

Leczenie kardiologiczne w Polsce

# Atak serca systemu



Na nic się zdało podwyższenie stawki kapitałowej lekarzy POZ w wypadku leczenia kardiologicznego. System nadal jest niewydolny, a efekty osiągniętej znacznym kosztem poprawy kondycji kardiologii inwazyjnej są marnowane.

fot. images.com/Corbis

W 2012 r. NFZ wydał na hospitalizację pacjentów z niewydolnością serca 635 mln zł, a na leczenie ambulatoryjne jedynie 10 mln zł – wynika z raportu „Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych” opracowanego przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Raport jest propozycją zmniejszenia kosztów leczenia szpitalnego na rzecz profilaktyki ambulatoryjnej.

## Milion chorych

W Polsce na niewydolność serca choruje ponad milion osób, a w najbliższych 20 latach ich liczba wzrośnie o 25 proc. Notuje się przy tym wzrost umieralności chorych, w wypadku których proces terapeutyczny lub diagnostyczny kończy się w szpitalu. Według raportu umiera co dziewiąty pacjent z niewydolnością krążenia. Aż 83 proc. pacjentów jest hospitalizowanych w trybie interwencyjnym, a ponad połowa wraca do szpitala kilkakrotnie w ciągu roku (ich pobyt trwa od kil-

ku dni do ponad tygodnia). Dane te dowodzą, że szacowanie kosztów związanych z leczeniem ambulatoryjnym i rehabilitacją leczniczą jest złe.

Jak twierdzą autorzy raportu, zbyt nisko wyceniane są porady ambulatoryjne i rehabilitacja – w 2012 r. NFZ przeznaczył na świadczenia rehabilitacyjne zaledwie 26 mln zł. Tak niska wycena wpływa na przeniesienie leczenia i rehabilitacji do szpitali, a to z kolei przyczynia się do wzrostu kosztów hospitalizacji. Od 2004 r. do 2012 r. roczne wydatki na leczenie niewydolności serca wzrosły z 1 mld zł do 2,9 mld zł. Zakłada się, że w tym roku po raz kolejny nastąpi wzrost i koszty przekroczą 3 mld zł. Do września osiągnęły już wartość 2,83 mld zł.

## Nacisk na leczenie ambulatoryjne

Tę niekorzystną pod względem ekonomicznym i społecznym sytuację można poprawić – przekonują autorzy raportu. Potrzeba jednak zdecydowanych zmian w szacowaniu wydatków i zwiększenia efektywności dzia-

łań. – Należy przekonać lekarzy i pacjentów, że leczenie ambulatoryjne jest równoznaczne profilaktyce, a ta pozwoli na lepsze diagnozowanie i da szansę, by pacjent nie był leczony w trybie nagłym i interwencyjnym, lecz planowanym i monitorowanym przez lekarzy rodzinnych – mówi Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łazarskiego.

Tego przekonania dotychczas brakowało, a wynikające z tego błędy spowodowane były – według ekspertów Uczelni Łazarskiego – zbyt mało efektywnym monitoringiem skuteczności terapii oraz dostępności do świadczeń pacjentów z niewydolnością serca. W raporcie na pierwszym miejscu jest propozycja stworzenia krajowego rejestru pacjentów z niewydolnością serca.

*Taki rejestr mógłby też stać się narzędziem służącym do podejmowania optymalnych decyzji systemowych w zarządzaniu leczeniem niewydolności serca* – czytamy w rekomendacjach do raportu.

### Optymalizacja kosztów

Autorzy projektu proponują ponadto zmiany w optymalizacji modeli finansowania diagnostyki, leczenia i monitoringu skuteczności terapii niewydolności serca przez lekarzy rodzinnych. Sugerują, aby było to nowe świadczenie o nazwie „kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z niewydolnością serca (KAOS-NS)”, wzorem już funkcjonujących rozwiązań, jak np. „kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą”.

*Nowe świadczenie zapewni kompleksową diagnostykę i leczenie niewydolności serca w ramach poradni specjalistycznych. Poprawi także jakość, kompleksowość i dostępność do opieki specjalistycznej dla pacjentów z niewydolnością serca. Rozwiązanie to może znacząco zmniejszyć wydatki NFZ w rodzaju lecznictwa szpitalne NFZ, związane z hospitalizacją pacjentów z niezdolnością sercową oraz istotnie wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności* – czytamy w uzasadnieniu.

### Współczynnik 3.0

Wiąże się to z zastosowaniem współczynnika 3.0 korygującego stawkę kapitałową na rzecz świadczeniobiorcy, która nie jest już uzależniona od efektów leczenia, a w szczególności od liczby hospitalizacji, powikłań i pogorszenia stanu zdrowia. Zdaniem ekspertów opracowujących raport należy wprowadzić mechanizmy pozwalające lekarzom rodzinnym na dokładny monitoring stanu swoich pacjentów. Należy też zmienić standardy i wytyczne dotyczące postępowania związanego z hospitalizacją.

Należy wreszcie zmniejszyć koszty ponoszone przez ZUS z powodu absencji chorobowej i świadczeń związanych z czasową niezdolnością do pracy.

Autorzy projektu proponują utworzenie programu prewencji rentowej dla pacjentów z niewydolnością serca, opracowywanego w porozumieniu z krajowym konsultantem w dziedzinie kardiologii i krajowym konsul-

„ Aż 83 proc. pacjentów jest hospitalizowanych w trybie interwencyjnym, a ponad połowa chorych wraca do szpitala kilkakrotnie w ciągu roku, ich pobyt zaś trwa od kilku dni do ponad tygodnia ”

tantem w dziedzinie rehabilitacji leczniczej oraz finansowanego z funduszy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

### Kompleksowa opieka

*– Zaletą tego narzędzia byłaby przede wszystkim poprawa stanu zdrowia pacjentów z niewydolnością serca oraz polepszenie ich funkcjonowania w strukturze społecznej i zawodowej. Cel ten jest możliwy do zrealizowania dzięki odpowiedniej rehabilitacji, pomocy psychologicznej i fachowemu doradztwu zawodowemu* – mówi Zbyszko Przybylski, wiceprezes Polskiej Federacji Szpitali.

Dodatkowo wprowadzenie takiego programu pozwoli na zmniejszenie wartości świadczeń wypłacanych z powodu niezdolności do pracy, a co za tym idzie – na obniżenie wydatków NFZ na hospitalizację pacjentów.

Raport przygotowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego pokazuje, jak

„ W Polsce na niewydolność serca choruje już ponad milion osób, a w najbliższych 20 latach ich liczba wzrośnie o 25 proc. ”

bardzo niewydolny jest system oraz jak brak zdecydowanych analiz i nowych rozwiązań może prowadzić do zawału ekonomicznego i społecznego, którego jedynymi ofiarami będą pacjenci. Można dojść do wniosku, że dotychczasowe analizy przeprowadzono chaotycznie, ponieważ brakowało odpowiednich struktur i narzędzi – nie tyle merytorycznych, ile menedżerskich. Pacjent stał się towarem, a system przyzwyczajał do traktowania go przedmiotowo i statystycznie.

Janusz Maciejowski