

W Polsce zaledwie 20 proc. chorych po zawałach i operacjach serca ma dostęp do rehabilitacji kardiologicznej, która jest właściwym zakończeniem leczenia i może przedłużyć życie.



fot. 123RF

Miliardy złotych w piach

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów. Co roku z powodu różnych incydentów wieńcowych umiera w Polsce ok. 380 tys. osób, przy czym 20 tys. to zgony związane z wystąpieniem ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Rocznie z powodu OZW hospitalizowanych jest 130 tys. pacjentów. Chorzy umierają, bo zdezorganizowany system nie potrafi zapewnić opieki rehabilitacyjnej, a Ministerstwo Zdrowia nie daje przyzwolenia na refundację farmakoterapii pozawałowej.

Jeremy Hunt, brytyjski minister zdrowia, planuje wprowadzenie programu, który ma uchronić od nagłej śmierci 30 tys. osób zagrożonych schorzeniami sercowo-naczyniowymi. W Polsce mieliśmy wiele programów ogólnokrajowych oraz lokalnych, które jednak szybko umierały śmiercią naturalną. Jakby nikt nie był zainteresowany ich modyfikowaniem i kontynuacją. Paradoks polega na tym, że armia kardiologów zajmujących się leczeniem ostrego zawału serca ustanowiła najwyższy, światowy poziom opieki kardiologicznej, dzięki czemu umieralność wewnątrzszpitalną możemy porównywać z najbardziej rozwiniętymi krajami – Finlandią, Danią czy USA. Tracimy jednak pacjentów, którzy umierają z powodu zaniedbań w zakresie rehabilitacji ruchowej i farmakologicznej. Statystyki są przeżajające. Co trzeci zgon mężczyzn i co dziesiąty kobiet dotyczył osób młodych i w średnim wieku (poniżej 64. roku życia); wyrażając to w liczbach bezwzględnych: rocznie w Polsce umiera ponad 30 tys. osób w wieku poniżej 64 lat. Mimo że od początku lat 90. umieralność z powodu chorób układu krążenia maleje (w latach 1997–2001 nastąpiła redukcja średnio o 30 proc.), w 2002 r. notowaliśmy nadal prawie dwukrotnie wyższe standaryzowane na wiek wskaźniki niż kraje tzw. starej Unii Europejskiej. Szczególnie niepokojące jest to, że w Polsce umiera 2,5-krotnie więcej osób w młodym i średnim wieku niż w innych krajach UE. Duże znaczenie ma też fakt, że obserwuje się znaczne regionalne zróżnicowanie umieralności z powodu chorób układu krążenia – najwyższa jest ona w południowo-zachodniej Polsce (Opolskie, Śląskie) oraz w województwie łódzkim, a najniższa w północno-wschodniej części kraju (Podlaskie, Mazowieckie, Pomorskie). Różnice między regionami wynoszą 25–30 proc. w wypadku osób w wieku 20–74 lat, a w całej populacji sięgają 50 proc. Przyczyny takiego zróżnicowania nie zostały wyjaśnione – mogą zależeć od wielu

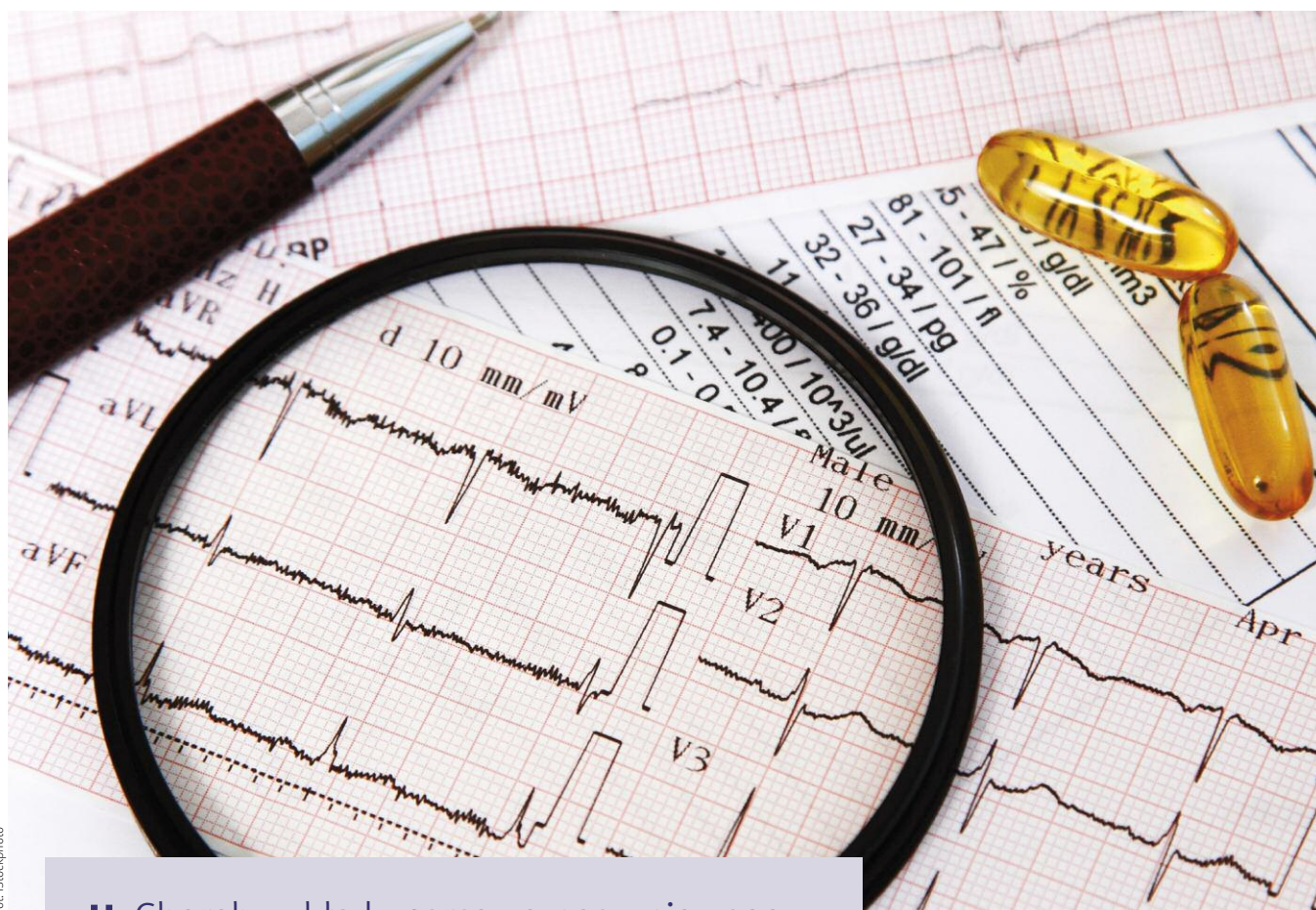


foto: Bartosz Bobkowski/Agencja Gazeta

Ranga rehabilitacji kardiologicznej

prof. Grzegorz Opolski, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii

Krajowy Zespół Nadzoru Specjalistycznego w Dziedzinie Kardiologii wspólnie z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym od lat zwraca uwagę na konieczność poprawy opieki ambulatoryjnej nad pacjentami po ostrych zespołach wieńcowych. Znajduje to wyraz w corocznych wnioskach ze spotkań zespołu (cytat z ubiegłorocznych wniosków: „Konieczna jest poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych z zakresu kardiologii. Należy podwyższyć wycenę świadczeń ambulatoryjnych kontraktowanych przez NFZ. Wskazane jest podniesienie rangi rehabilitacji kardiologicznej, opieki nad pacjentem z niewydolnością serca oraz ułatwienie dostępu do nowoczesnej diagnostyki obrazowej”). Niestety, w naszym kraju nie ma spójnego systemu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. W konsekwencji dostęp do tej procedury jest wysoce niezadowolający i regionalnie niezwykle zróżnicowany. Zaprzepaszcza się w ten sposób sukcesy intensywnej terapii, kardiologii interwencyjnej i kardiologii, co przekłada się na wzrastające koszty leczenia wynikające ze zwiększającego się ryzyka nawrotu incydentów sercowo-naczyniowych. Kluczem do poprawy opieki jest nie tylko wzrost nakładów na ambulatoryjną opiekę kardiologiczną, ale również precyzyjne uregulowanie zasad wzajemnej współpracy pomiędzy specjalistycznym leczeniem szpitalnym a ambulatoryjną opieką specjalistyczną i podstawową opieką zdrowotną. Rozwiązania takie przynosi dokument opracowywany przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczący optymalnego modelu rehabilitacji i prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych z uwzględnieniem zasad współpracy z lekarzem rodzinnym. Bardziej efektywnie powinny być wykorzystywane pieniądze przeznaczone dla lekarzy rodzinnych w wysokości trzykrotnej stawki kapitałowej dla pacjentów z chorobami układu krążenia. Ze względu na to, że choroby układu sercowo-naczyniowego pozostają najczęstszą przyczyną zgonów Polaków, zwłaszcza w kontekście niepokojąco wysokich wskaźników zgonów przedwczesnych, konieczna jest kontynuacja programu POLKARD, ale w wymiarze programu narodowego, ze znacznie większym finansowaniem i naciskiem na profilaktykę. Istnieje potrzeba określenia docelowego modelu opieki kardiologicznej w Polsce, a więc opracowania wieloletniej, realnej perspektywy rozwoju tej dziedziny.



fot. iStockphoto

„ Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków, dlatego konieczna jest kontynuacja programu POLKARD, ale w wymiarze programu narodowego, ze znacznie większym finansowaniem i naciskiem na profilaktykę ”

czynników, np. organizacji służby zdrowia i dostępności procedur diagnostyczno-terapeutycznych.

Z danych uzyskanych dzięki raportowi POLKARD wynika, że zapotrzebowanie na rehabilitację kardiologiczną w Polsce jest większe niż możliwości jej prowadzenia. Istnieje również nadal rażąca dysproporcja w zakresie dostępności rehabilitacji pomiędzy poszczególnymi regionami kraju, województwami, a także powiatami w obrębie województwa. Wynika z tego, że nawet te nie-

wystarczające zasoby rehabilitacji kardiologicznej w Polsce nie są wykorzystywane racjonalnie. Dane NFZ wskazują, że proporcja rehabilitowanych mężczyzn do kobiet wynosi 2 : 1. Największy odsetek stanowili chorzy mający 50–64 lat (45 proc.), następnie 65–75 lat – 33 proc., a chorzy powyżej 75. i poniżej 50. roku życia po 11 proc. Pacjenci z miast wojewódzkich stanowili 29 proc., mieszkańcy wsi 28 proc., a miast powiatowych 28 proc., inni – 15 proc.

Uśredniając, można powiedzieć, że w Polsce zaledwie 20 proc. chorych po zawałach i operacjach serca ma dostęp do rehabilitacji kardiologicznej, w tym farmakologicznej, która jest właściwym zakończeniem leczenia i może przedłużyć życie. W trakcie miesiąca po zawałe umiera 8–10 proc. pacjentów, po roku śmiertelność wzrasta do 14–15 proc., a po dwóch latach do 20–22 proc. Jak mówi dr Zbigniew Eysymontt, dyrektor Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu i członek Zarządu Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, należy stworzyć warunki do finansowania rehabilitacji, wychodząc z założenia, że to ona dopiero stanowi właściwe zakończenie leczenia kardiologicznego. – *To nie jest wyrostek robaczkowy, ta choroba trwa. Po roku umiera kilkanaście procent chorych, po 4 latach 33 proc., czyli mamy do czynienia z groźną sytuacją.*

Jacek Szczepny