



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 10/2010 o projekcie programu zdrowotnego
„Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do
Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego
na lata 2010–2012 [REDACTED]”
realizowanym przez [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej nr 10/2010 z dnia [REDACTED] przedstawiam opinię dotyczącą projektu programu zdrowotnego „Narodowy Program wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010-2014 [REDACTED]”:

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych wydaje pozytywną opinię na temat projektu programu zdrowotnego „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010–2012 [REDACTED]”. Dotyczy on istotnego problemu zdrowotnego, jednakże istnieje wiele zastrzeżeń co do jego realizacji:

Zasadnicze wady programu to:

- objęcie finansowaniem technologii eksperymentalnych, o nieudokumentowanym znaczeniu dla zdrowia populacji (pracownie hybrydowe);
- nieproporcjonalnie małe, mniejsze niż w poprzednich latach środki finansowe przeznaczone na profilaktykę;
- całkowite zaniedbanie profilaktyki wtórnej, której skuteczność jest dobrze znana;
- brak kryteriów monitorowania efektywności programu;
- brak odniesienia programu do wyrównywania różnic w wyposażeniu ośrodków, w oparciu o rozpoznane potrzeby.

Ocena projektu programu [REDACTED] 2010-2012 oparta została na podstawie uzyskanych stanowisk eksperckich, odstępując od oceny na zasadach HTA z uwagi na wielowątkowość (od promocji zdrowia do prewencji wtórnej) i problematykę, dotyczącą więcej niż jednej dziedziny medycyny, a także fakt, iż zdecydowana większość działań, podejmowanych w ramach programu dotyczy zakupu wysokospecjalistycznego sprzętu. Nie wszyscy eksperci poproszeni o zaopiniowanie programu dostarczyli do Agencji Oceny Technologii Medycznych papierową wersję podpisanego przez siebie stanowiska oraz Deklaracji Konflikty Interesów.



Umieralność na choroby układu krążenia w Polsce rosła systematycznie od 1960 r. przez kilka dziesięcioleci. Między rokiem 1960 a 1991 wskaźnik zgonów z tej przyczyny zwiększył się prawie dwukrotnie i towarzyszyło mu zwiększenie umieralności ogólnej. Wysoce znamienne jest zatem, że w latach 1992-2003 wystąpił ponad 30% spadek umieralności na choroby układu krążenia. Obserwacja ta jest potwierdzona we wspólnym raporcie Biura Regionalnego WHO dla Europy i Komisji Europejskiej. Mimo tej poprawy, umieralność na choroby układu krążenia jest w Polsce nadal wyższa niż średnio w krajach „starej” UE.

Choroby serca i naczyń są najczęstszą przyczyną zgonów i jednym z najczęstszych powodów inwalidztwa w naszym kraju. W roku 2005 zmarło w Polsce 368,3 tys. osób, z czego 168,3 tys. z powodu chorób układu krążenia, co stanowiło 45,7% wszystkich zgonów. Współczynnik umieralności w roku 2005 wyniósł 965,1 osób w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (mężczyźni 1065,9/100 tys., kobiety 870,5/100 tys.), a w 2006 roku 969,5 osób (mężczyźni 1075,6/100 tys., kobiety 870,2/100 tys.). W roku 2006 zmarło w Polsce z przyczyn chorób układu krążenia 168 532 osób, a w 2007 roku 171 372 osób.

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie zagrożenia życia chorobami układu krążenia ogółem. W 2006 r. było ono najmniejsze w woj. mazowieckim, a największe w woj. śląskim (większe o 1/4). Należy podkreślić, że mieszkańcy woj. śląskiego i łódzkiego są bardziej zagrożeni chorobami układu krążenia niż mieszkańcy innych województw w całym okresie po 1991 r. W latach 1999-2006 umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejszyła się najbardziej w woj. podkarpackim i mazowieckim (o 1/4), a najmniejsza poprawa nastąpiła w woj. podlaskim (spadek o 8%), gdzie w 2006 r. odnotowano wzrost umieralności w stosunku do roku poprzedniego.

Spśród wszystkich nadesłanych stanowisk niemal wszyscy eksperci wypowiedzieli się pozytywnie lub bardzo pozytywnie odnośnie priorytetów przyjętych przez autorów programu, proporcji w podziale środków, uwzględnienia doświadczeń z jego poprzednich edycji oraz zasadności dalszego kontynuowania programu.

Podejmowane od 2003 roku działania w ramach Programu [REDAKTOWANO] poprawiły w Polsce w sposób istotny dostępność do nowoczesnych metod leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego. W zakresie kardiologii istotnie zwiększyła się liczba zabiegów chirurgicznych wykonywanych w obrębie naczyń wieńcowych, istotnie wzrosła liczba pracowni hemodynamicznych. W zakresie neurologii 6-krotnie wzrosła liczba Oddziałów Udarowych z 21 w 2002 roku do 136 w 2009 roku. Jednakże, tylko 109 pracowni spełnia wymagane kryteria w zakresie aparatury. Celem poprawy rokowania w odniesieniu do chorych z niedokrwiennym udarem mózgu wprowadzono w całym kraju nowoczesną metodę leczenia – trombolizę stosowaną w pierwszych godzinach udaru oraz nowoczesne metody kompleksowej rehabilitacji w fazie podostrej i przewlekłej. Badania epidemiologiczne zdecydowanie pokazują pozytywne wyniki realizacji Programu [REDAKTOWANO] w latach 2003-2009. Śmiertelność spowodowana zawałem serca i udarem mózgu w regionach, gdzie została dobrze zorganizowana sieć pracowni hemodynamicznych czy też Oddziałów Udarowych zmniejszyła się istotnie.

Jak wynika z Ogólnopolskiego Rejestru Udarów Mózgu, 60% chorych leczonych jest w Oddziałach Udarowych. Poprawa możliwości diagnostycznych i terapeutycznych spowodowała istotną poprawę rokowania. W wielu rejonach kraju wskaźniki śmiertelności uległy znacznemu obniżeniu. W zakresie udarów mózgu, analiza porównawcza prospektywnych badań epidemiologicznych, prowadzonych w latach 1991-1993 oraz w 2004 roku, w obrębie tych samych dzielnic Warszawy, wykazała istotny statystycznie spadek

umieralności, zarówno w ciągu pierwszych 30 dni jak i w ciągu pierwszego roku od wystąpienia objawów udaru. Poprawę rokowania w grupie chorych z udarem mogła być efektem Programu [REDAKTOWANE].

Przedstawiony program, po niewielkich modyfikacjach, pozwoli na umocnienie wielu pozytywnych efektów uzyskanych w latach 2003-2008. Bez wsparcia sprzętowego, efekty realizacji programu [REDAKTOWANE] w latach ubiegłych zostaną zaprzepaszczone. Tytuł Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego sugeruje, że takie dysproporcje są powszechne, brak jednak na to dowodów. Istotnym, pominiętym w opracowaniu, elementem programu są rejestry najważniejszych chorób układu sercowo-naczyniowego, które powinny być kontynuowane.

W projekcie całkowicie brakuje danych kto i jakie środki otrzymał w poprzednich edycjach [REDAKTOWANE] oraz, w jakim zakresie przyznane fundusze przyczyniły się do wyrównywania różnic terytorialnych np. województw ściany wschodniej.

Projekty kolejnych edycji są bardzo kompetentnie przygotowane, a właściwe proporcje finansowania poszczególnych dziedzin dają szansę na harmonijny ich rozwój. Uwzględnienie potrzeb, zarówno wiodących ośrodków specjalistycznych, zapewniających postęp, jak i ośrodków o niższej referencyjności, ale szerokim zasięgu działań, decyduje o możliwości niwelowania różnic w dostępności nowoczesnych technik terapii kardiologicznej. Bez preferencji dla prężnych ośrodków uboższych województw, o ograniczonym dostępie środków finansowych z innych źródeł, usunięcie tych różnic nie jest realne.

Choć odsetkowy udział funduszy przeznaczonych na zakupy majątkowe wzrasta w kolejnych edycjach programu (od 70% w etapie 2003-2005 do 91% w najnowszej edycji), jednak jest on coraz niższy kwotowo ze względu na coraz niższy budżet programu.

Niepokój musi budzić stopniowe zmniejszanie proporcji środków przeznaczanych na zadania bieżące, w tym na profilaktykę i prace analityczne (w latach 2003-2005 30%, w latach 2006-2008 25%, w roku 2009 23 %, lata 2010-2012 tylko 9%).

Działania medialno-edukacyjne podejmowane były w ramach programu z dużym sukcesem już w poprzednich latach. Z doświadczeń polskich w tym zakresie, zdobytych np. przy realizacji programu [REDAKTOWANE]-Media, korzystają obecnie inne kraje europejskie. Warto więc kontynuować tego typu działania, ale by zwiększyć ich skuteczność wskazane byłoby realizowanie mniejszych, ale bardziej szczegółowych, ukierunkowanych na konkretne populacje działań.

Dodatkowo eksperci zwrócili uwagę na następujące elementy:

- zgodnie z wnioskami z poprzedniej edycji programu, konieczne jest podejmowanie wielokierunkowych działań z zakresu prewencji. Autorzy programu na lata 2010-2012 ograniczyli natomiast te działania do jednego zadania;
- jak wynika z obserwacji z poprzedniej edycji programu [REDAKTOWANE], konieczne jest stałe monitorowanie efektów podejmowanych działań. Rezygnacja ze stałego monitorowania może skutkować zaprzepaszczeniem dotychczas uzyskanych wyników;
- konieczna jest kontynuacja najważniejszych rejestrów;

-
- środki, jakie zostały zaplanowane na realizację poszczególnych zadań są niewystarczające;
 - poprawa dostępności do nowoczesnych terapii kardiologicznych dotyczy nie tylko zróżnicowanego uzupełnienia ośrodków kardiologicznych wysokospecjalistycznych i podstawowych w nowoczesną aparaturę, ale również szkolenie specjalistyczne zespołów oraz skoordynowania tych działań z NFZ i AOTM. W projekcie programu skoncentrowano się jedynie na zakupie sprzętu, kładąc nacisk na ośrodki szczebla podstawowego;
 - zniwelowanie dysproporcji w dostępie pacjentów do nowoczesnych terapii kardiologicznych jest procesem długotrwałym i trudnym;
 - działalność prewencyjna ma charakter długoterminowy i trudno będzie ocenić efektywność zainwestowanych środków;
 - program powinien być uzupełniony o programy prewencyjne, które zostały przygotowane i rekomendowane przez grupę prewencji programu ██████████;
 - planowane zadania należy uzupełnić o programy sprzętowe i szkoleniowe, mające na celu poprawę jakości postępowania;
 - wątpliwości budzi finansowanie utworzenia kolejnych czterech sal terapii hybrydowej. Dotychczasowe nakłady na kardiologię interwencyjną sprawiły, że jest ona dziedziną wyjątkowo dobrze w Polsce doposażoną;
 - jeśli w salach hybrydowych mają być prócz procedur kardiologii interwencyjnej wykonywane zabiegi kardiochirurgiczne, to muszą one spełniać standardy sal operacyjnych. W związku z tym, powinni nimi wspólnie zarządzać kardiochirurdzy i kardiolog/angiolog, a środki na ich wyposażenie pochodzić z funduszy przeznaczonych na kardiologię i kardiochirurgię, a nie tylko z puli kardiologicznej;
 - wyposażenie dotychczasowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej lub tworzenie nowych ze środków programu ██████████ niewiele zmieni, jeśli stawki NFZ nie będą pokrywały kosztów rehabilitacji, lub zbyt niskie kontrakty ograniczą pełne wykorzystanie działających już placówek;
 - program w niedostatecznym stopniu uwzględnia różnice regionalne, w tym potrzeby tzw. ściany wschodniej, gdzie braki aparaturowe są znacznie bardziej dotkliwe, a potrzeby zdecydowanie większe;
 - dotychczas prowadzone rejestry powinny być kontynuowane. Nacisk należy położyć na nowe czy też długoterminową/wieloośrodkową ocenę różnych metod diagnostyki i terapii;
 - program, w proponowanej formie tylko w niewielkim stopniu realizuje podstawowe założenia, polegające na wyrównaniu istniejących w kraju różnic w dostępie do wysokospecjalistycznych świadczeń w zakresie kardiologii. Nadal te różnice są i będą się pogłębiały;

-
- na terenie Polski jest ok. 110 pracowni hemodynamiki, z których większość pełni przez 7 dni w tygodniu całodobowe dyżury kardiologiczne. W tym zakresie „wyrównywanie dostępu” jest niepotrzebne;
 - zasadnym wydaje się zakup echokardiografów, narzędzia ułatwiającego diagnostykę niewydolności serca, choć nie wiadomo, jak przekłada się zakup nowych aparatów echokardiograficznych na jakość opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Aktualne budżety szpitali finansowanych przez NFZ uniemożliwiają wymianę sprzętu echokardiograficznego, przy jego awarii;
 - należy pamiętać o tym, że część diagnostyki echokardiograficznej niewydolności serca będzie mogła zostać zrealizowana za pomocą przenośnych echokardiografów;
 - kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest w Polsce zbyt rzadko wykonywana i co najważniejsze realizowana wyłącznie w trybie stacjonarnym. Tymczasem porównywalne wyniki osiąga się stosując rehabilitację domową/ambulatoryjną, wielokrotnie tańszą i możliwą do realizowania nawet przez kilka lat. W dobie powszechnie stosowanej terapii inwazyjnej w ozw (ostre zespoły wieńcowe), pozwalającej na dokładne określenie zagrożeń dla chorego, preferowana powinna być rehabilitacja ambulatoryjna. Planowane zakupy sprzętu powinny być przede wszystkim kierowane właśnie do tych ośrodków. Rehabilitacja stacjonarna powinna być preferowana dla chorych po udarach mózgu; świadczenie to powinno być dostępne 24/7, czyli przez wszystkie dni tygodnia i całą dobę;
 - program ██████ powinien uwzględnić duży niedobór pracowni elektroterapii w kraju .Dodatkowe zakupy sprzętu do elektroterapii są w pełni uzasadnione, natomiast niektóre ośrodki nie wykorzystują swoich możliwości nie ze względu na brak sprzętu ale z powodu niedostatecznego finansowania przez NFZ;
 - należałoby rozważyć zwiększenie środków na realizację programów profilaktycznych i promocyjnych. Szczególnie na poprawę stosowania się chorych do zaleceń lekarskich (tzw. compliance) w ramach wtórnej prewencji po roku leczenia (od 60-80% pacjentów przestaje stosować leki);
 - w programie nie przewidziano środków na monitorowanie;
 - planowane zakupy dla potrzeb nadciśnienia tętniczego wymagają uzasadnienia w aspekcie korzyści dla zdrowia publicznego ew. niwelowania różnic przewidzianych w programie środków na monitorowanie sytuacji epidemiologicznej oraz na edukację w zakresie nowoczesnych metod leczenia, w tym wprowadzenie inwazyjnych metod leczenia w ostrej fazie udaru;
 - powinny zostać wydzielone środki na programy edukacyjne przeznaczone na szkolenie lekarzy i fizjoterapeutów w zakresie nowoczesnych metod postępowania;
 - wnioski wynikające z realizacji trzech wcześniejszych edycji programu ██████, mogą wskazywać na zbyt mało miejsca poświęconego neurologii;
 - w kraju nadal brakuje ok. 15-18 Oddziałów Udarowych, ponadto wiele Oddziałów Udarowych, zwłaszcza tych funkcjonujących od wielu lat wymaga wymiany sprzętu, konieczne jest również prowadzenie stałego monitorowania wskaźników

hospitalizacji, stosowanych metod diagnostycznych i terapii oraz szkolenia w zakresie nowoczesnych metod postępowania;

- duże kwoty przewidywane są na rozwój kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej, natomiast musi za tym nadążać zwiększenie kadry specjalistów, a tych jest zdecydowanie zbyt mało;
- planowane zadania należy uzupełnić o programy sprzętowe i szkoleniowe, mające na celu poprawę jakości postępowania.