

**Asocjacja Interwencji
Sercowo-Naczyniowych
Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego**

Kraków, 6.05.2016 r.



Zarząd AISN PTK:

Przewodniczący:

Prof. UJ, dr hab. med. Jacek Legutko

Przewodniczący-Elekt:

Prof. dr hab. med. Wojciech Wojakowski

Przewodniczący-Ustępujący:

Prof. dr hab. med. Andrzej Ochała

Sekretarz:

Dr hab. med. Stanisław Bartuś

Skarbnik:

Prof. dr hab. med. Zbigniew Chmielak

Członkowie Zarządu:

Prof. dr hab. med. Sławomir Dobrzycki

Dr hab. med. Marek Grygier

Prof. dr hab. med. Tomasz Moszura

Dr med. Radosław Parma

Dr hab. med. Tomasz Pawłowski

Siedziba AISN PTK:

ul. Stawki 3 A lok. 1-2

00-193 Warszawa

Biuro Zarządu AISN PTK:

ul. Armii Krajowej 19

30-150 Kraków

Tel: +48 12 639 58 25

Fax: +48 12 639 58 14

Biuro Przewodniczącego AISN PTK:

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

II Klinika Kardiologii

ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków

www: www.aisn.pl

e-mail: biuroAISN@ptkardio.pl

Szanowny Pan

Dr n. med. Wojciech J. Matuszewicz

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

ul. I. Krasickiego 26; 02-611 Warszawa

Szanowny Panie Prezesie,

Działając w imieniu oraz z upoważnienia Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego przesyłam opinię na temat projektu taryfy świadczeń w odniesieniu do wybranych świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie kardiologii inwazyjnej oraz opieki kompleksowej nad pacjentem po zawałe 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 ostrych zespołów wieńcowych, 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 roku życia) 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 dokumencie „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 oraz władz lokalnych rozwinęto w Polsce modelowy na skalę Europy i Świata system leczenia zawału serca oparty o sieć ponad 150 ośrodków kardiologii inwazyjnej pełniących całodobowe dyżury hemodynamiczne dla pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi. 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 inwazyjnemu 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 i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne wskaźniki dla leczenia zawału serca, określone w wytycznych postępowania oraz założeniach Programu „Stent dla Życia”.**

Równoległe z rozwojem inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych, 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 zawale serca dla chorych leczonych interwencyjnie jest obecnie 3-krotnie mniejsza niż dla chorych leczonych zachowawczo.** Dane te jednoznacznie potwierdzają słuszność obranego przed laty kierunku rozwoju polityki zdrowotnej, zakładającego upowszechnienie najbardziej skutecznych metod leczenia ostrych zespołów wieńcowych dla wszystkich mieszkańców naszego kraju. Wraz z postępującym starzeniem się polskiego społeczeństwa duże znaczenie ma fakt, że największą korzyść z leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych odnotowano u pacjentów w podeszłym wieku. Z drugiej strony, zachorowalność oraz śmiertelność z powodu ostrych zespołów wieńcowych w grupie osób <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 Narodowego Funduszu Zdrowia. 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 do innych analizowanych krajów europejskich.** 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 ww. jednostek chorobowych wynosi 2395 EUR/pacjenta przy całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia na poziomie 4% PKB. Dla porównania w Estonii, która przeznaczona 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 12559 EUR/pacjenta. [European Heart Journal (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, skuteczniejsze leki (np. tikagrelor, prasugrel) i technologie medyczne (np. czasowe mechaniczne wspomaganie krążenia, hipotermia terapeutyczna) (European Journal of Public Health 2014 24;6:1023-1028). Heterogenna grupa, jaką stanowią pacjenci z ostrym zespołem wieńcowym, 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 zaproponowanym do konsultacji zewnętrznych projekcie brakuje publikacji raportu taryfikacyjnego w oparciu o który 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 vs. 9260 vs. 8362 vs. 9622 Eur), 2,5-krotnie niższym niż w Estonii (4721 vs. 10606 Eur) oraz 4-krotnie niższym niż w Irlandii (4721 vs. 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 w oddziale kardiologicznym i w 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 Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Muszą one być stosowane podczas planowych (E20, E23) oraz pilnych (E11-E14) zabiegów PCI bez dodatkowego finansowania ponosząc znacząco koszty materiałowe. Dotyczy to nowych generacji stentów DES metalowych, stentów DES bioresorbowalnych, stentów DES samorozprężalnych, balonów uwalniających leki (DEB), przewodników i mikrocewników stosowanych w trakcie zabiegów udrażniania przewlekłej okluzji tętnic wieńcowych, rotablacji wieńcowej, cewników do optycznej tomografii koherencyjnej (OCT) a w przypadku ostrych zespołów wieńcowych 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. rotablatory, mikrocewniki, przewodniki specjalnego zastosowania, cewniki do OCT czy stenty bioresorbowalne w ogóle nie są refundowane 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 uwzględniłyby zastosowanie tych pozbawionych refundacji urządzeń.**

W ostatnich miesiącach we współpracy z AOTMiT oraz Ministerstwem Zdrowia Grupa Ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 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 wymagało będzie 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 zapomniała 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.**

Biorąc wszystkie powyższe fakty pod uwagę zwracam się do Pana Prezesa z gorącym apelem o ponowną weryfikację zaproponowanych taryf obecnie obowiązujących procedur kardiologii inwazyjnej oraz dla planowanej opieki skoordynowanej nad pacjentem po zawale serca, bowiem uważamy, że proponowane ograniczenie budżetu dla kardiologii w Polsce przyniesie katastrofalne skutki dla całego społeczeństwa. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego powołał na wniosek AOTMiT w grudniu 2015 roku Grupę ekspertów dedykowanych do współpracy z MZ i AOTMiT przy weryfikacji katalogu procedur JGP dla kardiologii inwazyjnej oraz dokonania rzetelnej i uczciwej wyceny tych procedur. Pomimo, że w styczniu 2016 roku zrezygnowaliście Państwo ze współpracy z nami w dalszym ciągu jesteśmy gotowi na jej natychmiastowe ponowne podjęcie. Zarówno Zarząd Główny PTK, jak i Zarząd AISN PTK dały wielokrotnie dowody na to, iż pozostają otwarte i gotowe na podjęcie wszelkich form współpracy, zmierzających do optymalizacji systemu opieki kardiologicznej w naszym kraju.

Z wyrazami szacunku,



Dr hab. med. Jacek Legutko, prof. nadzw. UJ
Przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

W Załączeniu przesyłam listy jakie napłynęły do Biura Zarządu AISN PTK w sprawie opublikowanego projektu taryfy świadczeń w odniesieniu do wybranych świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenia szpitalne 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.