

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: sobota, 06, październik 2018 09:06

Bernadeta Skóbel

Odslony: 943

---

Na dodatkowym posiedzeniu Zespół ds. ochrony zdrowia i polityki społecznej KWRiST negatywnie zaopiniował projekt rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej. Przyczyną negatywnego stanowiska była zbyt mała liczba ośrodków włączonych do pilotażu.

Do pilotażu włączonych zostało 7 ośrodków.

- Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim;
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie;
- Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie.

Oznacza to, że mieszkańcy zachodniej części Polski zostali pozbawieni dostępu do ośrodka, który ze środków publicznych mógłby prowadzić leczenie udaru za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej.

Samo zastosowanie takiej metody leczenia nie budzi wątpliwości. Strona samorządowa wskazywała, że w Polsce jest więcej ośrodków, które już stosują tę metodę i nie włączenie ich do pilotażu spowoduje zaprzepaszczenie lat pracy i doświadczenia tych ośrodków.

Mając świadomość wysokiego kosztu procedury (w wycenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wskazano 29 tys. zł.), strona samorządowa wskazała, że resort zdrowia patrzy na ten koszt wąsko – z punktu widzenia kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku procedury ratującej zdrowie i życie, a przede wszystkim mogącej ochronić pacjenta przed trwałą niepełnosprawnością należałoby postawić pytanie o koszty jakie poniesie państwo na skutek ograniczenia dostępu do procedury dla pacjentów tj. koszty świadczeń z ubezpieczenia społecznego, pomocy społecznej, wsparcia niepełnosprawnych oraz utraconych dochodów podatkowych. Oczywistym jest, że w przypadku pacjenta, który na skutek niezastosowania procedury stanie się osobą leżącą wymagającą stałej opieki osób trzecich będą one wyższe niż koszt samej procedury medycznej.