



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE ***OGRANICZENIE ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA W OBLICZU WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH W POLSCE***

Choroby układu krążenia (ChUK) są od ponad 50 lat największym zagrożeniem życia Polek i Polaków - w 2013 r. były one odpowiedzialne za 46,0% ogółu zgonów. Wyniki badań pokazują, że krótsze życie mężczyzn w wieku produkcyjnym w porównaniu do krajów UE15 wynika głównie z wyższej umieralności z powodu chorób układu krążenia, zaś Polki żyją krócej w porównaniu do krajów UE15 przede wszystkim z powodu większej umieralności w starszej populacji, także najczęściej z powodu ChUK.

Głównymi, dobrze rozpoznanymi czynnikami ryzyka ChUK są: palenie tytoniu, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, podwyższone stężenie cholesterolu we krwi, nadwaga i otyłość, cukrzyca, nadmierne spożycie alkoholu oraz stres psychospołeczny. Są to czynniki bezpośrednio związane z indywidualnym stylem życia, zwyczajami żywieniowymi oraz poziomem aktywności fizycznej.

Problematyka ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia zajmuje istotne miejsce w pracach analityczno-programowych RRL. Na II Kongresie Demograficznym (2012) dokonano aktualizacji diagnozy sytuacji epidemiologicznej ChUK i oceny efektywności realizowanych programów zdrowotnych. Kierunki dalszych działań na rzecz zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia w naszym kraju nakreślono w *Rekomendacjach Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski* (RRL, 2014).

Stanowisko RRL obejmujące diagnozę sytuacji w polskiej kardiologii, kardiologii i dyscyplinach pokrewnych oraz kierunkowe rekomendacje w tym zakresie zostało przyjęte na konferencji naukowej, która odbyła się 9. czerwca 2015 roku w GUS z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych środowisk.

Diagnoza

1. Pomimo poprawy sytuacji epidemiologicznej w dwóch ostatnich dekadach, współczynniki umieralności z powodu ChUK, w tym zwłaszcza współczynniki umieralności przedwcześnie (poniżej 65 roku życia), są w Polsce w dalszym ciągu wysokie. Według danych GUS standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ChUK kształtowały się w 1990 roku na poziomie 604,3 a w 2000 roku - 375,7 na 100 tys.

ludności (według struktury wieku z roku 2000), natomiast w 2010 roku - 451,8 a w 2013 roku 421,4 na 100 tys. ludności (według struktury wieku z roku 2010). W 2013 roku najwyższy poziom umieralności z powodu ChUK notowano w województwach świętokrzyskim i śląskim (ponad 500 zgonów na 100 tys. ludności) i wskaźnik ten był o ok. 30% większy niż w województwie podlaskim, w którym notowano najniższy poziom umieralności (392,0 na 100 tys. ludności). Na terenach wiejskich wszystkich województw natężenie zgonów w następstwie ChUK było wyższe niż w miastach. W województwie śląskim różnica ta była najmniejsza i wynosiła 36 osób na 100 tys. ludności, największa natomiast w województwie świętokrzyskim – ponad 160 osób na 100 tys. ludności.

2. Wprawdzie Polska jest krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, to jednak **poważnym problemem jest bardzo niska jakość informacji o przyczynach zgonów** szczególnie w przypadku ChUK. Z danych dotyczących 2012 roku wynika, że spośród około 109 tys. zgonów (28,3 % ogółu zgonów), których przyczyny zostały nieprawidłowo opisane przez lekarzy, aż 78,5 tys. stanowiły zgony z powodu chorób układu krążenia (ponad 20% ogółu zgonów i ponad 44% zgonów z powodu ChUK). Należy podkreślić, że aż 87% tych nieprawidłowych wskazań przyczyny zgonu dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej. Niezadawalającą jakość systemu orzekania o przyczynach zgonów z powodu ChUK potwierdza ponad czterokrotne międzywojewódzkie zróżnicowanie częstości zgonów z przyczyn nieznanych i niedokładnie określonych.
3. W roku 2010 hospitalizowano w Polsce ogółem 6 753 644 osoby (bez uwzględnienia porodów), najczęściej z powodu chorób układu krążenia - 15% hospitalizowanych. Wyniki wielośrodkowego raportu pokazują, że w 2012 roku hospitalizowano 79,4 tys. chorych z zawałem serca. Odsetek osób chorych na zawał serca, u których wykonano diagnostycznie lub terapeutycznie procedurę inwazyjną, wyniósł w tym roku ponad 80%, co jest miarą dokonanego postępu w opiece szpitalnej. Porównanie danych polskich i angielskich pokazuje, że poziom zachorowalności mężczyzn na ostry zawał serca jest w naszym kraju o około dwie trzecie wyższy, a zachorowalność kobiet jest wyższa o 50% niż w Anglii.
4. W Polsce dokonano znaczącego postępu w leczeniu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca, jednak nadal wskaźniki zachorowalności oraz odległe wyniki leczenia zawałów są dalece niekorzystne w porównaniu z krajami UE15. Rosnącym problemem zdrowia publicznego są choroby zakrzepowe naczyń, udary mózgu i nadciśnienie tętnicze. Występują duże dysproporcje w średniej długości życia oraz w poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju, a nawet w dzielnicach dużych miast, a także wzrasta liczba nagłych zgonów sercowych, zwłaszcza wśród mężczyzn.
5. Wśród chorób układu krążenia bardzo ważnym, lecz zdecydowanie niedocenianym, problemem są choroby tętnic i żył obwodowych. O skali problemu świadczą dane epidemiologiczne. Objawy przewlekłej choroby żyłnej ma 49% dorosłej populacji, w tym 38% mężczyzn i 51% kobiet. Czynne lub zagojone owrzodzenie żyłne goleni - najbardziej zaawansowana postać choroby - dotyczy 1,5% dorosłej populacji.

Niemniejszym problemem zdrowotnym są choroby tętnic obwodowych. Bezobjawowe przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych to problem od 3% do prawie 20% dorosłej populacji. Najłagodniejsza objawowa postać tej choroby, chromanie przestankowe, dotyka w zależności od wieku od 1% do ponad 7% osób. Z tej grupy chorych w ciągu 5 lat trwania choroby 10% będzie wymagało wykonania operacji rekonstrukcyjnych tętnic a część z nich amputacji kończyn. Z kolei tętniaki aorty, chorobę grożącą groźnymi dla życia powikłaniami, jeśli nie jest we właściwym czasie leczona, stwierdza się u 4% osób powyżej 60 roku życia. O losie tej grupy chorych decyduje właściwie prowadzone monitorowanie oraz zapewnienie dostępności do ośrodków wyspecjalizowanych w operacjach tętniaków. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na dysproporcję między znacznym rozpowszechnieniem chorób tętnic i żył obwodowych w populacji a nakładami finansowymi przeznaczanymi na badania naukowe oraz leczenie tej grupy chorych.

6. W Polsce nie istnieje nowoczesny, zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i prewencji szpitalnej. Tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną. Z jednej strony za mało jest zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) świadczeń, a z drugiej strony pacjenci po hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca często nie są kierowani do ośrodków prowadzących programy rehabilitacji kardiologicznej. W 2012 roku wykazano, że częstość kontroli głównych czynników ryzyka w grupie osób po hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca wyniosła zaledwie 9%, co może być główną przyczyną utrzymywania się dużej liczby zgonów osób z ChUK w Polsce.
7. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na rozpowszechnienie w naszym kraju najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń (a także innych chorób przewlekłych). Odsetki osób z hipercholesterolemią (ponad 50% dorosłych), nadciśnieniem tętniczym (30–40%), otyłością (ok. 20–25%), zespołem metabolicznym (ponad 20%) wśród dorosłych Polaków są wysokie i mają tendencję rosnącą. Niedostateczna aktywność fizyczna (ponad 50% dorosłych Polaków), palenie papierosów, niewłaściwe odżywianie się wskazują na potrzebę dalszych działań z zakresu promocji zdrowia na wszystkich etapach cyklu życia.
8. Dzięki realizacji od 2003 roku Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń, dokonał się w Polsce prawdziwy przełom w kardiologii i kardiologii, poprawiła się dostępność do ośrodków kardiologicznych prowadzących 24-godzinny dyżur, a także dostępność i jakość leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych oraz leczenia udarów mózgu. Niestety aktualny zakres i poziom finansowania Programu POLKARD jest niewspółmierny do zagrożenia ChUK i skali potrzeb naszego kraju. Choć budżet MZ w części 46 – Zdrowie, nie jest jedynym źródłem finansowania a wydatki na leczenie chorób układu krążenia ponoszone są głównie z NFZ, to jednak finansowanie Programu systematycznie obniża się - w latach 2006-2008 wynosiło ok. 60–70 mln zł rocznie, w 2010 roku - 30 mln zł, w 2011 roku – 25 mln zł, w 2012 roku – 19 mln zł, a w 2013 roku już tylko 11 mln zł.

Niedostateczne finansowanie negatywnie rzutuje przede wszystkim na wykonanie zadań z zakresu epidemiologii, promocji zdrowia i profilaktyki, a także analiz istotnych dla doskonalenia polityki zdrowotnej kraju.

Rekomendacje

Powyższa diagnoza stanowi jednoznaczną podstawę do stwierdzenia, że problematyka chorób układu krążenia powinna być priorytetem polityki zdrowotnej państwa. **Doceniając dotychczasowe osiągnięcia polityki zdrowotnej i środowiska medycznego, RRL uważa, iż dalsza poprawa sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń, a w szczególności ograniczenie umieralności ogólnej i przedwczesnej z powodu ChUK, nie tylko jest możliwa, ale z demograficznego punktu widzenia wręcz niezbędna.**

Potrzeba działań o charakterze strategicznym była wielokrotnie wyrażana przez środowiska medyczne skupione w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym, Polskim Towarzystwie Kardio - Torakochirurgów, Polskim Towarzystwie Nadciśnienia Tętniczego, które przywołują dobre doświadczenia w tym zakresie w Polsce i innych krajach.

W opinii RRL realizacja celów polityki ludnościowej dotyczących zdrowia, zapisanych w Rekomendacjach RRL(2014), a także celów wymienionych w rządowych Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej(2013) wymaga zmiany paradygmatu myślenia o zdrowiu publicznym i polityce zdrowotnej rządu, która za pomocą instrumentów ekonomicznych i społecznych może doprowadzić do ograniczenia czynników ryzyka i stopnia nierówności w zdrowiu. W konsekwencji przyniesie to obniżenie wysokiego poziomu zachorowalności z powodu ChUK w Polsce.

RRL przedstawia poniżej rekomendacje do działań, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności. Mogą one przynieść w perspektywie długookresowej największe efekty w zakresie ograniczania zachorowalności i umieralności z powodu ChUK.

1. W nowych edycjach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD powinny być uwzględnione nie tylko niezwykle istotne i aktualne zadania medycyny klinicznej (naprawczej), ale w znacznie większym stopniu zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych. Wymaga to weryfikacji założeń, systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji zarówno Programu POLKARD, jak i Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanego z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Działania te powinny zostać zrealizowane wspólnie przez Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia, kierownictwo NFZ oraz ekspertów w dziedzinie profilaktyki populacyjnej ChUK, przedstawicieli środowiska lekarzy rodzinnych oraz lekarzy innych specjalności; należy zdecydowanie poszerzyć zakres i wzmocnić skuteczność działań lekarzy POZ. Podobne prace analityczno – programowe, co do stacjonarnego i ambulatoryjnego systemu rehabilitacji leczniczej realizowanego

w ramach prewencji rentowej skierowanego do osób z ChUK, powinien przeprowadzić ZUS.

2. System stałego monitorowania stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych, z uwzględnieniem nierówności społecznych wymaga udoskonalenia, podobnie jak ma to miejsce w wielu innych krajach (Finlandii, Holandii, Norwegii, USA). Założenia tego systemu powinien opracować zespół ekspertów powołany przez Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego i Ministerstwo Zdrowia przy wykorzystaniu dotychczasowych polskich doświadczeń programowych (EHIS– GUS, HBSC– IMiD, program WOBASZ, opracowania NIZP – PZH). W opinii RRL, rzetelna informacja o zdrowiu i jego uwarunkowaniach, w tym w zakresie rejestrów chorób o znaczeniu społecznym, powinna być jednym z filarów zainicjowanej w Polsce budowy systemu zdrowia publicznego.
3. Wyniki monitoringu stanu zdrowia i jego uwarunkowań oraz czynników ryzyka powinny być podstawą do kontynuowania populacyjnych i lokalnych programów promocji zdrowia i prewencji pierwotnej o sprawdzonej efektywności, oraz do opracowania i wdrożenia nowych programów w tym zakresie, przy zapewnieniu odpowiedniego finansowania z budżetu państwa, środków NFZ, środków administracji samorządowej i trzeciego sektora. Nadanie odpowiedniej rangi w systemie ochrony zdrowia działaniom promującym zdrowie w całym cyklu życia, a także wzmocnienie działań na rzecz zintegrowanej prewencji pierwotnej chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka (palenie tytoniu, wadliwe odżywianie, niedostateczna aktywność fizyczna, nadmierna konsumpcja alkoholu), zmniejszy obciążenie czynnikami ryzyka ChUK oraz przyczyni się do redukcji zachorowań i kosztów opieki medycznej. Mając na uwadze społeczne, zdrowotne i ekonomiczne koszty zaniechań prewencji pierwotnej oraz uwzględniając obecne i prognozowane trendy procesów demograficznych, należy położyć szczególny nacisk na prowadzenie aktywnej i efektywnej polityki zdrowia publicznego.
4. Wyniki monitoringu stanu zdrowia i jego uwarunkowań oraz czynników ryzyka, a także rejestry chorób o znaczeniu społecznym, powinny stanowić również podstawę opracowania i wdrożenia przesiewowych programów wczesnego wykrywania ChUK wśród pacjentów obarczonych schorzeniami bezpośrednio zagrażającymi zdrowiu serca i naczyń (otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, schorzenia reumatyczne, obciążenia rodzinne), przy zapewnieniu odpowiedniego finansowania z budżetu państwa i środków NFZ. Może to się przyczynić do redukcji zarówno wskaźników umieralności z powodu ChUK, jak i zjawiska nagłych zgonów sercowych, także wśród ludzi młodych. Dzieci z niską urodzeniową masą ciała, obciążone w późniejszym wieku podwyższonym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego, powinny być objęte wczesną, ciągłą, wielodyscyplinarną opieką z zastosowaniem znanych, efektywnych procedur zapobiegawczo – leczniczych.
5. RRL rekomenduje przeprowadzenie oceny zakresu i poziomu finansowania świadczeń z dziedziny kardiologii, kardiologii, chirurgii naczyniowej, neurologii, hipertensjologii i pokrewnych dyscyplin medycznych finansowanych ze środków

publicznych (NFZ, Ministerstwo Zdrowia). Pozwoli to na zidentyfikowanie tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania (np. chirurgia naczyniowa, rehabilitacja kardiologiczna czy niektóre zabiegi kardiochirurgiczne) są niedostateczne, a których znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa jest niepodważalne. Będzie to wymagało stosownych zmian organizacyjnych i odpowiedniej alokacji środków finansowych.

6. W Polsce dalece niewystarczająca jest liczba pacjentów z ChUK objętych kompleksową rehabilitacją. Programy kompleksowej rehabilitacji i prewencji poszpitalnej są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z ChUK, szczególnie z osobami po ostrym zespole wieńcowym i/lub rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Należy z uznaniem odnotować, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne opracowało projekt modelowego systemu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji i prewencji poszpitalnej w Polsce dla pacjentów po operacji kardiochirurgicznej, po ostrym zespole wieńcowym, po hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz po hospitalizacji z powodu stabilnej choroby niedokrwiennej serca. Projekt ten, jak również program rehabilitacji chorych po udarze mózgu, należy jak najszybciej wdrożyć.
7. Zdecydowanie większej uwagi wymagają problemy rozpoznawania i leczenia chorób tętnic i żył obwodowych. Ciągłe pozostają one w cieniu chorób serca, co wyraźnie wpływa na mniejsze rozpowszechnienie wiedzy na temat ich znaczenia dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Wczesna diagnostyka oraz właściwe leczenie tej dużej grupy chorób mogą wpłynąć na poprawę wyników leczenia, zmniejszenie liczby amputacji i poprawę jakości życia. Nie da się tego osiągnąć bez zwiększenia nakładów finansowych przeznaczonych zarówno na badania naukowe, jak i leczenie tej grupy chorych.
8. Konieczny jest rozwój i upowszechnienie nauczania na temat ChUK w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych.
9. Konieczna jest ocena skali migracji zarobkowych lekarzy i innych specjalistów w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, angiologii, hipertensjologii i pokrewnych dyscyplin medycznych oraz zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń wynikających z niedostatecznej liczby lekarzy i innych specjalistów związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją, opieką nad chorymi z ChUK oraz wdrożenie stosownych programów zaradczych.
10. W strategii ograniczania zachorowalności i umieralności z powodu ChUK istotną rolę odgrywa rozwój badań naukowych, zwłaszcza w obszarach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne. Istnieje zatem potrzeba przededefiniowania obecnego paradygmatu polityki naukowej, w której badania z zakresu promocji zdrowia, prewencji chorób, epidemiologii analitycznej, monitoringu czynników ryzyka, metod ewaluacji w zdrowiu publicznym nie są w pełni doceniane.
11. Konieczne jest zwiększenie zaangażowania i wykorzystanie potencjału mediów (szczególnie publicznych) w edukacji zdrowotnej, a także w upowszechnianiu w społeczeństwie pozytywnych informacji na temat możliwości: 1) uniknięcia chorób układu krążenia poprzez promocję zdrowia i edukację zdrowotną w całym cyklu życia

- oraz poprzez wczesne wykrycie i kontrolę głównych czynników ryzyka; 2) ratowania zdrowia i życia osób z ChUK dzięki nowoczesnej diagnostyce i efektywnym, dostępnym w naszym kraju, procedurom leczniczym; 3) restytucji zdrowia pacjentów i ich powrotu do aktywności zawodowej poprzez właściwą opiekę poszpitalną, kompleksową rehabilitację leczniczą i systematyczną kontrolę czynników ryzyka zdrowotnego.
12. Dobra jakość i kompletność danych dotyczących przyczyn zgonów są niezbędne do badań i analiz naukowo-badawczych, a także mają istotne znaczenie dla planowania i wdrażania procedur profilaktyczno – leczniczych w ramach opieki zdrowotnej, polityki zdrowia publicznego, polityki społecznej oraz dla finansów państwa, w obliczu wyzwania, jakim jest szybko następujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Rzetelne i skrupulatne wypełnianie kart zgonów powinno być zatem traktowane jako nieodzowna praktyka zwiększająca wartość merytoryczną danych o przyczynach zgonów. Jednym z 40. zaleceń Eurostatu dotyczących wystawiania kart zgonów (*Podręcznik poświadczania przyczyn zgonów w Europie, Rzym, grudzień 2003 - tłumaczenie własne GUS - tekst roboczy*) jest konieczność stałego edukowania pracowników ochrony zdrowia uczestniczących w procesie opisywania przyczyn zgonów: *Powinno być rozwijane podstawowe szkolenie w zakresie poświadczania zgonów dla studentów medycyny, oraz zapewniony ciągły rozwój zawodowy lekarzy w tym zakresie.* Ponadto konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie programów badawczych z udziałem epidemiologów, kardiologów i anatomopatologów, by określić szczegółową strukturę przyczyn nagłych zgonów przedszpitalnych w erze kardiologii interwencyjnej.

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki



Przewodniczący

Rządowej Rady Ludnościowej

Warszawa, 21 lipca 2015 r.