

Konsekwencje ekonomiczne epidemii niewydolności serca

dr n. med. Maciej Niewada

Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa



Czy badania kosztów choroby są ważne i potrzebne? To pytanie może dziwić klinicystów, bo w końcu w dzisiejszym świecie wszystko „kręci się wokół pieniądza”. Z kolei lekarze praktycy, koncentrując się na efektach terapeutycznych, niejednokrotnie wpływają na koszty leczenia. Warto więc sprawdzić, czy wyobrażenie powstałe w praktyce klinicznej o możliwych następstwach, w tym także ekonomicznych, chorób jest zgodne z prawdą i obiektywnymi, poprawnymi rachunkami.

W ramach analiz ekonomicznych można pokusić się o rozróżnienie trzech ich rodzin. Najczęściej mamy do czynienia z analizami porównawczymi oceniającymi opłacalność stosowania nowej technologii medycznej względem obecnego postępowania. Celem tych analiz jest określenie kosztu uzyskania dodatkowego efektu terapeutycznego dzięki wykorzystaniu nowej i bardziej skutecznej metody terapeutycznej lub diagnostycznej. Oczywiście ta nowa metoda jest z reguły droższa, ponieważ gdyby była tańsza, to praktycznie nie ma sensu porównawcza analiza ekonomiczna. Drugą grupę stanowią tzw. analizy finansowe (wpływu na budżet płatnika), które koncentrują się na określeniu niezbędnych środków koniecznych do sfinansowania danej technologii i następstw ekonomicznych jej dostępności dla budżetu płatnika. W końcu, trzecią grupą są swoiste analizy opisowe poświęcone bardziej dokładnej analizie ekonomicznej wszystkich możliwych skutków występowania choroby oraz jej leczenia, zarówno dla płatnika publicznego, jak i wszystkich innych podmiotów, w tym także chorego. Takie analizy są określane badaniami kosztów choroby (*cost of illness, burden of disease*) i przynoszą bardzo ważne informacje o wielkości obciążenia ekonomicznego spowodowanego daną chorobą i jej terapią, ale także o strukturze kosztów. Informacja o tym, co w głównej mierze stanowi następstwa ekonomiczne danego schorzenia, umożliwia skoncentrowanie się na metodach terapii, które mogą przynieść oszczędności w obszarze najbardziej kosztownych aspektów danej choroby. Dotychczas w Polsce określono koszty różnych schorzeń, w tym także przewlekłych, a w zakresie kardiologii dotyczyło to takich jednostek chorobowych, jak nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca lub udar.

Praca Czecha i wsp. [1] uzupełnia obraz kosztów chorób kardiologicznych w Polsce o niewydolność serca. Bardzo ważną jednostkę, ponieważ postępy leczenia kardiologicznego, szczególnie ostrych zespołów wieńcowych i choroby niedokrwiennej serca, sprzyjają zwiększaniu się liczby chorych z przewlekłą niewydolnością serca. Inny ważny powód to polskie obserwacje wskazujące na niewydolność serca jako główną przyczynę hospitalizacji. W raporcie Narodowego Funduszu Zdrowia z 2010 r. odnotowano, że zastoinowa niewydolność serca jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji osób w wieku > 65 lat [2]. Według oficjalnych statystyk JGP (Jednorod-

nych Grup Pacjentów) NFZ nawet ok. 180 tys. hospitalizacji rocznie może się bezpośrednio wiązać z tym częstym schorzeniem kardiologicznym. Również wg szacunków OECD Polska należy do krajów o największym wskaźniku hospitalizacji z powodu niewydolności serca na 100 tys. mieszkańców [3]. Powyższe liczby mogą być po części aberracją wynikającą z systemu rozliczeń szpitali z NFZ, ale jednak w pełni uzasadniają potrzebę pogłębionej analizy, takiej jak ta przeprowadzona przez Czecha i wsp. [1], a opublikowana w niniejszym numerze „Kardiologii Polskiej”. Jak ważne jest to schorzenie z epidemiologicznego i ekonomicznego punktu widzenia również w innych krajach, dowodzą szczegółowe analizy brytyjskie i amerykańskie cytowane w tekście pracy. Stamtąd, obok Skandynawii i Francji, pochodzą najbardziej szczegółowe, wyczerpujące i aktualne opracowania przygotowywane głównie przez płatnika publicznego lub prywatnego zainteresowanego racjonalizacją wydatków. Teraz Polska dołączy do krajów posiadających takie badania.

Chyba najważniejszą merytoryczną zaletą badania Czecha i wsp. [1] jest reprezentatywny charakter badanej populacji i to zarówno uczestniczących lekarzy, jak i chorych. Oczywiście słabością jest z kolei odmienny czas pomiaru zużycia zasobów i wyceny kosztów jednostkowych, który to problem Autorzy rozwiązują, stosując odpowiednie narzędzia ekonomiczne. Ważnym wnioskiem pracy jest wskazanie na koszty hospitalizacji jako głównego składnika kosztów. Powoduje to potrzebę precyzyjnej wyceny kosztów hospitalizacji pod kątem kontraktowania usług medycznych z tego zakresu z NFZ. Nawet niewielkie niedoszacowania w tym wymiarze mogą przyczynić się do istotnych strat, których świadomość ponoszenia jest teraz dość powszechna wśród kadry zarządzającej szpitalami. Z pewnością poprawa skuteczności leczenia poprzez pełną implementację nowych wytycznych terapii niewydolności serca może przyczynić się do polepszenia efektywności terapii, co powinno się przełożyć na spadek częstości hospitalizacji i wymierne oszczędności ekonomiczne.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Czech M, Opolski G, Zdrojewski T et al. The costs of heart failure in Poland from the public payer's perspective. Polish programme assessing diagnostic procedures, treatment and costs in patients with heart failure in randomly selected outpatient clinics and hospitals at different levels of care: POLKARD. *Kardiol Pol*, 2013; 71: 224–232.
2. Horanin Bawor A, Dzielak D, Czach K et al. Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2009 r. Centrala NFZ Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa, listopad 2010. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=8&dzialnr=2&artnr=4378>; dostęp: 2013-02-11.
3. Health at a Glance 2009. OECD INDICATORS. OECD 2009. <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/44117530.pdf>; dostęp: 2013-02-11.