



Warszawa, 16 maja 2014

Konferencja prasowa: Zawały serca w Polsce: najnowsze dane.

Raport przygotowany we współpracy czterech ośrodków naukowych na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca z lat 2009 – 2012:

Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce

*Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
Śląski Uniwersytet Medyczny
Gdański Uniwersytet Medyczny
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014

Raport opublikowany dzisiaj na stronie NIZP-PZH ma charakter streszczenia kierowniczego. Z uwagi na oryginalny, a czasami unikalny charakter wykonanych analiz, stanowią one cenny materiał badawczy. Dlatego by uniknąć utrudnienia możliwości publikacji szczegółowych wyników w czasopiśmie naukowych na skutek wcześniejszego przedstawienia ich w raporcie, będzie on stopniowo uzupełniany kolejnymi aneksami.

Po opublikowaniu szczegółowych rezultatów podjętych badań zostanie przygotowana i wydana specjalna monografia w języku polskim. Będzie ona również zawierać prezentację szczegółowych wyników dla każdego województwa oddzielnie.

Geneza Raportu. Źródła danych. Główne wnioski

Choroby serca i naczyń (ch.s.n.) stanowią główny problem zdrowotny w Polsce. Są przyczyną prawie połowy zgonów (w 2009 r. - 178 tys.), zaś w wieku aktywności zawodowej (20-64 lata) - 28%. Niepełnosprawność spowodowana ch.s.n. powoduje duże straty społeczne i ekonomiczne. Według analityków firmy konsultingowej KPMG w 2011 r. koszty diagnostyki i terapii ch.s.n. wyniosły 15,3 mld PLN, w tym hospitalizacje 7,5 mld PLN, opieka ambulatoryjna 3,7 mld PLN, oraz leki w aptekach otwartych 4,1 mld PLN. Koszty pośrednie z powodu ch.s.n. w Polsce oszacowano rocznie na 26,6 mld PLN, w tym na wcześniejsze emerytury i renty 16,6 mld PLN, straty z powodu przedwczesnej umieralności 8 mld PLN, oraz z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim 2 mld PLN.



Pomimo poprawy sytuacji epidemiologicznej w dwóch ostatnich dekadach współczynniki umieralności z powodu ch.s.n., w tym zwłaszcza współczynniki umieralności przedwczesnej (poniżej 65 roku życia), są w Polsce w dalszym ciągu zdecydowanie zbyt wysokie. Przy obecnych trendach zachorowań i tempie starzenia się populacji Polski szacuje się, że liczba zgonów z powodu ch.s.n. już w 2020 r. przekroczy 200 tys. W ciągu 20 lat koszty (analizowane na poziomie cen z 2011 r.) ulegną podwojeniu. Prewencja, diagnostyka i terapia ch.s.n. oraz monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i ocena skuteczności prowadzonych działań muszą zatem stanowić priorytet polityki zdrowotnej państwa. Tymczasem ilość kompleksowych analiz w zakresie monitorowania, niezbędnych by prowadzić optymalną politykę zdrowotną, jest w Polsce niedostateczna.

Choroba niedokrwienna serca, w tym przede wszystkim ostry zawał serca (ZS), stanowi najczęstszą przyczynę zgonów wśród ch.s.n. oraz pierwszą przyczynę zgonów w Europie u osób poniżej 75 roku życia. Niestety dotąd brakowało wyczerpujących danych o rozpowszechnieniu ZS w całej polskiej populacji, a także informacji o ogólnopolskich wskaźnikach dotyczących efektów terapii ZS. Dostępne dane były wycinkowe i niemożliwa była ich dobra synteza na poziomie ogólnokrajowym. Najlepsze narzędzie stanowił Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego (OZW) PL-ACS, ale obejmuje on przede wszystkim wiodące ośrodki kardiologiczne w kraju (głównie z całodobowym dyżurem leczenia inwazyjnego OZW), przy niepełnej reprezentacji pozostałych szpitali i oddziałów. Dlatego NIZP-PZH we współpracy z przedstawicielami środowiska kardiologów podjął próbę wszechstronnej oceny sytuacji dotyczącej ZS, opartej na danych o wszystkich chorych. Celem prac było nie tylko pierwsze w Polsce kompleksowe opracowanie stanu rzeczywistego w zakresie epidemiologii i leczenia ZS, ale także wypracowanie standardów dla dalszego regularnego monitorowania sytuacji w kraju.

Do realizacji tego celu dyrektor NIZP-PZH prof. M. Wysocki, wicedyrektor prof. B. Wojtyniak oraz koordynator Raportu o występowaniu, leczeniu i prewencji wtórnej ZS w Polsce dr hab. T. Zdrojewski (GUMed, NIZP-PZH) zaprosili wiodące ośrodki i polskich ekspertów w dziedzinie kardiologii, epidemiologii klinicznej i statystyki publicznej: z Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH (J. Stokwiszewski, dr D. Rabczenko), Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze (prof. L. Poloński, dr hab. M. Gierlotka, prof. M. Gąsior) realizującego od 10 lat Ogólnopolski Rejestr PL-ACS, konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. G. Opolskiego, przewodniczącego Zarządu PTK prof. Z. Kalarusa, eksperta w dziedzinie analiz ekonomicznych dr A. Koziarkiewicza, oraz b. wiceministra zdrowia dr K. Chlebusa, reprezentującego wraz z dr Ł. Wieruckim Gdański Uniwersytet Medyczny.



Wykonanie analiz było możliwe dzięki uzyskaniu danych o wszystkich indywidualnych przypadkach hospitalizacji (N=311.813) z powodu ostrego zawału serca [ICD-10 I21-I22] (ICD-10 – ang. *International Classification of Diseases*, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) oraz rehospitalizacjach i zgonach w latach 2009-2012 z Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie, oraz dzięki integracji danych rutynowo zbieranych przez GUS, MSWiA, ZUS, NIZP-PZH i pozyskanym z WHO (WHO - ang. *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) „Mortality Data base” (WHO Headquarters).

Zasadniczą zaletą Raportu jest fakt, że oparto go na wielkiej, kompletnej bazie w żaden sposób nieselekcjonowanych rekordów chorych hospitalizowanych w całym kraju z powodu ZS. Dane dotyczące terapii, rehospitalizacji i zgonów podsumowują zatem codzienną praktykę postępowania w Polsce oraz jej efekty. Pewnym ograniczeniem analiz jest z kolei fakt, że zasoby baz danych oraz stosowana klasyfikacja chorób ICD-10 nie umożliwiają rozróżnienia pierwszego i kolejnych ZS. Wyniki Raportu pozwoliły gruntownie zweryfikować dotychczasowe obserwacje dotyczące występowania i leczenia ZS.

Przedstawione w Raporcie wyniki wskazują, że w naszym kraju w 2011 r. zmarło z powodu ZS 16.214 osób (odsetek mężczyzn – 61,5%), w tym ponad 6 tys. poza szpitalem. W 2012 r. wśród prawie 79.400 hospitalizowanych z powodu ZS, u mężczyzn (62% wszystkich przyjęć) mediana wieku wynosiła 63 lata, a u kobiet 73 lata. Śmiertelność szpitalna w ZS (w szpitalu, w którym leczono chorego z powodu zawału serca) w Polsce w tym okresie wyniosła 8%, zaś oceniana na podstawie nieprzerwanych hospitalizacji w różnych szpitalach, niezależnie od rozpoznania końcowego, około 9,5%. Prawie 85% chorych przyjętych do szpitala z ZS w 2012 r. zostało przyjętych na oddział kardiologiczny. U 80% chorych z ZS wykonano procedury inwazyjne co najmniej na poziomie diagnostycznym.

Śmiertelność szpitalna u chorych z dostępem do diagnostyki i terapii inwazyjnej wyniosła 6%. U chorych bez dostępu do koronarografii i angioplastyki w ostrej fazie ZS była ponad dwa razy wyższa. Dla właściwej interpretacji tych wskaźników w dalszych analizach należy uwzględnić potencjalny wpływ czynników medycznych, demograficznych i społecznych w porównywanych grupach chorych.

Śmiertelność roczna w okresie poszpitalnym (po wypisie ze szpitala) wynosi w naszym kraju ok. 10%, zaś trzyletnia prawie 20%. Podane wskaźniki śmiertelności szpitalnej oraz odległej są porównywalne i nie różnią się istotnie od opublikowanych na podstawie podobnych analiz wykonanych w stanie New Jersey w USA, w Niemczech, Anglii i Danii. W wymienionych krajach, tak jak w Polsce, uzyskane wskaźniki opracowane na podstawie wyników z codziennej praktyki w całej kohorcie chorych z ZS są, co zrozumiałe, wyższe niż uzyskane w randomizowanych wielkich badaniach klinicznych realizowanych w wyselekcjonowanych



grupach chorych. Rezultaty Raportu jasno wskazują na duży sukces polityki zdrowotnej w Polsce w ostatnich 15 latach w zakresie terapii ZS, oraz na potrzebę kontynuowania i wzmocnienia niektórych kierunków działań dotyczących prewencji wtórnej.

Rozwój kardiologii interwencyjnej, dzięki mniejszej o połowę niż przy leczeniu zachowawczym liczbie zgonów, w tym zgonów przedwczesnych, z pewnością spowodował redukcję kosztów pośrednich. Z uwagi na niski rzeczywisty wiek przechodzenia Polaków na emeryturę (dla kobiet 56 lat, dla mężczyzn 61 lat) Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz ZUS mają w odniesieniu do populacji osób w wieku produkcyjnym duży potencjał do dalszej redukcji kosztów pośrednich i większej liczby powrotów do pracy. Istotną poprawę i oszczędności w zakresie nadmiernej liczby rehospitalizacji, szczególnie w pierwszym półroczu i roku po ZS, może przynieść poprawa dostępu do specjalistycznej ambulatoryjnej opieki i rehabilitacji kardiologicznej oraz lepsza jej integracja z POZ.

W celu prowadzenia optymalnej polityki zdrowotnej niezbędne jest regularne monitorowanie epidemiologii klinicznej i terapii ZS w Polsce, co najmniej na takim poziomie szczegółowości jak niniejszy Raport. Autorzy Raportu są przekonani, że umożliwi to redukcję niektórych grup kosztów oraz przeznaczenie zaoszczędzonych środków na dalszy rozwój i innowacje w zakresie opieki kardiologicznej.

Zasadniczym celem Raportu była ocena leczenia ZS i prewencji wtórnej w Polsce. Nie można jednak nie odnieść się do uzyskanych wyników w zakresie zachorowalności na ZS. Starannie wykonane analizy własne i porównania między Polską a innymi krajami Unii Europejskiej (UE) np. Danią lub Anglią, z usunięciem wpływu takich czynników jak różna struktura wieku porównywanych populacji, wskazały na prawie 50% wyższe wskaźniki zachorowań w naszym kraju. Z jednej strony obciążenie czynnikami ryzyka ZS jest więc u nas bardzo wysokie, a stan prewencji pierwotnej zły. Z drugiej strony, co potwierdziły najnowsze badania w projekcie finansowanym przez Komisję Europejską - EuroHeart 2, potencjał nowoczesnej prewencji pierwotnej w takich krajach jak Polska stanowi najważniejszy czynnik dla redukcji zachorowań i kosztów opieki kardiologicznej. Brak aktywnej i skutecznej polityki zdrowotnej w tym zakresie wobec obecnych trendów zachorowań i starzenia się społeczeństwa, w rezultacie podwojenie kosztów terapii w ciągu 20 lat, może uniemożliwić utrzymanie systemu zdrowia w Polsce na obecnym poziomie.




GLÓWNE REKOMENDACJE: Optymalizacja prewencji wtórnej i zasadnicze znaczenie rozwoju prewencji pierwotnej.

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że:

1. Rozwój kardiologii interwencyjnej w okresie ostatnich 15 lat w Polsce i w efekcie powszechny dostęp do angioplastyki wieńcowej u chorych z ostrym ZS spowodował redukcję liczby zgonów o połowę. Dlatego należy możliwie wszystkim chorym z ZS zapewnić leczenie na oddziale kardiologicznym z zastosowaniem procedur inwazyjnych.
2. Należy poprawić opiekę w zakresie prewencji wtórnej, szczególnie zwiększyć dostęp do rehabilitacji ambulatoryjnej oraz zintegrowanej z POZ specjalistycznej opieki kardiologicznej w pierwszym półroczu po zawale serca. Takie działania powinny przynieść istotną redukcję kosztów z powodu zbyt częstych rehospitalizacji chorych po ZS w Polsce.
3. Liczba zachorowań i zgonów na ZS w Polsce, szczególnie osób w wieku produkcyjnym, jest wyższa o połowę lub więcej niż w niektórych krajach Europy Zachodniej. Tymczasem terapia i jej efekty (śmiertelność w szpitalach) są porównywalne. Dlatego największa rezerwa w redukcji utraconych potencjalnych lat życia z powodu ZS oraz kosztów utraconych z powodu rent i przedwczesnych zgonów (szacunkowo 3 do 6 mld PLN) jest we wprowadzeniu nowoczesnej prewencji pierwotnej, zaczynając od edukacji dzieci w szkołach, a kończąc na badaniach przesiewowych i interwencjach wśród młodzieży i dorosłych.
4. Aktualne dowody naukowe i konkretne osiągnięcia w innych krajach europejskich wskazują, że w Polsce jest możliwa redukcja liczby zachorowań i zgonów na chorobę wieńcową i ZS o połowę. Brak takich działań może spowodować w ciągu 20 lat znaczny niedobór środków finansowych na nowoczesną terapię kardiologiczną w naszym kraju i znaczne zwiększenie nierówności społecznych w tym zakresie.
5. Warto rozważyć takie rozwiązania organizacyjne, w których jeden ośrodek byłby odpowiedzialny za efekt leczenia chorego w okresie wykraczającym poza samą hospitalizację. Taka skoordynowana opieka jest potrzebna, bo pacjent, szczególnie w pierwszym roku nowoczesnej terapii ZS wymaga aktywnego i konsekwentnego nadzoru. W przeciwnym razie redukcja śmiertelności szpitalnej nie przyniesie oczekiwanych korzyści w okresie późniejszym.
6. Ważnym zadaniem Ministerstwa Zdrowia powinno stać się zapewnienie wzorem Programu POLKARD 2003-2005 i 2005-2008 finansowania analiz w zakresie



epidemiologii klinicznej oraz diagnostyki i terapii najważniejszych chorób serca i naczyń. Regularne kompleksowe monitorowanie trendów oraz wprowadzanie nowych wskaźników i standardów oceny przy intensywnym rozwoju opieki kardiologicznej umożliwi redukcję kosztów państwa, a oszczędności skieruje na rozwój i innowacje w walce z epidemią chorób serca i naczyń w naszym kraju.

Przeprowadzenie analiz i przygotowanie Raportu było możliwe dzięki własnym środkom statutowym ośrodków biorących udział w projekcie. Wyrażamy podziękowania za udzielenie pomocy dzięki bezwarunkowemu grantowi dydaktycznemu firmy AstraZeneca. 

Pełna wersja jest dostępna na stronie internetowej NIZP-PZH: www.pzh.gov.pl

Autorzy Raportu (AMI-PL Group)

w kolejności alfabetycznej:

Krzysztof Chlebus¹

Mariusz Gąsior²

Marek Gierlotka² (co-PI)

Zbigniew Kalarus³

Adam Koziarkiewicz⁴

Grzegorz Opolski⁵

Lech Poloński²

Daniel Rabczyński⁶

Jakub Stokwizewski⁶

Łukasz Wierucki⁷

Bogdan Wojtyniak⁶ (co-PI)

Mirosław Wysocki⁸

Tomasz Zdrojewski^{6,7} (co-PI)

¹ I Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny,

² III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Oddział Chorób Serca i Naczyń, Śląskie Centrum Chorób Serca, Śląski Uniwersytet Medyczny,

³ Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląskie Centrum Chorób Serca, Śląski Uniwersytet Medyczny,

⁴ JASPERS, Europejski Bank Inwestycyjny, Warszawa, Polska,

⁵ I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny,

⁶ Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny,

⁷ Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny,

⁸ Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny



**SCGS
ZABRZE**



Monika Wróbel

Rzecznik Prasowy

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH (NIZP-PZH)

Chocimska 24/ 00-791 Warszawa

tel. +48 22 542 12 88, tel. kom. +48 696 498 578

mwrobel@pzh.gov.pl / www.pzh.gov.pl/ @nizp_pzh

Maria Wągrowcka

Starszy Specjalista ds. Public Relations

tel. (0-22) 54 21 288

e-mail: mwagrowska@pzh.gov.pl / www.pzh.gov.pl/ @nizp_pzh

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH (NIZP-PZH)

Chocimska 24/ 00-791 Warszawa