



Iwona Schymalla, 2018-05-18 07:03

Czy rezygnacja z nowoczesnej oceny jakości udzielanych świadczeń zniweczy efekty wprowadzenia KOS-Zawał?



O koordynowanej opiece dla pacjentów po zawale serca mówi w rozmowie z Iwoną Schymallą prof. Piotr Jankowski, sekretarz zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Z końcem kwietnia oddano do konsultacji społecznych projekt zarządzenia prezesa NFZ dotyczący tzw. pakietu pozawałowego. Jak Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ocenia propozycje korekty zapisów programu?

Trzeba podkreślić, że wprowadzenie programu kompleksowej opieki pozawałowej, czyli tzw. pakietu pozawałowego w październiku ubiegłego roku było przełomem i pewnie jednym z największych sukcesów w polskiej ochronie zdrowia w roku 2017. Trzeba pamiętać, że np. pięcioletnia śmiertelność po zawale w Polsce wynosi około 50 procent. Remedium na poprawę rokowania pacjentów po zawale serca w Polsce jest właśnie KOS-Zawał. Jednocześnie warto zauważyć, że realizacja programu znacząco poprawia opinie pacjentów o polskim systemie ochrony zdrowia. Rzeczywiście opieka pozawałowa zmienia znacząco

organizację opieki. Dzięki temu pozwala na wykonywanie zabiegów kardiologicznych w terminie optymalnym z punktu widzenia potrzeb pacjentów, zwiększa i usprawnia dostęp do rehabilitacji kardiologicznej, a także do lekarzy pracujących w poradniach kardiologicznych. Środowisko kardiologiczne zwracało się do NFZ z prośbą między innymi o wyrównanie finansowania programu w ośrodkach klinicznych uniwersyteckich i małych ośrodkach kardiologicznych, bo paradoksalnie do tej pory opieka pozawałowa jest lepiej finansowana w małych szpitalach kardiologicznych niż szpitalach uniwersyteckich. Szczęśliwie postulat ten został uwzględniony w nowelizowanym zarządzeniu. Myślę, że z kilku modyfikacji, które znalazły się w nowym zarządzeniu prezesa NFZ, najważniejsze jest właśnie wyrównanie poziomu finansowania opieki pozawałowej w szpitalach uniwersyteckich.

Czy wprowadzone do korekty projekty przyniosą wreszcie oczekiwane efekty dla pacjentów?

Zdecydowanie tak. Mamy nadzieję, że duże ośrodki kliniczne będą jeszcze chętniej uczestniczyły w programie. Trzeba podkreślić, że wciąż nie wszystkie ośrodki kardiologiczne zdecydowały się na podpisanie umowy na realizację kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca. W szczególności duże ośrodki uniwersyteckie, w których hospitalizuje się wielu takich pacjentów, nie podpisały umowy, wskazując przy tym na niższy poziom finansowania w porównaniu z małymi ośrodkami kardiologicznymi. Dlatego PTK z zadowoleniem przyjęło nowelizację zarządzenia. Mamy nadzieję, że dzięki temu od 1 lipca w kolejnych dużych ośrodkach kardiologicznych opieka pozawałowa będzie dostępna. To tym bardziej ważne, że od ponad półtora roku opieka pozawałowa znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych, a wciąż tylko w co czwartym szpitalu kardiologicznym jest dostępna.

Natomiast z dużym niepokojem i zaskoczeniem Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przyjęło informację, że w znowelizowanym zarządzeniu nie została uwzględniona ocena jakości opieki medycznej. Dokonywana w rok po zawale serca ocena jakości była szczególną cechą KOS-Zawał, jedną z tych, która powodowała, że opieka pozawałowa jest programem nowatorskim, wręcz wizjonerskim. W ubiegłym roku, w oparciu o bogate piśmiennictwo naukowe eksperci zaproponowali parametry jakości opieki medycznej. Z zaskoczeniem przeczytaliśmy, że to co było najważniejsze w programie - ocena skuteczności leczenia dokonywana w rok po zawale serca - zostało wykasowane ze znowelizowanego zarządzenia. Naturalnie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przesłało swoje uwagi. Mamy nadzieję, że prezes NFZ przychyli się do nich i przywróci obligatoryjność sprawozdawania parametrów pozwalających ocenić jakość leczenia.

Czy można powiedzieć, że program KOS-zawał, o którym mówimy, można rozpatrywać jako przykład profilaktyki wtórnej chorób układu krążenia? My dużo mówimy o wzrastającej liczbie chorych z niewydolnością serca. Czy program ten ma szansę zmniejszyć tę liczbę pacjentów?

Zdecydowanie tak. Skuteczność kontroli tzw. czynników ryzyka (np. nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, cukrzycy) jest w Polsce niska. Wyniki badania POLASPIRE wskazują, że tylko 2,4 proc. pacjentów w rok po zawale serca ma dobrze kontrolowanych pięć głównych czynników ryzyka. Ponadto w 2017 r. jedynie co czwarty pacjent po zawale serca uczestniczył w rehabilitacji kardiologicznej. Zarówno skuteczna korekcja czynników ryzyka i rehabilitacja kardiologiczna, jak i optymalna farmakoterapia zapobiegają rozwojowi pozawałowej niewydolności serca. Właśnie świadomość nieoptymalnej wtórnej prewencji choroby niedokrwiennej serca, niewystarczającego dostępu do rehabilitacji kardiologicznej, a także utrudnionego i opóźnionego dostępu do poradni kardiologicznych (ale też do niektórych zabiegów kardiologicznych) legła u podstaw rozpoczęcia prac nad zmianą organizacji opieki nad pacjentami po zawale serca.

Jestem przekonany, że właśnie uwzględnienie programu rehabilitacji pacjenta po zawale serca, poprawa dostępności do kardiologa oraz ocena skuteczności leczenia w rok po, pozwoli m.in. na poprawę realizacji zasad wtórnej prewencji, co się przełoży na zmniejszenie ryzyka występowania zawałów serca, postępu choroby i zmniejszenie ryzyka rozwoju niewydolności serca. Ponadto, oczekujemy, że szeroka implementacja programu KOS-Zawał zmniejszy liczbę zgonów w pierwszych latach po zawale serca.

Czy widzi Pan korzyści z wprowadzenia tego programu, które mogłyby płynąć dla całego systemu zdrowia w Polsce?

Po pierwsze, oczekujemy, że KOS-Zawał zmniejszy liczbę niepotrzebnych hospitalizacji, w tym kolejnych zawałów serca, udarów mózgu czy epizodów dekompensacji układu krążenia, co zaowocuje oszczędnościami dla systemu ochrony zdrowia. Po drugie, w program KOS-zawał wszyte są „premie”, między innymi za powrót pacjenta do pracy (szpital leczący pacjenta z zawałem jest premiowany jeśli pacjent do 4. miesiący wróci na rynek pracy). Jestem przekonany, że również w ten sposób istotnie zmniejszamy koszty pośrednie związane z występowaniem zawałów serca. Po trzecie, ewaluacja programu pozwoli na ocenę efektywności płacenia za terminowość i kompleksowość udzielanych świadczeń, co wpłynie na kształt innych, wprowadzanych w Polsce programów opieki koordynowanej. Po czwarte, doświadczenia w zakresie efektów wprowadzenia nowoczesnej oceny jakości opieki medycznej, zaowocują, być może, analogicznymi inicjatywami w innych obszarach medycyny. Nie do przecenienia, szczególnie dla organizatorów opieki zdrowotnej w Polsce, jest poprawa opinii pacjentów i ich rodzin o systemie ochrony zdrowia.