

✖ Medexpress, 2021-12-07 09:13

IV Kongres Ekonomia dla Zdrowia: Powikłania szpitalne: lepiej (i taniej) nowocześnie zapobiegać niż leczyć



Sukcesywne wdrażanie do praktyki klinicznej innowacyjnych technologii medycznych, regularna ewaluacja wycen procedur i doskonalenie raportowania to zdaniem panelistów Kongresu Ekonomia dla Zdrowia skuteczna recepta na efektywne ograniczenie liczby dotkliwych dla pacjenta i kosztownych dla systemu opieki zdrowotnej powikłań szpitalnych.

Prof. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca I Kliniki Kardiologii Katedry Kardiologii, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ze Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego przypominał, że na przestrzeni ostatnich 25 lat średnia długość życia w Polsce wzrosła o siedem lat, a to wiąże się ze wzrostem liczby pacjentów z bardziej złożonymi i zaawansowanymi schorzeniami sercowo-naczyniowymi. Diagnozę prof. Przemysława Mitkowskiego potwierdziła Kinga Bartolik z Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, która przyznała, że problem schorzeń sercowo-naczyniowych jest w Polsce bardzo istotny, co znajduje odzwierciedlenie w danych Ministerstwa Zdrowia. – Przypadków schorzeń sercowo-naczyniowych przybywa. Na niewydolność serca choruje dziś w naszym kraju już nawet 1,2 mln osób – zaznaczyła.

Na przykładzie powikłań procedur elektroterapii serca uczestnicy panelu pt. „Profilaktyka zakażeń szpitalnych w kardiologii interwencyjnej” wskazali, że infekcje to jedno z najistotniejszych powikłań zabiegów implantacji urządzeń wspomagających pracę serca (ang. Cardiac Implantable Electronic Devices, CIED).

W trakcie dyskusji uczestnicy odnieśli się do wniosków z nowego raportu Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO pt. „Jak ograniczyć koszty związane z występowaniem infekcji układów stosowanych do elektroterapii serca w Polsce”[1].

– Powikłania zabiegów elektroterapii serca, choć nie są bardzo częste (co roku w Polsce ma miejsce około 400 infekcji CIED – to około 1 proc. wykonywanych zabiegów z tego zakresu), stanowią zagrożenie dla życia, zdrowia i dobrostanu pacjentów. Leczenie powikłań nierzadko wymaga usunięcia układu, długotrwałej hospitalizacji i drogiej antybiotykoterapii. To postępowanie jest nie tylko bardzo niekomfortowe dla pacjenta, istotnie wpływa na pogorszenie rokowania, ale jest także kosztowne z punktu widzenia ośrodka sprawującego opiekę, jak i płatnika publicznego. Analizy zawarte w najnowszym raporcie INNOWO wykazały, że rzeczywisty koszt leczenia infekcji CIED może sięgać nawet 200 tys. zł – zwrócił uwagę prof. Przemysław Mitkowski.

Prof. Krystian Wita, zastępca dyrektora ds. leczenia Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach zwrócił uwagę na aspekt istotnego niedoszacowania kosztów hospitalizacji związanych z leczeniem powikłań.

– W analizie INNOWO przeprowadzonej z udziałem trzech ośrodków wykazano, że koszty hospitalizacji i urządzeń CIED stanowiły ponad 2/3 całkowitego kosztu leczenia infekcji wnikających procedury implantacji. Trzecią co do wielkości kategorią kosztów były wydatki na leki i wyroby medyczne niezbędne do samego zabiegu ekstrakcji układu CIED. Leczenie powikłań CIED wymaga nierzadko wykonania dodatkowych procedur diagnostyczno-terapeutycznych, zapobiegających wystąpieniu

nieodwracalnych skutków powikłań infekcyjnych. W ciągu dwóch lat koszty osobodnia pobytu chorego w szpitalu znacząco wzrosły i wiadomo, że trend ten się utrzyma. Z tego względu warto, aby Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonywała cyklicznej ewaluacji wycen procedur, także w kontekście nowoczesnych technologii, które mogą skutecznie zapobiegać powikłaniom – zaznaczył ekspert.

– Większa liczba procedur implantacji układów do elektroterapii serca to statystycznie także wyższa liczba potencjalnych powikłań. W realiach ograniczonego budżetu płatnika publicznego wydaje się niezmiernie istotne, aby nasza uwaga była skierowana nie tyle na etap leczenia powikłań, co na aspekt ich skutecznego zapobiegania. W tym sensie kluczowe wydaje się zwiększenie dostępu do nowoczesnych technologii, takich jak absorbowalne koperty nasączone antybiotykami, w których podczas zabiegu wszczepienia układu umieszcza się implantowane urządzenie. To przykład rozwiązania nie nowego, ale wciąż innowacyjnego a jednocześnie bezpiecznego i efektywnego – zauważył prof. Przemysław Mitkowski i dodał, że warto byłoby również zwiększyć dostęp do nowych technologii usuwania elektrod – koszulek laserowych i z rotującą końcówką, zwiększających skuteczność tych zabiegów.

WARTO PRZECZYTAĆ



[IV Kongres „Ekonomia dla Zdrowia”](#)

Zdaniem eksperta istotnym etapem wdrażania innowacyjnych technologii w profilaktyce i leczeniu zakażeń szpitalnych jest właściwe zdefiniowanie grup pacjentów, które z danego rozwiązania odniosą największe korzyści. – W przypadku najciężej chorych pacjentów, nawet w przypadku pierwszorazowej implantacji układu do elektroterapii, ale koniecznie w przypadku wymiany i rozbudowy układu do terapii resynchronizującej, zastosowanie koperty antybakteryjnej powinno być obligatoryjne. To bowiem ta grupa pacjentów, która jest najbardziej podatna na powikłania infekcyjne i która jest ich potencjalnymi konsekwencjami zagrożona w największym stopniu. Niestety, dziś refundacja w ramach procedury E36 nie pozwala nam na zastosowanie wspomnianej technologii w tej najbardziej potrzebującej grupie chorych – zauważył prof. Przemysław Mitkowski.

W odniesieniu do uwag specjalistów eksperci Instytutu INNOWO stwierdzili, że z farmakoekonomicznej perspektywy w zakresie profilaktyki powikłań szpitalnych ograniczenia finansowe skutkują suboptymalnymi wyborami klinicznymi. W terapii preferowane są nie zawsze rozwiązania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, ale te, które są przede wszystkim efektywne kosztowo. Zdaniem specjalistów można i warto ten paradygmat przełamać.

Hubert Bukowski z INNOWO zaprezentował rekomendacje autorów najnowszego raportu Instytutu w zakresie profilaktyki powikłań elektroterapii, wśród nich takie kluczowe zalecenia jak: zmiana perspektywy planowania terapii z doraźnej/ średnioterminowej na długoterminową, konieczność kompleksowego podejścia do opieki nad pacjentem objętym opieką w zakresie elektroterapii kardiologicznej zgodnie z koncepcją Value Based Healthcare a także konieczność usystematyzowania i zwiększenia zakresu raportowania ośrodków w tym obszarze klinicznym.

Prof. Ewelina Nojszewska z Katedry Ekonomii Stosowanej, Kolegium Zarządzania i Finansów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie przypomniała, że inwestycja w zdrowie społeczeństwa to jednocześnie inwestycja w dobrą kondycję całej gospodarki. – Jeśli w analizie kosztów nowoczesnych form opieki medycznej, w tym związanych z profilaktyką powikłań szpitalnych, weźmie się pod uwagę ich wpływ na redukcję kosztów absencji w miejscu pracy czy świadczeń socjalnych, rachunek ekonomiczny jawi się zgoła inaczej, niż w analizie tego samego aspektu dokonywanej bez uwzględnienia szerszego kontekstu. Istotnym kryterium w zakresie wartości zdrowotnej jest jakość życia pacjenta i jego dobrostan – wskazała ekspertka.

Prof. Przemysław Mitkowski zaznaczył, że referencyjnym przykładem formy opieki spełniającym założenia koncepcji Value Based Healthcare jest telemonitoring urządzeń wszczepialnych: zwiększający poczucie bezpieczeństwa chorego, usprawniający pracę ośrodków i korzystny dla płatnika publicznego. Liczymy, że już wkrótce ta technologia będzie objęta refundacją – stwierdził ekspert.

[1] <https://innowo.org/pl/publikacje-zdrowie/305>