



Edyta Hetmanowska, 2016-10-17 08:20

Co zmieni kompleksowa opieka kardiologiczna?



O projekcie kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mówi prof. Piotr Jankowski, przewodniczący Komisji Promocji Zdrowia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Resort zdrowia chce od stycznia wprowadzić kompleksową opiekę nad pacjentami po zawale. Jak Pan ocenia założenia tego projektu?

Koncepcję kompleksowej opieki podstawowej, którą przygotowała Agencja Oceny Technologii Medycznych, oceniam bardzo dobrze. Ma ona kilka cech unikatowych. Po pierwsze oczekuję, że efektem implementacji tych założeń będzie skrócenie czasu upływającego od wypisu ze szpitala do osiągnięcia pełnej rewaskularyzacji mięśnia sercowego (tzw. II etap angioplastyki), który obecnie, według badań prof. M. Gąsiora, wynosi średnio prawie 2 miesiące. Mam też nadzieję, że zwiększy się dostępność do zabiegów elektroterapii. Wreszcie mamy nadzieję, że dzięki wprowadzeniu opieki kompleksowej zwiększy się dostęp do rehabilitacji kardiologicznej (obecnie w programach rehabilitacji uczestniczy mniej niż co czwarty chory po zawale serca) oraz skróci się okres czasu od wypisu ze szpitala do rozpoczęcia rehabilitacji, który np. w województwie śląskim wynosi średnio 52 dni. Myślę, że nie ma potrzeby podkreślania, że to za długo o około 50 dni. Wreszcie, mamy nadzieję, poprawi się kontrola czynników ryzyka. Mniej osób będzie palić. Będzie lepiej kontrolowana hipercholesterolemia, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Poprawi się też farmakoterapia tych pacjentów. Warto zaznaczyć, że kontrola czynników ryzyka u osób po zawale serca nie zmieniła się istotnie od końca ubiegłego wieku. Wymienione czynniki bezpośrednio wpływają na ryzyko sercowo-naczyniowe, to jest na ryzyko wystąpienia zawału serca, udaru mózgu i ryzyko zgonu. I wreszcie, bardzo ważna część projektu – ambulatoryjna opieka kardiologiczna. Wiemy, że w tej chwili tylko co czwarty pacjent po zawale serca jest konsultowany przez kardiologa w ciągu pierwszych trzech miesięcy po wypisie ze szpitala. Wiemy też, że pacjenci starsi, bardziej obciążeni rzadziej są konsultowani przez

kardiologa w okresie poszpitalnym, niż chorzy młodszy, mniej obciążeni. Mam nadzieję, że nowy system choć w części zmieni tę sytuację. Pamiętajmy, że pacjenci konsultowani przez kardiologa w okresie po zawale serca mają istotnie lepsze rokowanie w porównaniu z osobami pozbawionymi takiej konsultacji.

Zaproponowany system ma jeszcze jedną szczególną cechę. Jest nią kontrola jakości opieki medycznej poprzez wymóg sprawozdawania przez podmioty podpisujące umowy z płatnikiem częstości osiągnięcia kryteriów, które mają największy wpływ na rokowanie po zawale serca. Wskaźniki te mogą stać się dobrym narzędziem, dzięki któremu płatnik będzie mógł w prosty i szybki sposób analizować efektywność wydawanych pieniędzy. Wśród wskaźników wymieniono między innymi kontrolę głównych czynników ryzyka miażdżycy, odsetek pacjentów biorących udział w rehabilitacji, odsetek pacjentów poddawanych kolejnym zabiegom kardiologicznym, a także ryzyko wystąpienia kolejnego zawału serca.

Chciałabym zapytać o finansowanie tego projektu. Czy proponowana wycena będzie wystarczająca?

Trzeba uczciwie to powiedzieć: powodzenie projektu, mierzone poprawą jakości leczenia, zależy z jednej strony od szczegółowych zapisów prawnych, które mogą zarówno utrudnić, jak i ułatwić realizację celów programu, a z drugiej od poziomu finansowania procedur wchodzących w skład opieki kompleksowej. Nadzieję budzą przewidywane premie w projekcie opieki kompleksowej. Mówię, że przewidywane, opierając się na raporcie AOTMiT, który uwzględnia premie za wszystkie zabiegi kardiologii interwencyjnej i za wszczepianie urządzeń wszczepialnych pod warunkiem, że pacjent i szpital uczestniczy w programie kompleksowej opieki kardiologicznej, a także na deklaracjach przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia traktuje ten program jako pilotaż i jeśli się powiedzie, wtedy również w innych dziedzinach medycyny zostaną wprowadzone podobne modele. Czy ten projekt ma szansę na sukces? Czy wybór kardiologii do pilotażu był dobrym pomysłem?

Myślę, że jeśli zasadnicze cechy opieki opisanej w raporcie AOTMiT zostaną utrzymane, to program kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca będzie sukcesem Ministerstwa Zdrowia. Dobrym był wybór do pilotażu pacjentów po zawale serca, bo ich liczba jest ograniczona (ok. 80-90 tysięcy pacjentów z zawałem serca w ciągu roku). To nie jest bardzo duża grupa, ale wystarczająca, aby wyciągnąć wnioski co do kosztów i jakości leczenia. Pozwoli też ocenić czy program wpłynie na rokowanie pacjentów w ciągu kolejnych dwóch, trzech lat.