**Opinia Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych**

**Nowe wyceny procedur kardiologii interwencyjnej: czy są prawidłowe i jakie niosą konsekwencje?**

**1. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce i konsekwencje demograficzne.**

Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są niewystarczające, dodatkowo są jedne z najniższych spośród krajów UE i OECD. Dotyczy to zarówno wartości bezwzględnych: ok. 3,5 tys. USD na osobę to średni wydatek w krajach OECD podczas gdy w Polsce to zaledwie ok. 1,5 tys. USD (wartości skorygowane siłą nabywczą pieniądza), jak i procentowego wydatku z wartości PKB: łączne wydatki na zdrowie w Polsce to ok. 6,4% PKB, podczas gdy średnia w krajach OECD wynosi ok. 9,8% PKB. Szczególna uwagę zwraca niski nakład środków publicznych na ochronę zdrowia w naszym kraju – tylko ok. 4% oraz prawie całkowity brak wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Z uwagi na ten skromny budżet pojawia się pytanie na co wydać dostępne środki, aby uzyskać optymalny efekt dla całej gospodarki przy jednoczesnym zachowaniu kosztefektywności polskiej medycyny. Sprawy nie ułatwiają rozliczne interesy różnych grup medycznych, m.in. dostawców sprzętu czy producentów leków, którzy chcą w mniejszym lub większym stopniu zabezpieczyć swoje interesy. Do głosu dochodzą więc nie przesłanki merytoryczne (ratujący życie i zdrowie charakter procedur), demograficzne czy socjoekonomiczne, ale te o zupełnie innym charakterze.

Niewystarczające środki na ochronę zdrowia, powodują istotnie krótsze średnie przeżycie w Polsce w porównaniu z innymi krajami UE i OECD, szczególnie u mężczyzn (mężczyźni żyją o około 4 lata krócej w stosunku do średniego przeżycia w krajach OECD, kobiety o ok. 2 lata).

Porównując spodziewany okres przeżycia do nakładów na ochronę zdrowia w krajach OECD, można stwierdzić, ze długość życia w Polsce jest adekwatna do nakładów na ochronę zdrowia, co świadczy o optymalnym wykorzystaniu tych środków i o tym, że dalsze wydłużenie życia będzie możliwe tylko poprzez zwiększenie nakładów.

**2. Choroby układu krążenia: główna przyczyna zgonu w Polsce.**

Choroby układu krążenia są główna przyczyną zgonów w Polsce, zarówno wśród kobiet (50%), jak i mężczyzn (46%). Mamy jeden z największych wskaźników zapadalności na zawał serca, udar mózgu, chorobę niedokrwienną kończyn dolnych
i jeden z najwyższych w Europie wskaźników amputacji kończyn. Jest to spowodowane dużą zapadalnością na choroby układu krążenia i miażdżycę, wynikającą z niekorzystnej konstelacji tradycyjnych czynników ryzyka (nadciśnienie, cukrzyca i nadwaga), powiązaną z uwarunkowaniami środowiskowymi – dużym zanieczyszczeniem i zapyleniem powietrza. Ten ostatni czynnik ryzyka, którego znaczenie poznano całkiem niedawno (publikacje na ten temat ukazały się w okresie ostatnich 15 lat) jest groźną przyczyną występowania przyspieszonej miażdżycy, zawału serca i udarów u osób w wieku produkcyjnym. Źródłem zanieczyszczenia jest niska emisja z palenisk domowych i rur wydechowych starych samochodów. Stanowisko American Heart Association z 2010 roku jednoznacznie pokazuje patogenezę i skutki zdrowotne narażenia na drobny pył zawieszony (cząsteczki PM10, PM2,5, PM 1), a raport WHO z 2015 roku ocenił, że 7 mln ludzi na świecie umiera z powodu zanieczyszczenia powietrza, w tym 70% z powodu choroby wieńcowej i udaru mózgu. Szacuje się, że w Polsce umiera z tego powodu około 48 tys. ludzi rocznie, a koszt dla społeczeństwa i gospodarki kraju to ponad 100 mld USD rocznie. Na pięćdziesiąt najbardziej zanieczyszczonych miast w UE, 33 jest zlokalizowanych w Polsce.

**3. Wydatki na kardiologię: za dużo czy za mało?**

W większości krajów OECD szpitalny budżet kardiologii to około 15-23% wszystkich wydatków na szpitalnictwo. W Polsce to tylko 10% (3 mld zł rocznie). Dla porównania, wydatki na onkologię to 6,5 mld zł na procedury szpitalne i dodatkowe wydatki na programy lekowe (ok. 2 mld zł), co jest proporcjonalnie znacznie powyżej tego typu kosztów w innych krajach OECD (zwykle wydatki na onkologię nie przekraczają 8-12% kosztów na leczenie szpitalne).

Jaka jest efektywność tych wydatków? Śmiertelność spowodowana chorobą wieńcową i zawałem serca w skali całego kraju zmniejsza się stale od 2000 roku (w przypadku choroby wieńcowej spadek z 14,5 do 10,6 zgonów na 10 tys. mieszkańców między rokiem 2000 i 2013), podczas gdy śmiertelność z powodu chorób nowotworowych stale wzrasta pomimo nieproporcjonalnie wyższych nakładów niż w innych krajach OECD. Dla przypomnienia, zapadalność na choroby nowotworowe w Polsce jest mniejsza niż w krajach bogatych UE, ale śmiertelność większa, głównie z powodu niskiej efektywności leczenia (45% przeżycie 5-letnie w Polsce vs. 70-80% w krajach zachodnich).

Można z powyższego wnioskować, że w kardiologii, w szczególności w przypadku leczenia choroby wieńcowej i zawału serca, środki te są wydawane optymalnie i dają efekt demograficzny w skali kraju. Tymczasem musimy zaczekać jeszcze na poprawę wyników leczenia onkologicznego, co być może ulegnie zmianie po wprowadzeniu pakietu onkologicznego.

**4. Propozycja nowych wycen kardiologii inwazyjnej i elektroterapii.**

Polskie wyceny procedur kardiologicznych (przezskórne zabiegi wieńcowe i w wadach strukturalnych, elektroterapia, elektrofizjologia) są najniższe ze wszystkich krajów UE. Podobnie, mamy najniżej wycenione procedury inwazyjnego leczenia zawału serca, choć nasze wyniki są jednymi z najlepszych (raport OECD wskazuje, że mamy jedną z najniższych śmiertelności w zawale serca). Nie jest też prawdą, że wyceny procedur w kardiologii nie zmieniły się od 10 lat. W ciągu ostatnich lat były one już kilkakrotnie korygowane w dół (zarówno procedury wieńcowe, jak i elektroterapia i elektrofizjologia), głównie z uwagi na obniżenie cen wyrobów medycznych (głównie stentów wieńcowych).

Należy też mocno podkreślić, że zmniejszenie cen wyrobów nastąpiło równolegle ze znacznym wzrostem kosztów stałych i kosztów pracy, wymuszonych zarówno przez protesty lekarzy i pielęgniarek, jak i później usankcjonowanych poprzez ustawy i rozporządzenia. Duży wzrost kosztów stałych uwarunkowany jest naturalnym wzrostem kosztów wynajmu i mediów (prąd, ogrzewanie, woda i kanalizacja, odprowadzenie odpadów medycznych), ale także wzrostem wymogów sprzętowych nałożonych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, koniecznością utrzymania stałych dyżurów całodobowych (kardiologia interwencyjna jest elementem medycyny ratunkowej), stałym serwisowaniem sprzętu umożliwiającym szybką jego naprawą w razie awarii i utrzymaniem ciągłości pracy.

Niestety, pomimo wielokrotnych wniosków AISN i PTK kierowanych do NFZ i MZ przez ostatnie 5 lat nie dokonano zmian w definicji koszyka usług kardiologicznych (brak nowych grup JGP), które pozwoliłyby na wprowadzenie nowoczesnych i sprawdzonych kosztowo-efektywnych procedur. I nie chodzi tu o procedury innowacyjne czy eksperymentalne, a tylko o te, które w innych krajach UE (w tym Europie Środkowej) stosowane są od wielu lat, takich jak np. obrazowanie wewnątrznaczyniowe i pomiar przepływów wieńcowych, rotablacja, rekanalizacja tętnic wieńcowych przy użyciu nowych technik, cewniki balonowe uwalniające leki, stenty samorozprężalne, całkowicie biodegradowalne stenty wieńcowe, a w końcu wspomaganie krążenia we wstrząsie kardiogennym przy użyciu nowych systemów LVAD.

Nie brano też pod uwagę pełnego dostępu do nowych leków przeciwzakrzepowych, które w istotny sposób mogą zmniejszyć ryzyko zakrzepicy w stencie i ryzyko krwawienia.

Wdrożenie nowego koszyka usług kardiologicznych i farmakoterapii wg tych obowiązujących w innych krajach UE (np. w sąsiednich Czechach i Niemczech) wyraźnie poprawi wyniki leczenia, ale będzie wymagało podwyższenia (a nie obniżenia!) cen za tego typu procedury. Niestety AOTMiT, jako agencja typu HTA (Health Technology Assesment) tego nie uwzględniła w nowych taryfach, a przecież powinna była wziąć pod uwagę, skoro zajmuje się oceną i wdrażaniem nowych technologii medycznych.

Nie trzeba być wyjątkowo doświadczonym specjalistą w zakresie HTA lub menedżerem szpitala, aby szybko oszacować, że 40-60% obniżenie wycen kosztochłonnych i wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych jest niemożliwe bez dramatycznego obniżenia jakości tych usług, ograniczenia dostępu lub wprowadzenia wysokich dopłat. Wprowadzenie zaniżonych taryf niesie za sobą ryzyko zamknięcia wielu dobrze działających od wielu lat ośrodków kardiologii inwazyjnej w terenie, a to spowoduje nieodwracalne straty w systemie medycyny ratunkowej w Polsce związane z trwałym odpływem kadry zagranicę i brakiem środków na odtworzenie istniejącej infrastruktury i aparatury.

**5. Koszt efektywność medycyny naprawczej: czy warto wydawać pieniądze na kardiologię?**

W przypadku, gdyby nie doszło do korekty proponowanej nowej taryfikacji, z kardiologii szpitalnej „wyparuje“ 1 mld zł. Jakie będą tego konsekwencje demograficzne i makroekonomiczne? Na pewno będzie to oznaczać tragedię dla wielu chorych na serce, zagrożonych wystąpieniem niewydolności serca i zgonu. Jeśli cofniemy technologię medyczną i wydatki na kardiologię o 20 lat wstecz, to możemy spodziewać się wzrostu śmiertelności z powodu chorób serca o ok. 25%, co będzie oznaczać ponad 50 tys. dodatkowych zgonów rocznie. Czy AOTMiT przed opublikowaniem nowych taryf, których konsekwencją będzie obniżenie (a nie wzrost!) wydatków na leczenie chorób serca, wzięła pod uwagę wpływ tego typu oszczędności na demografię i wskaźniki socjoekonomiczne?

A przecież z prostych wyliczeń jednoznacznie wynika, że opłaca się wydać pieniądze na leczenie chorób serca i naczyń. W oparciu o liczne analizy ekonomiczne wiadomo, że 10% spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia u osób w wieku produkcyjnym, zwiększa PKB o 1% (*D. Bloom, D. Canning and J. Sevilla*. *The effect of health on economic growth: theory and evidence*. *Panel data for 104 countries (1960-1990), 2004).* .Podobnie, wydłużenie długości życia mieszkańców kraju o jeden rok zwiększa PKB o 4% *(M. Suhrcke and D. Urban. The role of cardio-vascular disease in economic growth. Worldwide set of Countries (1960-2000), 2005).*

Medycyna sercowo-naczyniowa wykazuje się bardzo dużą skutecznością w obniżeniu śmiertelności i wydłużenia okresu przeżycia. Dlatego w zamożnych krajach OECD pomimo starzejącego się społeczeństwa, śmiertelność z powodu chorób układu krążenia ciągle spada. W Polsce obserwujemy stały spadek umieralności z powodu choroby wieńcowej i zawału serca, co świadczy o tym, że środki przeznaczone na kardiologię inwazyjną są dobrze alokowane. Potwierdzają to też statystyki z rejestru ostrych zespołów wieńcowych PlACS: chorzy leczeni za pomocą interwencji wieńcowych w ostrej fazie maja dużo lepsze przeżycie roczne niż ci leczeni zachowawczo. Wyniki odległe leczenia inwazyjnego zawału serca w Polsce są porównywalne do tych Niemczech i Szwecji. Mogłyby być jeszcze lepsze, gdy znalazły się dodatkowe środki na opiekę poszpitalną (rehabilitacja, AOS). Opieka skoordynowana nie może być jednak opłacona ze środków kardiologii inwazyjnej, bo poprawa opieki poszpitalnej nie zrekompensuje strat związanych ze spadkiem jakości procedury kardiologicznej. Proponowane zmiany w tym zakresie przez AOTMiT oraz Ministerstwo Zdrowia merytorycznie idą w dobrym kierunku, jednak proponowana wycena jest całkowicie nieracjonalna, bo nie można żądać wykonania większego zakresu zadań, oferując globalnie mniej pieniędzy niż do tej pory.

Kontynuując sukces kardiologii, możemy w dalszym ciągu obniżyć śmiertelność z powodu chorób układu krążenia, ale tylko poprzez wzrost nakładów na ich profilaktykę, diagnostykę i skoordynowane leczenie do procentowego poziomu typowego dla krajów UE. Mamy potencjał obniżenia zgonów z powodu chorób układu krążenia o 50% do poziomu ok. 200 zgonów na 100 tys. mieszkańców, a to oznacza wzrost PKB o 5% (1% wzrostu PKB na każde 10% zmniejszenia śmiertelności), czyli ponad 100 mld zł. Aby uzyskać taki efekt w przeciągu kolejnych 5 lat musimy dodatkowo wydać 1,5-3 mld zł rocznie na profilaktykę i leczenie chorób układu krążenia, ale ta inwestycja w zdrowie będzie bardzo opłacalna.