczonych tymi metodami oraz pogorszenia ich jakości i czasu życia.

Aktualne wyceny świadczeń z zakresu elektroteterapii doprowadziły do uzyskania w Polsce w 2015 roku liczby zabiegów implantacji/reimplantacji ICD i CRT-D na średnim poziomie europejskim (tj. ICD — 221/mIn i CRT-D — 84/mIn mieszkańców). Leczenie takie stosuje się obecnie w Polsce w 122 szpitalach, co przekłada się na dobrą dostępność dla wszystkich pacjentów w kraju, niezależnie od miejsca zamieszkania. Należy jednak zauważyć, że największą liczbę zabiegów (zwłaszcza u chorych najbardziej obciążonych) wykonuje się w dużych szpitalach publicznych (CRT-D — 90%, ICD ponad 80%), gdzie właśnie z powodu zaawansowania choroby najczęściej implantowano bardziej zaawansowane technologicznie, nowocześniejsze urządzenia. Zatem obniżenie finansowania procedur najbardziej dotknie publiczne szpitale kliniczne, które już obecnie ponoszą największe koszty leczenia najtrudniejszych przypadków chorych.

Po zmniejszeniu wyceny świadczeń jedyną możliwością zbilansowania oddziałów będzie konieczność zakupu urządzeń najtańszych, o najniższych parametrach jakościowych. Zabraknie wtedy możliwości telemonitoringu, możliwości wykonania badania rezonansu magnetycznego (MRI), możliwości zastosowania — stających się obecnie standardem — elektrod wielobiegunowych i stymulacji wielo-

punktowej, najnowszych algorytmów chroniących przed nieadekwatnymi interwencjami. Wymienione elementy, które mogą się stać niedostępne, mają udowodniony w badaniach klinicznych pozytywny wpływ na jakość życia i przeżywalność.

Skutkiem odległym (może nawet nie tak dalekim) obniżenia taryf i tym samym trudności w bilansowaniu się szpitali będzie spadek zatrudnienia młodych lekarzy i odpływ wykwalifikowanych kard za granicę. Takich strat nie odrobi się szybko, tym bardziej, że Polska cierpi na niedostatek lekarzy (wskaźnik liczby lekarzy/10 tys. mieszkańców daleko odbiega od średniej europejskiej). To pesymistyczny scenariusz.

Nowe taryfy nie są jednak jeszcze zatwierdzone. Toczy się dyskusja. Należy być dobrej myśli, że zwycięży zdrowy rozsądek, rzetelne wyliczenie kosztów i modyfikacja katalogu świadczeń gwarantowanych, który jest w zasadzie niezmienny od 10–12 lat. W tym czasie medycyna poszła daleko do przodu. Mamy nowe zalecenia *European Society of Cardiology* (ESC), nowe technologie i leki, a katalog „stary”. Niektóre problemy rozwiązałyby referencyjność oddziałów kardiologicznych i związane z tym zróżnicowanie taryf.

Prof. Jarosław Kaźmierczak
Konsultant krajowy