

Kardiologia 2017+

Przygotowana jako propozycja środowiska kardiologów
przez prof. Dariusza Dudka z zespołem

Punkt widzenia lekarzy

Program Kardiologia 2017 +

- I. **Reforma w zakresie świadczeń medycznych w kardiologii powinna być rozdzielone na procedury ratujące życie i planowe:**
 - a. Procedury ratujące życie nie mogą być oceniane metodą podażyowo – popytową proponowaną przez MZ
 - b. Procedury ratujące życie są niedofinansowane z powodu braku odpowiedniego finansowania za Intensywną Terapię Kardiologiczną (ITK), niewydolność serca, urządzenia wspomagające pracę komór serca "sztuczne serca"
 - c. Wycena tych procedur w Polsce to zaledwie 25-50% ceny europejskiej w porównaniu do krajów sąsiadujących
 - d. Zabiegi ratujące życie – konieczny wzrost finansowania zgodnie z wyliczonymi kosztami i materiałami złożonymi do MZ i AOTM w dniu 6.06.2016

Program Kardiologia 2017 +

II. Reforma w zakresie świadczeń medycznych w kardiologii powinna być rozdzielone na procedury ratujące życie i planowe:

- a. **Procedury planowe** – zgadzamy się, iż powinny być przebudowane zgodnie z wieloma wnioskami składanymi przez kardiologów do AOTM/MZ w ostatnich latach
- b. Proponujemy **odejście od średnich wycen obowiązujących od 10-15 lat** i proponujemy wprowadzenie nowych procedur w oparciu o ewidencję naukową i kliniczną opartą o wskaźniki kosztowo efektywne na bazie polskich uwarunkowań (wiele wniosków złożono do AOTM/NFZ w ostatnich latach)
- c. **Zabiegi planowe - rzetelna przebudowa katalogu** obejmującego dodanie wykonywanych, a aktualnie w ogóle nie finansowanych procedur w kardiologii

Program Kardiologia 2017 +

III. Podstawą postępowania w kardiologii są publikacje naukowe, wytyczne, i podręczniki kardiologii:

- a. Raport NIK jest cenny, ale MZ i NFZ nie może wciągać wniosków iż promowane powinno być leczenie zachowawcze w zawale, ponieważ takie postępowanie uznawane jest za błąd sztuki przez każdy podręcznik kardiologii w Polsce i Europie w roku 2016
- b. Obowiązuje nas medycyna oparta na faktach medycznych (EBM, Evidence Based Medicine, ang)

Program Kardiologia 2017 +

IV. Konieczna eliminacja absurdów w wymogach kadrowo - sprzętowych MZ i NFZ, które nie podnoszą jakości leczenia a jedynie zwiększają koszty prowadzenia ośrodków medycznych

Realne oszczędności

Program Kardiologia 2017 +

V. Konieczny rozwój i finansowanie Intensywnej Terapii Kardiologicznej oraz programów leczenia niewydolności serca metodami farmakologicznymi oraz przy użyciu urządzeń wspomagających:

- a. Aktualnie wymogi w kardiologii większe niż dla intensywnej terapii (OAIT), a kompletnie zablokowane rozliczanie ciężkich pacjentów na salach R kardiologicznych (OINK)
- b. Konieczna rozbudowa programu Intensywnej Terapii Kardiologicznej (ITK)
- c. **Konieczny wzrost finansowania i rozwój oddziałów niewydolności serca. Tworzenie specjalistycznych jednostek.**

Koszty leczenia na intensywnej terapii na OINK z ciężką niewydolnością serca i zawałem serca

praktyka kliniczna a realia refundacji

Poniesiony koszt SCCS*	Refundacja NFZ wg JGP – punkty*	Refundacja NFZ wg JGP*	Potencjalna refundacja wg TISS – pkt*	Potencjalna refundacja wg TISS*
23 862 PLN	89,07 pkt	4 415 PLN	357,7 pkt	18 139 PLN

„strata” SCCS na pacjenta
19 447 PLN

rozliczenie wg TISS – rozliczenie wg JGP
= 13 724 PLN



* na pacjenta



Niewydolność serca – opinia PTK

- Wycena procedur związanych z ostrą niewydolnością serca jest dramatycznie niska

Mamy dwie drogi



Leczyć przy zastosowaniu
najnowocześniejszych technologii i leków
pogrążając finansowo swoje oddziały

Leczyć na ile pozwala wycena za punkt

Program Kardiologia 2017 +

VI. Konieczna opieka koordynowana, ale od początku leczenia zabiegowego zawału serca po dodatkowe procedury kardiologii inwazyjnej, elektroterapii, rehabilitacji, ambulatoria i sanatoria, ale z realną analizą składowych kosztów tej kompleksowej terapii

- Konieczna większa aktywność kardiologii we współpracy z AOTM/MZ/NFZ na rzecz profilaktyki pierwotnej, a nie tylko wtórnej

Program Kardiologia 2017 +

VII. Konieczna **aktualizacja katalogu leków refundowanych** w kardiologii (brak nowych leków od wielu lat)

Program Kardiologia 2017 +

VIII.

Przeszliśmy mądrze i z sukcesami dla Polski erę "stent dla życia,, ,
a teraz jesteśmy w **erze zabiegów hybrydowych z powodu chorób strukturalnych oraz wad serca "zastawka dla życia"**

- potrzebna dyskusja i optymalne opracowanie budżetu dla nowych potrzeb nowoczesnej kardiologii w zakresie zabiegów ratujących życie z powodu chorób serca poza naczyniami wieńcowymi
 - **zabiegi hybrydowe**

Program Kardiologia 2017 +

IX. Redukcja budżetu kardiologii nie pozwoli na realizację tych zadań

a. Budżet kardiologii musi zwiększyć się o 10-20% zgodnie ze wskaźnikami opracowanymi w mapach zdrowotnych w ostatnim roku

Program Kardiologia 2017 +

X.

Potrzebujemy mądrej medycyny, zdrowego społeczeństwa dla dalszego rozwoju Polski i wzrostu naszej pozycji w Europie

Program Kardiologia 2017 +

XI. Finansowanie – niezbędna poprawa, ale konieczna zmiana struktury opieki zdrowotnej

Addendum - PH

- Koszyk świadczeń podstawowych,
- Referencyjność, centralizacja niektórych procedur wysokospecjalistycznych ale także opieki ambulatoryjnej
- Zapełnienie „strukturalnej dziury” między opieką podstawową a szpitalami specjalistycznymi
- „Chory kardiologiczny +”, problem narastający
- AOS – koordynuje specjalistyczną opiekę, nie tylko przy dużych ośrodkach ale także jako byt samoistny w mniejszych miastach/wsiach (obecnie – dysproporcja kadry, niedostępna diagnostyka)