



Koleżanki i Koledzy!

Chciałbym przedstawić opinię Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK) na temat projektu taryf świadczeń w odniesieniu do wybranych świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie kardiologii inwazyjnej oraz opieki kompleksowej nad pacjentem po zawale serca, opublikowanego na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 29.04.2016 roku.

Zaproponowane w projekcie drastyczne obniżenie taryf dla większości procedur kardiologii inwazyjnej, w tym leczenia interwencyjnego ostrej zespołów wieńcowych (OZW), odbiega w sposób rażący od rzeczywistych kosztów wykonania tych procedur raportowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, a ich wprowadzenie może, naszym zdaniem, zagrozić stabilności funkcjonowania wysokospecjalistycznej opieki kardiologicznej nad pacjentami ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i w krótkim czasie skutkować ponownym zwiększeniem śmiertelności z powodu chorób układu krążenia.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną około 50% zgonów w Polsce, przy czym co piąty obywatel naszego kraju umiera z powodu zawału serca. Zapadalność i chorobowość z powodu choroby wieńcowej w Polsce jest przy tym dwa razy większa niż w krajach Europy Zachodniej. W dalszym ciągu obserwuje się w naszym kraju nadumieralność młodych mężczyzn (< 65. rż.) z powodu zawału serca. W latach 2009–2012 częstość występowania zawału serca w Polsce oceniana była na 85–90 tysięcy pacjentów rocznie (224–235/100 000 mieszkańców). Przewiduje się, że w związku ze starzeniem się polskiego społeczeństwa liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca zwiększy się w ciągu najbliższych 5–10 lat o co najmniej 20%. W ostatnich latach obserwuje się także systematyczny wzrost liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz zaburzeń rytmu i przewodzenia. Wszystko to sprawia, iż jakość oraz dostępność do wysokospecjalistycznej opieki kardiologicznej będzie miała decydujący wpływ na średnią długość życia Polaków. Znalazło to odzwierciedlenie w opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia RP

dokumentem „Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Polski”, w którym jasno wskazano na rosnące zapotrzebowanie na wysokospecjalistyczne świadczenia szpitalne w zakresie kardiologii.

W ostatnich 15 latach, dzięki inicjatywie, zaangażowaniu i poświęceniu całego środowiska kardiologicznego, wsparciu Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz władz lokalnych rozwinięto w Polsce modelowy na skalę Europy i świata system leczenia zawału serca oparty na sieci ponad 150 ośrodków kardiologii inwazyjnej, pełniących całodobowe dyżury hemodynamiczne dla pacjentów z OZW. W efekcie znacząco wzrosła liczba ratujących życie procedur kardiologii inwazyjnej. W latach 2005–2009 odsetek chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) poddawanych diagnostyce i leczeniu inwazyjnym wzrósł z 55% do 84%, a pacjentów z zawałem serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) z 31% do 78% (opublikowane dane z Rejestrów PL-ACS oraz AMI-PL). Osiągnięto dzięki temu wymagane przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) wskaźniki dla leczenia zawału serca, określone w wytycznych postępowania oraz założeniach Programu „Stent dla Życia”.

Równoległe z rozwojem inwazyjnego leczenia OZW zmniejszyła się śmiertelność z powodu zawału serca w Polsce. U pacjentów z zawałem serca STEMI całkowita śmiertelność szpitalna uległa redukcji w ciągu 6 lat z 12% do 6%, a u pacjentów z zawałem serca typu NSTEMI z 6,4 do 3,8%. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że śmiertelność szpitalna w zawałe serca u chorych leczonych interwencyjnie jest obecnie 3-krotnie mniejsza niż w przypadku chorych leczonych zachowawczo. Dane te jednoznacznie potwierdzają słuszność obranego przed laty kierunku rozwoju polityki zdrowotnej, zakładającego upowszechnienie najbardziej skutecznych metod leczenia OZW dla wszystkich mieszkańców naszego kraju. Wraz z postępującym starzeniem się polskiego społeczeństwa duże znaczenie ma fakt, że największą korzyść z leczenia inwazyjnego OZW odnotowano u pacjentów w podeszłym wieku. Z drugiej strony, zachorowalność oraz śmiertelność z powodu OZW w grupie osób poniżej 65. roku życia pozostaje w Polsce na poziomie wyższym niż w innych krajach

Unii Europejskiej. W tym względzie dostępność do kompleksowej opieki kardiologicznej, w tym przede wszystkim nowoczesnego leczenia interwencyjnego, ma fundamentalne znaczenie z punktu widzenia polityki zdrowotnej, społecznej i gospodarczej, prowadząc do wydłużenia średniej życia Polaków, zwiększenia liczby pacjentów po zawale serca wracających do pełnej sprawności i aktywności zawodowej, a także ograniczenia wydatków na świadczenia rentowe oraz pokrycie kosztów opieki zdrowotnej związanej z inwalidztwem sercowym. Wszystkie te aspekty powinny być brane pod uwagę przy ocenie wskaźnika kosztów do efektywności leczenia.

Propozycja drastycznej redukcji taryf w zakresie kardiologii interwencyjnej wskazuje na istniejące przekonanie o zbyt wysokiej wycenie tych procedur w obecnym katalogu świadczeń NFZ. Tymczasem opublikowane dane z Raportu Konsorcjum EuroDRG, którego partnerem z ramienia Polski jest NFZ, wskazują, że stopień wyceny ratujących życie procedur kardiologii interwencyjnej w Polsce jest najniższy w porównaniu z innymi analizowanymi krajami europejskimi. Niska wycena świadczeń nie może być przy tym wytłumaczona w prosty sposób różnicami w PKB. Z analizy danych EuroDRG jasno wynika, że spośród krajów Europy Polska znajduje się na ostatnim miejscu pod względem poziomu finansowania leczenia ostrego zawału serca (zarówno STEMI, jak i NSTEMI). Dane te potwierdzają, że w naszym kraju średni koszt terapii wymienionych wyżej jednostek chorobowych wynosi 2395 EUR/pacjenta, przy całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia na poziomie 4% PKB. Dla porównania w Estonii, która przeznaczą 6,4% PKB na ochronę zdrowia koszt ten wynosi średnio 5752 EUR/pacjenta, natomiast w Austrii, przy nakładzie na ochronę zdrowia 11,2% PKB osiąga 12 559 EUR/pacjenta (Eur. Heart J. 2013; 34: 1972–1981); (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>). Kraje europejskie różnią się między sobą nie tylko wyceną JGP, ale także zakresem refundowanych przez JGP kosztów szpitalnych. W Niemczech, Francji, Austrii i Portugalii JGP pokrywają 80–96% kosztów szpitala, a w Polsce około 60%. Wśród usług, które nie są pokrywane przez JGP w Polsce znajdują się m.in. kosztochłonna intensywna terapia kardiologiczna, której udział w leczeniu pacjentów z OZW jest coraz większy ze względu na starzenie się społeczeństwa, oraz wprowadzane do praktyki klinicznej i rekomendowane przez wytyczne nowe, skuteczniejszych leki (np. tikagrelor, prasugrel) i technologie medyczne (np. czasowe mechaniczne wspomaganie krążenia, hipotermia terapeutyczna) (Eur. J. Public Health 2014; 24: 1023–1028). Heterogenna grupa, jaką stanowią pacjenci z OZW, wymaga zróżnicowanego postępowania w zależności od wieku, stopnia zaawansowania miażdżycy, obecności chorób współistniejących. Dlatego koszty leczenia poszczególnych pacjentów w obrębie jednej grupy

JGP mogą się znacznie różnić między sobą (np. 55-letni pacjent z dobrą frakcją wyrzutową lewej komory serca i jednonaczyniową chorobą wieńcową oraz 80-letni pacjent z niewydolnością serca, cukrzycą i złożonymi zmianami miażdżycowymi). Biorąc powyższe pod uwagę, metodyka liczenia taryf ma podstawowe znaczenie dla wiarygodności uzyskanych wyników. Tymczasem w projekcie zaproponowanym do konsultacji zewnętrznych brakuje publikacji raportu taryfikacyjnego, na podstawie którego podjęta została decyzja o proponowanej taryfie. Z raportu EuroDRG wynika jasno, że w Polsce finansowanie pacjentów wysokiego ryzyka jest szczególnie zaniżone. Na przykład, finansowanie leczenia pacjenta z zawałem i niewydolnością serca oraz powikłaniami krwotocznymi jest refundowane w stopniu 2-krotnie niższym niż w Holandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii (4721 v. 9260 v. 8362 v. 9622 Eur), 2,5-krotnie niższym niż w Estonii (4721 v. 10 606 Eur) oraz 4-krotnie niższym niż w Irlandii (4721 v. 17 894 Eur). W podobnym stopniu niedofinansowane są procedury u pacjentów z niepowikłanym zawałem serca.

Na całkowity koszt leczenia szpitalnego pacjenta z chorobami układu krążenia, w tym z zawałem serca, składa się bardzo wiele elementów. Wśród nich należy wymienić koszty sprzętu jednorazowego i leków, koszty zatrudnienia personelu (w tym administracyjnego), koszty utrzymania i amortyzacji środków trwałych (w tym angiografów czy ultrasonografów), koszty energii i usług, ale przede wszystkim koszty hospitalizacji na oddziale kardiologicznym i na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej. Lawinowy wzrost kosztów związanych z intensywną terapią kardiologiczną w ostatnich latach związany jest między innymi ze starzeniem się społeczeństwa, koniecznością stosowania nowoczesnej i kosztownej farmakoterapii oraz dodatkowo, z konieczności, spełnienia przez wszystkie ośrodki kardiologii inwazyjnej rozbudowanych i kosztochłonnych wymogów kadrowo-sprzętowych. W ostatnich latach zanotowano spadek cen niektórych produktów medycznych, przede wszystkim stentów wieńcowych stosowanych w trakcie przezskórnych interwencji wieńcowych (PCI). Na rynek medyczny wprowadzane są jednak nowe, skuteczniejsze generacje stentów oraz innych urządzeń stosowanych w trakcie zabiegów PCI, których zastosowanie generuje wprawdzie większe koszty, ale prowadzi do uzyskiwania lepszych bezpośrednich i odległych wyników zabiegów i jest rekomendowane przez wytyczne ESC i PTK. Muszą one być stosowane podczas planowych (E20, E23) oraz pilnych (E11-E14) zabiegów PCI, bez dodatkowego finansowania, podnosząc znacząco koszty materiałowe. Dotyczy to nowych generacji stentów DES metalowych, stentów DES bioresorbowalnych, stentów DES samorozprężalnych, balonów uwalniających leki (DEB), przewodników i mikrocewni-

ków stosowanych w trakcie zabiegów udrażniania przewlekłych okluzji tętnic wieńcowych, rotablacji wieńcowej, cewników do optycznej tomografii koherencyjnej (OCT), a w przypadku OZW także cewników do ultrasonografii wewnątrznaczyniowej (IVUS) oraz pomiaru cząstkowej rezerwy wieńcowej (FFR). Należy zaznaczyć, że wiele z tych używanych w zabiegach kardiologii interwencyjnej urządzeń, jak np. rotatory, mikrocewniki, przewodniki specjalnego zastosowania, cewniki do OCT czy stenty bioresorbowalne, w ogóle nie jest refundowanych przez NFZ, a ich udział w wykonywaniu zabiegów przezskórnej angioplastyki wieńcowej systematycznie wzrasta. Dlatego średnie koszty zabiegów kardiologii inwazyjnej nie uległy w ostatnim czasie zmniejszeniu, co obrazują liczne analizy kosztowe z wykonujących je szpitali. Istnieje ponadto konieczność dyskusji na temat wyodrębnienia dodatkowych grup JGP, które uwzględniałyby zastosowanie tych pozbawionych refundacji urządzeń.

W ostatnich miesiącach we współpracy z AOTMiT oraz Ministerstwem Zdrowia Grupa Ekspertów PTK opracowała od strony merytorycznej założenia projektu „Opieki skoordynowanej nad pacjentem po zawale serca”. Zakłada on objęcie optymalną, zgodną z aktualnymi wytycznymi, opieką medyczną pacjentów po zawale serca, z uwzględnieniem rehabilitacji kardiologicznej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, zapewnienia w odpowiednim czasie pełnej rewaskularyzacji serca oraz koniecznych zabiegów elektroterapii. Nadrzędnym celem programu jest obniżenie śmiertelności chorych w pierwszym roku po zawale serca, która wynosi obecnie 10%. Wdrożenie projektu będzie wymagało od ośrodków dużego wysiłku organizacyjnego oraz nakładów inwestycyjnych, między innymi na rozbudowę niewystarczającej obecnie sieci ośrodków rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej. Konieczne przy tym jest uruchomienie dodatkowych środków z budżetu państwa, ponieważ ten kompleksowy program pociągnie za sobą w oczywisty sposób wzrost kosztów leczenia i opieki. Tymczasem zaproponowane w projekcie AOTMiT taryfy dla różnych konfiguracji opieki skoordynowanej nad pacjentem po zawale serca są o kilkadziesiąt procent niższe w stosunku do aktualnej refundacji NFZ za wchodzące w ich skład

poszczególne procedury medyczne. W naszej opinii uniemożliwi to całkowicie wdrożenie programu do codziennej praktyki klinicznej.

Na zakończenie chciałbym poruszyć jeszcze jedną kwestię, rzadko uwzględnianą w dyskusjach, a niezwykle istotną dla naszego środowiska. Otóż przez wiele lat największe osobistości światowej kardiologii nie mogły zrozumieć jak to możliwe, żeby w kraju, w którym z początkiem XXI wieku tylko niespełna 200 lekarzy było wyszkolonych do wykonywania tak skomplikowanych i wysokospecjalistycznych procedur, jak pierwotna angioplastyka wieńcowa w zawale serca, udało się uruchomić spektakularny program 24-godzinnej dyżuru zawałowego obejmujący wszystkich mieszkańców Polski. Uzyskując przy tym od samego początku jego funkcjonowania bardzo dobre wyniki leczenia. W istocie, ta nieliczna grupa lekarzy przez kilka lat dyżurując po kilkanaście dni w miesiącu, często w ośrodkach znacznie oddalonych od miejsca swojego zamieszkania, zbudowała system, którego znacznie bogatsze kraje Europy i świata dzisiaj tak bardzo nam zazdroszczą. Zrobiła to kosztem wielu wyrzeczeń osobistych. Ponadto, ratując życie innych ludzi narażała się na utratę własnego zdrowia, wykonując pracę w warunkach szkodliwej ekspozycji na promieniowanie jonizujące. Nie zapominała przy tym o konieczności szkolenia młodych lekarzy, aby system nie tylko mógł przetrwać, ale rozwinąć się ku pożytkowi całego społeczeństwa. W niespełna 10 lat wyszkoliliśmy grupę blisko 500 samodzielnych operatorów kardiologii inwazyjnej i znacznie więcej kardiologów ogólnych, dedykowanych do pracy w warunkach oddziałów kardiologii inwazyjnej. Planowana zmiana wycen, która w istotny wpływ wpłynie negatywnie na warunki zatrudnienia i rozwoju młodych adeptów kardiologii i kardiologii interwencyjnej, spowoduje pogłębienie już trwającego kryzysu i zwiększenie emigracji wśród tej grupy lekarzy. Takiej straty raz poniesionej nie będzie łatwo odrobić...

W imieniu Zarządu AISN PTK,

dr hab. med. Jacek Legutko
prof. nadzw. UJ
Przewodniczący AISN PTK