

Trzeba słuchać praktyków, by wprowadzać dobre reformy w kardiologii

Rozmowa z prof. UJ, dr. hab. med. Dariuszem Dudkiem, kierownikiem Kliniki Kardiologii Interwencyjnej Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum*.



Jak pan ocenia wsparcie resortu zdrowia we wprowadzaniu innowacyjnego leczenia farmakologicznego w kardiologii, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia przeciwplatekowego?

Niemal od dwóch lat apelujemy o wprowadzenie innowacyjnego leczenia farmakologicznego właśnie w terapii przeciwplatekowej. Niestety, do tej pory nasz apel nie przyniósł realnego efektu. W tej sprawie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne interweniowało w Ministerstwie Zdrowia, jednak do tej pory wiemy jedynie, że w resorcie toczą się dyskusje z producentami leków na ten temat. Doszliśmy do paradoksu polegającego na tym, że kardiologzy przepisują te leki pacjentom w ostrej fazie oraz przy wypisie ze szpitala. Wielu chorych nie kontynuuje tej terapii, bo bez ministerial-

nego finansowania leki są dla nich za drogie. Koszt miesięcznej terapii wynosi od 200 do 400 zł. Prowadzi to do sytuacji, że pacjenci nie podejmują leczenia, co z kolei sprawia, że nie jest osiągany pełny efekt zdrowotny, bo nie korzystamy z innowacji. Mówimy przede wszystkim o dwóch lekach, które mają zastąpić klasyczny klopidogrel, stosowanych po założeniu stentów, czyli protez wewnątrzśródcowych. Na tym przykładzie widać, że resort nie wdraża w odpowiednim tempie leków innowacyjnych, co oczywiście może być związane ze stanem finansów państwa. Należy zaznaczyć, że ministerstwo nigdy nie powiedziało: „te leki są niepotrzebne”. Problemem jest brak decyzji. Warto przypomnieć, że w sprawie tych leków AOTM wydała pozytywną opinię – brakuje tylko ostatniego ognia.

Mijają dwa lata od wprowadzenia ustawy refundacyjnej. Jak ocenia pan jej funkcjonowanie – z akcentem na kardiologię?

W kardiologii jest, niestety, więcej minusów niż plusów. Ocenę taką tłumaczę tym, że wielu lekarzy ostatecznie nie podpisało umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i wypisują recepty ze stuprocentową odpłatnością. Dzieje się tak, ponieważ środowisko obawia się kar ze strony NFZ, który może zakwestionować zasadność wypisania recept refundowanych. Minus dalbym też za to, że te oszczędności nie przekładają się na wprowadzenie leków innowacyjnych. Plusem zaś jest fakt, że nasiliła się konkurencja pomiędzy firmami farmaceutycznymi, dzięki czemu obniżyły one nieco ceny.

Czy środowisko klinicystów, ekspertów praktyków ma wpływ na podejmowanie decyzji refundacyjnych? Czy sugestie tego środowiska – najczęściej dyktowane potrzebami i dobrem pacjentów – są brane pod uwagę?

Z perspektywy kardiologa zabiegowego muszę rozróżnić dwa obszary – technologii medycznych oraz leków. W wypadku pierwszego obszaru prowadzone są rozmowy w Ministerstwie Zdrowia i NFZ. Wówczas mamy możliwość sygnalizowania, co jest potrzebne. W tym wypadku dotychczasowy dialog jest na bardzo dobrym poziomie, z udziałem m.in. konsultanta krajowego i AOTM. Jednak nawet jeśli ich opinia jest pozytywna, nowe technologie czekają na wdrożenie od kilku miesięcy do kilku lat. Na tym etapie wpływ środowiska jest już nieokreślony, gdyż nigdy nie wiemy, kiedy ministerstwo podejmie ostateczne decyzje. Jeśli natomiast chodzi o leki, to według mojej wiedzy jest znacznie gorzej. Często piszemy pisma informujące o tym, że wchodzą nowe preparaty, które są potrzebne do leczenia pacjentów, ale niestety zwrotnych informacji z resortu zdrowia nie otrzymujemy. Ważne jest, by powstała grupa doradcza składająca się z przedstawicieli pacjentów, środowiska kardiologicznego, ministerstwa i NFZ, by rozpoczęły się tak ważne i potrzebne czterostronne rozmowy. Chodzi o to, by z takich rozmów wyciągano wnioski i wdrażano dobre reformy w kardiologii.

Przy Ministerstwie Zdrowia powinna zatem powstać grupa doradcza. Wnioskowaliście o to?

Apelujemy o to wielokrotnie w sposób nieformalny. Prosimy o spotkania w ministerstwie czy centrali NFZ – czasem wyznaczane są bardzo szybko, czasem po długim oczekiwaniu. Bierze w nich udział przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kardiologów inwazyjnych, konsultant krajowy i teoretycznie rozmowy te mają charakter doradczy. W praktyce jednak ich efekt jest nie do przewidzenia. Przedstawię konkretną sytuację. Uważaliśmy, że zgodnie z wytycznymi europejskimi mówiącymi o tym, że po zatrzymaniu krążenia ko-



fol. Archiwum

nieczne jest wykonanie u pacjenta koronarografii, czyli zobrazowanie tętnic serca, udrożnienie tętnicy w zawałe serca i poddanie pacjenta oziębieniu ciała, czyli hipotermii, procedury takie będą u nas dostępne. Ministerstwo zgodziło się, że są one niezbędne do ratowania życia osób z zatrzymaniem krążenia. Minister zdrowia wydał w tej sprawie rozporządzenie i hipotermia jest finansowana. Jednak po wycyżtaniu się w szczegóły tego rozporządzenia okazuje się, że hipotermii – która finansowana jest od stycznia tego roku – nie wolno łączyć z koronarografią i angioplastyką. Czyli w wypadku za-trzymania krążenia mamy nie robić angioplastyki, nie udrażniać tętnicy, tylko poddawać pacjenta hipotermii, bo wówczas świadczenie takie można rozliczyć. A jeśli wykonujemy to, co należy, czyli ratujemy i serce, i mózg, tj. udrażniamy tętnice i oziębiamy pacjenta, takiego świadczenia już nie można zsumować. Przykład ten pokazuje, jak w praktyce wygląda realizacja sugestii środowiska. Oczywiście poprosiliśmy o spotkanie w tej sprawie w ministerstwie, ale nie otrzymaliśmy potwierdzenia, że można je zorganizować. Warto zaznaczyć, że wychwyciliśmy to już w projekcie rozporządzenia i zgłosiliśmy problem ministerstwu na przełomie listopada i grudnia 2013 r. Rozporządzenie wprowadzono jednak w życie bez uwzględnienia naszych uwag, więc teraz monituje-my, zgłaszając te same uwagi, które wnosiliśmy do projektu.

Rozmawiała Kamilla Gębska