

*Christian A. Gericke^{1,2}, Reinhard Busse^{1,3}, Izabela Sakowska⁴,
Krzysztof Kuszewski^{4,5}, Agnieszka Maciąg^{4,5}*

PRÓBA WYŁĄCZENIA ŚWIADCZEŃ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ Z FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH – RACJONOWANIE W ŚWIETLE SUWERENNOŚCI PAŃSTWOWEJ I PRAWA EUROPEJSKIEGO

¹ Department of Health Care Management, Berlin University of Technology
Berlin, Germany

² Wykładowca studiów podyplomowych Farmakoeconomiki, Marketingu i Prawa
Farmaceutycznego, Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej, Warszawa

³ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium

⁴ Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa,
Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

⁵ Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zasadą polityki zdrowotnej jest równy dostęp do świadczeń. Jedną z procedur ratujących życie jest przeszskórna angioplastyka wykonywana po koronarografii. Wprowadzenie odpłatności za to badanie i zabieg utrudniałoby dostęp do nich osobom o niskim statusie ekonomicznym. Należy przypomnieć, że w ramach Unii Europejskiej Polacy mogliby korzystać z tych świadczeń w innych krajach członkowskich i zgodnie z orzeczeniem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości koszty musiałyby być refundowane.

Słowa kluczowe: przeszskórna angioplastyka wieńcowa, koronarografia, koszty procedur medycznych, dostęp do świadczeń

Key words: percutaneous transluminal angioplasty, coronary angiography, costs of medical procedures, accessibility of medical services

WSTĘP

Nick Watson w artykule opublikowanym w „Lancecie” w 2004 roku opisuje wdrożone w Polsce reformy oraz dyskutowane przy tej okazji zagadnienia (1). Autor podaje, że zgodnie z propozycjami wysuniętymi przez zastępcę premiera oraz p.o. ministra zdrowia *Jerzego Hausnera* zabiegi kardiologii inwazyjnej mogłyby być wyłączone ze świadczeń opłacanych ze środków publicznych. Chociaż przykład użyty przez profesora *Hausnera* w czasie

dyskusji nie wytrzymał nacisku politycznego, warto się zastanowić nad tym problemem, ponieważ w interesujący sposób ukazuje fakt, że wysocy decydenci polityczni w nowych krajach członkowskich Unii Europejskiej jeszcze nie w pełni rozumieją wpływ prawa unijnego na suwerenność państwową w systemie ochrony zdrowia. W rzeczywistości, niezależnie od negatywnego wpływu na długość życia Polaków i równość dostępu do świadczeń, sugestia wyłączenia świadczeń kardiologii inwazyjnej stoi w sprzeczności z orzeczeniem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dotyczącym dostępności świadczeń zdrowotnych w krajach członkowskich UE.

KONSEKWENCJE WPROWADZENIA ODPLATNOŚCI ZA ZABIEGI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ W POLSCE

Szczególnie warto zwrócić uwagę na orzeczenie w sprawie pana *Peerbooms*, holenderskiego obywatela, który zapadł w śpiączkę w wyniku wypadku drogowego i był leczony specjalistycznymi technikami kardiologii inwazyjnej w Austrii. Holenderska kasa ubezpieczenia chorobowego, w której był ubezpieczony pan *Peerbooms*, odmówiła zwrotu kosztów leczenia (2). W sprawie pana *Peerbooms*, sąd zauważył, że kraje członkowskie mają swobodę organizowania swojego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, niemniej muszą one przestrzegać prawa wspólnotowego, a w szczególności zasady wolnego przepływu usług. Czynności medyczne, nawet biorąc pod uwagę szczególny charakter rozważanych świadczeń, włączając w to korzyści w naturze, za które płaci kasa ubezpieczeniowa, w której ubezpieczona jest rozpatrywana osoba, należą do zakresu wolności świadczenia usług medycznych (3). Sąd postawił dwa warunki, których spełnienie implikuje obowiązek pokrycia kosztów świadczeń medycznych dostarczonych w innym kraju członkowskim. Pierwszy warunek dotyczy sposobu leczenia i stanowi, że regulacja ta obejmuje tylko te metody leczenia, które zostały wystarczająco przebadane i przetestowane przez światową naukę medyczną, i co do których udowodniono, że są efektywne. Drugi warunek dotyczy konieczności zastosowania proponowanego leczenia w przypadku indywidualnego pacjenta. Ten wymóg oznacza, że jeżeli ubezpieczona osoba jest leczona w zagranicznej placówce odpowiednio do swojego stanu zdrowia, to można odmówić zwrotu kosztów tylko wtedy, jeżeli pacjent mógł otrzymać takie samo lub tak samo skuteczne leczenie, bez zbędnego opóźnienia w placówce, z którą firma ubezpieczeniowa podpisała umowę. Wymaganie wcześniejszej zgody zostało uznane za przeszkodę w swobodnym przepływie pacjentów (2). Zastosowanie tych regulacji do polskiej sytuacji oznacza, że polscy obywatele ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia, którzy zgodnie ze światową wiedzą medyczną wymagają świadczenia kardiologii inwazyjnej lub każdej innej uznanej za efektywną procedury, są uprawnieni do zwrotu kosztów tego leczenia, nawet jeżeli zostało ono przeprowadzone w innym kraju członkowskim, np. w sąsiednich Niemczech, które posiadają nadwyżkę zdolności świadczenia usług kardiologii inwazyjnej. Skutki, jakie niesie za sobą to orzeczenie, są następujące: nowe kraje członkowskie muszą sobie uświadomić, że opieka zdrowotna nie jest już przedmiotem pełnej suwerenności państwowej – fakt, z którym ciągle borykają się prawodawcy i menedżerowie służby zdrowia w piętnastu krajach przedakcesyjnej UE.

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA W POLSCE A PROCEDURY KARDIOLOGII INWAZYJNEJ

Główną rolę wśród chorób układu krążenia w Polsce odgrywają: choroba niedokrwienna serca, w tym ostry zawał serca (w 2000 r. 55,6 tys. zgonów, w tym zawał 29,2 tys., a więc odpowiednio 32% i 17% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (41,4 tys. zgonów, 24% całej grupy), inne choroby serca (33,8% tys. zgonów, 19%) oraz miażdżyca (30,2 tys. zgonów, 17%). Dla wszystkich tych przyczyn, z wyjątkiem innych chorób serca, liczba zgonów w 2000 r. zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego (4). W Polsce średnia oczekiwana długość życia w roku 2003 wynosiła 78, 9 roku dla kobiet i 70,5 dla mężczyzn (5).

Wprowadzenie procedur kardiologii inwazyjnej a także rozwój kardiochirurgii, szczególnie w systemie ratowania życia w przypadku zawału mięśnia sercowego, miało w Polsce istotne znaczenie. Obecnie, decyzja o wyborze metody rewaskularyzacji w grupie chorych z chorobą niedokrwienną serca jest coraz częściej dyskutowana przez kardiologów oraz kardiochirurgów. Dzieje się to głównie za sprawą dynamicznego rozwoju kardiologii inwazyjnej. Jeszcze kilka lat temu, w sytuacji, kiedy u pacjenta stwierdzono chorobę wieńczeniową, leczenie chirurgiczne było leczeniem z wyboru, zaś obecnie dzięki rozwojowi kardiologii inwazyjnej, coraz częściej wykonywanym zabiegom angioplastyki, PTCA wykonywane jest także u chorych z dwu- lub trzynaczyniową chorobą tętnic wieńcowych. Dodatkowo, ogromny postęp dokonał się w technologii produkcji stentów, zwłaszcza dzięki wprowadzeniu stentów rapamycynowych. Tzw. stent rapamycynowy pokryty jest antybiotykami mającym działanie cytostatyczne, uwalniającym się do tkanek otaczających, nie niszczy komórek tkanki łącznej, ale spowalnia proces ich rozmnażania, jednocześnie przeciwdziałając restenozie. „Wprowadzenie stentów w znacznym stopniu przyczyniło się do rozwiązania problemu odwarstwienia części naczyń wieńcowych, stosunkowo częstych przed erą stentów” (6). W przypadku, gdy wykonanie pomostów aortalno-wieńcowych obarczone jest dość wysokim ryzykiem powikłań, zastosowanie przeskornej rewaskularyzacji mięśnia sercowego stanowi logiczną alternatywę dla kolejnego zabiegu kardiologicznego, a dynamiczny rozwój technik PCI powoduje, że metoda ta staje się wiodącym sposobem leczenia tych chorych (7). Jednakże pomimo wskazań medycznych, jest to bardzo kosztowna metoda leczenia.

CZĘSTOŚĆ WYKONYWANIA KORONAROGRAFII I ANGIOPLASTYKI W POLSCE

W Polsce opracowane zostały standardowe procedury postępowania w przypadku zaostrożenia choroby wieńcowej, w tym również zawałów. Obecnie prowadzone jest wielośrodkowe badanie dotyczące kosztów procedur kardiologicznych. Nadrzędnym celem prowadzonych badań jest: ustalenie standardowego postępowania lekarskiego w chorobie wieńcowej, określenie metodologii liczenia kosztów oraz pełna wycena kosztów procedury kardiologicznej, dotyczącej leczenia zawału mięśnia sercowego. Analizowana procedura kardiologiczna obejmuje trzy etapy leczenia zawału mięśnia sercowego: leczenie podstawowe (ASA, statyna, b-bloker, inhibitory ACE), leczenie fibrynolityczne/trombolityczne oraz leczenie inwazyjne (koronarografia oraz pierwotna angioplastyka wieńcowa).

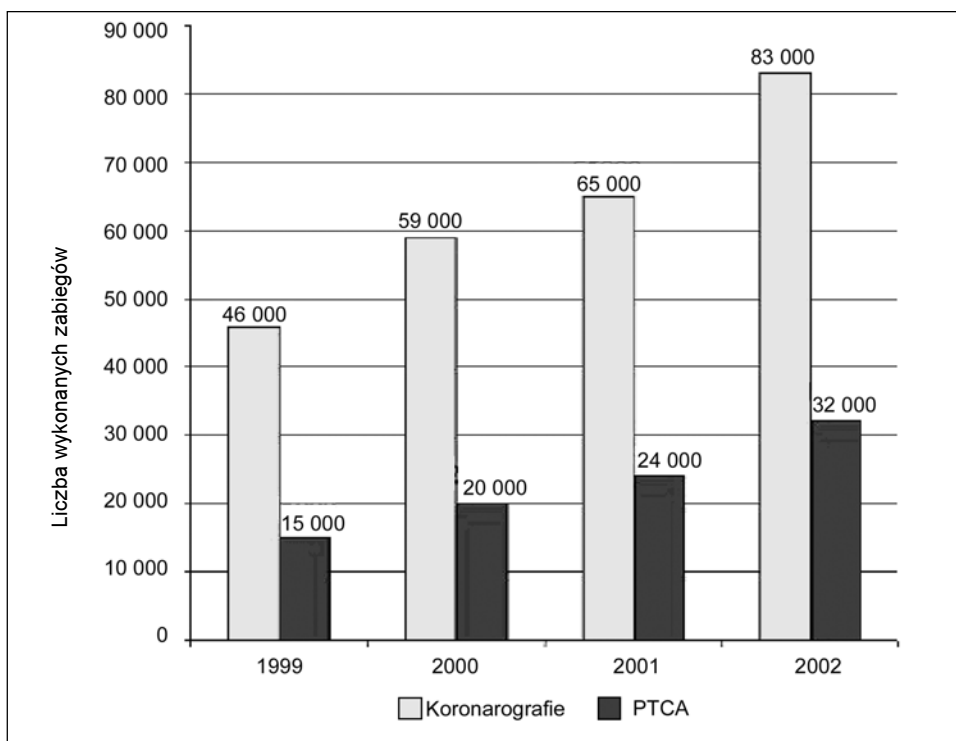
W Polsce istnieją „wolne moce przerobowe” w kardiologii zabiegowej, a ograniczeniem ich stosowania są środki, jakie NFZ może przeznaczyć na kontrakty w tej dziedzinie.

Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji, obywatelom zapewnia się równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W tej sytuacji próba wyłączenia kosztownych procedur z finansowania ze środków publicznych powoduje naruszenie zasady równego dostępu, gdyż wyklucza osoby ubogie.

Na tym tle, nie biorąc pod uwagę dyskusji politycznych, warto pokazać problem rozwoju diagnostyki i angioplastyki w ostatnim pięcioleciu w Polsce.

Na stronie internetowej konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, zamieszczono zestawienie (ryc. 1) wskazujące na przyrost liczby wykonywanych koronarografii i angioplastyki w latach 1999-2002.

O ile ogólna liczba koronarografii w Polsce uległa niemal podwojeniu, a wskaźnik wyniósł w 2001 roku 1,49 na 1000 mieszkańców, to przyrost ten dotyczył poszczególnych województw w stopniu nierównomiernym. Wskaźnik badań na 1000 mieszkańców wynosił bowiem od 2,23 dla województw mazowieckiego i zachodniopomorskiego do 0,12 dla województwa podkarpackiego. Oznacza to 20-krotną różnicę w dostępności do badań.



Ryc. 1. Liczba wykonanych w Polsce koronarografii i angioplastyki w latach 1999-2002

Fig. 1. The number of coronarographies and angioplasties in Poland performed in years 1999-2002

Źródło: Internetowa strona informacyjna konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii

<http://www.amwaw.edu.pl/kkk/ptca.htm>

Podobnie liczba zabiegów angioplastyki, której wskaźnik wyniósł w 2001 r. ogółem 0,52/tys. była zróżnicowana od 0,99 w województwie mazowieckim do 0,03 w województwie podkarpackim.

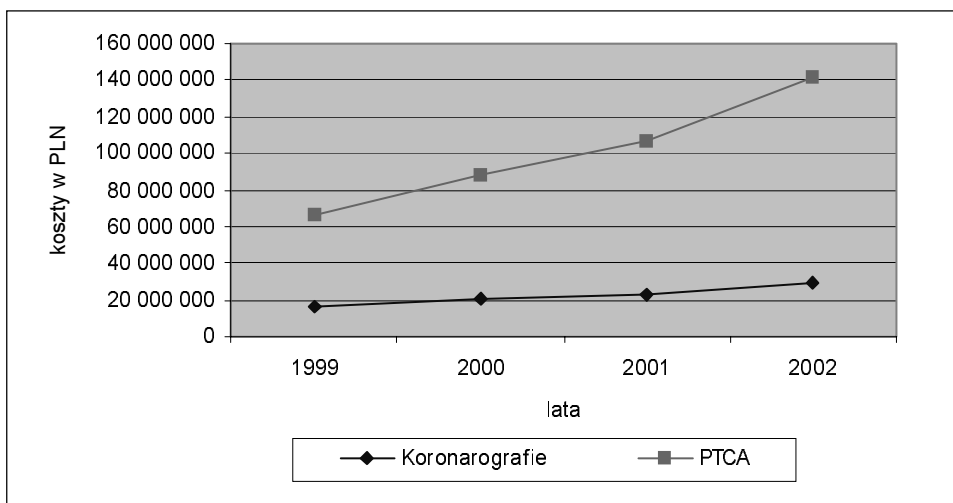
Według raportu o stanie opieki kardiologicznej w Polsce z roku 2004, który został przedstawiony w trakcie Jubileuszowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, mimo rozwoju tej dziedziny, problemem pozostaje finansowanie procedur, programów lekowych, nadzoru i jakości świadczeń. Przedstawiono między innymi:

- liczbę kardiologów w poszczególnych województwach,
- liczbę oddziałów o I, II i III stopniu referencyjności (www.ptkardio.pl),
- liczbę koronarografii i zabiegów angioplastyki wieńcowej w 2003 roku.

Z raportu wynika, że w Polsce w 2004 roku działało 1378 specjalistów w dziedzinie kardiologii, czyli w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców ok. 0,36. Podobnie jak podano wyżej, istnieje znaczne zróżnicowanie terytorialne. Wskaźnik waha się w granicach od 0,69 w województwie mazowieckim do 0,17 w województwie podkarpackim.

Łączna liczba oddziałów zajmujących się leczeniem schorzeń kardiologicznych wynosi 210, z tego ok. 60% to oddziały najniższego szczebla referencyjnego.

Liczba koronarografii i zabiegów angioplastyki wg omawianego raportu wyniosła w 2003 r. w całej Polsce 105 479 koronarografii (2,76/1tys.) i 48 152 zabiegów angioplastyki (1,26/1tys.) i nadal była zróżnicowana terytorialnie.



Ryc. 2. Koszty wykonanych w Polsce koronarografii i angioplastyki w latach 1999-2002

Fig. 2. Total cost of coronarographies and angioplasties performed in years 1999-2002

Źródło: Wieloośrodkowe badanie oceny kosztów leczenia zawału mięśnia sercowego, pilotaż – ocena kosztów realizacji procedur inwazyjnych. W badaniu nie został przeprowadzony zabieg dyskontowania kosztów, przez co uzyskane dane mogą w niewielkim stopniu różnić się od rzeczywistych kosztów w latach 1999-2002; w ocenie kosztów PTCA uwzględniono zarówno angioplastykę z implantacją stentu oraz balonu. Opracowanie: Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa. Państwowy Zakład Higieny. Badanie kosztów leczenia ostrej choroby wieńcowej będzie kontynuowane.

KOSZTY STOSOWANIA KARDIOLOGII INWAZYJNEJ W POLSCE

Równocześnie ze wzrostem wykonywanych koronarografii i angioplastyki wzrastały koszty tych zabiegów. Jak wynika z pierwszych uśrednionych wyników badania pilotażowego, dotyczącego oceny kosztów leczenia zawału mięśnia sercowego, średni koszt koronarografii to 348,31 zł, zaś pierwotnej angioplastyki 4430,54 zł. Nie jest to jednak koszt całkowity. W badaniu nie uwzględniono kosztów stałych, które w istocie zwiększyłyby tę sumę. W ujęciu retrospektywnym, przy wykorzystaniu danych dotyczących liczby wykonywanych zabiegów inwazyjnych w latach 1999-2002, otrzymamy stały wzrost wydatków na leczenie w tym zakresie (ryc. 2).

Wnioski płynące z obowiązującego prawa europejskiego i polskiej Konstytucji nakazują działania na rzecz równego dostępu do nowoczesnych technologii medycznych, szczególnie do technologii ratujących życie, a do takich należy angioplastyka i związana ściśle z nią koronarografia. Należy mieć nadzieję, że organizacja i finansowanie systemu szybkiej diagnostyki i leczenia ostrej choroby wieńcowej, w tym zawałów mięśnia sercowego, będzie nadal decydowało o zmniejszeniu umieralności z tej przyczyny, a również spowoduje obniżenie kosztów medycznych i społecznych w stosunku do okresu sprzed powszechnego wprowadzenia omawianych technologii.

Ch A Gericke^{1,2}, R Busse^{1,3}, I Sakowska⁴, K Kuszewski^{4,5}, A Maciąg^{4,5}

ATTEMPT TO EXCLUDE INVASIVE CARDIOLOGY SERVICES IN POLAND
– RATIONING, NATIONAL SOVEREIGNTY AND EUROPEAN UNION LAW

SUMMARY

One of the guiding principles of health policy in many European countries is equitable access to health care services. One of the life saving procedures is percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) performed after coronary angiography. Introducing payment for these procedures would limit access for low-income patients. Fortunately, despite political debate, invasive cardiology develops well in Poland. It is important to notice that within the European Union Polish citizens would be able to receive this treatment in other member states and, according to a European Court of Justice ruling, the costs would have to be reimbursed by the National Health Fund. The wider implication is that the 10 new EU member states now have to realise that health care is no longer a matter of national sovereignty – a fact legislators and health care managers in the 15 member states of the pre-accession EU are still struggling with.

PIŚMIENNICTWO

1. Watson N. Poland's broken promises. *Lancet* 2004;364:235-238.
2. Mossialos E. McKee M. Is a European healthcare policy emerging? *BMJ* 2001;323:248.
3. Busse R, Wismar M. Scenarios on the development of consumer choice for healthcare services. W: Busse R, Wismar M, Berman P, eds. *The European Union and Health Services*. Amsterdam: Berlin; Oxford: IOS Press, 2002:249-258.

4. Koczyński J. Cel operacyjny nr 14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca. W: Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; Państwowy Zakład Higieny: 2004;145.
5. Wojtyniak B. Wybrane aspekty sytuacji demograficznej. W: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, red. B. Wojtyniak, P. Goryński. Warszawa: Państwowy Zakład Higieny, 2003;1-8.
6. Swanton RH. Kardiologia praktyczna. Bielsko-Biała: α -Medica press, 1998, s. 219.
7. Jones EL, Douglas JS, Gruentzing A, i wsp. Percutaneous saphenous vein angioplasty to avoid reoperative bypass surgery. *Ann Thorac Surg* 1983;4:389-395.

Otrzymano: 15.02.2006 r.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krzysztof Kuszewski
Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel.: (0-22) 54 21 245
e-mail: kkuszewski@pzh.gov.pl