

Niewydolność serca w Polsce

Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji

PODSUMOWANIE RAPORTU

Inicjatorzy:



Patronat:



Grudzień 2020

Raport „**Niewydolność serca w Polsce**” powstał z inicjatywy organizacji pacjenckich działających w dziedzinie kardiologii, które z inicjatywy Pani Agnieszki Wołczyński ze Stowarzyszenia Pacjentów EcoSerce zrzeszyły się w Porozumienie Organizacji Kardiologicznych – Razem dla Serca. Organizacje te uznały, że poprawa opieki nad chorymi z niewydolnością serca jest najpilniejszą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną w obszarze kardiologii, która wymaga natychmiastowej uwagi ze strony Ministerstwa Zdrowia i Płatnika Publicznego.

Opracowanie raportu:



Redaktor naukowy:

- dr n. med. Marta Kałużna-Oleksy, I Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Słowo wstępu:

- Agnieszka Wołcenko, Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce
- prof. dr hab. med. Adam Witkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Klinika Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Narodowego Instytutu Kardiologii
- prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak, Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii, Kierownik Pracowni Elektrofizjologii Klinicznej Kliniki Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
- prof. IK dr hab. n. med. Przemysław Leszek, Przewodniczący Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, ekspert ds. niewydolności serca dla Map potrzeb zdrowotnych
- mec. Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta

Autorzy:

- Kinga Bartolik, Departament Analiz i Strategii, koordynator zespołu ds. niewydolności serca dla Map potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Ministerstwo Zdrowia
- Hubert Bukowski, Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju

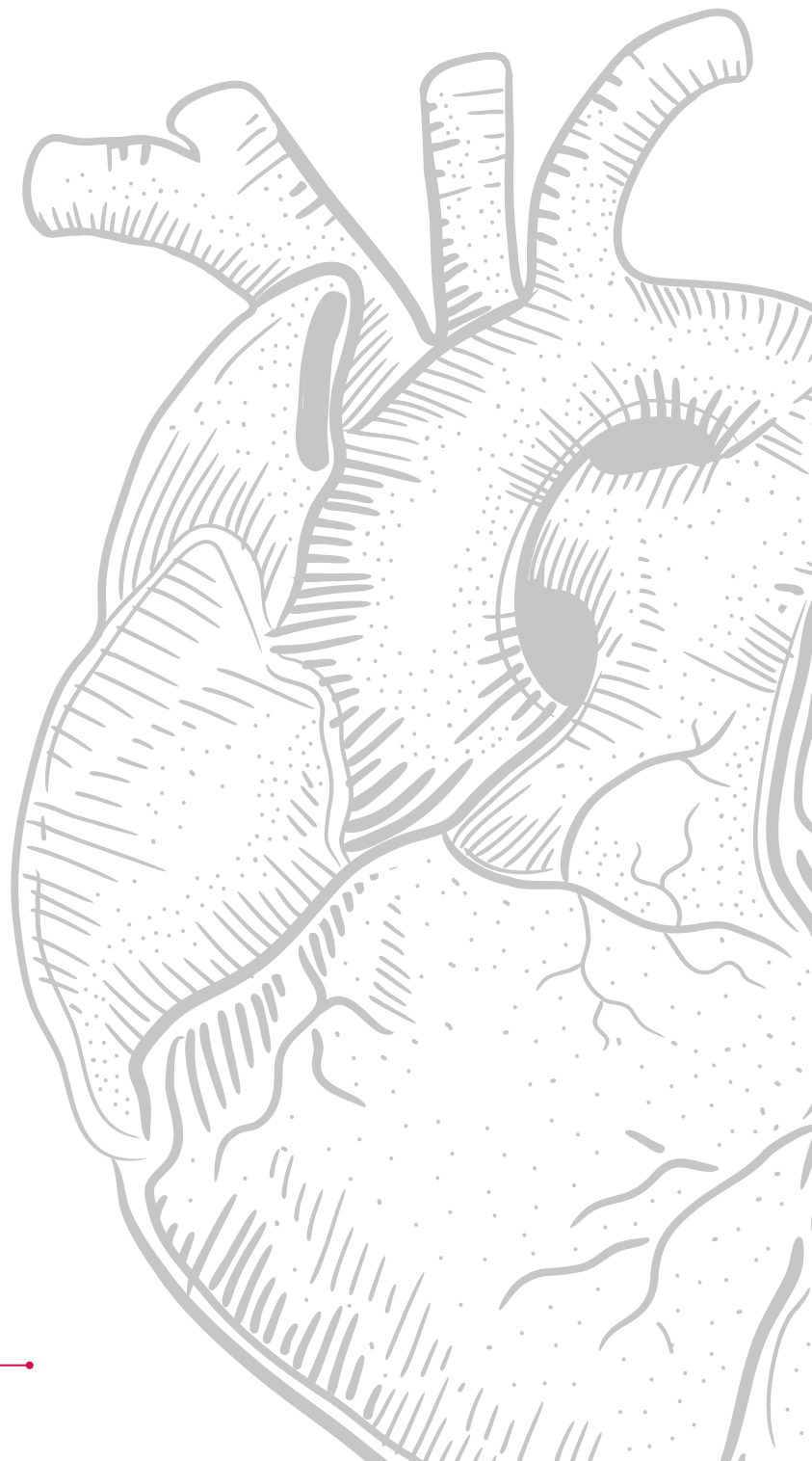
- prof. dr hab. ekon. dr n. med. Marcin Czech, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego; Politechnika Warszawska
- lek. med. Magdalena Dudek, I Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
- Ewa Karczewicz, Zakład Ubezpieczeń Społecznych
- dr n. med. Sylwia Kucia-Kuźma, Ordynator Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, Szpital Murcki, Katowice
- dr Błażej Łyszczarz, Katedra Ekonomiki Zdrowia, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Jacek Migaj – I Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
- prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler, Kierownik Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik Oddziału Klinicznego Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II
- lek. med. Alicja Pietruszka-Zasadny, założycielka i honorowy prezes Stowarzyszenia Metalowych Serc,
- prof. dr hab. Izabela Uchmanowicz, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- Agnieszka Wołcenko, Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce

Komentarze ekspertów:

- Piotr Hetman, prezes Sekcji Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- prof. dr hab. n. med. Małgorzata Lelonek FESC, FHFA, Zakład Kardiologii Nieinwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- prof. IK dr hab. n. med. Przemysław Leszek, Przewodniczący Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, ekspert ds. niewydolności serca dla Map potrzeb zdrowotnych
- prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego, I Klinika Kardiologii Katedry Kardiologii UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
- dr hab. n. med. Ewa Piotrowicz, Kierownik Centrum Telekardiologii Narodowego Instytutu Kardiologii
- prof. dr hab. n. med. Ewa Straburzyńska-Migaj, I Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
- dr hab. n. med. Tomasz Rywik, Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii Instytutu Kardiologii w Aninie

Raport pod patronatem naukowym:

- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
- Asocjacja Niewydolności Serca PTK
- Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej PTK
- Sekcja Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej PTK
- Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne





Niewydolność serca w Polsce

Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji

Słowo wstępu



Agnieszka Wołczyńska, Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce, inicjatorka Porozumienia Organizacji Kardiologicznych – Razem dla Serca.

Od wielu lat dostrzegaliśmy konieczność opracowania raportu na temat sytuacji pacjentów z niewydolnością serca. Pojawiały się publikacje w tym obszarze, jednak mieliśmy niedosyt, bo z perspektywy pacjentów sytuacja wydawała się dużo bardziej dramatyczna niż to opisywano. Wydawało się nam – pacjentom, że niewydolność serca w przestrzeni publicznej nie jest wystarczająco zauważanym schorzeniem, aby się nim na poważnie przejmować. Pacjent z niewydolnością serca trochę wolniej się porusza, jest zmęczony, ale choroby na pierwszy rzut oka nie widać. Poza tym spójrzmy prawdzie w oczy – sama choroba za bardzo medialna też nie jest. Nikogo nie interesuje życie takiego chorego, jego widok nie wzbudza litości, ciężko na bazie życiorysu takiego człowieka zrobić przejmujący program o wyniszczającej chorobie. Wiadomo przecież, że dzisiaj kupujemy „oczami”. Chorobę również.

Pacjenci z niewydolnością serca to jedna z tych grup chorych, która w przeciągu ostatnich 8 lat nie otrzymała szansy na ograniczenie częstości hospitalizacji (które są rezultatem zaostrzenia choroby

w wyniku suboptymalnego leczenia), poprawę jakości życia i rokowania choroby – ponad 40% chorych nie przeżywa 5 lat!

Są dwa nierozłączne filary poprawy tej sytuacji tj. wprowadzenie Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Niewydolnością Serca i refundacja innowacyjnego leczenia farmakologicznego (flozyny, ARNI).

Rozpoczęto już prace nad wprowadzeniem programu Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Niewydolnością Serca (KONS). Ministerstwo Zdrowia w 2018 roku zainauguowało projekt pilotażowy w 6 ośrodkach koordynujących ale jak do tej pory projekt ten nie wszedł jeszcze w życie, mimo, że dotyczyć ma 5 tys. pacjentów z ponad 1,2 mln chorych z niewydolnością serca. Byłby to jednak dobry początek, duży ukłon w stronę pacjentów i realna szansa na poprawę ich sytuacji w nie-dalekiej przyszłości. Od 2016 roku pojawiła się możliwość refundacji jednego z najbardziej nowoczesnych leków (sakubitrylu/walsartanu), którego działanie redukujące częstość hospitalizacji i poprawiające jakość życia i rokowanie potwierdzali pacjenci. Ostatecznie jednak zdecydowano pod koniec 2019 roku, że lek jest za drogi i nas jako państwo nie stać na jego refundację. Ta decyzja zbiegła się w czasie z publikacją jeszcze bardziej przełomowych wyników badań w zakresie terapii niewydolności serca, a mianowicie z bardzo korzystnym

wpływem leczenia dapagliflozyną (jedną z flozyn). Ministerstwo Zdrowia poinformowało mnie pisemnie, że po rejestracji leku w Europie na jesieni 2020 roku dołoży wszelkich starań by refundacja miała miejsce w połowie 2021 roku – trzymamy za słowo.

Nie ma czasu na oszczędzanie na zdrowiu pacjentów z niewydolnością serca. Przez wiele lat było nas stać na hospitalizowanie pacjentów z niewydolnością serca, choć koszty pochłaniały ponad 90% budżetu przeznaczonego na leczenie tego schorzenia. Przy jednoczesnej niezdolności do pracy kilkaset tysięcy chorych (to dane sprzed kilku lat, obecnie cała populacja pacjentów z niewydolnością serca przekracza 1,2 mln osób), wspomnianych hospitalizacjach, potencjalnie utraczonych przychodach z tytułu podatków i wzrostu PKB – prawdopodobnie „koło nosa” przez całe lata przeszły miliardy złotych, ale widocznie na taką rozrzutność było nas stać. Brak reakcji ze strony administracji publicznej na apele chorych i ekspertów, dane mówiące o kosztach pośrednich czy niskiej przeżywalności oraz wysokiej śmiertelności nie były wystarczająco przerażające, aby przekonać decydentów o konieczności podjęcia pilnych i zintegrowanych działań. Wydawało się więc, że jest dobrze. Tymczasem...

Pacjent z Chodzieży, lat 51, żonaty, dorosła córka. Zaawansowana niewydolność serca, niezdolność do pracy, depresja. Piękny, ale lekko

zaniedbany ogród, bo żona pracująca na dwa etaty nie miała czasu ani siły jeszcze na to, by go oporządzać. Pacjent po kilku wyładowaniach kardiowertera-defibrylatora, sparaliżowany myślą o wyjściu na spacer czy do ogrodu, mający w głowie jedno – jak upadnie podczas prac ogrodowych, żona szybko go nie znajdzie. Ten sam chory z dnia na dzień coraz bardziej czuje, że pewnie nie doczeka wnuka. Przypomnijmy – lat 51. Brak możliwości wykupienia leków za kilkaset złotych, brak perspektyw i nadziei.

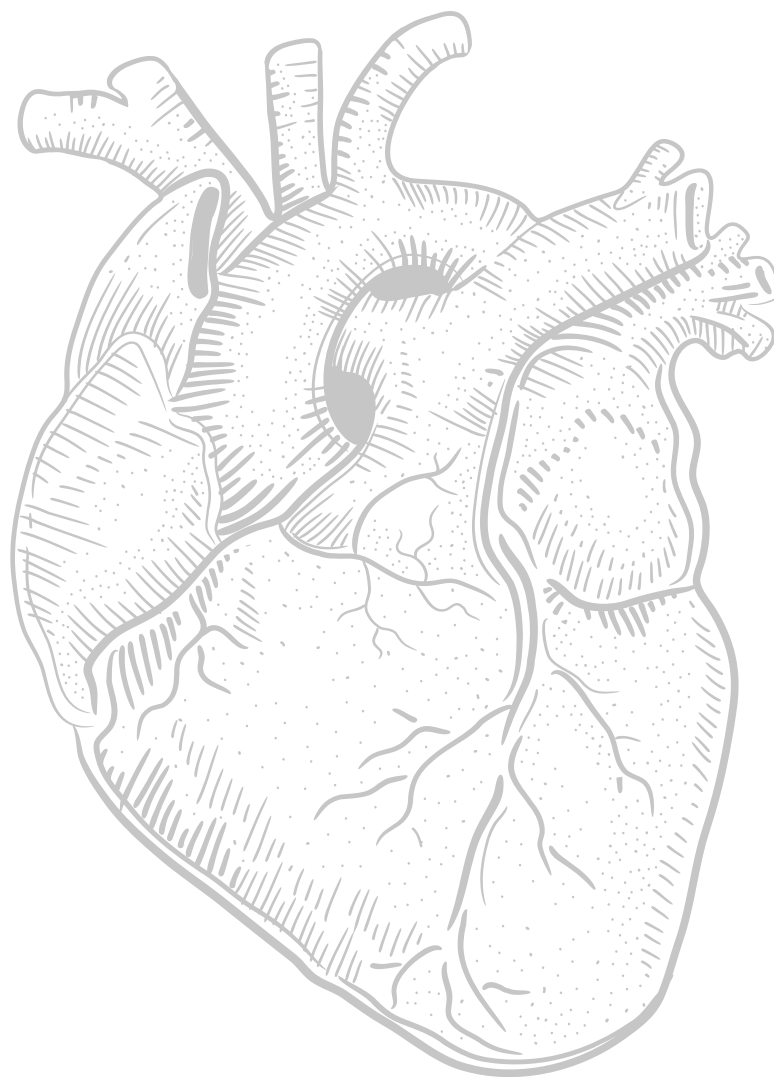
To jedna z tysięcy podobnych historii, które poznałam przez ostatnie lata. Te historie zaczęły skłaniać mnie do wielu refleksji i coraz częściej pojawiających się wniosków, że sytuacja tej grupy pacjentów jest dramatyczna. To była również motywacja do podjęciach naprawdę szeroko zakrojonych działań (również w mediach), aby zwrócić uwagę decydentów na poważny problem – umierające powoli społeczeństwo, które mogłoby przecież pracować i żyć normalnie.

Przez te ostatnie lata udało nam się wiele zrobić. Przy ogromnym zaangażowaniu ekspertów oraz pacjentów i organizacji pacjenckich udało nam się podjąć wiele inicjatyw informacyjno-edukacyjnych, dzięki którym specyfika choroby stała się niemal powszechnie znana. Oprócz tego organizowaliśmy spotkania w mniejszych miejscowościach, których celem była edukacja pacjentów z niewydolnością ser-

ca, aby potrafili rozpoznawać sygnały wysyłane przez organizm i nie bagatelizowali syndromów pogłębiającej się choroby. Braliśmy udział w licznych konferencjach i debatach, które miały być platformą wymiany doświadczeń i wspólnego kreowania rozwiązań przyjaznych pacjentom. Przez te ostatnie lata nie udało nam się tylko zrobić jednej rzeczy – przekonać decydentów, że pacjenci z niewydolnością serca zasługują na godne życie i leczenie na miarę światowych standardów. Ten raport powstał z braku akceptacji dla otaczającej nas rzeczywistości i jej niezauważania. Sytuacja pacjentów z niewydolnością serca na przestrzeni ostatnich lat bardzo się pogorszyła. Mieliśmy obniżyć koszty hospitalizacji, tymczasem one jeszcze wzrosły. Zrezygnowano też z potencjalnych miliardów złotych wpływu z tytułu aktywizacji zawodowej pacjentów. Tysiące chorych skazano na życie na marginesie, w izolacji, często na skraju nędzy.

Raport „Niewydolność Serca w Polsce” przedstawia rzetelne dane na temat sytuacji pacjentów z niewydolnością serca. Wybitni eksperci, dane pozyskane z rzetelnych źródeł, cenne opinie specjalistów – ten raport powinien przeczytać każdy, komu bliski jest dobrostan Polski i Polaków. Pacjent nie może być dłużej traktowany jak koszt dla systemu. Zdrowy Polak to zdrowa Polska. Wierzimy, że ten dokument w końcu zmieni myślenie o koniecznych inwestycjach w służbie zdrowia. Serdecznie zapraszam do zapoznania się z dokumentem.

Takiego raportu jeszcze w Polsce nie było!





*prof. dr hab. med. Adam Witkowski,
Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*

Szanowni Państwo,

Opublikowany w grudniu br. raport „Niewydolność Serca w Polsce” powstał z inicjatywy organizacji pacjenckich działających w dziedzinie kardiologii, zrzeszonych pod nazwą Porozumienie Organizacji Kardiologicznych – Razem dla Serca. Autorami są lekarze – uznani specjaliści w dziedzinie kardiologii, farmakoekonomii, reprezentanci Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz innych organizacji.

Ogłoszenie raportu jest bardzo ważnym wydarzeniem. Po pierwsze dlatego, że na niewydolność serca choruje w Polsce ponad 1,2 miliona osób, a śmiertelność wśród nich jest od lat bardzo wysoka. Po drugie, publikacja zbiegła się z 2-letnią rocznicą ogłoszenia przez Ministerstwo Zdrowia inauguracji zainicjowanego przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) programu koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca (KONS), co jest rocznicą raczej smutną, ponieważ do tej pory programu nie udało się wprowadzić w życie, nawet w formie pilotażowej. I chyba nie można zrzucić tego wyłącznie na powszechną obecnie w naszym życiu pandemię. Jako środowisko kardiologów skupionych w PTK cieszymy się więc bardzo, że nasze starania dostały tak silne wsparcie ze strony organizacji pacjentów.

Wnioski wynikające z raportu są przygnębiające i świadczą o tym, jak bardzo nieskuteczny i nienowoczesny jest system ochrony zdrowia w Polsce w walce z epidemią niewydolności serca – tak chyba należy określić tę jednostkę chorobową z uwagi na częstość jej występowania, szybko postępujący wzrost chorobowości i umieralności. I to mimo dramatycznego, ale najwyraźniej źle ukierunkowanego wzrostu nakładów na jej leczenie (wzrost kosztów bezpośrednich o 109% w ciągu ostatnich 5 lat do sumy 1,7 mld złotych). **Przed wszystkim brakuje kompleksowej, koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, refundacji nowoczesnych leków o udokumentowanej skuteczności, oddziałów hospitalizacji jednodniowej, edukacji pacjentów, czy telemonitoringu. A więc jeszcze raz wracamy do najważniejszych założeń programu KONS!** Pozostaje mieć nadzieję, że raport otworzy kolejną fazę rozmów między PTK, organizacjami pacjentów kardiologicznych i Ministerstwem Zdrowia i że tym razem doprowadzi to nie tylko do kolejnej uroczystej inauguracji, ale przede wszystkim do rzeczywistego wdrożenia programu KONS. Inaczej będziemy mieli sytuację, że pandemia wirusa SARS-COV 2 zacznie wygasać, ale epidemia niewydolności serca w Polsce będzie rozwijać się w najlepsze, pochłaniając ludzkie życia i zasoby finansowe NFZ i ZUS (renty!), czyli nasze własne. Realne działanie staje się palącą potrzebą.



prof. dr hab. med. Jarosław Kaźmierczak,
Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii, Klinika
Kardiologii PUM

Raport „Niewydolność serca w Polsce” jest odpowiedzią na pilną potrzebę globalnej poprawy diagnostyki i leczenia niewydolności serca w naszym kraju, szczególnie z zastosowaniem najnowszych grup leków. Powstał z inicjatywy chorych zrzeszonych

w Porozumieniu Organizacji Kardiologicznych – Razem dla Serca, przy współpracy licznych ekspertów, zarówno lekarzy jak i ekonomistów, analityków, socjologów i prawników.

Niewydolność serca jako zespół objawów wklajających ostre i przewlekłe schorzenia sercowo-naczyniowe i metaboliczne (np. cukrzycę) stała się jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku. Liczba chorych dotkniętych tym schorzeniem przekroczyła już w skali świata 70 milionów, w Unii Europejskiej 10 milionów, a w Polsce wg danych z 2018 roku aż 1,24 miliona. Zapadalność na niewydolność serca nieznacznie spadła w ciągu ostatnich 5 lat i obecnie utrzymuje się na poziomie około 125 tys. nowych zachorowań rocznie. We wspomnianym już 2018 roku zmarło 142 tys. osób z niewydolnością serca, co stanowi ponad 1/3 wszystkich zgonów w tym czasie. **Tak jak, choroby ser-**

cowo-naczyniowe są główną przyczyną zgonów w Polsce (ok. 45%), tak niewydolność serca jest na niechlubnym pierwszym miejscu wśród tych chorób, stanowiąc najczęstszą bezpośrednią przyczynę zgonów w ogóle. Na wysokie wskaźniki śmiertelności

w niewydolności serca wpływa nie tylko duża liczba chorych, ale także niska przeżywalność. W ciągu 5 lat od rozpoznania umiera około 40% chorych, co wynika głównie z późnej diagnostyki i niedostatecznego leczenia.

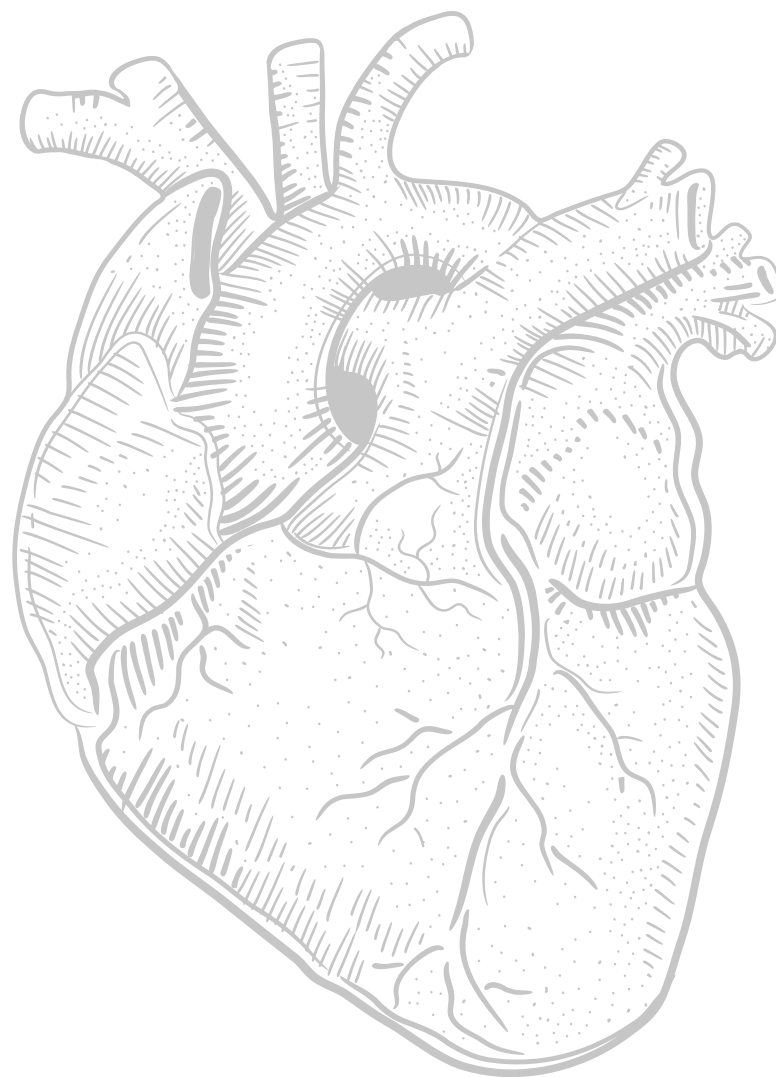
Przedstawiona skala problemu zdrowotnego wskazuje na olbrzymie koszty bezpośrednie i pośrednie jakie generuje opieka nad pacjentami z niewydolnością serca. Tylko sama wartość publicznych wydatków na świadczenia zdrowotne z powodu niewydolności serca w 2019 r. wyniosła w Polsce 1,676 miliarda zł, z czego 95% to koszty hospitalizacji.

Niniejsze opracowanie stanowi znakomity przykład przedstawienia problemu medycznego i jego następstw zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych, co nie powinno być obce żadnemu pracownikowi ochrony zdrowia. Podkreślono też aspekt niskiej świadomości społecznej dotyczącej niewydolności serca i schorzeń doń prowadzących. **Jednak największą wartością opracowania jest wskazanie dróg i metod poprawy sytuacji. Tutaj rysują się dwa obszary:**

kompleksowa opieka nad pacjentami z niewydolnością serca, ujęta w opracowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne program KONS i szeroka refundacja innowacyjnego, ale już sprawdzonego leczenia farmakologicznego. Wprowadzony

w końcu 2017 roku program KOS-zawał, pokazał, że tylko same zmiany organizacyjne (nawet bez wprowadzania innowacyjnych metod leczenia) poprawiły roczną przeżywalność po zawale serca aż o 36%.

Dlatego opracowanie „Niewydolność serca w Polsce” jest niezwykle potrzebne. Powinno być ważną lekturą dla decydentów systemu ochrony zdrowia, płatnika (NFZ), lekarzy, administracji medycznej a także pacjentów i ich rodzin.





prof. IK dr hab. n. med. Przemysław Leszek
Przewodniczący Sekcji Niewydolności Serca Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego

Niewydolność serca to jednostka chorobowa która jest fazą schyłkową praktycznie wszystkich chorób kardiologicznych.

Jako kardiolodzy potrafimy coraz lepiej leczyć choroby serca prowadzące do jego niewydolności – takie jak chorobę wieńcowa w tym zawał serca, czy wady wrodzone / nabyte serca. Wdrożenie programu opieki nad pacjentem – jak w przypadku Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawał Serca (KOS – zawał) czy innych nowoczesnych form terapii, sprawia że coraz to większa grupa pacjentów przeżywa ostry epizod choroby, jednak w pewnym momencie swojego życia mogą oni rozwinąć niewydolność serca. **Prowadzi to do stałego zwiększania się liczby pacjentów żyjących z uszkodzonym / niewydolnym sercem. Schorzenie to w Polsce dotyka ponad 1,2 miliona osób.**

Pacjenci z niewydolnością serca często wymagają stałej opieki najbliższych, są niesamodzielnymi. Z perspektywy zdrowia publicznego niewydolność serca jest istotnym problemem, wiąże się ona z wysoką chorobowością, znaczną liczbą hospitalizacji i jest obciążona wysoką śmiertelnością.

Dlatego bardzo cieszy mnie fakt, że Porozumienie Organizacji Kardiologicznych zainicjowało powstanie raportu „Niewydolność serca w Polsce”. To dokument który z jednej strony pokazuje rzeczywiste, aktualne dane kliniczne, a z drugiej koszty (i potencjalne możliwości oszczędności) związane z niewydolnością serca w naszym kraju. W tworzenie raportu zaangażowanych jest wielu ekspertów, wspólnie działamy w słusznej sprawie, aby pomóc pacjentom z niewydolnością serca. Ważna jest również prowadzenie szeroko zakrojonej edukacji, przedstawiającej czym jest to schorzenie, na czym polega skuteczne leczenie – gdy terapia jest „skrojona na miarę”. **Dla płatnika wiąże się to z istotną redukcją kosztów.**

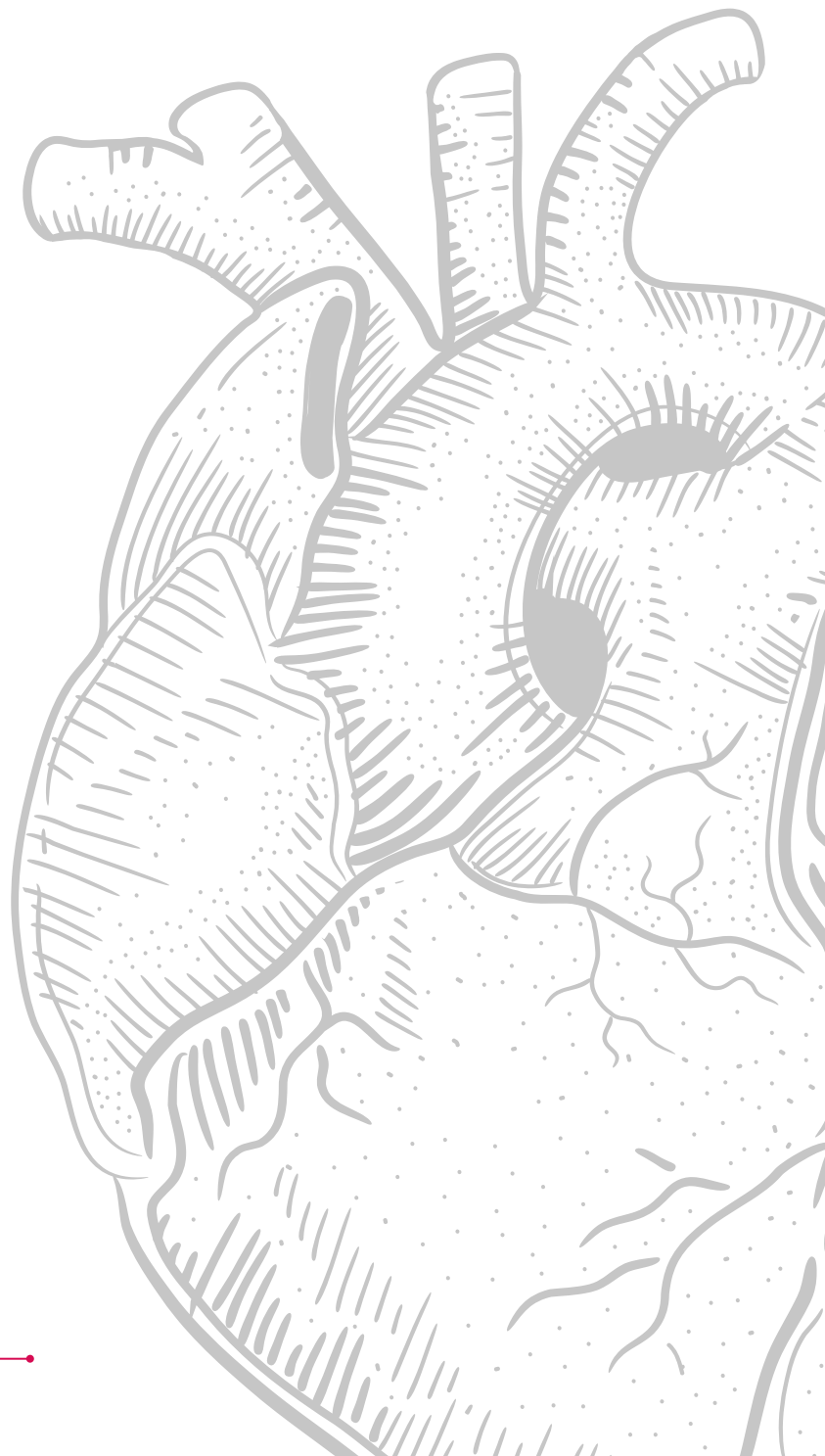
Miałem niebywałą przyjemność współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Departamentem Analiz Systemowych, gdzie wspólnie pracowaliśmy nad aplikacją pokazującą rzeczywiste dane dotyczące niewydolności serca w Polsce. Aplikacja ta pokazuje aktualne dane oparte na źródłach Ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia. Bardzo się cieszę, że zostały one wykorzystane w niniejszym raporcie.

Jeśli chodzi o przeprowadzone analizy finansowe, nie byłem świadomy, że tak ogromne kwoty wydatków pośrednich i bezpośrednich dotyczą niewydolności serca. Co więcej **to koszty, których można byłoby**

uniknąć wprowadzając Koordynowaną Opiekę dla Osób z Niewydolnością Serca (KONS) oraz nowoczesną i skuteczną farmakoterapię. Dlatego tym bardziej dziękuję, za możliwość współpracy przy tworzeniu raportu i rekomendacji w tak zacnym gronie.

Jestem przekonany, że nasze działania przyczynią się do poprawy długości i jakości życia osób z niewydolnością serca, oraz również wpłyną na oszczędności w budżecie państwa.

Jeszcze raz gratuluję inicjatywy.





*Bartłomiej Chmielowiec,
Rzecznik Praw Pacjenta*

Raport „Niewydolność serca w Polsce – realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji” powstał z inicjatywy organizacji, działających wspólnie na rzecz poprawy sytuacji pacjentów kardiologicznych. Wiele z tych organizacji działa w Radzie Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Problemy tej grupy chorych nie są więc mi obce. Rozmawiamy o nich m.in. w Zespole ds. chorób cywilizacyjnych, podejmując wspólne działania w zakresie rozwiązań systemowych, które przyczynią się do poprawy leczenia tej grupy pacjentów.

Raport nie jest analizą zagadnienia niewydolności serca z punktu widzenia ekonomistów czy decydentów systemu opieki zdrowotnej, ale zwraca uwagę na problemy z jakimi mierzą się lekarze specjaliści oraz sami pacjenci.

Wskazują oni wiele obszarów, które mają wpływ na życie i leczenie pacjentów z niewydolnością serca.

Dane pokazują, że liczba chorych dwukrotnie wzrosła w ostatnich dwóch dekadach. Dotyczy to nie tylko seniorów ale również osób mło-

dych, aktywnych zawodowo. Niewydolność serca jest też najczęstszą bezpośrednią przyczyną zgonów w Polsce.

Nadal niedostateczna jest społeczna świadomość związana z problemem niewydolności serca. Wciąż za mało edukujemy, zwłaszcza osoby młode jeszcze uczące się – jak istotny wpływ na życie bez choroby ma profilaktyka i zdrowy tryb życia.

Wczesne wykrycie choroby to szybsze i skuteczniejsze leczenie, a w konsekwencji również ograniczenie kosztów, ponoszonych przez nas jako społeczeństwo.

Dlatego tak ważna jest stała edukacja osób dorosłych, ale również młodego pokolenia w zakresie dbania o własne zdrowie i zapobiegania chorobom. Bezpieczny dla pacjenta z niewydolnością serca system leczenia, to przede wszystkim ograniczenie hospitalizacji na rzecz leczenia ambulatoryjnego. Konieczne jest też zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki, nowoczesnych terapii lekowych oraz rehabilitacji.

Pacjent powinien mieć pozostawać pod stałą opieką i mieć możliwość regularnych kontroli stanu zdrowia. Powinnością pacjenta powinno być zaś przestrzeganie zaleceń lekarskich.

By spiąć te wszystkie elementy, ważne jest kompleksowe podejście do leczenia. Obecnie mówi się o opiece koordynowanej, która powinna stać się standardem w leczeniu wielu jednostek chorobowych. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zaproponowało np. zintegrowany pionowo model opieki nad chorymi z niewydolnościami serca pod nazwą Kompleksowa Opieka nad Osobami z Niewydolnością Serca.

Mam nadzieję, że dla dobra pacjenta będzie on realizowany. Zespala bowiem wszystkie elementy systemu opieki szpitalnej z opieką ambulatoryjną, angażując lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Moim zdaniem Program zapewni wielodyscyplinarną i ciągłą opiekę o charakterze skoordynowanym, uwzględniającą zaangażowanie pacjenta.

Zebrane w Raporcie dane odnoszą się do sytuacji pacjentów w okresie, w którym nie mówiliśmy jeszcze o pandemii COVID-19. Dziś wydaje się, że sytuacja pacjentów z niewydolnością serca jest jeszcze trudniejsza. Wszystko wskazuje na to, że po epidemii przyjdzie nam zmierzyć się z nowymi realiami, które już teraz jak wynika z raportu, wymagają wprowadzenia nowych rozwiązań.

Problem niewydolności serca wymaga pilnej uwagi i działań ze strony decydentów. W staraniach o lepsze jutro Pacjenci mogą również liczyć na pełne wsparcie Rzecznika Praw Pacjenta.

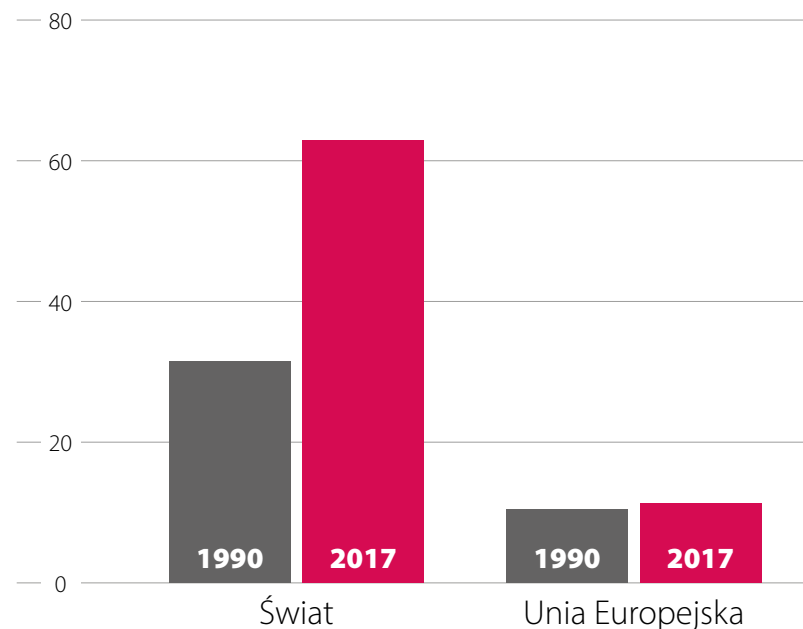
Niewydolność serca – podstawowy problem zdrowotny w Polsce i na świecie

Niewydolność serca jest jednym z największych wyzwań stojących przed systemami ochrony zdrowia w Polsce i na świecie, zarówno w zakresie chorobowości, śmiertelności, obciążenia wynikającego z niepełnosprawności i niezdolności do pracy oraz wykorzystania zasobów systemowych i świadczeń zdrowotnych.

Na świecie obserwuje się coraz szybszy wzrost chorobowości z powodu niewydolności serca. **W ostatnich dwóch dekadach liczba chorych z niewydolnością serca wzrosła prawie dwukrotnie, zaś ze względu na starzenie się społeczeństwa, liczba osób żyjących z niewydolnością serca na świecie nadal się zwiększa.**

Rysunek 1

Liczba chorych z niewydolnością serca na Świecie i Unii Europejskiej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Global Burden of Disease

W 2018 roku liczba chorych
z niewydolnością serca
w Polsce wyniosła

1,24
MILIONA

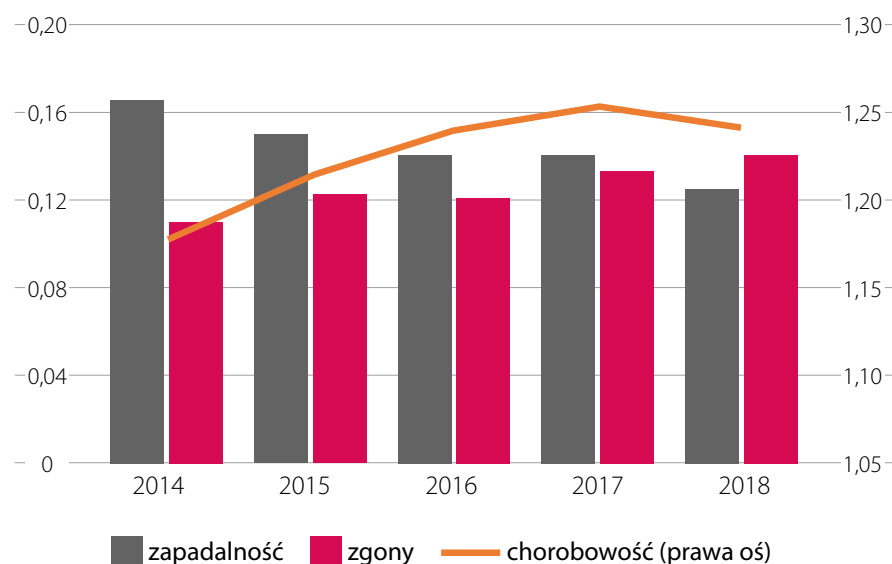
Chory jest już co **trzydziesty** Polak



Liczba chorych w 2018 r. w porównaniu do roku 2014 wzrosła aż o 65 tys. osób. Wzrost ten wynikał z wyższej zapadalności na niewydolność serca niż liczby zgonów chorych na tę chorobę. Mimo przewagi zapadalności na niewydolność serca nad zgonami, w badanym okresie następował spadek zapadalności, przy wzroście liczby zgonów (aż o 27%). Liczba zgonów osób z niewydolnością serca w 2018 r. wyniosła 142 tys. Stanowiło to 33,8% wszystkich zgonów w 2018 r. w Polsce, przy czym po raz pierwszy liczba ta przewyższyła liczbę zachorowań.

Rysunek 2

Chorobowość rejestrowana, zapadalność rejestrowana i zgony wśród pacjentów z niewydolnością serca na przestrzeni lat 2014-2018 (w mln).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie analiz Ministerstwa Zdrowia

Znacząca część zgonów chorych z niewydolnością serca jest bezpośrednią konsekwencją tej choroby. Niewydolność serca jest najczęstszą bezpośrednią przyczyną zgonów w Polsce.

w 2018 r.

zmarło w Polsce

142 tys.
osób

z niewydolnością serca,
co oznacza, że co godzinę
umiera 16 osób.

niewydolność serca była
bezpośrednią przyczyną
zgonów w

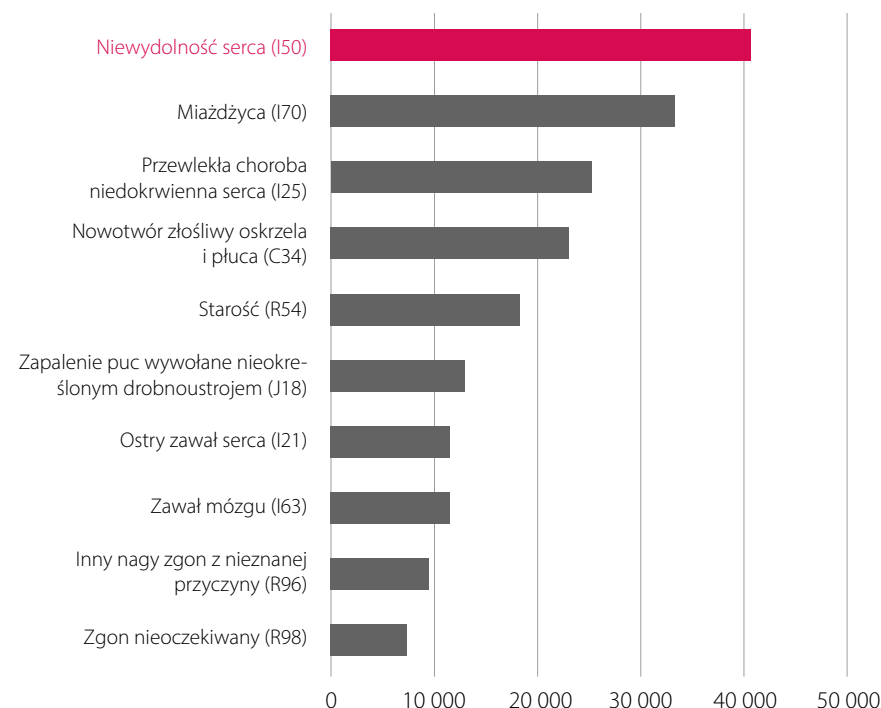
41 tys.
przypadków



Choroba ta powoduje większą ilość zgonów niż takie schorzenia jak miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, czy poszczególne rodzaje nowotworów.

Rysunek 3

Liczba zgonów w Polsce w 2018r. 10 najczęstszych przyczyn zgonów
(nazwa przyczyny wraz z kodem ICD-10)



Źródło: Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

Bardzo wysoka liczba zgonów w wyniku niewydolności serca w Polsce jest efektem nie tylko wysokiej chorobowości, ale również niskiej przeżywalności pacjentów. Od momentu zdiagnozowania choroby aż 40,6% pacjentów nie przeżywa 5 lat życia.

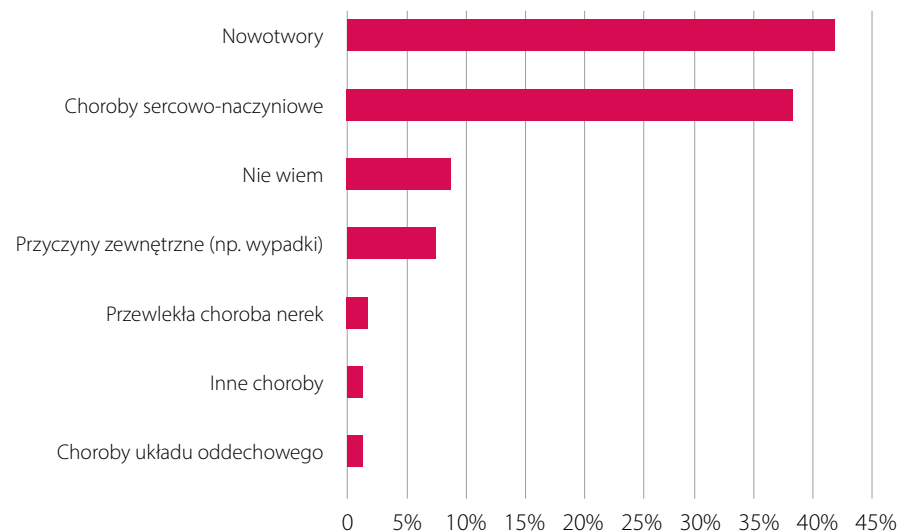
Świadomość społeczna na temat niewydolności serca

Wysoka świadomość społeczna na temat niewydolności serca istotnie wpływa na lepszą profilaktykę w tym zakresie, szybsze i skuteczniejsze leczenie, a w konsekwencji na ograniczenie ogólnych kosztów niewydolności serca dla płatnika publicznego i gospodarki ogółem. Niestety świadomości Polaków w tym temacie jest nadal stosunkowo niska.

Nie mamy świadomości, że niewydolność serca jest chorobą śmiertelną, często gorzej rokującą niż choroby nowotworowe. Mało wiemy też na temat czynników ryzyka zachorowania. Co potwierdzają dane z badania przeprowadzonego w lipcu 2020 na próbie ponad 2 tysięcy Polaków¹. Zdaniem 42% respondentów główną przyczyną zgonów w Polsce są choroby nowotworowe, jedynie 38% badanych wskazuje jako głównego zabójcę choroby sercowo – naczyniowe. Choć to właśnie one zbierają największe żniwo, a w szczególności niewydolność serca – najczęstsza przyczyna śmierci w naszym kraju.

Rysunek 4

Odpowiedzi ankietowanych na temat najczęstszej przyczyny zgonów w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie YouGov 2020

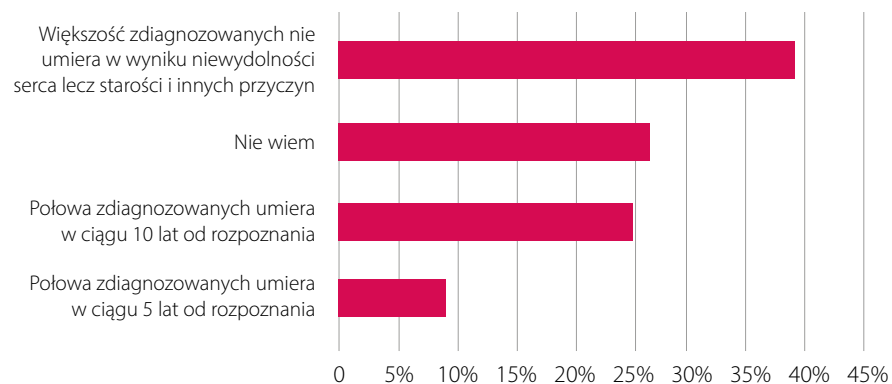
Większość respondentów nie traktuje niewydolności serca jako choroby śmiertelnej. 39% ankietowanych twierdzi, że zgony chorych z niewydolnością serca następują raczej z innych przyczyn. 27% respondentów przyznaje się do niewiedzy na ten temat. Jedynie 9% ankietowanych ma świadomość jakie jest rzeczywiste rokowanie osób z niewydolnością serca - niemal połowa chorych umiera w ciągu 5 lat od zdiagnozowania².

1. YouGov, International Heart Failure Polling – Poland, Raport 2020 (w trakcie publikacji)

2. Zgodnie z aktualnymi danymi dla Polski ok. 40,6 % chorych z niewydolnością serca nie przeżywa 5 lat od rozpoznania.

Rysunek 5

Odpowiedzi ankietowanych na temat śmiertelności chorych z niewydolnością serca



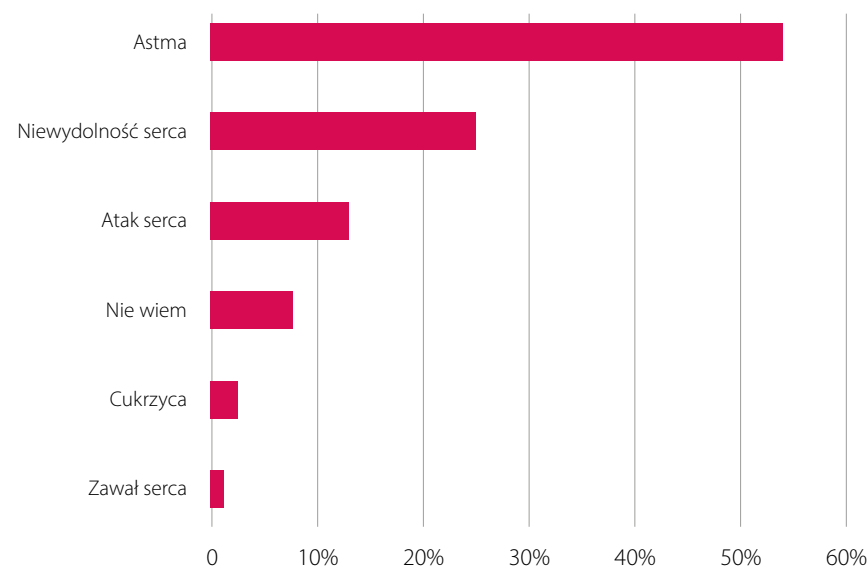
Źródło: Opracowanie własne na podstawie YouGov 2020

Wiedza Polaków na temat czynników ryzyka zachorowania czy objawów klinicznych niewydolności serca również pozostawia wiele do życzenia. Potwierdzają to dane ankietowe.

Głównym objawem niewydolności serca jest duszność, najczęściej początkowo wysiłkowa, a w bardziej zaawansowanej postaci występująca nawet w spoczynku. Ankietowani nie prezentowali dostatecznej wiedzy na ten temat. Większość (53%) wskazywała, że duszność jest podstawowym objawem chorób układu oddechowego, w tym astmy oskrzelowej, a nie niewydolności serca.

Rysunek 6

Odpowiedzi odnośnie choroby, z którą kojarzony jest symptom w postaci duszności podczas odpoczynku i aktywności.

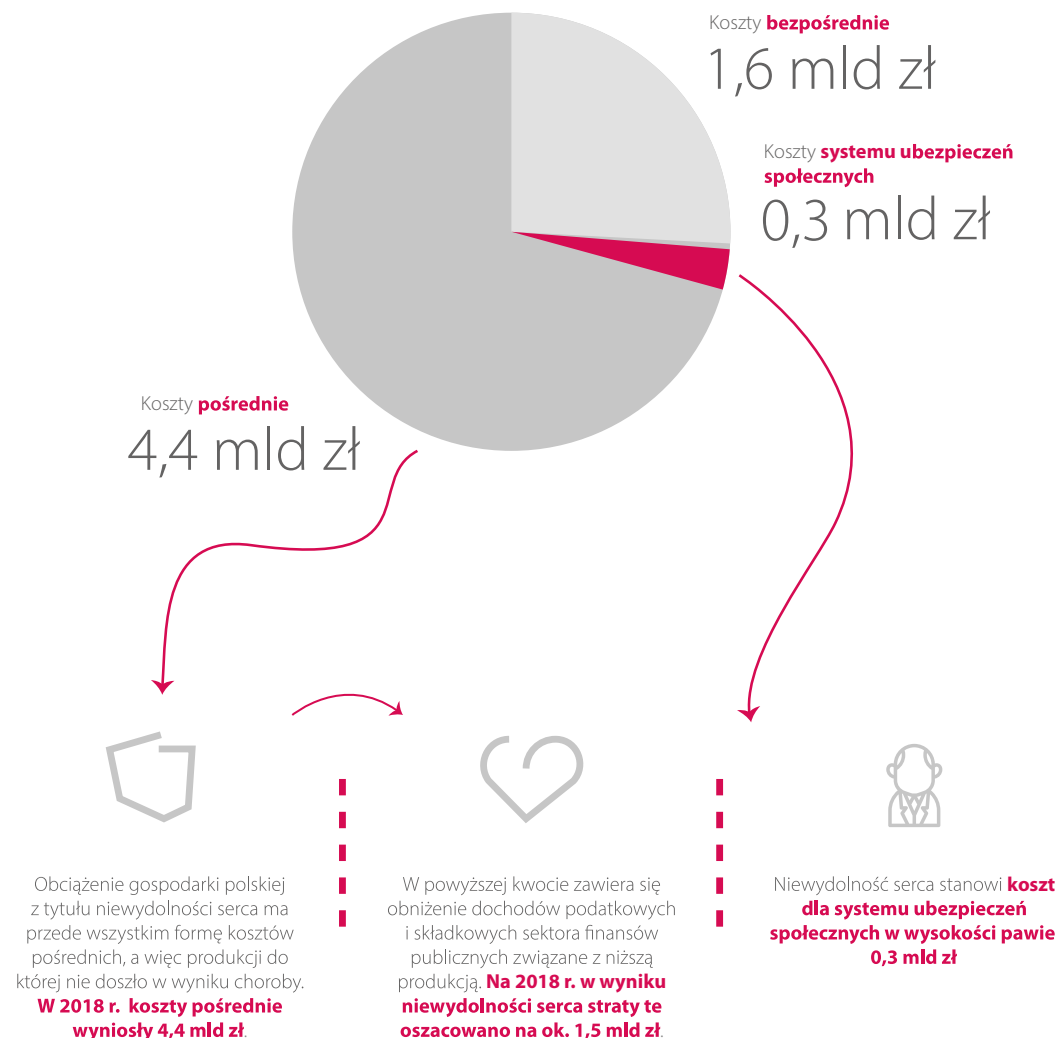


Źródło: Opracowanie własne na podstawie YouGov 2020

Koszty niewydolności serca w Polsce

Łączne koszty niewydolności serca w Polsce w 2018 r. wyniosły 6,2 mld zł, co przekłada się na 0,3% PKB.

Większość tej kwoty stanowiły koszty pośrednie (70,5% łącznych kosztów w 2018 r.), a więc wielkości produkcji ekonomicznej niewytworzonej na skutek zaistnienia choroby. Jednak w badanym okresie proporcja tych kosztów systematycznie spadała, co wynika przede wszystkim z bardzo wysokiego wzrostu kosztów bezpośrednich (w latach 2016-2018 o 66,2%). W 2018 koszty płatnika wyniosły już 1,6 mld zł, tj. 25,4% łącznych kosztów niewydolności serca w Polsce. Z racji tak szybkiego wzrostu kosztów bezpośrednich w badanym okresie również proporcja kosztów niewydolności serca dla systemu ubezpieczeń społecznych w kosztach łącznie uległa spadkowi. Stało się to mimo nominalnego wzrostu tej kategorii o 14,2% w latach 2016-2018.



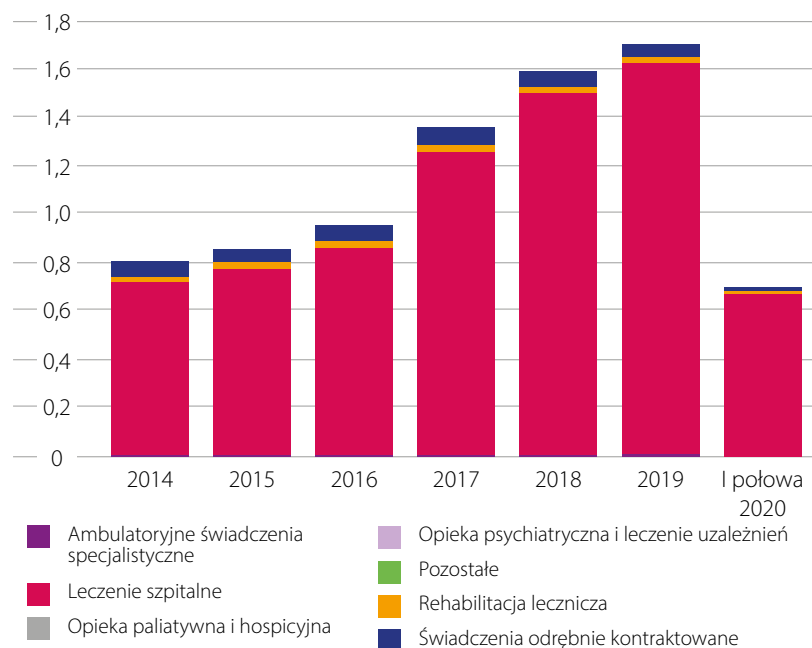
** Pozorna różnica łącznych kosztów choroby (6,2 mld zł) i sumy powyższych kategorii kosztowych wynika jedynie z przyjętego przybliżenia (do 0,1 mld zł).*

Koszty bezpośrednie

Koszty świadczeń zdrowotnych w związku z niewydolnością serca zwiększyły w ciągu ostatnich pięciu lat o 109% i w 2019 r. wyniosły prawie 1,7 mld zł.

Rysunek 7

Wydatki na świadczenia zdrowotne związane z leczeniem niewydolności serca (w mld zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Hospitalizacje są kluczową kategorią kosztową, na którą w 2019 r. przeznaczono

1,6 mld zł.

Stanowi to wzrost kosztów leczenia szpitalnego o:

125%
w ciągu zaledwie
5 lat

Liczba przypadków leczenia szpitalnego, a więc największej kategorii wydatkowej, w badanym okresie wzrosła o 43,1% i w 2019 r. osiągnęła poziom ponad 300 tysięcy hospitalizacji.

Tłumaczy to po części bardzo wysoki wzrost nominalnych wydatków na leczenie szpitalne w badanym okresie, a w konsekwencji również wydatków na świadczenia zdrowotne łącznie.

Wzrost liczby hospitalizacji w analizowanym okresie nastąpił mimo i tak już wysokiej liczby hospitalizacji pacjentów z powodu niewydolności serca w Polsce. **W 2018 r. częstość hospitalizacji w naszym kraju była najwyższa spośród członków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i ponad 2,5 raza przekraczała przeciętną dla tej grupy krajów.**

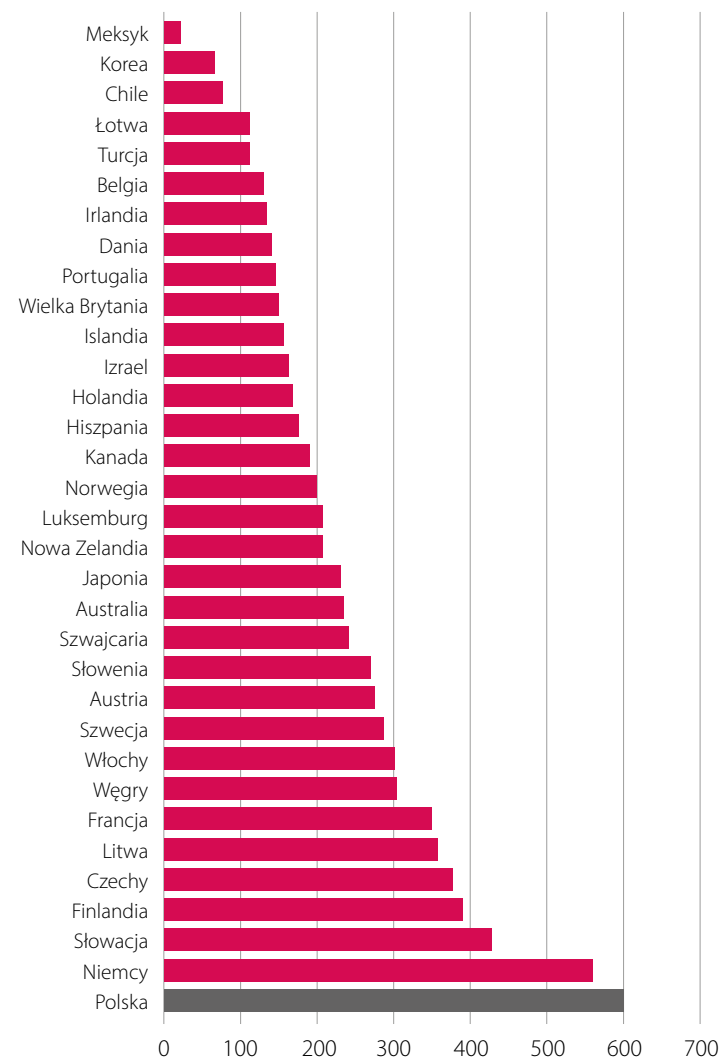


Znaczny wzrost kosztów hospitalizacji wynika między innymi ze wzrostu liczby przypadków hospitalizacji o **43%** (w latach 2014-2019).

Wskaźnik hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców dla krajów OECD w 2018 r. wyniósł średnio ok. 228, podczas gdy w Polsce ukształtował się na poziomie 594.

Rysunek 8

Liczba hospitalizacji w wyniku niewydolności serca na 100 tys. mieszkańców w krajach OECD w 2018 r. (lub najbardziej aktualne dane)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

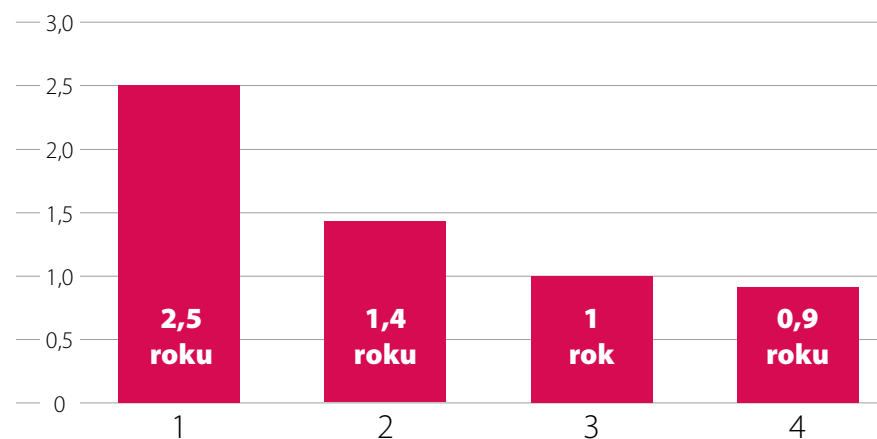
Hospitalizacja jest najdroższym rodzajem interwencji w ochronie zdrowia. Chcąc zatem optymalizować koszty związane z leczeniem niewydolności serca, warto na ten obszar zwrócić szczególną uwagę. Koszty leczenia szpitalnego niewydolności serca w 2019 r. wyniosły prawie 1,6 mld zł, zaś kontynuacja obecnych trendów wiązałaby się ze znaczącym obciążeniem publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Sprawa ta jest o tyle nagląca, że następuje również istotny wzrost przeciętnych kosztów hospitalizacji, który w okresie 2014-2019 wyniósł 57,2%. Konieczne więc są zmiany w systemie opieki nad chorymi z niewydolnością serca, których celem będzie zmniejszenie częstości hospitalizacji na rzecz poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego. Taka strategia może się przyczynić do zmniejszenia kosztów związanych z hospitalizacjami oraz znacząco poprawić jakość życia chorych i wyniki leczenia.

Większość hospitalizacji jest świadectwem pogorszenia stanu klinicznego pacjenta, co wynika z nieodpowiedniej kontroli choroby, w tym nieoptymalnej farmakoterapii. Jest to o tyle istotne, że farmakoterapia jest uważana za podstawową metodę leczenia niewydolności serca. W przypadku analiz na dużej próbie populacji z niewydolnością serca mediana przeżywalności pacjentów po pierwszym i kolejnych epizodach leczenia szpitalnego wyniosła odpowiednio 2,5; 1,4; 1,0 i 0,9 lat³

3. Lin et al. 2017.

Rysunek 9

Mediana przeżywalności pacjentów (w latach) w zależności od liczby epizodów hospitalizacji



Źródło: Lin et al. 2017.

Dla populacji polskiej⁴ przeżywalność chorych z niewydolnością serca po dwóch latach wynosi 66,4% dla pacjentów hospitalizowanych jeden raz, 59,8% po dwukrotnym leczeniu szpitalnym, 54,9% po trzykrotnej hospitalizacji i 54,9% po czterokrotnym leczeniu szpitalnym.

Według danych na lata 2010-2018 co 4 osoba z niewydolnością serca w Polsce miała zaostrzenie choroby wymagające co najmniej dwóch hospitalizacji, a najnowsze dane wskazują na zdecydowanie wyższe wskaźniki co najmniej dwukrotnej hospitalizacji (ok. 32%)⁵. Podtrzymanie tego trendu oznacza, że **rehospitalizacje, będące wskaźnikiem gorszego rokowania chorych z niewydolnością serca, będą zwiększały swój udział w hospitalizacjach łącznie.**

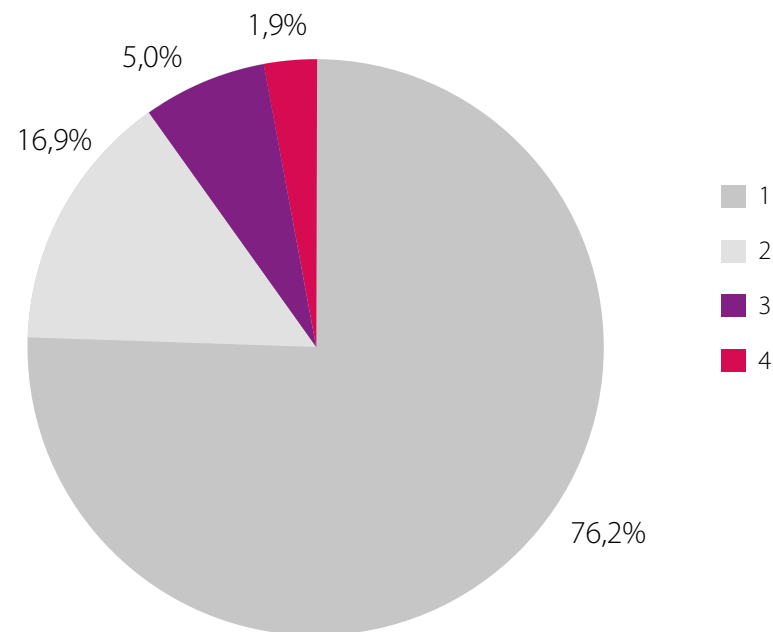


4. Zaleska-Kociecka et al. (nieopublikowany poster).

5. Ibidem

Rysunek 10

Odsetek pacjentów leczonych szpitalnie w latach 2010-2018 w podziale na liczbę przypadków hospitalizacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych <http://analizy.mz.gov.pl:8080/app/niewydolnoscserca>.

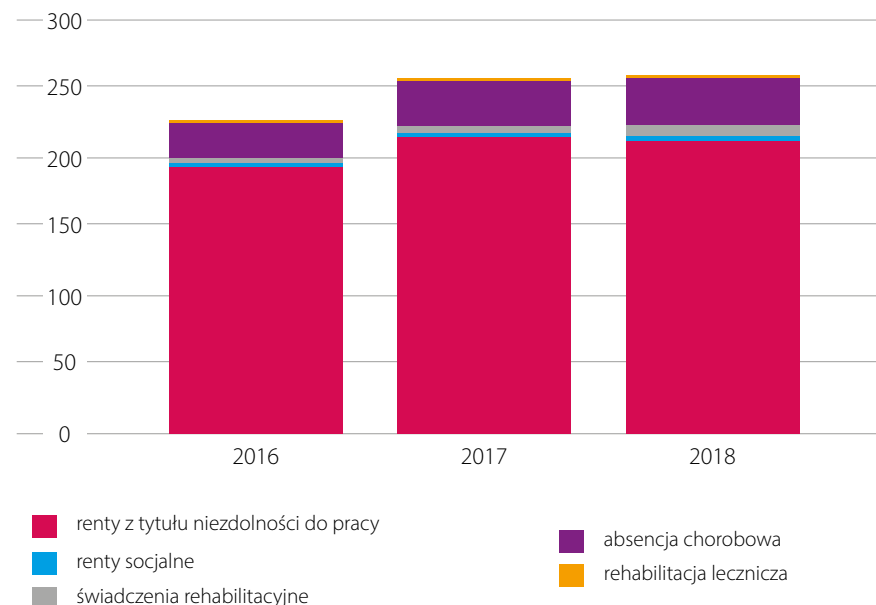
Koszty dla systemu ubezpieczeń społecznych

W 2018 r. na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej niewydolnością serca wydano 260,1 mln zł. W analizowanym okresie lat 2016-2018 zanotowano więc istotny wzrost tych kosztów o 14,2%.

Największą pozycję wydatków na świadczenia poniesione z tytułu niewydolności serca stanowiły wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2018 r. wydatki na renty wyniosły 213,6 mln zł i stanowiły 82,1% wydatków na świadczenia ogółem, których wypłata jest wynikiem niewydolności serca. Absencja chorobowa stanowiła drugą co do wysokości pozycję wydatków raportowanych przez ZUS z tytułu niewydolności serca. Jej koszty w 2018 r. wyniosły 35,1 mln zł i były wyższe w porównaniu z 2016 r. aż o 37,3%.

Rysunek 11

Wydatki z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w następstwie niewydolności serca (w mln zł)



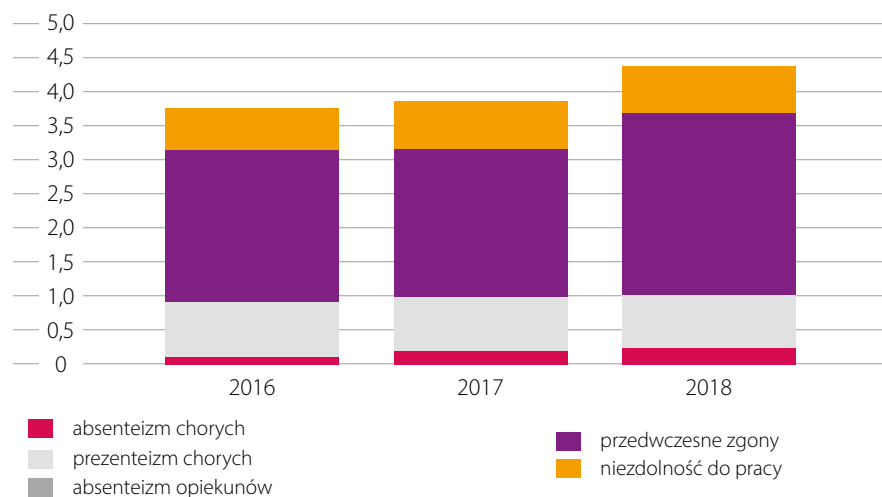
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Koszty pośrednie niewydolności serca

Szacunek kosztów pośrednich – wielkości produkcji niewytworzonej na skutek niewydolności serca, **wskazuje, że w 2018 r. analizowana choroba prowadziła do spadku potencjalnej produkcji o 4,4 mld zł.**

Rysunek 12

Koszty pośrednie niewydolności serca w Polsce (w mld zł).



Źródło: opracowanie własne

W okresie 2016-2018 nastąpił wzrost kosztów pośrednich o 16,8%. Był to wzrost zdecydowanie szybszy od tempa, w którym rozwijała się polska gospodarka. W efekcie znaczenie ekonomiczne kosztów pośrednich niewydolności serca w Polsce rosło w badanym okresie.

Najwyższe straty gospodarcze spośród grupy kosztów pośrednich spowodowane były przez przedwczesne zgony osób chorych z niewydolnością serca. **Koszty pośrednie będące rezultatem zgonów chorych z niewydolnością serca wyniosły w 2018 r. 2,7 mld zł i wzrosły o 19,3% w porównaniu do 2016 r.** Oznacza to, że ich znaczenie w badanym okresie rosło zarówno w porównaniu do wielkości polskiej gospodarki, jak i w kompozycji wszystkich kosztów pośrednich.

Drugą pod względem istotności kategorią kosztów pośrednich była zmniejszona efektywność pracy osób chorych, które kontynuowały pracę pomimo choroby, tzw. prezenteizm chorych. **Koszty pośrednie związane z prezenteizmem chorych z niewydolnością serca w 2018 r. wyniosły 0,8 mld zł.**

Nieco mniej istotną kategorią kosztów pośrednich niewydolności serca jest trwała niezdolność do pracy. **Koszty pośrednie będące odzwierciedleniem utraty produktywności spowodowanej trwałą niezdolnością do pracy w wyniku niewydolności serca wyniosły w 2018 r. 0,7 mld zł i w okresie 2016-2018 wzrosły o 18,1%.** Pozostałe kategorie kosztów pośrednich nie były kluczowe dla kształtowania się kosztów pośrednich ogółem.

Konsekwencją utraty produktywności związanej z niewydolnością serca była strata potencjalnych dochodów funduszy publicznych w 2018 r. w wysokości 1,5 mld złotych. Prezentowana wielkość jest częścią wcześniej wyliczonych kosztów pośrednich, która znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w sytuacji sektora finansów publicznych. Pomimo to, aspekt ten warto wyodrębnić choćby z uwagi na stan finansów publicznych, który może rzutować na sprawność funkcjonowania całości gospodarki.

Formy leczenia niewydolności serca i korzyści z nich płynące

Zgodnie z najnowszymi publikacjami naukowymi oraz opinią ekspertów ochrony zdrowia w Polsce nowoczesna farmakoterapia oraz kompleksowa opieka nad pacjentami są podstawowymi narzędziami poprawy rokowania chorych z niewydolnością serca i zmniejszenia ich śmiertelności. Zastosowanie tych narzędzi wpływa również na ograniczenie liczby hospitalizacji. W rezultacie widoczne są korzyści dla indywidualnego chorego, społeczeństwa ale także gospodarki, przy czym dotyczą one zarówno ograniczenia kosztów bezpośrednich jak i pośrednich choroby.

Farmakoterapia

Podstawą farmakoterapii niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową są leki antagonizujące pobudzenie neurohormonalne, które poprawiają rokowanie tych chorych. Należą do nich poniższe:















- » inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEi) (w przypadku ich nietolerancji – antagoniści receptora angiotensyny II (ARB)),
- » β -adrenolityki,
- » antagoniści receptora mineralokortykoidowego (MRA),
- » u wybranych chorych iwabradyna.

Ważnym elementem tego postępowania, w szczególności w przypadku niepowodzenia powyższego refundowanego leczenia, jest również stosunkowo nowa grupa leków – inhibitory neprylizyny antagoniści receptora dla angiotensyny (ARNI, ang. angiotensin receptor neprylisin inhibitor), obecnie ze swoim jedynym przedstawicielem sakubitrylem/walsartanem zarejestrowanym w Europejskiej Agencji Leków pod koniec 2015. Jego stosowanie może ograniczyć liczbę hospitalizacji w wyniku niewydolności serca o 21%, i o 20% zredukować ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego, a dodatkowo uprościć schemat leczenia.

Niedawno pojawiły się na horyzoncie nowe substancje, bardzo obiecujące w zakresie zmniejszania ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, śmiertelności oraz liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Inhibitory kotransportera glukozowo-sodowego 2 (SGLT-2) (ang. sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors), czyli flozyny – pierwotnie stworzone w celu leczenia cukrzycy. Działanie dwóch z nich – dapagliflozyny i empagliflozyny, zostało szczegółowo przeanalizowane w ramach randomizowanych badań klinicznych w grupie chorych z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową bez towarzyszącej cukrzycy. Stosowanie tych leków może znacząco poprawić rokowanie tych pacjentów, a jednocześnie skutkować ograniczeniem kosztów choroby dla gospodarki.

Tabela 1

Przeciętna zmiana ryzyka zgonu i/lub hospitalizacji obliczona na podstawie wskaźników ryzyka (ang. hazard ratio) w wyniku stosowania dapagliflozyny i empagliflozyny

	Zgon z dowolnej przyczyny	Zgon sercowo-naczyniowy	Pierwsza hospitalizacja w wyniku niewydolności serca lub zgon sercowo-naczyniowy	Pierwsza hospitalizacja w wyniku niewydolności serca	Pierwsza i kolejne hospitalizacje w wyniku niewydolności serca lub zgon sercowo-naczyniowy
Dapagliflozyna	↓  17%	↓  18%	↓   26%	↓  30%	↓   25%
Empagliflozyna	↔  8% (Brak istotności statystycznej)	↔  8% (Brak istotności statystycznej)	↓   25%	↓  31%	↓   24%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie McMurray et al. 2019; Packer et al. 2020.

Metaanaliza dla tych dwóch badań klinicznych⁶ wskazuje, że floszyny to leki o udowodnionej skuteczności u chorych z przewlekłą niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową i mogą one, a nawet powinny stanowić nową opcję terapeutyczną w tej grupie chorych niezależnie od współwystępującej cukrzycy. Redukują ryzyko hospitalizacji z powodu

niewydolności serca i ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego. Zmniejszają objawy niewydolności serca i/lub zapobiegają ich pogorszeniu, spowalniają pogorszenie funkcji nerek. Co najważniejsze te efekty uzyskiwane są po dodaniu do najlepszego dostępnego standardu terapii, włączając w to sakubitryl/ walsartan.

6. Zannad, Ferreira et al. 2020.

Korzystając m.in. z tych analiz, Europejska Agencja Leków (EMA) 3 listopada 2020 r. zarejestrowała w Europie zastosowanie pierwszej floszyny (dapaglifloszyny) u dorosłych pacjentów w leczeniu objawowej przewlekłej niewydolności serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową. Biorąc pod uwagę charakterystykę chorych, którym zaleca się stosowanie tego leku po wykorzystaniu wszystkich wcześniejszych, refundowanych opcji terapeutycznych, **potencjalna populacja docelowa dapaglifloszyny dotyczyłaby około 150 tys. pacjentów⁷.**

Kompleksowa opieka nad pacjentami z niewydolnością serca

Opieka nad pacjentami z niewydolnością serca w Polsce nie jest optymalna. **Obok braku refundacji nowoczesnej farmakoterapii zgodnej z wytycznymi i najnowszą wiedzą medyczną nieoptymalna terapia wynika z braku skonsolidowanego systemu opieki nad chorymi.** Prowadzi to do częstych zaostrzeń choroby, które wymagają leczenia szpitalnego, kosztownego dla gospodarki, jak i społeczeństwa. Przeprowadzone analizy obecnego systemu opieki nad chorymi z niewydolnością serca wskazują na kilka kluczowych problemów:

- » trudności z rozpoznaniem choroby (zbyt późne jej rozpoznanie), brak nadzoru nad prowadzonym już leczeniem (brak optymalizacji terapii w warunkach ambulatoryjnych),
- » ograniczenie dostępu do niektórych procedur szpitalnych⁸,
- » brak dostatecznej świadomości społecznej w zakresie niewydolności serca, która z kolei wynika z niedostatecznej edukacji.

7. Wrona, Budka, Marszałek 2020 (analiza niedostępna publicznie).

8. Łyszczarz, Gierczyński, Nojszewska et al. 2017, Gierczyński, Gryglewicz, Karczewicz, Zalewska 2013.

W odpowiedzi na te problemy Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) zaproponowało zintegrowany pionowo model opieki nad chorymi z niewydolności serca, który będzie realizowany pod nazwą Kompleksowa Opieka nad Osobami z Niewydolnością Serca (KONS). Program ma przede wszystkim zespalać system opieki szpitalnej z opieką ambulatoryjną, angażując lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Program KONS ma zapewniać wielodyscyplinarną i ciągłą opiekę o charakterze skoordynowanym, uwzględniającą zaangażowanie pacjenta w leczenie oraz umożliwiającą mu uzyskanie właściwych świadczeń, w tym optymalnej farmakoterapii we właściwym czasie. W opiece nad pacjentami z niewydolnością serca kluczowe jest zapobieganie zaostrzeniom choroby, gdyż powtarzające się dekompensacje układu krążenia pogarszają rokowanie chorych⁹.

KONS, łączy elementy:



» opieki ambulatoryjnej,



» optymalnej farmakoterapii (zgodnej ze standardami i z najnowszą wiedzą medyczną),



» leczenia interwencyjnego (kardiologia inwazyjna, elektroterapia, kardiochirurgia),



» rehabilitacji.

9. Nessler, Koziarkiewicz, Gackowski et al. 2019.

Możliwe oszczędności w wyniku zastosowania innowacyjnych metod terapii dotychczas niefinansowanych w Polsce przez NFZ

Zgodnie z najnowszymi publikacjami naukowymi oraz opinią ekspertów ochrony zdrowia w Polsce nowoczesna farmakoterapia oraz kompleksowa opieka nad pacjentami są podstawowymi narzędziami ograniczenia kosztów niewydolności serca, przy czym dotyczy to zarówno kosztów bezpośrednich jak i pośrednich.

Wśród kosztów bezpośrednich możliwe jest oszacowanie oszczędności wynikających z ograniczenia liczby hospitalizacji chorych w wyniku zastosowania innowacyjnych leków oraz programu KONS. Szacunkowy spadek ilości hospitalizacji z powodu niewydolności serca (redukcja o 21-26% w zależności od użytych narzędzi) w badanym okresie jest znaczny i prowadzi do istotnych oszczędności.

Według tego oszacowania oszczędności na kosztach hospitalizacji w warunkach 2018 r. wyniosłyby dla:

- » **dapagliflozyny 72,9 mln zł,**
- » **empagliflozyny 75,4 mln zł,**
- » **sakubitrylu/walsartanu 48,6 mln zł.**

Podjęto również próbę przybliżenia możliwych korzyści wynikających z wprowadzenia KONS na podstawie danych z publikacji podsumowującej doświadczenia międzynarodowe¹⁰. Należy jednak pamiętać, że szacowanie potencjalnych oszczędności płynących z zastosowań wielodyscyplinarnych, heterogenicznych strategii opieki nad pacjentami z niewydolnością serca opisanych w tej publikacji i próba ekstrapolacji ich skutków do warunków polskich wiąże się z wieloma ograniczeniami. Publikacja ta dla opieki udzielanej przez wyspecjalizowane, multidyscyplinarne zespoły w warunkach klinicznych, jak i pozaklinicznych wskazuje na możliwość ograniczenia liczby hospitalizacji o 26%. **W warunkach roku 2018 stosowanie opieki skoordynowanej mogłoby przynieść oszczędności na kosztach hospitalizacji ogółem rzędu 70,2 mln zł.**

10. McAlister, Stewart, Ferrua, et al. 2004.

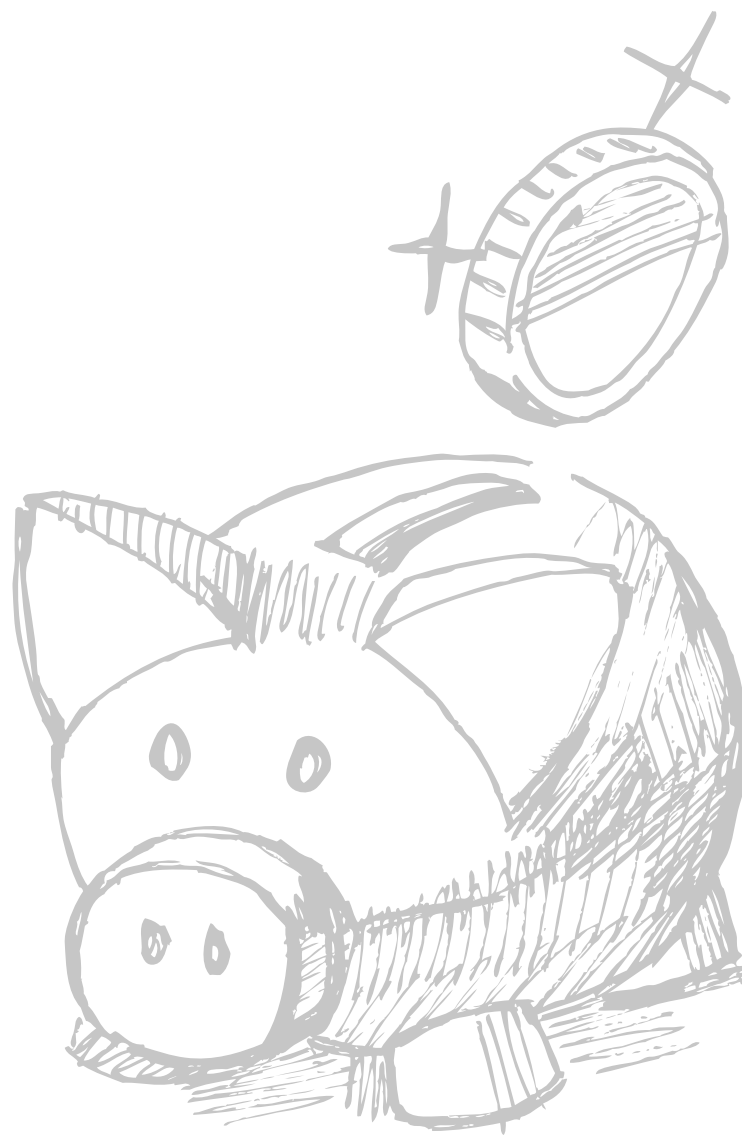
Wśród kosztów pośrednich, na podstawie ogólnodostępnych badań klinicznych możliwe jest oszacowanie oszczędności wynikających **z ograniczenia liczby zgonów sercowo-naczyniowych w zakresie 18-20%.**

Oceniono, że zastosowanie innowacyjnych leków, mogłoby doprowadzić do osiągnięcia istotnych oszczędności na kosztach pośrednich. W warunkach 2018 r. oszczędności te kształtowałyby się na poziomie:

» **432,3 mln zł dla dapagliflozyny**

» **480,3 mln zł dla sakubitrylu/walsartanu**

Brak jest przesłanek pozwalających na stwierdzenie, że zastosowanie empagliflozyny wiązałoby się z ograniczeniem kosztów pośrednich zgonów z powodu niewydolności serca.



Wnioski

1. Występowanie niewydolności serca to narastający problem w obszarze zdrowia publicznego i jedno z najważniejszych wyzwań zdrowotnych w naszym kraju i na świecie. Schorzenie to dotyka ponad 1 mln 200 tys. Polaków. Najnowsze dane pokazują, że po raz pierwszy liczba zgonów przewyższyła liczbę nowych zachorowań (142 tys. vs. 127 tys.). W 2019 r. odnotowano około 300 tys. hospitalizacji z powodu niewydolności serca.
2. Polska piastuje niechlubne pierwsze miejsce wśród krajów OECD pod względem liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Średnia liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca w Polsce jest 2,5-krotnie wyższa niż w średnia w 34 krajach OECD i w 2018 r. wyniosła 594 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców, średnia dla krajów OECD łącznie to 233 na 100 tys. mieszkańców.
3. Każde kolejne zaostrzenie choroby prowadzące do hospitalizacji pogarsza rokowanie. Według badań naukowych średni czas przeżycia pacjenta po jednej hospitalizacji wynosi 2,5 roku, a po czterech hospitalizacjach spada aż do niespełna roku (0,9 roku). 40,6% pacjentów nie przeżywa 5 lat życia od zdiagnozowania niewydolności serca.
4. Wartość refundacji świadczeń z powodu niewydolności serca w 2019 r. wyniosła 1,7 mld zł i była o 867 mln zł wyższa niż w 2014 r. tj. wzrosła o 107%. Wartość refundacji świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym wzrosła zaś o 125% i w 2019 r. wyniosła 1,6 mld zł, co stanowiło 95% łącznej wartości refundacji świadczeń.
5. Przedstawiciele organizacji pacjenckich oraz eksperci zgodnie podkreślają, że sytuacja chorych z niewydolnością serca w Polsce wymaga pilnych działań na rzecz wdrożenia kompleksowej opieki nad pacjentem i zagwarantowania dostępu do innowacyjnej farmakoterapii – redukującej śmiertelność i liczbę hospitalizacji związanych z zaostrzeniem choroby.
6. Niska świadomość społeczna jest istotną barierą w skutecznej profilaktyce niewydolności serca i leczeniu osób nią dotkniętych.

REKOMENDACJE

Zidentyfikowano główne kierunki zmian wpływające na poprawę rokowania chorych, zmniejszenia liczby hospitalizacji i przedwczesnych zgonów z powodu niewydolności serca, co pozwoli na redukcję obciążeń finansowych i społecznych w Polsce:



Raport powstał przy wsparciu AstraZeneca

