

Vážená pani kolegyňa,

na úvod si dovoľm poznamenať, že o týchto problémoch som sa dozvedel po prvý krát na XII. kongrese Slovenskej kardiologickej spoločnosti v októbri 2007, a to na jeho poslednej sekcii venovanej problematike farmakoekonomiky.

Nie som členom kategorizačnej rady, takže k príčinám, prečo tieto problémy pretrvávajú, sa neviem exaktne vyjadriť, ale predpokladám, že ide predovšetkým o ekonomické dôvody. Ako hlavný odborník MZ SR pre odbor kardiológie som opakovane (jeden krát spoločne aj s predsedami viacerých odborných spoločností – Slovenská kardiologická spoločnosť, Slovenská internistická spoločnosť, PS pre prevenciu a rehabilitáciu, Lipidologická sekcia diabetologickej spoločnosti, Asociácia aterosklerózy) písal Kategorizačnej komisii stanovisko so žiadosťou o zrušenie týchto „arteficiálnych slovenských cieľových hodnôt LDL cholesterolu u niektorých vysoko účinných statínov“, doposiaľ, žiaľ, bez väčšieho efektu. Jediným pozitívom je, že tieto obmedzenia už neplatia pre viaceré generické statíny, čo je aspoň nejaký pokrok.

Uvedené obmedzenia a najmä konkrétne kroky niektorých zdravotných poisťovní vedú evidentne k znižovaniu „ochoty, motivácie“ lekára lepšie liečiť. Vo Veľkej Británii lekári, ktorí dosahujú cieľové hodnoty, sú hodnotení mimoriadne zaujímavým finančným bonusom, teda sú skutočne reálne „motivovaní“ lepšie liečiť. Je paradoxom a nepochopením konať na Slovensku takto kontraproduktívne, čo je možno z krátkodobého hľadiska finančne výhodné, ale iste nie pri perspektívnom uvažovaní v dlhodobom horizonte.

Všetkým je veľmi dobre známe, že Slovensko sa z hľadiska mortality na KV ochorenia zaraďuje na absolútny koniec vyspelej Európy. Za nami sú iba štáty, ako je Rumunsko, Bulharsko a krajiny bývalého Sovietskeho zväzu. Vieme aj to, že dyslipidémia, hypertenzia a fajčenie sú najsilnejšími nezávislými rizikovými faktormi KV mortality. Toto silné trio je, žiaľ, na Slovensku veľmi, veľmi slabo kontrolované. Až 50 % osôb s hypertenziou na Slovensku nie je vôbec liečených (projekt CINDY a MONIKA z rokov 2002 a 2003)!!! Príliš veľké percento chorých na KV ochorenia na Slovensku stále nedosahuje cieľové hodnoty lipidov. Vyše 50 % „zdravých osôb“ vo veku do 65 rokov má zvýšené hodnoty celkového cholesterolu (CINDY 2003), pričom takmer 90 % všetkých občanov Slovenska má minimálne jeden rizikový faktor!!!

Podľa niektorých slovenských farmakoekonomických analýz jedna mozgová porážka stojí približne 411 000 Sk (cena bola vypočítaná pre vekovú kategóriu 45 – 65-ročných osôb), ročne ich máme celkovo vyše 26 000, počet akútnych koronárnych syndrémov (AKS) vyše 20 000 ročne (údaje NCZI z roku 2005). Priemerná cena jedného AKS sa pohybuje okolo 309 000 Sk (opäť stanovované pre vekovú skupinu 46 – 65-ročné osoby a priemerované boli hospitalizácie STEMI aj NSTEMI, respektíve NAP). A to hovoríme iba o finančnom vyčíslení... nie o ľudskom, etickom. Ak hovoríme o farmakoekonomike, nemožno nespomenúť enormné finančné šetrenie skutočných preventívnych prístupov. Dnes je väčšina odborní-

kom v oblasti farmakoekonomiky jasné, že čím je lepšia adherencia pacienta k liečbe, tým viac finančných prostriedkov šetríme. Toto, žiaľ, niektoré zdravotné poisťovne stále celkom nechápu. Farmakoekonomické fórum na Európskom kongrese hypertenzie v Miláne v júni 2007 deklarovalo, že ak by sme teoreticky zlepšili adherenciu na 100 %, šetrenie by bolo také obrovské, že cena lieku (samozrejme s dokázanou účinnosťou) by sa stala takmer zanedbateľnou. Dosiahnuť 100 % adherenciu je však v reálnom živote nemožné, ale mali by sme sa snažiť o čo najlepšiu. To sa však dá iba trvalou motiváciou jednak pacientov – byť lepšie liečení, ale aj lekárov – liečiť lepšie. Iba tak sa môže Slovensko posunúť z dnešnej mimoriadne nelichotivej situácie, keď mortalita na KV ochorenia je u nás vyše 2,5-násobne vyššia ako v krajinách vyspelej Európy.

Jeden komentár na záver. Slovenská kardiologická spoločnosť v spolupráci s mnohými odborníkmi z odboru (Slovenská internistická spoločnosť, Slovenská diabetologická spoločnosť, Slovenská asociácia aterosklerózy, Slovenská hypertenziologická spoločnosť, Liga proti hypertenzii a mnohé ďalšie) vypracovala Národný kardiovaskulárny program. Jeho vypracovanie trvalo takmer celý rok. Zúčastnilo sa na ňom vyše 40 odborníkov z mnohých oblastí. Predchádzalo mu množstvo rokovaní i na úrovni MZ SR, v rámci WHO, v rámci ESC a EÚ (Brusel, Luxemburg, Core). Najvyšší predstaviteľ slovenského zdravotníctva minister zdravotníctva podpísal 28. septembra 2007 Európsku Chartu Zdravia Srdca, v ktorej deklaroval politickú vôľu urobiť maximum pre zlepšenie KV zdravia na Slovensku, ktoré je dnes v nedobrej kondícii. Mimo iného svojím podpisom deklaroval, že Slovensko urobí všetko pre to, aby väčšina jeho obyvateľov mala krvný tlak nižší ako 140/90 mmHg a celkový cholesterol nižší ako 5,0 mmol/l. Národný KV program je ambiciózny, ale je realistický. Vychádza zo známych skutočne overených skutočností z mnohých vyspelých štátov – „KV ochoreniam sa dá dobrou kontrolou najzávažnejších rizikových faktorov veľmi účinne zabrániť“. Ak chceme, aby sa situácia zmenila aj na Slovensku, musíme všetci prispieť svojím dielom. Lekári, politici, zdravotné poisťovne, občania Slovenska. Národný kardiovaskulárny program je momentálne v rezortnom pripomienkovaní. Verím, že sa nám podarí presvedčiť aj zdravotné poisťovne, že aj pre ne je prospešnejšie motivovať lekárov liečiť lepšie, ako naopak. Zdravotné poisťovne budú vždy mimoriadne dôležitými partnermi lekárov i pacientov. Ak v súčasnosti chýba pochopenie, musí nastať diskusia a je veľmi dôležité, aby obe strany počúvali a prijali riešenia, ktoré budú predovšetkým v prospech našich pacientov.

Som presvedčený, vážená pani doktorka, že súčasné praktiky niektorých zdravotných poisťovní sú len prechodným javom a po intenzívnejších diskusiách, ktoré hodláme tento rok realizovať, dôjde postupne k náprave.

doc. MUDr. Gabriel Kamenský, CSc., FESC
hlavný odborník MZ SR pre odbor kardiológie
národný koordinátor KV prevencie na Slovensku