



W kierunku poprawy zdrowia układu krążenia w Polsce

Wnioski ekspertów zaproszonych do
dyskusji w ramach okrągłego stołu

Styczeń 2025



Spis treści

Przedmowa	3
Wstęp	4
Wyzwania związane z zarządzaniem chorobami układu krążenia w Polsce	9
Badania przesiewowe i profilaktyka chorób układu krążenia	11
Równość w dostępie do usług zdrowotnych związanych z chorobami układu krążenia	14
Poprawa zdrowia układu krążenia w Polsce: kluczowe zalecenia	17
A. Wznowienie i ulepszenie programów badań przesiewowych	20
B. Harmonizacja i poprawa dostępu do opieki zdrowotnej i jej koordynacji po diagnozie	22
C. Wykorzystanie dostępnych danych do podejmowania decyzji	24
D. Dostosowanie finansowania do zaktualizowanych danych klinicznych i zmieniających się trendów epidemiologicznych	27
Synergia z inicjatywami europejskimi	28
Podsumowanie	30
O badaniu	32
Podziękowania	33
Bibliografia	34

Przedmowa

Prof. dr hab. Robert J. Gil

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Opieka nad pacjentami z chorobami układu krążenia (ChUK) to jedno z kluczowych wyzwań polskiego systemu ochrony zdrowia. Schorzenia te stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów i hospitalizacji w Polsce, wymagając zarówno odpowiedniego leczenia, jak i działań profilaktycznych na szeroką skalę.

W obliczu rosnącej liczby zachorowań konieczne jest nie tylko zapewnienie odpowiednich zasobów finansowych, ale także wprowadzenie zmian strukturalnych, które umożliwią skuteczniejsze działania na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej. Powszechne przekonanie, że zwiększenie funduszy samo w sobie wystarczy do rozwiązania problemów systemu, jest mylne. Dla poprawy opieki nad pacjentami z ChUK niezbędne są nie tylko środki finansowe, ale większa efektywność w ich wydatkowaniu oraz lepsza koordynacja działań. Bez zmiany podejścia środki finansowe mogą być łatwo rozproszone, a kluczowe elementy opieki, takie jak dostęp do specjalistów, diagnostyka ambulatoryjna czy programy profilaktyczne, mogą pozostać niedostatecznie rozwinięte.

System nie wymaga rewolucji, lecz harmonizacji.

Aby system funkcjonował sprawniej, niezbędne jest zharmonizowanie poziomów opieki zdrowotnej – podstawowej, ambulatoryjnej i szpitalnej. Tylko wówczas pacjenci z ChUK będą mieli dostęp do odpowiedniego wsparcia na każdym etapie leczenia i diagnostyki. Jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i szpitale powinny współdziałać, tworząc spójny i zintegrowany system, co umożliwi skuteczne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, zapobieganie powikłaniom oraz realizację efektywnych programów rehabilitacyjnych i edukacyjnych.

Wdrażanie zmian w systemie powinno być stopniowe, z możliwością ich bieżącej oceny. Istotne jest, aby środowisko medyczne miało możliwość bieżącego oceniania i konsultowania proponowanych zmian w systemie. W tak złożonym obszarze jak ChUK, gdzie decyzje regulacyjne wpływają na szerokie spektrum pacjentów i placówek, wymagane jest stopniowe wdrażanie nowych rozwiązań. Każda nowelizacja powinna uwzględniać możliwość dalszych korekt i modyfikacji opartych na regularnej analizie i konsultacjach, aby móc dostosować rozwiązania do zmieniających się warunków oraz rosnących potrzeb pacjentów.

Konieczne jest budowanie efektywnej współpracy między Ministerstwem Zdrowia a specjalistami.

Dialog i współpraca między Ministerstwem Zdrowia a środowiskiem medycznym są kluczowe. W przypadku ChUK, gdzie szybka reakcja i aktualność informacji mają ogromne znaczenie, konieczne jest wprowadzenie stałych zespołów roboczych i systematycznej wymiany doświadczeń między decydentami a specjalistami. Takie zespoły robocze, oparte na rzeczywistej współpracy, pozwoliłyby lepiej dostosować polityki zdrowotne do dynamicznie zmieniających potrzeb w obszarze ChUK.

Przesunięcie diagnostyki do opieki ambulatoryjnej powinno być priorytetem.

Kluczowym krokiem jest odejście od hospitalizacji jako głównej formy diagnostyki i leczenia. Wdrożenie modelu odwróconej piramidy świadczeń zdrowotnych, w którym nacisk kładzie się na diagnostykę ambulatoryjną i profilaktykę pierwotną powinno stać się priorytetem. W obszarze ChUK dostęp do nowych technologii umożliwia stosowanie nieinwazyjnych metod diagnostycznych, które mogą być realizowane w opiece ambulatoryjnej bez konieczności hospitalizacji. Wzmocnienie roli diagnostyki ambulatoryjnej pozwoliłoby na odciążenie szpitali i przekierowanie środków na bardziej zaawansowane zabiegi dla pacjentów, którzy tego najbardziej potrzebują. Edukacja prozdrowotna i promocja profilaktyki, które wkrótce wejdą w życie, stanowią krok w dobrym kierunku i, jeśli zostaną prawidłowo wdrożone, będą istotnym wsparciem dla tych zmian.

Wszystkie te działania składają się na wizję systemu opieki zdrowotnej, który odpowiada na potrzeby pacjentów i wyzwania współczesnej medycyny. W ostatnim czasie pojawiły się inicjatywy, które dają dużo nadziei, takie jak program skoordynowanej opieki w POZ czy pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), mający na celu poprawę koordynacji leczenia, a którego zmodyfikowana wersja zostanie wdrożona w 2025 roku. Tego typu inicjatywy, w połączeniu z większym naciskiem na współpracę, prewencję oraz efektywne wykorzystanie zasobów, dają szansę na lepsze dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do współczesnych potrzeb.

Poniższy raport jest wynikiem odbywających się dyskusji na temat koniecznych zmian w obszarze ChUK i ma stanowić źródło inspiracji do konstruktywnych działań, które odpowiedzą na obecne wyzwania. Dokument ten przedstawia zintegrowane podejście do problemu ChUK z perspektywy różnych interesariuszy i podsumowuje zalecenia, które w dłuższej perspektywie mogą wspierać strategię nakierowane na poprawę leczenia ChUK w Polsce.

Wstęp



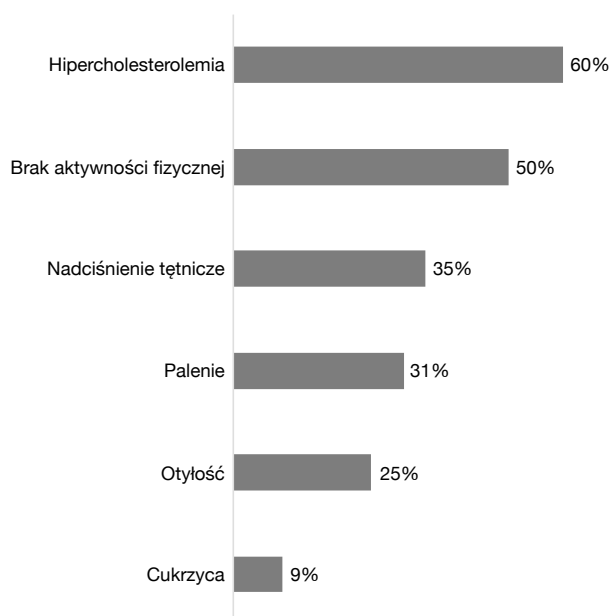
Obciążenia związane z chorobami układu krążenia

Poprawa stanu zdrowia sercowo-naczyniowego ma kluczowe znaczenie dla Polski. Kraj zmagają się obecnie z rosnącym zapotrzebowaniem na specjalistyczną opiekę, co jest spowodowane wysoką częstością występowania czynników ryzyka, takich jak hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze i hiperglikemia, a także czynników behawioralnych, takich jak palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej oraz rosnąca liczba osób z nadwagą i otyłością (Rysunek 1a) (1,2).

Choroby układu krążenia (ChUK) są główną przyczyną zgonów w Polsce. W 2021 roku spowodowały one około 34,8% zgonów (160 000 rocznie), co stanowi wyższy wynik niż średnia unijna wynosząca 31,4% i plasuje Polskę wysoko w porównaniu do innych krajów europejskich (Rysunek 1b) (3,4). Wysoka umieralność jest w dużej mierze związana z nadciśnieniową chorobą serca, chorobą niedokrwinną serca (IHD) oraz innymi schorzeniami układu krążenia (5).

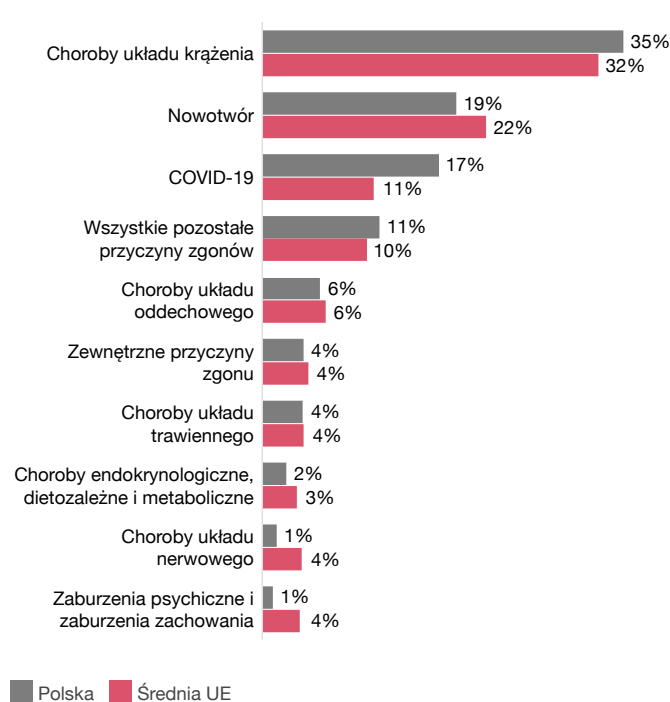
Rysunek 1. Częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia i główne przyczyny zgonów w Polsce

A. Częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w Polsce, 2024 r.



Źródło: Sokolska J. M., Ponikowski P., Global Rounds: Polska (2024)

B. Główne przyczyny zgonów w Polsce i UE, 2021 r. (% wszystkich zgonów)



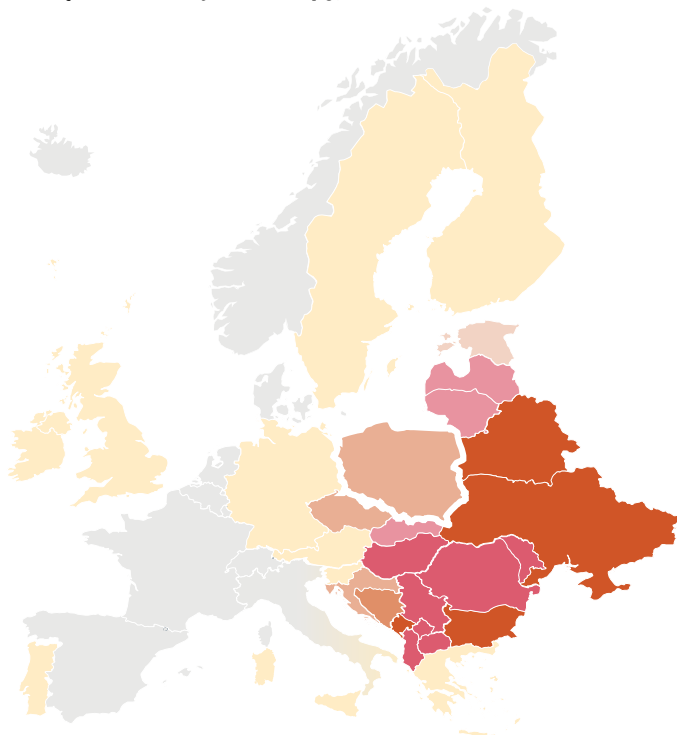
Źródło: Eurostat (2024), Główny Urząd Statystyczny (2022), WHO (2024).

W konsekwencji ekonomiczny wpływ ChUK w Polsce jest znaczący. Ostatni raport Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczący kosztów ekonomicznych ChUK w Europie szacuje, że łączny koszt zarządzania ChUK w Polsce wynosi około 56 miliardów PLN (13 miliardów EUR), co stanowi kwotę około 1200 PLN (269 EUR) na mieszkańca. Obejmuje to zarówno koszty opieki zdrowotnej i społecznej, jak i koszty pośrednie, związane z opieką nieformalną oraz utratą produktywności (6). Krajowy system opieki zdrowotnej i społeczeństwo znajdują się pod dużą presją związaną z zarządzaniem skutkami obciążenia spowodowanego przez ChUK (6) (Rysunek 2).



Rysunek 2. Obciążenia związane z chorobami układu krążenia w Europie

A. Wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w krajach Europy, 2022 r.

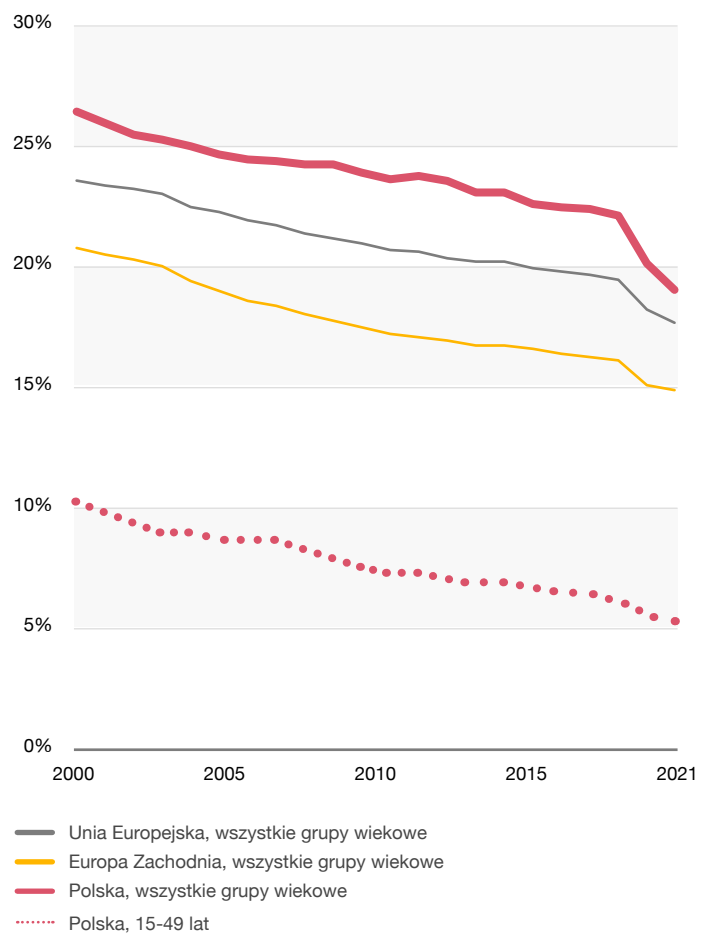


Współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia na 100 000 osób standaryzowany względem wieku w 2022 r.:

57,5 - 108,2	259,1 - 287,6
108,3 - 147,4	287,7 - 329,4
147,5 - 194,0	329,5 - 378,6
194,1 - 228,3	379,7 - 441,4
228,4 - 259,0	441,5 - 714,5

Źródło: George A. Mensah i in. JACC 2023; 82:2350-2473; <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2023.11.007>

B. Wskaźnik DALY związany z chorobami układu krążenia (% ogółu DALY), obie płcie, 2000-2021



Źródło: GBD (2021)

Strategia krajowa

W odpowiedzi na aktualny stan oraz przewidywany wzrost zachorowań na ChUK, skutkujący wysoką umieralnością, Polska jako jeden z nielicznych krajów w Europie, wdrożyła dedykowaną strategię krajową ukierunkowaną na poprawę zdrowia sercowo-naczyniowego. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK) to kompleksowa inicjatywa, której celem jest zmniejszenie obciążenia chorobami układu krążenia poprzez wieloaspektowe podejście kładące nacisk na profilaktykę, wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie (7). Program zaplanowany do realizacji w latach 2022–2032 (z budżetem nieco poniżej 3 mld PLN), ma na celu obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, poprawę jakości życia pacjentów, wyrównanie dysproporcji dostępu do usług ochrony zdrowia między różnymi regionami w Polsce oraz zbliżenie wskaźników zdrowotnych Polski do średnich wartości unijnych. Obejmuje on takie inicjatywy jak wdrażanie

programów przesiewowych, zapewnienie adekwatnego finansowania, redukcję różnic regionalnych, poprawę koordynacji opieki, rozwój innowacji w wyspecjalizowanych ośrodkach, a także wzmoczenie działań edukacyjnych w zakresie zdrowia publicznego (7) (Rysunek 3). Przygotowaną we współpracy z ekspertami Narodowego Instytutu Kardiologii oraz innymi wiodącymi ośrodkami naukowymi w kraju strategię, wspierają główne krajowe organizacje, w tym Ministerstwo Zdrowia (MZ), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Udział tych podmiotów gwarantuje skoordynowane i dobrze zarządzane działania (7). Program wykazuje ogromny potencjał i budzi wysokie oczekiwania co do długoterminowej poprawy stanu zdrowia sercowo-naczyniowego w Polsce i Europie Wschodniej.

Rysunek 3. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK)

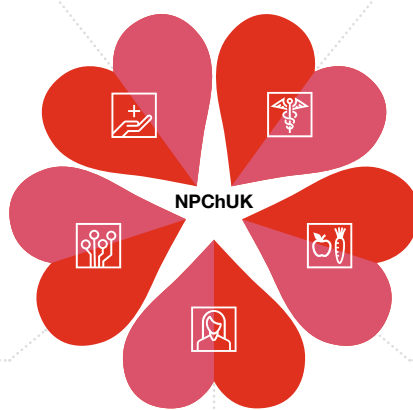
Pięć obszarów strategicznych NPChUK

V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej

- Zwiększenie dostępu pacjentów z ChUK do **skoordynowanej opieki kardiologicznej**
- Poprawa **jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po leczeniu** kardiologicznym, w tym lepszy dostęp do rehabilitacji
- Zwiększenie dostępu do **nowoczesnego sprzętu medycznego** poprzez programy finansowania
- Poprawa **monitorowania potrzeb** zdrowotnych
- Wspieranie rozwoju **opieki paliatywnej i hospicyjnej**

IV. Inwestycje w naukę i innowacje

- Zwiększenie **udziału pacjentów z ChUK w badaniach klinicznych**
- Poprawa **organizacji i finansowania systemu badań naukowych w kardiologii**
- Umożliwienie **dostępu do innowacyjnych terapii** w kardiologii i dziedzinach związanych z ChUK



I. Inwestycje w kadry

- Zwiększenie **liczby lekarzy** specjalizujących się w chorobach układu krążenia
- Zwiększenie **wiedzy i umiejętności wśród kadry medycznej** w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki kardiologicznej, wczesnego wykrywania ChUK oraz opieki terapeutycznej

II. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia

- Wspieranie **edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia** (aktywność fizyczna, dieta i walka z otyłością)
- Poprawa **świadomości dorosłych i dzieci** w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na ChUK
- **Wdrażanie regulacji prawnych** wspierających zdrowe odżywianie i politykę antynikotynową

III. Inwestycje w pacjenta

- Ułatwienie dostępu do **profilaktycznych badań przesiewowych** w celu wczesnego wykrywania ChUK
- Zaangażowanie **lekarzy POZ i medycyny pracy** w identyfikację i ocenę czynników ryzyka ChUK
- Poprawa jakości opieki nad **pacjentami z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem ChUK** lub pacjentami wymagającymi specjalistycznej opieki

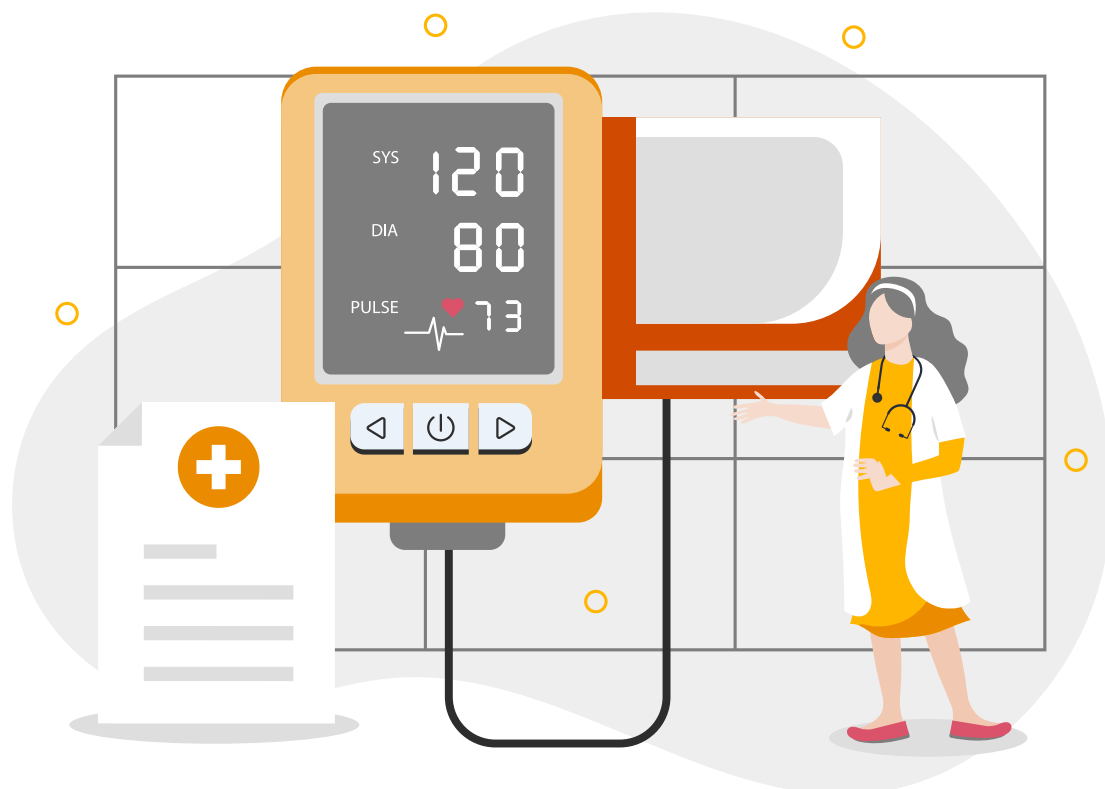
Źródło: Ministerstwo Zdrowia RP, (2022)

Wezwanie do działania

Niniejszy dokument opiera się na wcześniejszych ustaleniach i zaleceniach opracowanych przez Europejską Federację Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA) oraz PwC na temat stanu zdrowia sercowo-naczyniowego w Europie, podkreślając kluczową rolę jego poprawy jako fundamentu stabilnego i sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej (8). W ramach trwających dyskusji związanych z realizacją wdrożonej strategii NPChUK, 5 czerwca 2024 roku w Warszawie odbyło się spotkanie okrągłego stołu z udziałem licznych interesariuszy. Wydarzenie to zgromadziło przedstawicieli MZ, instytucji publicznych, organizacji pacjentów, środowisk akademickich, towarzystw zawodowych oraz przemysłu farmaceutycznego. Celem spotkania było zidentyfikowanie priorytetów w obszarach wymagających szczególnej uwagi, zarówno w kontekście programu NPChUK, jak i poza nim.

Bazując na wnioskach ze spotkania oraz dogłębnej analizie literatury naukowej, niniejszy dokument przedstawia krótki przegląd obecnego stanu zdrowia sercowo-naczyniowego

w Polsce. Analizuje on także kluczowe wyzwania związane z systematycznymi badaniami przesiewowymi i profilaktyką, świadomością na temat ChUK, wykorzystaniem danych oraz koordynacją i zapewnieniem równego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Łącząc perspektywy różnych interesariuszy i badając powiązania między politykami dotyczącymi ChUK w Polsce oraz w szerszym kontekście unijnym, dokument ten podsumowuje zalecenia, które mogą być zastosowane przez decydentów. Zalecenia te mają na celu wspieranie opracowania skutecznych strategii w zakresie zdrowia sercowo-naczyniowego, które poprawią wyniki leczenia oraz wzmocnią stabilność polskiego systemu opieki zdrowotnej. W kontekście prezydencji Polski w Radzie Europejskiej w pierwszym półroczu 2025 roku raport ten pełni również rolę wezwania do działania, zachęcając do szerokiej dyskusji i szybkiej realizacji wspomnianych zaleceń w celu poprawy stanu zdrowia sercowo-naczyniowego w całym kraju.





Wyzwania związane z
zarządzaniem chorobami
układu krążenia w Polsce

Choroby układu krążenia stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego w całej Europie, a szczególnie w Europie Środkowo-Wschodniej, gdzie wyniki dotyczące zdrowia sercowo-naczyniowego są słabsze niż w innych regionach kontynentu. Ponadto pojawiają się dowody na niepokojące spowolnienie w kontrolowaniu obciążenia ChUK u młodszej populacji, szczególnie po pandemii COVID-19 (Rysunek 2b) (8,9).





Choć nowa strategia NPChUK kompleksowo uwzględnia główne przyczyny obecnych trendów związanych z ChUK w Polsce, niektóre wyzwania budzą szczególne zaniepokojenie ekspertów i wymagają natychmiastowej uwagi. W kolejnych częściach raportu omówione zostaną kluczowe wyzwania związane z zarządzaniem ChUK, na które eksperci zwrócili szczególną uwagę, zwłaszcza w obszarach badań przesiewowych i profilaktyki oraz równości w dostępie do opieki zdrowotnej (Rysunek 4).





Rysunek 4. Przegląd kluczowych wyzwań

Wyzwania zidentyfikowane podczas dyskusji

Badania przesiewowe i profilaktyka chorób układu krążenia

-  Brak systematycznych badań przesiewowych mających na celu wczesne wykrycie czynników ryzyka
-  Wstrzymanie krajowych programów i inicjatyw
-  Nieskuteczna koordynacja opieki kardiologicznej po badaniach przesiewowych i diagnozie
-  Nieoptymalne wykorzystanie danych i analiz w procesie podejmowania decyzji

Równość w dostępie do usług zdrowotnych związanych z chorobami układu krążenia

-  Różnice regionalne w dostępie i koordynacji opieki kardiologicznej
-  Nierówny dostęp do leczenia i innowacyjnych terapii

Badania przesiewowe i profilaktyka chorób układu krążenia

Skuteczna kontrola ChUK poprzez profilaktykę pierwotną i wtórną¹ od dawna stanowi wyzwanie w Polsce, o czym świadczy utrzymująca się wysoka częstość występowania czynników ryzyka ChUK w populacji (Rysunek 1), a także zły stan zdrowia i przedwczesna umieralność (Rysunek 2) (2). Podobnie jak w innych krajach europejskich, zarządzanie ChUK w Polsce tradycyjnie w większym stopniu skupia się na leczeniu chorób i ostrych stanów niż na zapobieganiu ich wystąpieniu (10). Potwierdza to również fakt, że w 2023 roku tylko 2% budżetu NFZ przeznaczono na działania profilaktyczne (11).



Wyzwanie 1:

Brak systematycznych badań przesiewowych mających na celu wczesne wykrycie czynników ryzyka

Obecnie w Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, nie prowadzi się systematycznych badań przesiewowych na poziomie populacyjnym, które regularnie wykrywałyby objawy i czynniki ryzyka ChUK. Inicjatywy takie jak uruchomiony w 2021 roku program Profilaktyka 40 PLUS, którego celem było zaangażowanie 20 milionów osób w profilaktyczne badania zdrowotne, wykazały niski poziom uczestnictwa. Do czerwca 2024 roku w programie wzięło udział 3,5 miliona osób, co prawdopodobnie wynikało z ograniczonej świadomości społecznej, suboptymalnych działań promocyjnych programu oraz problemów logistycznych (12). Ponadto program ten nie zapewnia usystematyzowanego procesu dalszej opieki, który łączyłby diagnostykę, zmiany stylu życia oraz wdrożenie odpowiedniej terapii. Brak tej integracji ogranicza skuteczność programu w zakresie profilaktyki ChUK. Ta luka w badaniach przesiewowych jest szczególnie niepokojąca, ponieważ wiele osób nie jest świadomych ryzyka. Potwierdza to między innymi badanie kohortowe LIPIDOGRAM (2004–2015), największe tego typu badanie w Europie, które wykazało, że aż u 84% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce rozpoznano dyslipidemię (14). Podobne wyniki odnotowano w badaniach WOBASZ II (2013–2014) (15) oraz NATPOL (2011), które wykazały, że większość osób nie była świadoma swojego stanu zdrowia (16). Chociaż w ostatnich latach nastąpiła poprawa i coraz więcej Polaków wykonuje badania poziomu cholesterolu, cukru we krwi i innych kluczowych wskaźników zdrowotnych, obecne podejście nadal nie trafia skutecznie do ogółu populacji (13). Nawet po zidentyfikowaniu osób zagrożonych, skuteczną kontrolę ryzyka udaje się osiągnąć jedynie w nielicznych przypadkach.

Podane statystyki podkreślają pilną potrzebę zwiększenia działań w zakresie badań przesiewowych oraz podniesienia świadomości społecznej w celu wczesnej identyfikacji i zarządzania czynnikami ryzyka oraz bardziej

kompleksowego podejścia do diagnozowania i leczenia współistniejących schorzeń u pacjentów z ChUK (17). Brak holistycznego podejścia może wiązać się z poważnymi konsekwencjami, gdyż schorzenia nerek i zaburzenia metaboliczne – które można wykryć za pomocą prostych badań krwi i moczu – często pozostają niezauważone i pogłębiają się wraz z ChUK (18).

Na przykład, przewlekła choroba nerek (PChN) jest silnie powiązana z chorobami serca, które stanowią główną przyczynę zgonów wśród pacjentów z PChN. Choroba ta dotyka co dziesiątą osobę w Polsce, jednak większość chorych nie zdaje sobie z tego sprawy, ponieważ we wczesnych stadiach rozwija się bezobjawowo. Niska wykrywalność w początkowych fazach PChN znacząco ogranicza możliwości skutecznej prewencji i leczenia powikłań sercowo-naczyniowych. Dlatego skupienie wysiłków na wczesnej diagnostyce PChN jest kluczowe. Bez tego, działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej osób z ChUK oraz chorobami nerek, pozostaną niewystarczająco skuteczne. Taka sytuacja znacząco zwiększa ryzyko niekorzystnych wyników zdrowotnych i może prowadzić do przedwczesnej śmierci (19).

Wreszcie, w przypadku genetycznie uwarunkowanych ChUK, możliwość przeprowadzania badań u osób zagrożonych w Polsce jest często ograniczona przez trudny dostęp do diagnostyki genetycznej, brak regulacji ustawowych dotyczących badań genetycznych, niedobór specjalistów w dziedzinie genetyki klinicznej oraz niejasne zasady refundacji (20). Coraz częstsze apele towarzystw naukowych o rozszerzenie dostępu do badań genetycznych podkreślają potrzebę pokonania ograniczeń oraz niespójności polityki refundacyjnej w tym obszarze (76).

1 Działania w zakresie profilaktyki pierwotnej mają na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby poprzez edukację i inicjatywy uświadamiające na poziomie populacji. Działania te koncentrują się na zarządzaniu narażeniem na ryzyko, zwłaszcza poprzez ukierunkowanie na behawioralne uwarunkowania zdrowia, ale także metaboliczne czynniki ryzyka. Solidne dowody wskazują, że wczesne badania przesiewowe i wykrywanie ChUK są bardziej tańsze niż wykrywanie i diagnozowanie na późniejszym etapie (73). Podobnie, profilaktyka wtórna ma na celu zmniejszenie ryzyka nawracających ostrych zdarzeń i powikłań u osób z wcześniejszą diagnozą ChUK, poprzez zmianę stylu życia, postępowanie terapeutyczne i regularne monitorowanie (46).



Wyzwanie 2:

Wstrzymanie krajowych programów i inicjatyw

Eksperti zwracają uwagę, że brak świadomości, niespójna realizacja oraz wstrzymywanie programów przesiewowych i terapeutycznych, takich jak na przykład POLKARD (2017-2021), czy Kordian (2019-2023), doprowadza do znacznej rozdrobnienia w zarządzaniu ChUK (**Studium przypadku 1**) (21, 22, 23). Wpływa to między innymi na zakłócenie ciągłości opieki oraz pogłębienie nierównego dostępu do podstawowych usług zdrowotnych w różnych regionach i segmentach populacji, szczególnie dotycząc m. in. osoby o

niskich dochodach oraz mieszkańców obszarów wiejskich. Podejrzuje się, że tego typu zakłócenia w świadczeniu usług doprowadziły do powstania luk, których można było uniknąć, zwłaszcza w obszarze wczesnego wykrywania i leczenia ChUK, co w dłuższej perspektywie zagraża osiągnięciu pozytywnych rezultatów w zakresie profilaktyki i zarządzania tymi schorzeniami.



Wyzwanie 3:

Nieskuteczna koordynacja opieki kardiologicznej po badaniach przesiewowych i diagnozie

Skuteczna, długoterminowa koordynacja opieki kardiologicznej stanowi wyzwanie dla większości krajów europejskich, w tym również i Polski. Zarządzanie przewlekłymi ChUK może stanowić wyzwanie na różnych etapach opieki nad pacjentem, od diagnozy aż po opiekę poszpitalną (24). W przypadku, gdy ścieżki opieki nad pacjentem nie są jasno określone, nowo zdiagnozowane osoby mogą odczuwać niepewność co do dalszych kroków, głównie z powodu braku jasnych informacji i wskazówek (25). Podobnie, po zdarzeniu wymagającym hospitalizacji, brak ustandaryzowanego procesu wypisu może prowadzić do fragmentarycznego dostępu do opieki specjalistycznej oraz do słabej koordynacji między różnymi pracownikami ochrony zdrowia, co zwiększa ryzyko powikłań i ponownej hospitalizacji (26).

W Polsce problem ten dotyczy w szczególności pacjentów leczonych poza ustrukturyzowanym systemem Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) – pilotażowym programem, wdrożonym w wybranych województwach, który ma na celu poprawę koordynacji między lekarzami POZ, kardiologami i ośrodkami specjalistycznymi (27) (Rysunek 5). Obecnie poza KSK, skoordynowana opieka kardiologiczna jest dostępna wyłącznie dla pacjentów po przebytych zawałach serca w ramach programu KOS-Zawał.

Ponadto, ograniczony dostęp do dziennej rehabilitacji kardiologicznej stanowi istotną barierę, która hamuje poprawę wyników leczenia pacjentów w Polsce (28). Problemy systemowe, takie jak wysokie koszty hospitalizacji i niedostateczne wykorzystanie opieki ambulatoryjnej, potęgują nieskuteczną koordynację leczenia ChUK. (29).

Rysunek 5. Ośrodki Krajowej Sieci Kardiologicznej w Polsce

7 z 16 województw objętych programem pilotażowym Krajowej Sieci Kardiologicznej





Wyzwanie 4:

Nieoptymalne wykorzystanie danych i analiz w procesie podejmowania decyzji

Pomimo ogólnej poprawy dostępności danych pacjentów w Polsce, nadal występują znaczne braki w tym obszarze (30). Chociaż Główny Urząd Statystyczny (GUS) gromadzi krajowe dane dotyczące zdrowia, w tym statystyki dotyczące ChUK, eksperci podkreślają brak integracji i standaryzacji między różnymi źródłami danych, takimi jak dokumentacja szpitalna, dane dotyczące opieki ambulatoryjnej i rejestry pacjentów (31).

W szczególności, eksperci zwracają uwagę na zróżnicowane raportowanie danych między województwami oraz na niewystarczające wykorzystanie elektronicznej dokumentacji medycznej do monitorowania wyników leczenia. Istotny problem stanowi również brak

kompleksowych krajowych rejestrów ChUK, które mogłyby dostarczać bieżących informacji na temat wyników terapii, jej skuteczności oraz częstości występowania czynników ryzyka. Obecna infrastruktura, w tym system e-zdrowie P1² i Indywidualne Konto Pacjenta (IKP)³, nie jest jeszcze w pełni zoptymalizowana do gromadzenia szczegółowych danych niezbędnych do skutecznego zarządzania ChUK (32). Fragmentaryczny sposób gromadzenia i analizowania danych powoduje istotne luki, które utrudniają zrozumienie trendów dotyczących ChUK, podnoszenie jakości leczenia, skuteczny monitoring oraz kształtowanie polityki opartej na rzetelnych danych.



2 System e-zdrowie P1 to elektroniczna platforma służąca do gromadzenia, analizowania i udostępniania zasobów cyfrowych związanych ze zdarzeniami medycznymi, która jest finansowana, utrzymywana i nadzorowana przez NFZ.

3 Indywidualne Konto Pacjenta (IKP) to internetowy system umożliwiający pacjentom dostęp do dokumentacji medycznej i informacji związanych z opieką zdrowotną oraz zarządzanie nimi.

Równość w dostępie do usług zdrowotnych związanych z chorobami układu krążenia

W Polsce zarządzanie ChUK może znacząco wpływać na równość w dostępie do profilaktyki, diagnozy i leczenia w całym kraju. Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej często wynikają z różnic pomiędzy poszczególnymi województwami, między innymi w zakresie dostępności specjalistycznej opieki kardiologicznej. W rejonach miejskich mieszkańcy mają zazwyczaj lepszy dostęp do placówek medycznych i specjalistów, niż mieszkańcy obszarów wiejskich. Czynniki społeczno-ekonomiczne, w tym poziom dochodów i wykształcenia, również odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu wyników zdrowotnych, wpływając na zdolność jednostek do korzystania z opieki medycznej i finansowania leczenia. Co więcej, alokacja zasobów w systemie ochrony zdrowia, w tym finansowanie programów profilaktycznych oraz dostęp do innowacyjnych terapii, ma istotne znaczenie dla skuteczności działań w zakresie zapobiegania i leczenia ChUK.



Wyzwanie 5:

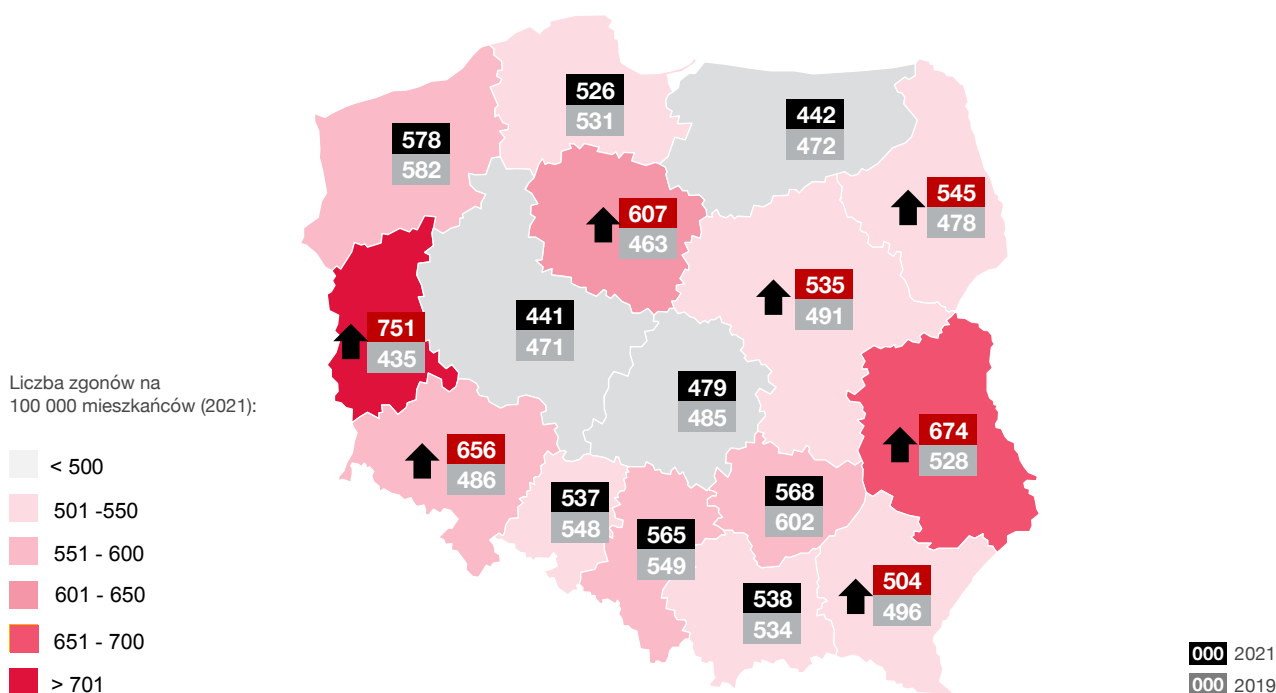
Różnice regionalne w dostępie i koordynacji opieki kardiologicznej

Nierówny dostęp do opieki zdrowotnej stanowi istotne wyzwanie w Polsce, co prowadzi do znaczących dysproporcji we wskaźnikach umieralności i hospitalizacji w różnych województwach. Już przed pandemią COVID-19 w niektórych województwach odnotowywano wyższe wskaźniki zgonów z powodu ChUK w porównaniu do innych województw. Różnice odnotowano również w jakości infrastruktury rehabilitacji kardiologicznej (7). Podczas pandemii te nierówności nie tylko się utrzymywały,

ale w niektórych przypadkach dodatkowo pogłębiły, co znacznie zakłóciło koordynację oraz dostępność opieki kardiologicznej w poszczególnych województwach (3,33) (Rysunek 6). Choć te zjawiska można częściowo wyjaśnić różnymi zasadami przypisywania przyczyn zgonów w poszczególnych województwach (34), prawdopodobnie są one również związane z różnicami w zakresie zasobów i dostępności ustrukturyzowanych ścieżek opieki, zwłaszcza poza Krajową Siecią Kardiologiczną (27) (Rysunek 6).

Rysunek 6. Zmieniający się w czasie współczynnik umieralności w poszczególnych województwach

Zmianaliczby zgonów spowodowanych ChUK według województw w latach 2019 i 2021 (umieralność na 100 000 mieszkańców)



Źródła: Eurostat (2024)

Nierówności są szczególnie widoczne w Polsce Wschodniej, gdzie korzystne byłoby zarówno utworzenie nowych centrów doskonalenia, jak i zwiększenie dostępności wykwalifikowanych specjalistów. Dynamika związana z nierównym dostępem do jakościowej opieki zdrowotnej może być przyczyną powstawania i utrzymywania się nierówności w całym kraju.

Ponadto dysproporcje między obszarami wiejskimi i miejskimi są wyraźnie widoczne w całej Polsce (35). Społeczności wiejskie borykają się z wieloma wyzwaniami utrudniającymi dostęp do opieki zdrowotnej. Należą do nich między innymi niedobór pracowników ochrony zdrowia, ograniczona świadomość i edukacja na temat najnowszych innowacji diagnostycznych i terapeutycznych, znaczne odległości do głównych szpitali, ograniczony dostęp do specjalistycznych i profilaktycznych usług oraz obniżona skuteczność opieki w nagłych wypadkach (36).

Bariery finansowe, niższy poziom dochodów oraz wyższe koszty transportu z powodu oddalonej lokalizacji dodatkowo pogłębiają wspomniane wyzwania (37).

Niedobór specjalistów w dziedzinie ChUK jest postrzegany jako istotny problem, zwłaszcza przez pacjentów. Badanie Forum Serce Pacjenta, zrealizowane w 2021 roku przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK), ujawniło, że ponad 40% pacjentów z ChUK jest niezadowolonych z dostępu do specjalistów i wyraża obawy dotyczące dostępności konsultacji specjalistycznych oraz leczenia (38). Różnice w dostępie do kardiologów są znaczące, nawet w dużych miastach, co nierzadko prowadzi do sytuacji, w której czas oczekiwania na wizytę w ambulatoryjnej poradni kardiologicznej wynosi nawet cztery miesiące (39).

Powyższe obserwacje podkreślają rozbieżność między potrzebami pacjentów a obecną zdolnością systemu opieki zdrowotnej do zaspokajania tych potrzeb.





Wyzwanie 6:

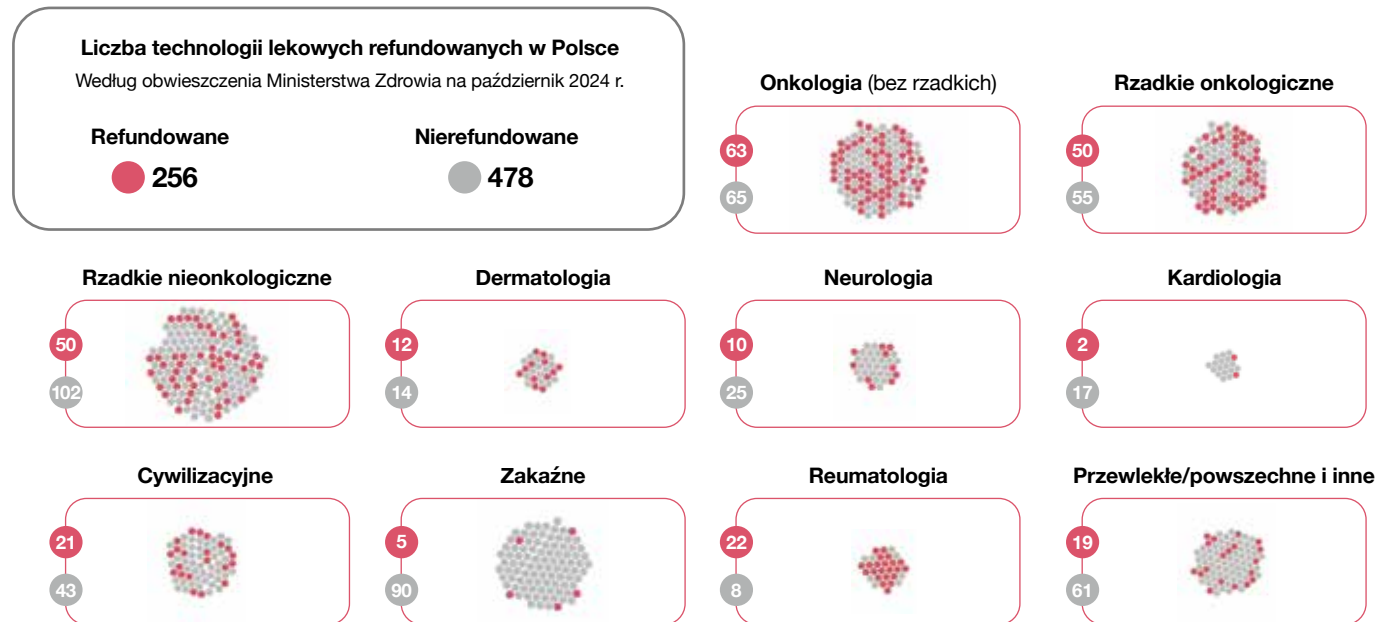
Nierówny dostęp do leczenia i innowacyjnych terapii

Pomimo postępów poczynionych w ostatnich latach, dostęp do leków refundowanych w Polsce nadal stanowi wyzwanie. Polska poprawiła swoją pozycję plasując się na 20. miejscu spośród 36 krajów europejskich w badaniu W.A.I.T., ale nadal boryka się z jednym z najdłuższych czasów oczekiwania na refundację w UE, który wynosi średnio 804 dni od rejestracji leku do uzyskania refundacji (40). Choć sytuacja uległa poprawie w porównaniu do poprzednich lat, uwydatnia to złożoność i czas trwania procesu refundacji w kraju (41). Obecnie refundowanych jest 69 innowacyjnych technologii lekowych spośród 167 zarejestrowanych w EU w latach 2019-2022. Jednak 83% z nich dostępne jest jedynie dla ściśle określonych grup pacjentów, co ogranicza dostęp dla innych pacjentów, którzy również mogliby z nich skorzystać (74). Jeśli chodzi o leczenie kardiologiczne, dane wskazują, że od 2015 roku tylko 2 z 19⁴ zarejestrowanych terapii zostały zatwierdzone do refundacji w Polsce, co stanowi jeden z najniższych wskaźników wśród wszystkich obszarów terapeutycznych (Rysunek 7) (42). Wynikające z tego obciążenia finansowe dla pacjentów są znaczące. Z przeprowadzonej przez PTK ankiety wynika, że 65,8%

respondentów przyjmuje co najmniej dwa pełnopłatne leki w miesiącu, a 24,2% wydaje ponad 500 PLN miesięcznie na leki (38).

Wreszcie, eksperci wskazują, w jaki sposób zróżnicowanie w zakresie analfabetyzmu zdrowotnego wśród populacji zaostrza wyzwania systemowe. Niektóre osoby, szczególnie te pochodzące z najbardziej wrażliwych segmentów populacji, mogą mieć trudności ze zrozumieniem i wykorzystaniem informacji związanych ze zdrowiem, zwłaszcza w kontekście podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia i korzystania z systemu opieki zdrowotnej. Podczas gdy większość pacjentów ocenia swoją wiedzę na temat ChUK jako „średnią” lub „dobrą”, wielu nadal polega na kardiologach w zakresie wiarygodnych informacji (38). Podkreśla to konieczność usprawnienia procesu przekazywania informacji zdrowotnych, aby skuteczniej edukować i wspierać pacjentów. Istniejące organizacje pacjentów, takie jak EcoSerce, starają się wypełnić tę lukę, wzmacniając pozycję pacjentów kardiologicznych poprzez ukierunkowaną komunikację, edukację i działania rzecznicze (43).

Rysunek 7. Rozkład refundowanych technologii lekowych w poszczególnych obszarach chorobowych w Polsce



Źródło: Polski Radar Refundacyjny (PRR) (2024)

4 Na podstawie danych z Polskiego Radaru Refundacyjnego (PRR), obejmujących obszary terapeutyczne takie jak onkologia (z wyłączeniem chorób rzadkich), rzadkie choroby onkologiczne, rzadkie choroby nieonkologiczne, reumatologia, dermatologia, choroby cywilizacyjne, neurologia, choroby przewlekłe, inne choroby zakaźne oraz kardiologia. W obszarze kardiologii wskazania obejmują dławicę piersiową, migotanie przedsionków, niewydolność serca i inne stany kardiologiczne.



Poprawa zdrowia
układu krążenia w
Polsce: kluczowe
zalecenia





Chociaż od początku lat 90-tych obserwuje się tendencję spadkową, ryzyko zachorowania na ChUK w Polsce jest wciąż znacznie wyższe niż w większości krajów Europy Zachodniej. Zarządzanie stanem zdrowia układu krążenia w Polsce wymaga pilnej uwagi w celu poprawy jakości życia i zdrowia obywateli, budowania stabilnego społeczeństwa w obliczu przyszłych kryzysów i wypełnienia luki w stosunku do reszty Europy – zwłaszcza w przypadku młodszych pokoleń.

Ogólnokrajowe wysiłki strategiczne, takie jak strategia NPChUK, wytyczają kierunek w stronę lepszych wyników zdrowotnych, poprawy doświadczeń pacjentów oraz efektywnej koordynacji i zarządzania zasobami. Kluczowe jest jednak sprostanie wyzwaniom, które zostały opisane na wcześniejszych stronach. Programy systemowe, takie jak na przykład „KOS – zawał” (**Studium przypadku 1**) i inne programy pilotażowe, umożliwiają ukierunkowanie systemu opieki zdrowotnej na profilaktykę. Co więcej, ich zrównoważony charakter może odegrać kluczową rolę w zarządzaniu wysoką częstością występowania ChUK i powiązanych z nimi czynników ryzyka w populacji (44). Tym samym Polska ma szansę nadać priorytet wdrożeniu wielopłaszczyznowego podejścia, które uwzględni holistyczną politykę zdrowotną, inwestycje, finansowanie oraz edukację.

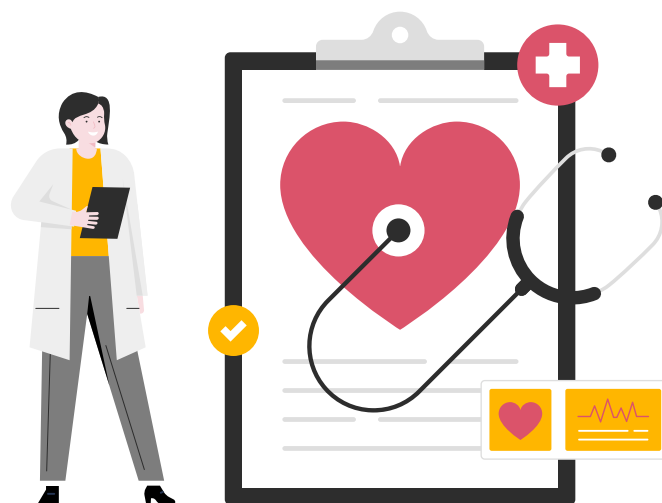


Studium przypadku 1

Program Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawałe Serca („KOS-zawał”)

Uruchomiony w 2017 roku program KOS-zawał koncentruje się na wtórnej profilaktyce ostrego zawału mięśnia sercowego. Choć program nie jest obowiązkowy, oferuje w pełni refundowaną, najlepszą praktykę postępowania w celu poprawy opieki nad pacjentami po wypisaniu ze szpitala i zapobiegania kolejnym zawałom. Program optymalizuje ostrą interwencję, rehabilitację kardiologiczną oraz 12-miesięczną opiekę kontrolną w warunkach ambulatoryjnych. Udział pacjentów w programie jest w pełni finansowany przez NFZ, a całość nadzoruje koordynator wspierający pacjenta na każdym etapie. Wstępne wyniki pokazują znaczny wzrost uczestnictwa pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej (z 14% do 98%), 40% redukcję poważnych zdarzeń ChUK oraz wysoki poziom satysfakcji pacjentów. W ramach programu KOS-Zawał działa także program KOS-Lipid, który premiuje osiąganie zdefiniowanych celów obniżenia cholesterolu LDL, co przyczynia się do lepszego leczenia hiperlipidemii (44,70).

Podczas czerwcowego okrągłego stołu, eksperci wspólnie uzgodnili zestaw zaleceń i zidentyfikowali obszary priorytetowe, które są zgodne z inicjatywami określonymi w programie NPChUK. Zalecenia te, przedstawione na kolejnych stronach, mogłyby znacząco wzmocnić wysiłki w długoterminowej walce z ChUK (Rysunek 8).



Rysunek 8. Przegląd kluczowych zaleceń

Zalecenia określone podczas dyskusji

A Wznowienie i ulepszenie programów badań przesiewowych

1. Zastosowanie systemowego i długoterminowego podejścia w celu powstrzymania rozwoju choroby i ratowania życia
2. Zapewnienie ciągłości finansowania, koordynacji i monitorowania działań w zakresie ChUK

B Harmonizacja i poprawa dostępu do opieki zdrowotnej i jej koordynacji po diagnozie

3. Wykorzystanie możliwości oferowanych przez Krajowe Sieci Kardiologiczne w celu ujednoczenia ścieżek pacjenta
4. Poprawa koordynacji opieki, aby zwiększyć efektywność leczenia

C Wykorzystanie dostępnych danych do podejmowania decyzji

5. Utworzenie scentralizowanego organu zarządzającego danymi dotyczącymi ChUK
6. Wykorzystanie rzeczywistych danych do kształtowania polityki zdrowotnej.

D Dostosowanie finansowania do zaktualizowanych danych klinicznych i zmieniających się trendów epidemiologicznych

7. Regularny przegląd i aktualizacje wytycznych dotyczących refundacji
8. Zapewnienie równego dostępu do leczenia dla wszystkich potrzebujących

1. Zastosowanie systemowego i długoterminowego podejścia w celu powstrzymania rozwoju choroby i ratowania życia

Eksperti jednogłośnie podkreślają konieczność priorytetowego traktowania przez Polskę programów badań przesiewowych w kierunku ChUK na poziomie populacyjnym. Jednym z dobrze funkcjonujących obecnie programów jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK), którego celem jest obniżenie zachorowalności i śmiertelności o 20% poprzez wczesne wykrywanie, redukcję czynników ryzyka oraz promowanie zdrowego stylu życia (**Studium przypadku 2**) (45). Innym ważnym programem, jest planowany program badania przesiewowego w kierunku rodzinnej hipercholesterolemii (FH) (drugi tak powszechny program po Słowenii)⁵ (75). W sytuacji, kiedy systemowe i długoterminowe podejście do badań przesiewowych i profilaktyki jest stosowane na skalę krajową, można osiągnąć efekt na poziomie w zakresie wyników zdrowotnych i dobrostanu ludzi.

Zgodnie z szacunkami badania przeprowadzonego przez London School of Economics, osiągnięcie kontroli czynników ryzyka u 70% pacjentów z miażdżycą – na przykład poprzez wdrożenie badań zdrowotnych w kierunku cukrzycy i chorób serca w podstawowej opiece zdrowotnej lub miejscach pracy – mogłoby zapobiec 6548 zgonom z powodu chorób układu krążenia każdego roku w Polsce, a przy zaprzestaniu palenia tytoniu ta liczba mogłaby wzrosnąć nawet do 9393 przypadków (46). Ponadto, zintegrowane podejście obejmujące skoordynowane wysiłki świadczeniodawców POZ, zespołów medycyny pracy i wyspecjalizowanych ośrodków

może być szczególnie skuteczne w osiąganiu lepszych wyników zdrowotnych.

Aby jeszcze bardziej wzmocnić potencjalny wpływ takich inicjatyw, istotne jest zwiększanie świadomości i zainteresowania w zakresie zarządzania ryzykiem ChUK. Można to realizować poprzez inwestowanie we wczesną edukację w szkołach. W istocie, wdrożenie edukacji prozdrowotnej oraz promowanie zdrowego stylu życia szczególnie aktywności fizycznej wśród uczniów szkół podstawowych i średnich jest jednym, z kluczowych celów strategii NPChUK. Podejście to jest również zgodne z Narodowym Programem Zdrowia (2021–2025) oraz Narodową Strategią Onkologiczną (2020–2030), które obejmują opracowanie materiałów edukacyjnych i programów pilotażowych zachęcających do zachowań prozdrowotnych. Planowane wprowadzenie dedykowanego programu edukacji prozdrowotnej w polskich szkołach (przedmiot Edukacja Zdrowotna), którego start przewidziany jest na wrzesień 2025 roku, stanowi znaczący krok naprzód. Program ten będzie obejmował najważniejsze aspekty zdrowego stylu życia, takie jak identyfikacja czynników ryzyka, środki zapobiegawcze i świadomość chorób, z zamiarem skutecznego zaszczepienia tych pojęć u najmłodszych (47). Poza tym, w październiku 2024 roku, Senat RP podjął uchwałę ustanawiającą rok 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki, co znacznie wzmocni działania zwiększające świadomość zdrowotną obywateli, promowanie badań profilaktycznych, aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania oraz higieny psychicznej (77).



Studium przypadku 2

Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK)

Realizowany w Polsce Program CHUK to inicjatywa badań przesiewowych mająca na celu obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK. Program ten jest kierowany do osób w wieku od 35 do 65 lat, u których występują czynniki ryzyka, ale u których nie zdiagnozowano jeszcze tych schorzeń. Realizowany w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), bez konieczności skierowania, CHUK oferuje łatwy dostęp do kompleksowej opieki. Program obejmuje ocenę czynników stylu życia, pomiary antropometryczne oraz badania laboratoryjne w celu identyfikacji ryzyka ChUK. Uczestnicy otrzymują spersonalizowane wskazówki dotyczące modyfikacji stylu życia, a w razie potrzeby także rekomendacje dotyczące dalszych interwencji medycznych. Wczesne wykrywanie i profilaktyka odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu postępowi ChUK. Program stanowi przykład dobrze zorganizowanej inicjatywy, która znacząco wpływa na poprawę zdrowia publicznego (45).

⁵ Program zostanie wprowadzony w 2025 roku w ramach tzw. „bilansu 6-latką”, który docelowo może objąć nawet 300 tysięcy dzieci rocznie i szacuje się, że może pozwolić na identyfikację nawet 27 tys. podejrzeń FH

2. Zapewnienie ciągłości finansowania, koordynacji i monitorowania działań w zakresie ChUK

Aby osiągnąć trwałe efekty, kluczowe jest utrzymanie długofalowych inwestycji w badania przesiewowe i wczesne wykrywanie chorób. Eksperti podkreślają, że powodzenie i stabilność inicjatyw zdrowotnych, w tym także NPChUK, zależy od stałego finansowania, skutecznej koordynacji oraz ciągłego monitorowania na poziomie krajowym. Niestety, często zdarza się, że programy badań przesiewowych w zakresie ChUK są prowadzone na ograniczoną skalę i w krótkim czasie, jak wskazują wcześniej wspomniane przykłady również z Polski (**Studium przypadku 3**). W tym kontekście ponowne wdrożenie wstrzymanych programów, takich jak na przykład Kordian, mogłoby przynieść istotne korzyści, zwłaszcza gdyby uwzględniono w nich wnioski wyciągnięte z dotychczasowych działań monitorujących i ewaluacyjnych. Takie programy miałyby szansę ewoluować, opierając się na nowoczesnych dowodach dotyczących trendów epidemiologicznych i metod oceny ryzyka, zgodnie z założeniami programu NPChUK (48). W obliczu alarmującej liczby przypadków ChUK konieczne jest wdrożenie szeroko zakrojonych programów badań przesiewowych, które

pozwolą na wcześniejsze wykrywanie i efektywniejsze zarządzanie tymi schorzeniami, zapobiegając tym samym kosztownym komplikacjom zdrowotnym w przyszłości. Na przykład zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny (zespół CKM), charakteryzujący się patofizjologicznymi interakcjami między otyłością, cukrzycą, ChUK oraz chorobami nerek, może prowadzić do szeregu poważnych, długotrwałych problemów zdrowotnych, jeśli nie zostanie odpowiednio wcześniej zdiagnozowany, narażając system na wysokie koszty. Mając na uwadze, że u nawet 90% populacji Polski mogą potencjalnie wystąpić te schorzenia, kluczowe staje się przeprowadzanie proaktywnych badań przesiewowych, które umożliwią wczesne interwencje, wprowadzenie zmian w stylu życia oraz zastosowanie odpowiednich terapii (49).

Planowane, w ramach NPChUK, przesiewowe badania populacyjne takie jak WOBASZ III i WOBASZ-Dzieci, jak również badania genetyczne u dzieci w celu wykrywania FH są krokiem w dobrym kierunku i dają nadzieję na znacząco poprawę sytuacji w tym obszarze.



Studium przypadku 3

Przykłady ostatnich inicjatyw w zakresie świadomości, badań przesiewowych i zarządzania terapeutycznego na poziomie populacji.

PROFILAKTYKA 40 PLUS

Program *Profilaktyka 40 PLUS (2023-2025)* wprowadzony przez Ministerstwo Zdrowia w lipcu 2023 roku oferuje bezpłatne badania profilaktyczne dla Polaków powyżej 40. roku życia. Pakiet diagnostyczny oferowany w ramach programu obejmuje m.in. badania krwi, poziomu glukozy i cholesterolu, umożliwiając wczesne wykrywanie czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji.

KORDIAN

Głównym celem programu *KORDIAN (2019-2023)* było zwiększenie świadomości na temat chorób układu krążenia poprzez edukację i aktywną profilaktykę. Projekt zrealizowano w pięćdziesięciu szpitalach w ośmiu województwach, podzielonych na trzy makroregiony. Projekt został zrealizowany przez Instytut Kardiologii im. Stefana Wyszyńskiego we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym oraz Fundacją MY PACJENCI.

POLKARD

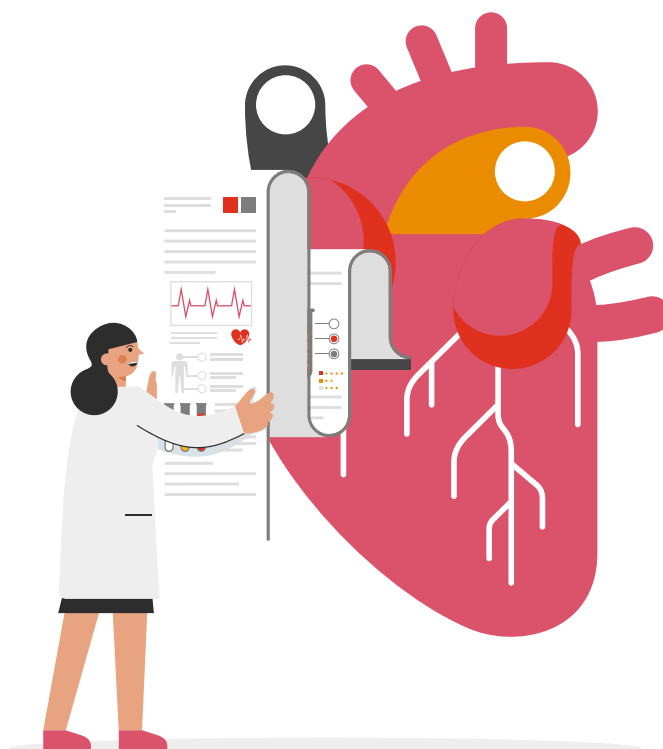
POLKARD (2017-2021) to szósta edycja ogólnokrajowego programu finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia, którego celem było obniżenie wskaźników śmiertelności z powodu chorób układu krążenia w Polsce. Działania programu obejmowały finansowanie sprzętu medycznego, badania przesiewowe oraz zbieranie danych.

3. Wykorzystanie możliwości oferowanych przez Krajowe Sieci Kardiologiczne w celu ujednolicenia ścieżek pacjenta

Pilotaż KSK, zgodnie z założeniami programu NPChUK, jest obecnie wdrożony w siedmiu województwach. Celem KSK jest stworzenie jasnej ścieżki pacjenta, która łączy lekarzy POZ, kardiologów i ośrodki specjalistyczne (27) (Rysunek 6). Sieć ta usprawnia procesy skierowań i diagnostyki, szczególnie dla pacjentów z niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym opornym na leczenie, zaburzeniami rytmu serca, oraz wadami zastawkowymi. Program, który rozpoczął się w 2021 roku w województwie mazowieckim, już wykazał swoją skuteczność. Ponad 3800 pacjentów zakwalifikowało się do specjalistycznej opieki kardiologicznej, co świadczy o silnym zaangażowaniu osób potrzebujących tych usług (50). Ekspertki podkreślają konieczność wykorzystania możliwości, jakie oferuje KSK, aby usprawnić leczenie i ustanowić jednolite ścieżki pacjentów – zarówno tych nowo zdiagnozowanych, jak i przewlekle chorych – na obszarze całego kraju.

Zakończenie pilotażu planowane jest na koniec grudnia 2024 roku. W związku z tym, w październiku 2024 roku został opublikowany projekt ustawy o KSK, według którego KSK z nową strukturą organizacyjną i modelem zarządzania zostanie wdrożona na obszarze całego kraju w styczniu 2026 roku. Według założeń ustawy, częścią KSK będzie rehabilitacja oraz większe zaangażowanie opieki ambulatoryjnej (odwrócona piramida świadczeń). Ważnym elementem nowej ustawy będzie także powołanie Krajowej Rady Kardiologii, odpowiedzialnej za nadzór nad funkcjonowaniem KSK oraz za rekomendowanie kluczowych działań mających na celu poprawę jakości opieki kardiologicznej w Polsce (78). Zmiany te wpłyną znacząco na zmniejszenie dysproporcji w dostępie do wysokiej jakości opieki kardiologicznej oraz usprawnienie koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ChUK.

Poza tym, istotnym aspektem jest planowane utworzenie Centrów Doskonałości Kardiologicznej (CDK), specjalistycznych ośrodków skoncentrowanych na zaawansowanej opiece kardiologicznej, badaniach i edukacji, które miałyby być częścią KSK. Według proponowanej ustawy o KSK, CDK będą ośrodkami, specjalizującymi się w danej jednostce chorobowej, zapewniając kompleksowe świadczenia zdrowotne dla pacjentów z daną chorobą. Ekspertki wierzą, że centra znacznie poprawią dostęp do wysokiej jakości opieki na terenie całego kraju, a także pomogą w zmniejszeniu nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, poprzez standaryzację praktyk i ułatwienie współpracy z lokalnymi placówkami.



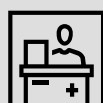
4. Poprawa koordynacji opieki, aby zwiększyć efektywność leczenia

Zintegrowana opieka zdrowotna pozwala na łączenie różnych usług medycznych w celu zapewnienia opieki skoncentrowanej na pacjencie. Korzyści płynące z takiej opieki obejmują lepszą komunikację między świadczeniodawcami, szybsze leczenie i poprawę wyników zdrowotnych, co z kolei prowadzi do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów oraz zmniejszenia liczby ponownych hospitalizacji. Podejście to jest kluczowe w zarządzaniu chorobami przewlekłymi, takimi jak ChUK, które wymagają ciągłej i złożonej opieki (51, 52).

W całej Europie zaczynają pojawiać się dowody na korzyści zintegrowanej opieki w obszarze zdrowia sercowo-naczyniowego. Na przykład w Szwecji skoordynowane podejście, które angażuje podstawową opiekę zdrowotną oraz specjalistyczne usługi kardiologiczne i placówki opieki długoterminowej, przyczyniło się do lepszej kontroli ciśnienia krwi o ok. 10%. Dodatkowo model ten przyczynił się do poprawy kontroli poziomu cholesterolu oraz zaprzestania palenia tytoniu, co podkreśla skuteczność kompleksowej, zintegrowanej opieki w poprawie wyników leczenia ChUK (**Studium przypadku 4**) (53). Z kolei w Słowenii, udane wdrożenie zintegrowanych modeli opieki z udziałem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej doprowadziło do obniżenia liczby zdarzeń ChUK i zgonów o ponad 50% w ciągu 10 lat.⁷

Również w Polsce dostrzega się kluczowe znaczenie zintegrowanej opieki zdrowotnej dla poprawy wyników leczenia pacjentów oraz działania mające na celu wdrożenie takich modeli w różnych obszarach systemu ochrony zdrowia, czego dobrym przykładem jest wcześniej wspomniana Krajowa Sieć Kardiologiczna. Innym, niedawno wprowadzonym i obiecującym modelem jest Opieka Koordynowana w POZ, której założeniem jest przypisanie pacjentowi koordynatora, ułatwiającego mu dostęp do specjalistów. Obecnie program działa w ok. 30% placówek (54). Wstępne dane pilotażowe wskazują na obiecujące wyniki wśród pacjentów kardiologicznych, w tym zmniejszenie uzależnienia od opieki specjalistycznej, zwiększone korzystanie z POZ oraz krótszy czas oczekiwania na pierwsze konsultacje (55). Rozszerzenie zasięgu takich zintegrowanych modeli opieki mogłoby mieć istotne długoterminowe znaczenie dla poprawy wyników leczenia ChUK.

Polska ma ogromną szansę na wykorzystanie istniejących zasobów i programów w celu stworzenia w pełni zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej. Skuteczna koordynacja takich inicjatyw jak planowane programy Edukacji Zdrowotnej i badań profilaktycznych *Moje Zdrowie*⁸, projekty Opieki Koordynowanej w POZ, Krajowa Sieć Kardiologiczna oraz inne realizowane i planowane przedsięwzięcia może znacząco usprawnić ścieżkę pacjenta oraz przynieść długotrwałe korzyści dla całego systemu ochrony zdrowia. Kluczowe jest, aby programy te były precyzyjnie skoordynowane, by wzajemnie się uzupełniały, i nie dublowały swoich działań.



Studium przypadku 4

Wpływ zintegrowanej opieki w szwedzkim rejestrze QregPV

Szwedzki Rejestr QregPV demonstruje korzyści płynące ze zintegrowanej opieki w zarządzaniu czynnikami ryzyka ChUKu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Model zintegrowanej opieki łączy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), specjalistyczne usługi kardiologiczne oraz placówki opieki długoterminowej, wykorzystując wspólną elektroniczną dokumentację medyczną. Taki system zapewnia ciągłą, dostosowaną do pacjenta opiekę i poprawia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Program ten przyczynił się do lepszego zarządzania ChUK oraz poprawy przestrzegania protokołów leczenia. W efekcie odsetek zarejestrowanych pacjentów z prawidłowo kontrolowanym ciśnieniem krwi wzrósł z 38,9% do 49,1% w latach 2010–2017. Model ten podkreśla skuteczność zintegrowanej opieki w zakresie poprawy wyników leczenia. Oprócz leczenia farmakologicznego pacjentów z nadciśnieniem, badanie wykazało, że POZ odgrywa również ważną rolę w promowaniu modyfikacji stylu życia. Obejmuje to m.in. zaprzestanie palenia, regularne ćwiczenia, kontrolę masy ciała oraz zdrową dietę, które są kluczowe w obniżaniu ryzyka ChUK (53).

⁷ Na podstawie rozmów z ekspertami

⁸ Od maja 2025 planowane jest wprowadzenie kompleksowego programu badań profilaktycznych dla dorosłych "Moje Zdrowie", który zastąpi dotychczasowy program Profilaktyka 40 PLUS, jak poinformowała Minister Zdrowia w styczniu 2025 r.

5. Utworzenie scentralizowanego organu zarządzającego danymi dotyczącymi ChUK

Wiarygodne i dostępne dane dotyczące ChUK są niezbędne do świadomego podejmowania decyzji i budowania skutecznych strategii zdrowia publicznego. Mimo poczynionych postępów, podejście Polski do zbierania danych o ChUK wciąż pozostaje fragmentaryczne i niesystematyczne, co utrudnia efektywną analizę oraz podejmowanie decyzji. Aby rozwiązać ten problem, eksperci są zgodni co do potrzeby utworzenia dedykowanej, scentralizowanej agencji ds. zarządzania

danymi dotyczącymi ChUK. Organ ten byłby odpowiedzialny za zbieranie, analizowanie i rozpowszechnianie danych zdrowotnych i statystyk w całym kraju. Podobne inicjatywy podejmowane są w innych krajach europejskich, na przykład Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej stosuje model, który zapewnia publiczny dostęp do danych zdrowotnych za pośrednictwem scentralizowanego portalu (**Studium przypadku 5**).



Studium przypadku 5

Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej

Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej odgrywa kluczową rolę w zbieraniu, analizowaniu i udostępnianiu danych zdrowotnych w kraju. Kluczowe działania Instytutu to:

- **Kompleksowe gromadzenie danych:** Instytut zbiera szeroki zakres danych zdrowotnych, obejmujących placówki opieki zdrowotnej, personel medyczny, wydatki na zdrowie, wyniki zdrowotne oraz uwarunkowania zdrowotne, co pozwala na całościową ocenę efektywności systemu opieki zdrowotnej.
- **Krajowy System Informacji Zdrowotnej:** Instytut obsługuje Krajowy System Informacji Zdrowotnej (NHIS), który służy jako centralne repozytorium danych zdrowotnych w kraju. NHIS integruje dane z różnych źródeł, takich jak firmy ubezpieczeniowe, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej i agencje zdrowia publicznego, zapewniając ujednoczone i ustandaryzowane podejście do gromadzenia danych i zarządzania nimi.
- **Dostęp do informacji zdrowotnych:** Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej zapewnia dostęp do informacji związanych ze zdrowiem głównie poprzez raporty i publikacje statystyczne, które są dostępne dla opinii publicznej, pracowników ochrony zdrowia, decydentów oraz badaczy. Umożliwia również dostęp do zagregowanych i zanonimizowanych danych na potrzeby badań i analiz zdrowia publicznego, zgodnie z rygorystycznymi przepisami o ochronie danych.
- **Badania i analizy:** Instytut prowadzi badania i analizy na różne tematy związane ze zdrowiem, mając na celu generowanie opartych na dowodach spostrzeżeń wspierających podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Obejmuje to monitorowanie trendów zdrowotnych, ocenę interwencji zdrowotnych oraz prowadzenie badań i analiz zdrowotnych.
- **Współpraca międzynarodowa:** Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej aktywnie współpracuje z organizacjami międzynarodowymi, takimi jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Dzięki temu możliwa jest wymiana wiedzy, najlepszych praktyk oraz ujednoczenie systemów informacji zdrowotnej między krajami.

Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej odgrywa zatem kluczową rolę w dostarczaniu dokładnych i aktualnych informacji oraz statystyk zdrowotnych w Republice Czeskiej, wspierając podejmowanie decyzji opartych na dowodach oraz promując przejrzystość i odpowiedzialność w systemie opieki zdrowotnej (71,72).

Pierwsze kroki w tym kierunku w Polsce można zaobserwować w ramach niedawno uruchomionych Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej, wspieranych przez Agencję Badań Medycznych. Centra mają na celu stworzenie sieci repozytoriów i krajowej bazy danych, co zapewni jednolite zbieranie i przetwarzanie danych z różnych instytucji (56). W zakresie ChUK, Polski Krajowy Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej wyróżnia się jako doskonały przykład skutecznego i sprawnie działającego rejestru. Rejestr efektywnie gromadzi szczegółowe dane pacjentów z różnych placówek medycznych w całej Polsce, znacząco poszerzając wiedzę na temat choroby (**Studium przypadku 6**).

Poza tym, zgodnie z projektem ustawy o KSK planowane jest wprowadzenie elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej (eKOK), która ma stanowić powszechne i ujednoczone źródło informacji o pacjencie z ChUK.

Podsumowując, scentralizowane repozytorium danych o ChUK zapewniłoby jednolitość w sposobie zbierania i analizy danych w poszczególnych regionach i wśród różnych świadczeniodawców usług zdrowotnych, co zwiększyłoby wiarygodność i porównywalność statystyk dotyczących ChUK w skali kraju. Ponadto ułatwiłoby ono dostęp do danych dla naukowców, decydentów politycznych oraz innych zainteresowanych stron, wspierając innowacje, wymianę wiedzy i podejmowanie decyzji.



Studium przypadku 6

Krajowy Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej (FH)

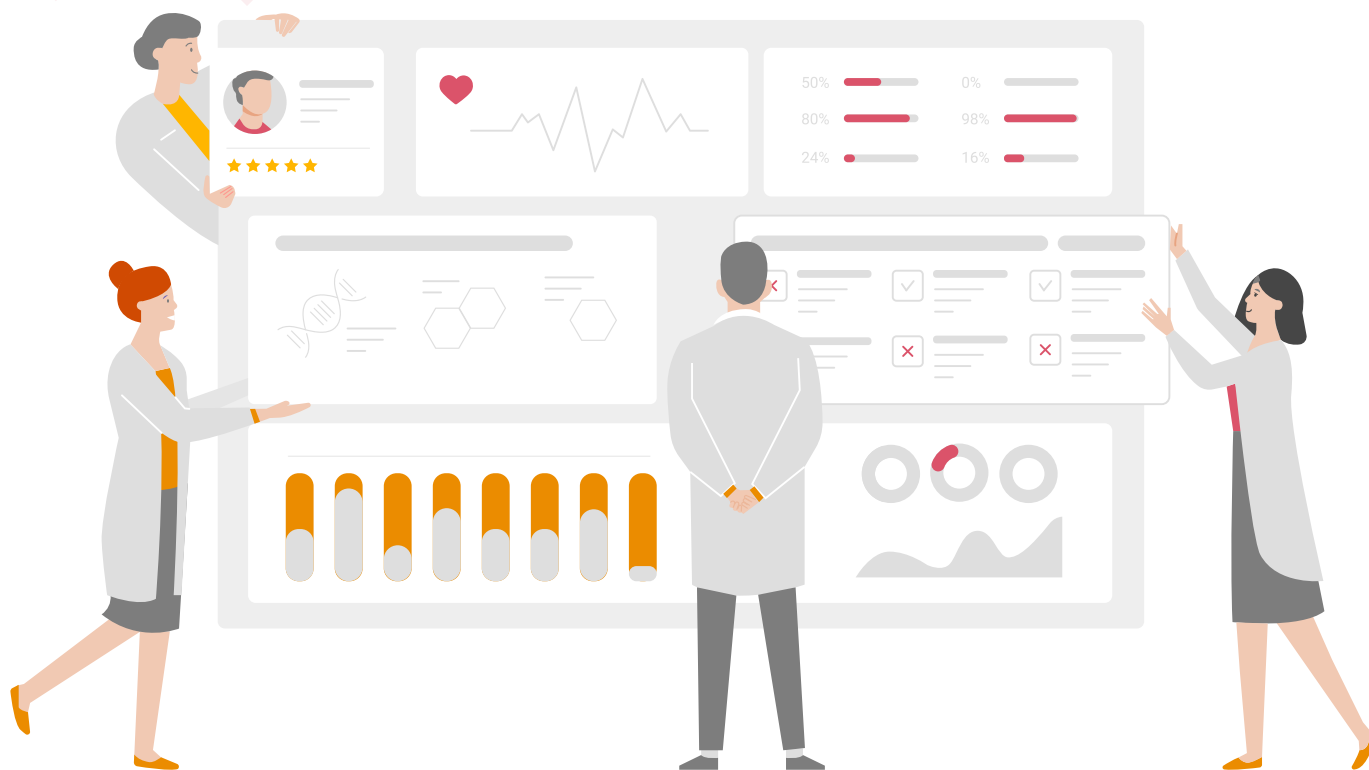
Krajowy Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej (FH), prowadzony przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, to kompleksowy i efektywnie funkcjonujący system, który gromadzi szczegółowe dane dotyczące pacjentów z całej Polski. Rejestr ten zbiera informacje - z różnych instytucji medycznych w całym kraju - o osobach u których zdiagnozowano hipercholesterolemię rodzinną (FH) – dziedziczną chorobę prowadzącą do niebezpiecznie wysokiego poziomu cholesterolu. Zebrane dane dostarczają cennych informacji na temat naturalnego przebiegu choroby, skuteczności leczenia oraz ogólnego zarządzania pacjentami z FH. Rejestr stanowi istotne narzędzie służące do poprawy diagnostyki, leczenia i długoterminowej opieki nad pacjentami. Ma on szczególne znaczenie w kontekście niskiego wskaźnika diagnozowania FH w Polsce, który obecnie wynosi zaledwie 6%, pomimo intensywnych działań prowadzonych przez ostatnie 15 lat (62).



6. Wykorzystanie rzeczywistych danych (real world data) do kształtowania polityki zdrowotnej

Kształtowanie polityki zdrowotnej opartej na dowodach polega na wykorzystywaniu najlepszych dostępnych badań, danych i ocen, aby móc skutecznie informować i kierować decyzjami. Proces ten obejmuje systematyczne gromadzenie i analizowanie istotnych informacji w celu oceny skuteczności oraz potencjalnych skutków podejmowanych działań w obszarze zdrowia. W dziedzinie zdrowia sercowo-naczyniowego generowanie danych może być szczególnie złożone i kosztowne, ponieważ ChUK rozwijają się często powoli i początkowo nie dają widocznych objawów – w przeciwieństwie do innych chorób, które postępują szybko i wywołują wyraźne symptomy. Na poziomie populacji coraz częściej pojawiają się dowody potwierdzające korzyści systemowych inicjatyw, wczesnego wykrywania i trwałej profilaktyki wtórnej.

Poza tym, kluczowa jest bliska współpraca i wymiana informacji pomiędzy różnymi interesariuszami, takimi jak naukowcy, pracownicy ochrony zdrowia różnych specjalizacji i decydenci polityczni, gdyż poprawia to skuteczność wprowadzanych polityk zdrowotnych. Dostęp do zintegrowanych i kompleksowych danych pozwala decydom politycznym na uwzględnienie zarówno historycznych, jak i prognozowanych danych związanych z epidemiologią, uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi oraz zachowaniami zdrowotnymi populacji. Dzięki temu mogą oni podejmować świadome decyzje polityczne, które ostatecznie poprawiają skuteczność strategii zarządzania zdrowiem publicznym.



Dostosowanie finansowania do zaktualizowanych danych klinicznych i zmieniających się trendów epidemiologicznych

7. Regularny przegląd i aktualizacje wytycznych dotyczących refundacji

Regularny przegląd wytycznych oraz rosnącej bazy danych ekonomicznych dotyczących terapii ChUK jest kluczowy dla efektywnego alokowania zasobów i maksymalizacji korzyści dla pacjentów. Łącząc najnowsze dowody kliniczne i najlepsze praktyki, świadczeniodawcy usług zdrowotnych mogą optymalizować terapie i poprawiać wyniki leczenia pacjentów.

Eksperti zalecają regularny przegląd istniejących danych, potencjalnie w połączeniu z analizą porównawczą dostępu i statusu refundacji w innych krajach europejskich. Takie podejście pomogłoby zapewnić pacjentom w Polsce optymalny dostęp do profilaktyki pierwotnej i wtórnej, a także do kluczowych metod leczenia, zwłaszcza gdy lekarzom zostaną udostępnione zaktualizowane i odpowiednio dostosowane wytyczne kliniczne. Ciekawym przykładem jest tu działalność Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, które regularnie opracowuje zaktualizowane wytyczne kliniczne we współpracy z innymi towarzystwami naukowymi (57). Podobne działania są podejmowane przez PTK we współpracy z European Society of Cardiology (ESC).

W ramach NPChUK zostały opracowane standardy diagnostyczno-terapeutyczne dla wybranych jednostek chorobowych, które będą stosowane w diagnostyce i leczeniu pacjenta w KSK. Inicjatywy takie mają na celu poprawę dostępu pacjentów do skutecznych i bezpiecznych metod leczenia, jednocześnie pomagając w zarządzaniu kosztami opieki zdrowotnej poprzez regularne przeglądy i oceny.

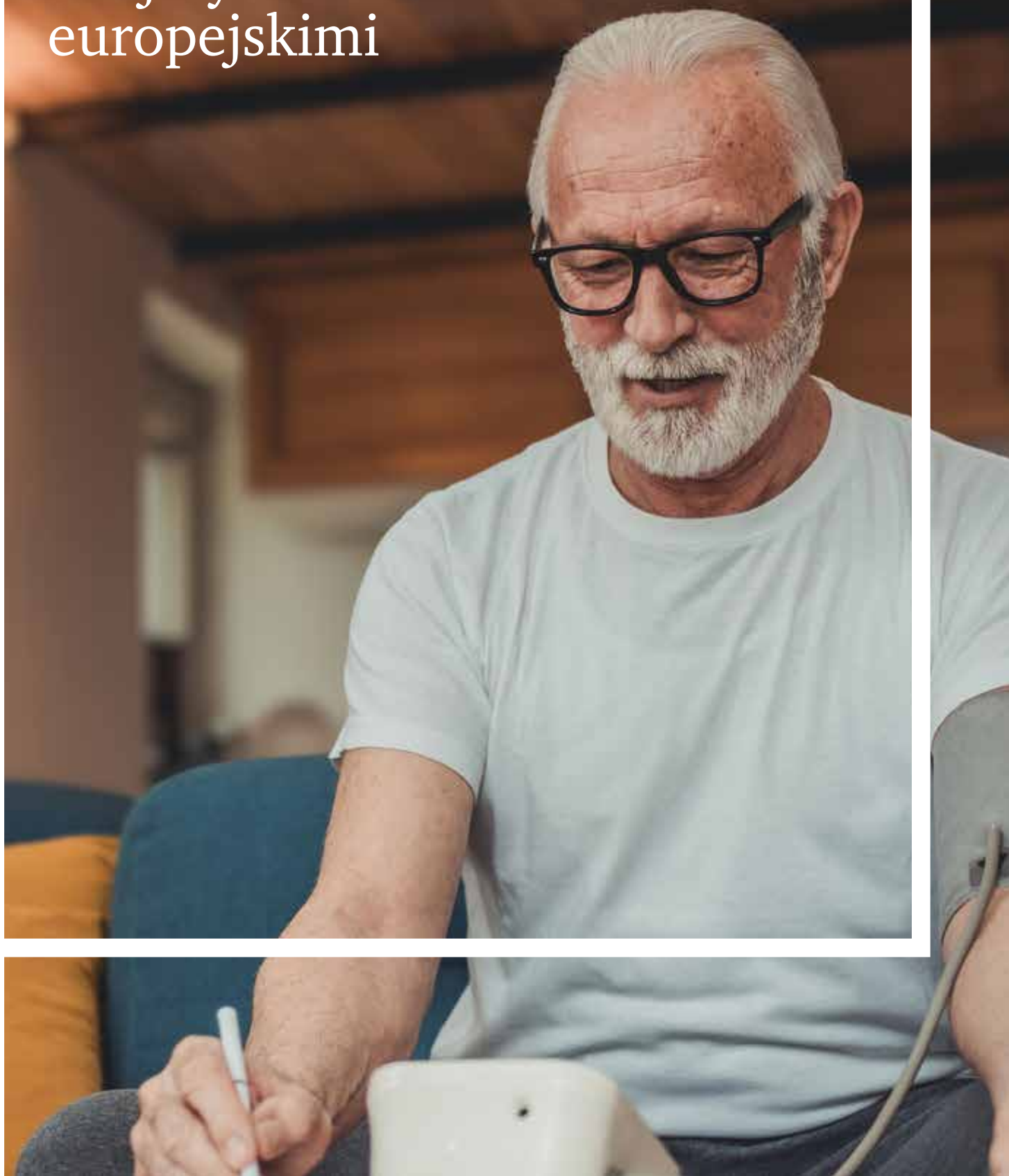
Strategia NPChUK wskazuje na konieczność rozszerzenia listy refundowanych leków dla ChUK (40,42), wdrażania innowacyjnych usług zdrowotnych oraz poprawy ogólnej jakości opieki kardiologicznej. Ponadto, działania NPChUK na rzecz poprawy opieki nad pacjentami z ChUK obejmują modernizację sprzętu medycznego, unowocześnianie placówek zdrowotnych oraz inwestowanie w zaawansowane procedury i telemedycynę. Inicjatywy te podkreślają pilną potrzebę zwiększenia publicznego finansowania w celu poprawy dostępu do nowoczesnych terapii, i podniesienia standardów opieki w obszarze ChUK.

8. Zapewnienie równego dostępu do leczenia dla wszystkich potrzebujących

Eksperti zauważają, że wielu pacjentów z ChUK ponosi wysokie koszty leczenia (38). Ograniczone finansowanie stwarza znaczne bariery w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, zwłaszcza dla pacjentów szczególnie narażonych i cierpiących na choroby współistniejące lub o niskim poziomie wiedzy na temat zdrowia. „Dekalog Polskiej Kardiologii na lata 2023–2025”, opracowany przez PTK, apeluje o zmiany. Wśród nich wymienia się m.in. szybką

refundację sprawdzonych procedur oraz wprowadzenie przyspieszonej ścieżki dla nowych wyrobów medycznych i technologii lekowych. Ponadto PTK, we współpracy z Polskim Towarzystwem Lipidologicznym, apeluje o rozszerzenie dostępu do badań genetycznych, co było postulowane w roku 2023 – Roku Walki z Hipercholesterolemią (76).

Synergia z
inicjatywami
europejskimi



ChUK stanowią poważne wyzwanie zdrowotne zarówno w Polsce, jak i w całej Europie. Ogólnounijne inicjatywy mają fundamentalne znaczenie dla kształtowania lokalnych strategii badań przesiewowych i profilaktyki w państwach członkowskich. Jedną z kluczowych inicjatyw unijnych jest strategia zdrowotna „UE dla Zdrowia” (EU4Health) na lata 2021-2027, której głównym celem jest obniżenie liczby zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi, w tym ChUK, o 30% do 2030 roku. Program ten kładzie szczególny nacisk na profilaktykę, promocję zdrowia oraz wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej. Koncentruje się przy tym na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, takich jak palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, otyłość oraz nadmierne spożycie alkoholu, które wspólnie odpowiadają za znaczną część zgonów w Europie (58).

Europejscy interesariusze oraz wielostronne sojusze popierają zwiększanie inwestycji w obszarze ChUK, co podsumowano w konkluzjach Rady UE z 2024 roku. Rada wzywa państwa członkowskie do przyjęcia środków na rzecz zapobiegania chorobom układu krążenia. Środki te dotyczą przede wszystkim profilaktyki, wczesnego wykrywania, leczenia i rehabilitacji. W ramach zaleceń Rada zachęca m.in. do skupienia się na profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej, chociażby poprzez regularną kontrolę stanu zdrowia. Może to obejmować finansowanie badań przesiewowych opartych na dowodach naukowych, mających na celu wykrywanie kluczowych, modyfikowalnych czynników ryzyka, a tym samym poprawę wczesnego wykrywania takich schorzeń, jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, cukrzyca, choroby nerek czy zaburzenia lipidowe (59). Dodatkowo, inicjatywy takie jak Europejska Przestrzeń Danych Dotyczących Zdrowia (EHDS) dążą do stworzenia bezpiecznego ekosystemu zasad, standardów i praktyk. Dzięki temu pacjenci, pracownicy ochrony zdrowia, naukowcy oraz decydenci w krajach UE mają mieć możliwość korzystania z potencjału bezpiecznej wymiany danych, a także wykorzystywania danych dotyczących zdrowia (60). W obszarze ChUK szczególnie ważny jest rozwój projektu EuroHeart, który dostarcza kluczowych danych, zwiększa nadzór, wspiera współpracę międzynarodową oraz tworzy wspólne standardy w celu poprawy opieki nad pacjentami z ChUK (61).

Polska wyróżnia się na arenie europejskiej, będąc jednym z nielicznych krajów Unii, które wprowadziły narodową strategię NPChUK. Ten Program, na lata 2022-2032, jest zgodny z głównymi celami strategii UE i zakłada zmniejszenie zachorowalności oraz liczby zgonów z powodu ChUK,

poprawę jakości życia pacjentów oraz dostosowanie wskaźników zdrowotnych Polski do średnich wartości unijnych.

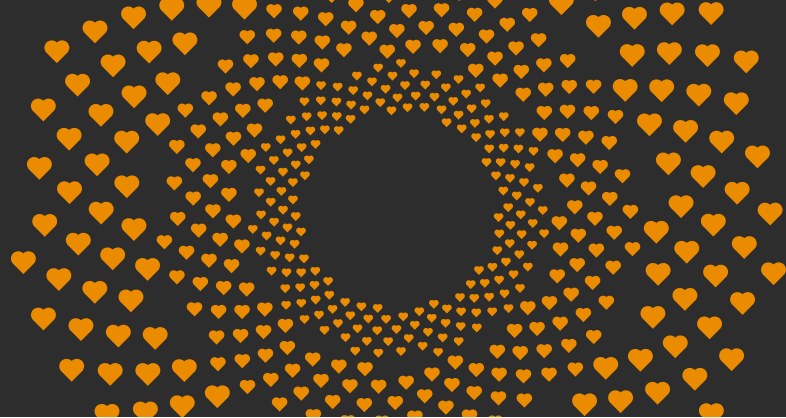
Polska podejmuje wiele innych działań, które stanowią wzór dla innych krajów europejskich w zakresie równego dostępu do profilaktyki i leczenia ChUK. Dobrym przykładem jest program leczenia ostrego zawału mięśnia sercowego „KOS-zawał”, który optymalizuje ostrą interwencję, rehabilitację kardiologiczną oraz 12-miesięczną opiekę kontrolną w warunkach ambulatoryjnych.

Kompleksowe podejście Polski do zarządzania hipercholesterolemią rodzinną (FH), którego przykładem jest Krajowy Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej oraz udział we współpracy w zakresie badań nad hipercholesterolemią rodzinną Europejskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą (European Atherosclerosis Society FH-Study Collaboration) stanowi kolejny wzorzec dla innych krajów Europy (62). Polskie Towarzystwo Lipidologiczne wykazało się pionierskim podejściem, kiedy jako jedno z pierwszych w Europie i pierwsze w Europie Środkowo-Wschodniej zaleciło w 2021 roku pomiar lipoproteiny(a) dla wybranych grup pacjentów z ryzykiem wystąpienia ChUK (63, 64). Polska kładzie również duży nacisk na polepszanie zarządzania pacjentami oraz rozwój diagnostyki genetycznej, dążąc do wzmocnienia swojej pozycji w tych dziedzinach (65, 66).

Biorąc pod uwagę prezydencję Polski w Radzie Unii Europejskiej, polscy interesariusze mają wyjątkową okazję, aby promować profilaktykę i leczenie ChUK na forum UE (67). Coraz więcej podmiotów opowiada się za opracowaniem i wdrożeniem Europejskiego Planu Kardiologicznego (68). W związku z tym, polscy eksperci planują zaprezentować, podczas prezydencji Polski w UE, propozycję Europejskiego Planu dla Prewencji. Plan ten ma na celu wykorzystanie najlepszych praktyk z systemów opieki zdrowotnej krajów Europy Środkowo-Wschodniej, ze szczególnym uwzględnieniem optymalizacji modelu profilaktyki ChUK (69).

Obecna zgodność między inicjatywami Polski a priorytetami UE stwarza duży potencjał dla dalszej integracji krajowych i unijnych strategii zdrowotnych, szczególnie w obszarze ChUK. Może to prowadzić do bardziej spójnych i skutecznych polityk w całym regionie, a Polska może odegrać kluczową rolę w pilotażu oraz wdrażaniu tych inicjatyw, stanowiąc przykład dla innych państw członkowskich.

Podsumowanie



Niniejszy raport identyfikuje wieloaspektowe wyzwania, przed którymi stoi Polska w zarządzaniu ChUK, podkreślając zarówno wspólne cechy z szerszymi trendami w UE, jak i specyficzne problemy charakterystyczne dla kraju. Podobnie jak wiele państw Unii, Polska mierzy się z wysoką częstością występowania czynników ryzyka ChUK, nierównym dostępem do usług zdrowotnych oraz znacznymi różnicami w wynikach zdrowotnych pomiędzy różnymi regionami kraju. Wyzwania te zostały dodatkowo pogłębione przez pandemię COVID-19, która zakłóciła sprawną koordynację oraz dostępność do opieki kardiologicznej.

W Polsce istnieje powszechny problem z profilaktyką i wczesnym wykrywaniem chorób. Systemowe braki w programach badań przesiewowych oraz niewystarczająca świadomość społeczna utrudniają postępy w walce z tymi

schorzeniami. Zarządzanie przewlekłymi ChUK również pozostaje nieoptymalne, z nadmiernym naciskiem na leczenie ostrych zdarzeń, zamiast kompleksowej prewencji. Polska stoi przed wyjątkowymi wyzwaniami, takimi jak znaczne różnice między województwami w infrastrukturze medycznej, a także fragmentacja systemów danych zdrowotnych. Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w województwach, które pozostają w tyle pod względem profilaktyki i jakości leczenia, wymagają ukierunkowanych działań.

Wiele inicjatyw oraz programów zostało wdrożonych w ostatnich latach w odpowiedzi na te wyzwania.. Aby wesprzeć i przyspieszyć realizację tych inicjatyw, eksperci rekomendują opracowanie polityk zdrowotnych koncentrujących się na czterech kluczowych obszarach:

A Wznowienie i ulepszenie programów badań przesiewowych

1. Zastosowanie systematycznego i długoterminowego podejścia w celu powstrzymania rozwoju choroby i ratowania życia, poprzez wprowadzenie wieloletnich programów z zaplanowanymi celami strategicznymi. Ważne jest prawne umocowanie stabilności realizacji tych planów, dla uniknięcia zmian wywołanych powodami politycznymi.
2. Zapewnienie ciągłości finansowania, koordynacji i monitorowania działań w zakresie chorób układu krążenia.

B Harmonizacja i poprawa dostępu do opieki zdrowotnej i jej koordynacji po diagnozie

3. Wykorzystanie potencjału Krajowych Sieci Kardiologicznych w celu ujednoczenia ścieżek pacjenta w skali całego kraju.
4. Poprawa koordynacji opieki w celu zwiększenia efektywności leczenia.

C Wykorzystanie dostępnych danych do podejmowania decyzji

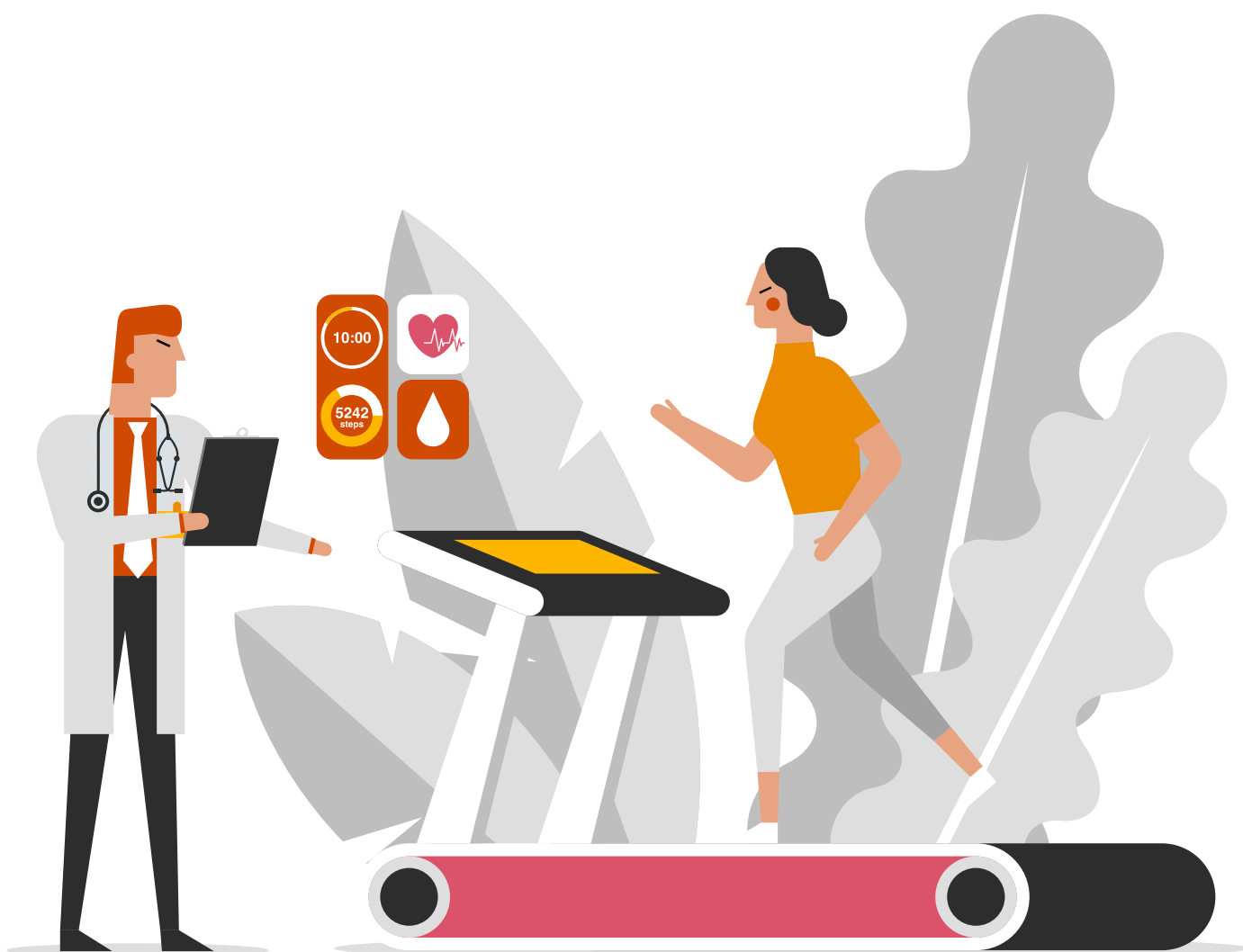
5. Utworzenie scentralizowanego organu zarządzającego danymi ChUK oraz instytucjonalnych i finansowych podstaw do stałego zbierania i aktualizowania danych Real World.
6. Wykorzystanie rzeczywistych danych (Real World) do kształtowania polityki zdrowotnej.

D Dostosowanie finansowania do zaktualizowanych danych klinicznych i zmieniających się trendów epidemiologicznych

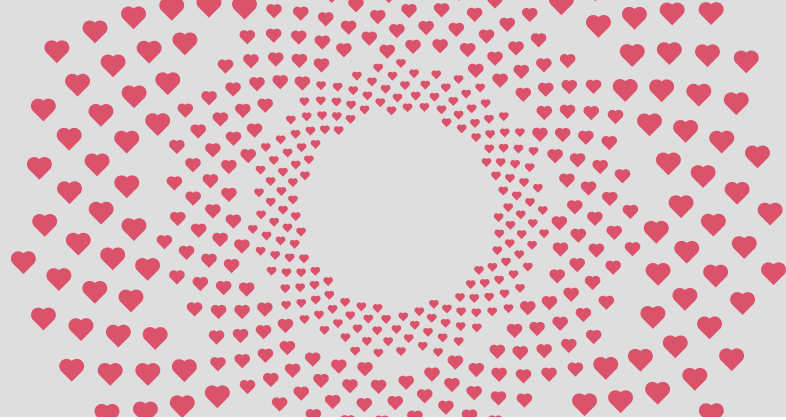
7. Regularny przegląd i aktualizacje wytycznych dotyczących refundacji oraz powiązanie finansowania leczenia z efektywnością mierzoną przy użyciu danych kliniczno-epidemiologicznych.
8. Zapewnienie równego dostępu do leczenia dla wszystkich potrzebujących. Wprowadzenie pełnej przejrzystości społecznej procesu decyzyjnego w aspekcie polityki refundacyjnej leków i urzędzeń medycznych.

Realizacja powyższych zaleceń umożliwi optymalizację Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz sprawniejszą realizację kluczowych założeń NPChUK, zapewniając równy dostęp do wysokiej jakości opieki kardiologicznej w całym kraju. Lepsza integracja danych zdrowotnych, rozwój programów badań przesiewowych oraz modernizacja infrastruktury kardiologicznej, zwłaszcza w pomijanych województwach, mają istotne znaczenie dla wypełnienia obecnych luk. Polska, w trakcie prezydencji w Radzie Europejskiej, ma także wyjątkową szansę na promowanie opartych na dowodach polityk w zakresie ChUK, które mogą przynieść korzyści całej Europie.

Choć wiele wyzwań związanych z ChUK dotyczy całej UE, specyficzny obraz opieki zdrowotnej w Polsce wymaga dostosowanych rozwiązań uwzględniających niedociągnięcia systemowe i różnice na poziomie regionalnym. Sprostanie tym wyzwaniom daje szansę na znaczącą poprawę wyników zdrowotnych w zakresie ChUK oraz dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do najwyższych europejskich standardów.



O badaniu



Niniejszy raport dokumentuje wyniki dyskusji, która odbyła się w Warszawie 5 czerwca 2024 roku. Spotkanie zostało zorganizowane dzięki wsparciu Europejskiej Federacji Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA) w ramach Cardiovascular Health Platform, we współpracy z Polskim Związkiem Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych – INFARMA. W dyskusji uczestniczyła szeroka grupa interesariuszy, w tym przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, instytucji publicznych, organizacji pacjentów, środowiska akademickiego, towarzystw zawodowych oraz przemysłu farmaceutycznego (zob. Podziękowania).

Przed spotkaniem zidentyfikowano dwa kluczowe tematy – 1. badania przesiewowe i profilaktyka chorób układu krążenia oraz 2. równość w dostępie do usług zdrowotnych związanych z chorobami układu krążenia. Priorytety te zostały określone na podstawie badań wtórnych oraz wstępnych konsultacji z ekspertami przeprowadzonych przez PwC.

Po zakończeniu konsultacji PwC skonsolidowało wyniki rozmów i zdefiniowało kluczowe obszary oraz wstępne zalecenia dotyczące przyszłych działań. Zalecenia te zostały wspólnie zweryfikowane przez przedstawicieli PwC, EFPIA oraz INFARMA, a także omówione i uzupełnione przez ekspertów podczas dyskusji okrągłego stołu. Dodatkowo, w celu dalszej weryfikacji, przeprowadzono przegląd odpowiedniej literatury naukowej oraz innych dostępnych publicznie źródeł.

Ostateczny projekt niniejszego raportu został przygotowany przez PwC, a następnie poddany przeglądowi i finalizacji w listopadzie 2024 roku, z uwzględnieniem uwag wszystkich uczestników dyskusji oraz przedstawicieli EFPIA i INFARMA.



Autorzy i podziękowania

Autorami raportu są:

Natalia Bilo, Sektor Zdrowia, PwC Szwajcaria
Claudia Vittori, Sektor Zdrowia, PwC Szwajcaria

Pragniemy serdecznie podziękować następującym ekspertom za ich cenny wkład w dyskusję oraz ocenę stanu zdrowia w zakresie ChUK w Polsce:

Prof. Maciej Banach
Polskie Towarzystwo Lipidologiczne oraz Międzynarodowy
Panel Ekspertów Lipidowych

Prof. Krzysztof Chlebus
Gdański Uniwersytet Medyczny

Prof. Robert Gil
Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

Monika Kaczmarek
Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

Prof. Magdalena Krajewska
Polskie Towarzystwo Nefrologiczne

Prof. Rajmund Michalski
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów „Moje Nerki”

Maciej Miłkowski
Ministerstwo Zdrowia w latach 2018 – 2024 (maj)

Prof. Agnieszka Pawlak
Asocjacja Niewydolności Serca

Prof. Piotr Pruszczyk
Warszawski Uniwersytet Medyczny

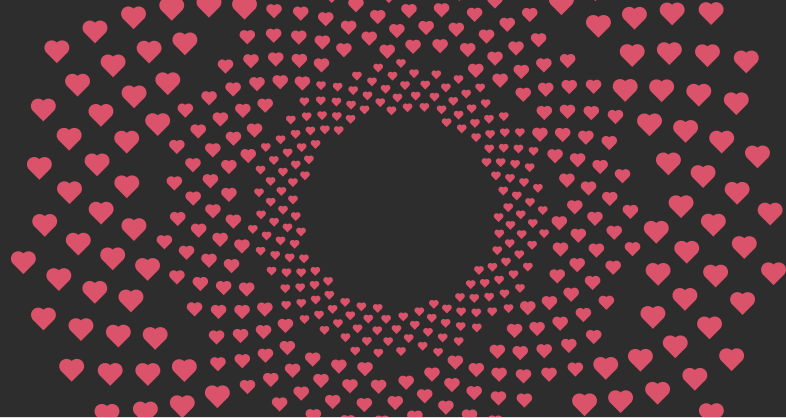
Prof. Krystian Wita
Śląski Uniwersytet Medyczny

Prof. Adam Witkowski
Narodowy Instytut Kardiologii

Agnieszka Wołczyńska
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami
Serca i Naczyń „EcoSerce”

Dziękujemy również przedstawicielom EFPIA i INFARMA za ich wkład i wsparcie w trakcie tworzenia raportu. Dodatkowo dziękujemy za wsparcie, współpracę i gościnność PwC Polska, Mariuszowi Ignatowiczowi, Pawłowi Oleszczukowi, Julii Otwinowskiej oraz Przemysławowi Kurlandtowi.

Bibliografia



1. Poland: Country Health Profile 2023. 15.12.2023 [dostęp 05.08.2024]; Źródło: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/poland-country-health-profile-2023_f597c810-en
2. Sokolska JM, Ponikowski P. Global Rounds: Poland. *Circulation* [Internet]. 16.01.2024 [dostęp 05.08.2024];149(3):174–6. Źródło: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.063673>
3. Statistics | Eurostat [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en
4. Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Ludność / Statystyka przyczyn zgonów / Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn - dane wstępne [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html>
5. Mensah GA, Habtegiorgis Abate Y, Abbasian M, Abd-Allah F, Abdollahi A, Abdollahi M, i in. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990–2022. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 19.12.2023 [dostęp 01.10.2024]; 82(25):2350–473. Źródło: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38092509/>
6. Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A, Maggioni AP, Huculeci R, i in. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. *Eur Heart J*. 2023;44(45).
7. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia2>
8. Towards a new normal | PwC Switzerland [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.pwc.ch/en/insights/health-industries/towards-a-new-normal.html>
9. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, i in. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 22.12.2020 [dostęp 05.08.2024]; 76(25):2982–3021. Źródło: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33309175/>
10. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*. 2009;373(9667).
11. Cowzdrowiu - Wydatki NFZ 2023: na świadczenia wydano o 7 mld zł mniej niż planowano. Kuleje profilaktyka, stomatologia i... [Internet]. [dostęp 09.10.2024]. Źródło: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/wydatki-nfz-2023-na-swiadczenia-wydano-o-7-mld-zl-mniej-niz-planowano>
12. Centrala NFZ - Aktualności / Aktualności / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków [Internet]. [dostęp 19.08.2024]. Źródło: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-profilaktyka-40-plus-bezplatne-badania-bez-skierowania,8632.html>
13. Siedem rzeczy, których nie wiecie, a które pokazał Narodowy Test Zdrowia Polaków 2023 [Internet]. [dostęp 19.08.2024]. Źródło: <https://www.medonet.pl/narodowy-test-zdrowia-polakow,siedem-rzeczy--ktorych-nie-wiecie--a-ktore-pokazal-narodowy-test-zdrowia-polakow-2023,artykul,65170865.html>
14. Józwiak JJ, Studziński K, Tomasik T, Windak A, Mastej M, Catapano AL, i in. The prevalence of cardiovascular risk factors and cardiovascular disease among primary care patients in Poland: results from the LIPIDOGRAM2015 study. *Atheroscler Suppl*. 2020;42.
15. Pająk A, Szafraniec K, Polak M, Polakowska M, Kozela M, Piotrowski W, i in. Changes in the prevalence, treatment, and control of hypercholesterolemia and other dyslipidemias over 10 years in Poland: The WOBASZ study. *Pol Arch Med Wewn*. 2016;126(9).
16. Zdrojewski T, Solnica B, Cybulska B, Bandosz P, Rutkowski M, Stokwiszewski J, i in. Prevalence of lipid abnormalities in Poland. the NATPOL 2011 survey. *Kardiologia Pol*. 2016;74(3).
17. CKM Syndrome is a cascade of diseases that feed off each other. “It all starts with diet and lifestyle” [Internet]. [dostęp 26.09.2024]. Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Syndrom-CKM-to-kaskada-wzajemnie-napedzajacych-sie-chorob-Wszystko-zaczyna-sie-od-diety-i-stylu-zycia,256173,14.html>
18. de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, i in. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 2022;45(12).

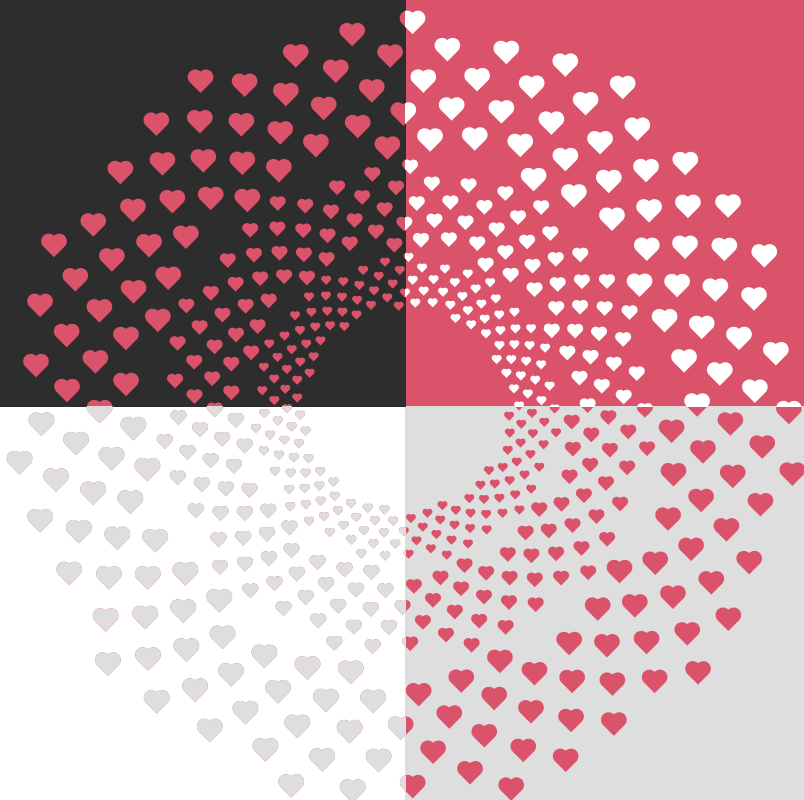
-
19. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, De Francisco ALM, De Jong PE, i in. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Vol. 3, Kidney International Supplements. 2013.
-
20. Biernacka EK, Osadnik T. Rola badań genetycznych w kardiologii. Kwartalnik NAUKA [Internet]. 05.07.2024 [dostęp 05.08.2024]; (2). Źródło: <https://www.nauka-pan.pl/index.php/nauka/article/view/1075>
-
21. Narodowy Instytut Kardiologii - Państwowy Instytut Badawczy - Informacja o zakończeniu realizacji Programu Kordian [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.ikard.pl/institut/aktualnosci/informacja-o-zakonczeniu-realizacji-programu-kordian.html>
-
22. POLKARD Cardiovascular Disease Prevention and Treatment Program for 2017-2021 - Ministry of Health - Gov.pl Portal [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukladu-sercowo-naczyniowego-polgard-nalata-2017-2020>
-
23. Program Profilaktyka 40 PLUS | Pacjent [Internet]. [dostęp 27.08.2024]. Źródło: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyka-40-plus>
-
24. Nessler J, Kozierkiewicz A, Gackowski A, Ponikowski P, Straburzyńska-Migaj E, Uchmanowicz I, i in. Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce: propozycje rozwiązań organizacyjnych. Kardiologia Pol. 2018;76(2).
-
25. W medycynie pracy królują "papier i pieczęć". Eksperti apelują o zmiany i więcej obowiązkowych badań [Internet]. [dostęp 19.08.2024]. Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/W-medycynie-pracy-kroluja-papier-i-pieczatka-Eksperti-apeleja-o-zmiany-i-wiecej-obowiazkowych-badan,258907,14.html?mp=promo>
-
26. Failure Policy Network H. Heart failure policy and practice in Europe: Poland. [dostęp 27.08.2024]; Źródło: www.hfpolicynetwork.org/
-
27. Krajowa Sieć Kardiologiczna już w 7 województwach - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowa-siec-kardiologiczna-juz-w-7-wojewodztwach>
-
28. Paweł Kaźmierczak: barierą w opiece nad pacjentami po zawale jest dostępność do rehabilitacji [Internet]. [dostęp 27.08.2024]. Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Pawel-Kazmierczak-bariera-w-opiece-nad-pacjentami-po-zawale-jest-dostepnosc-do-rehabilitacji,256501,14.html>
-
29. Hospitalizacje w niewydolności serca generują najwyższe koszty. Co może to zmienić? – debata i komentarz wiceministra Macieja Miłkowskiego □ - Menedżer Zdrowia – Termedia [Internet]. [dostęp 27.08.2024]. Źródło: <https://www.termedia.pl/mz/Hospitalizacje-w-niewydolnosc-serca-generuja-najwyzsze-koszty-Co-moze-to-zmienic-debata-i-komentarz-wiceministra-Macieja-Milkowskiego-,42636.html>
-
30. Countries covered by the HSPM platform [Internet]. [dostęp 27.08.2024]. Źródło: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/poland-2019/organization-and-governance/patient-empowerment>
-
31. Sowada C, Sagan A. Health Systems in Transition Poland Health system review. 2019 [dostęp 05.08.2024];21(1). Źródło: www.healthobservatory.eu
-
32. System e-zdrowie (P1) | Centrum e-Zdrowia [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1>
-
33. Moryson W, Kalinowski P, Kotecki P, Stawińska-Witoszyńska B. Changes in the Level of Premature Mortality in the Polish Population Due to Selected Groups of Cardiovascular Diseases before and during the Pandemic of COVID-19. J Clin Med [Internet]. 01.04.2023 [dostęp 27.08.2024];12(8):2913. Źródło: [/pmc/articles/PMC10144974/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4144974/)
-
34. Wojtyniak B, Jankowski K, Zdrojewski T, Opolski G. Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: Time for change. Kardiologia Pol. 2012;70(7).
-
35. Studziński K, Tomasiak T, Windak A, Banach M, Wójtowicz E, Mastaj M, i in. The differences in the prevalence of cardiovascular disease, its risk factors, and achievement of therapeutic goals among urban and rural primary care patients in Poland: Results from the LIPIDOGRAm 2015 study. J Clin Med. 2021;10(23).
-
36. Prusaczyk A, Karczmarsz S, Bogdan M, Żuk P, Oberska J. Family medicine in rural areas-perspectives and development opportunities Medycyna rodzinna obszarów wiejskich-perspektywy i możliwości rozwoju. 2022 [dostęp 20.08.2024]; Źródło: <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.11.008>
-
37. Ucieklak-Jeż P, Bem A. Availability of health care in rural areas in Poland. Problems of Small Agricultural Holdings / Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych. 2018;4:117–31.
-
38. Cowzdrowiu - Kardiologii nadal brakuje koordynowanej opieki i skuteczniejszych narzędzi diagnostycznych [Internet]. [dostęp 14.08.2024]. Źródło: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/pacjenci-kardiologiczni-ocenili-system-opieki-medycznej-jak>
-
39. Najnowsze dane z NFZ. Kolejki rosną: 153 dni do gastroenterologa, 190 do endokrynologa [Internet]. [dostęp 01.10.2024]. Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Najnowsze-dane-z-NFZ-Kolejki-rosna-153-dni-do-gastroenterologa-190-do-endokrynologa,262235,1.html>
-
40. Newton M, Stoddart K, Travaglio M, Troein P. EFPIA Patientes W.A.I.T. Indicator 2022 Survey. IQVIA. 2023;
-
41. Poland rises from 21st to 20th place in European WAIT survey - MedExpress.pl [Internet]. [dostęp 27.08.2024]. Źródło: <https://www.medexpress.pl/en/events-campaigns/poland-promoted-from-21-to-20-place-in-european-survey-wait/>

-
42. Polski Radar Refundacji [Internet]. [dostęp 27.08.2024]. Źródło: <https://gapv4.eu/polskiradar/>
-
43. HOME PAGE - Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyn" EcoSerce" [Internet]. [dostęp 01.10.2024]. Źródło: <https://ecoserce.pl/>
-
44. Program KOS – zawał - Scanned [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://scanned.pl/badania/program-kos-zawal/>
-
45. Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK) | Pacjent [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorob-ukladu-krzenia-chuk>
-
46. Gill J, Miracolo A, Politopoulou K, Jayawardana S, Carter A, Apostolou E, i in. How can we Improve Secondary Prevention of CVD? 2024 [dostęp 14.08.2024]; Źródło: <https://doi.org/10.21953/lse.f81e9y7znju1>
-
47. Edukacja zdrowotna w szkołach od 2025 roku. Ruszają prace przygotowawcze - Ministerstwo Edukacji Narodowej - Portal Gov.pl [Internet]. [dostęp 09.10.2024]. Źródło: <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna-w-szkolach-od-2025-roku-ruszaja-prace-przygotowawcze>
-
48. Narodowy Instytut Kardiologii - Państwowy Instytut Badawczy - Karta ryzyka score [Internet]. [dostęp 28.08.2024]. Źródło: <https://www.ikard.pl/karta-ryzyka-score.html>
-
49. Czy potrafimy skutecznie leczyć zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny? | Choroby układu krążenia - mp.pl [Internet]. [dostęp 01.10.2024]. Źródło: <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-ukladu-krzenia/aktualnosci/355255,czy-potafimy-skutecznie-leczyc-zespol-sercowo-nerkowo-metaboliczny>
-
50. Narodowy Instytut Kardiologii - Państwowy Instytut Badawczy - Prezes Rady Ministrów Mateusz Morawiecki i Minister Zdrowia Adam Niedzielski w Narodowym Instytucie Kardiologii [Internet]. [dostęp 28.08.2024]. Źródło: <https://www.ikard.pl/instytut/aktualnosci/pilotaz-krajowej-sieci-kardiologicznej-kolejne-województwa-w-programie.html>
-
51. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 01.03.2003 [dostęp 29.08.2024];18(3):222–35. Źródło: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK69752/>
-
52. Ski CF, Cartledge S, Foldager D, Thompson DR, Fredericks S, Ekman I, i in. Integrated care in cardiovascular disease: a statement of the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the European Society of Cardiology. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [Internet]. 19.07.2023 [dostęp 29.08.2024];22(5):e39–46. Źródło: <https://dx.doi.org/10.1093/eurjcn/zvad009>
-
53. Bager JE, Mourtzinis G, Andersson T, Nätman J, Rosengren A, Björck S, i in. Trends in blood pressure, blood lipids, and smoking from 259 753 patients with hypertension in a Swedish primary care register: results from QregPV. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 19.02.2022 [dostęp 29.08.2024];29(1):158–66. Źródło: <https://dx.doi.org/10.1093/eurjpc/zwab087>
-
54. Ponad 60 proc. POZ-ów nie realizuje opieki koordynowanej. "NFZ musi ułatwić nawiązywanie współpracy z innymi specjalistami" - Puls Medycyny [Internet]. [dostęp 26.09.2024]. Źródło: <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/medycyna-rodzinna/ponad-60-proc-poz-ow-nie-realizuje-opieki-koordynowanej-nfz-musi-ulatwiac-nawiazywanie-wspolpracy-z-innymi-specjalistami/>
-
55. 3.2 Raport okresowy POZ Plus nr 4 Analiza wdrożenia programu zarządzania chorobą POZ Plus w grupie dziedzinowej kardiologia.
-
56. Poland joins league of world leaders in digital medicine - News Medical Research Agency [Internet]. [dostęp 20.08.2024]. Źródło: <https://abm.gov.pl/en/news/255,Poland-joins-league-of-world-leaders-in-digital-medicine.html>
-
57. Banach M, Burchardt P, Chlebus K, Dobrowolski P, Dudek D, Dyrbuś K, i in. PoLA/CFPiP/PCS/PSLD/PSD/PSH guidelines on diagnosis and therapy of lipid disorders in Poland 2021. Vol. 17, *Archives of Medical Science*. 2021.
-
58. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union - European Commission [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
-
59. Council of the European Union, Conclusions 15315/24 on the improvement of cardiovascular health in the European Union (Approved by the General Secretariat of the Council on 14 November 2024) [Internet]. [dostęp 12.12.2024] Źródło: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15315-2024-INIT/en/pdf>
-
60. European Health Data Space - European Commission [Internet]. [dostęp 20.08.2024]. Źródło: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en
-
61. Wallentin L, Gale CP, Maggioni A, Bardinet I, Casadei B. EuroHeart: European Unified Registries On Heart Care Evaluation and Randomized Trials: An ESC project to develop a new IT registry system which will encompass multiple features of cardiovascular medicine. *Eur Heart J* [Internet]. 01.09.2019 [dostęp 20.08.2024];40(33):2745–9. Źródło: <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehz599>
-
62. Lewek J, Konopka A, Starostecka E, Penson PE, Maciejewski M, Banach M. Clinical Features of Familial Hypercholesterolemia in Children and Adults in EAS-FHSC Regional Center for Rare Diseases in Poland. *Journal of Clinical Medicine* 2021, Vol 10, Page 4302 [Internet]. 22.09.2021 [dostęp 29.08.2024];10(19):4302. Źródło: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/19/4302/htm>
-
63. Dyrbuś K, Kułaczowska Z, Konsek K, Nowowiejska-Wiewióra A, Trzeciak P, Skrzypek M, i in. Lipoprotein(a) and its impact on cardiovascular disease – the Polish perspective: design and first results of the Zabrze-Lipoprotein(a) Registry. *Archives of Medical Science* [Internet]. 04.08.2024 [dostęp 01.10.2024]; 20(4):1069–76. Źródło: <https://www.archivesofmedicalscience.com/Lipoprotein-a-and-its-impact-on-cardiovascular-disease-the-Polish-perspective-design,188294,0,2.html>

-
64. Sosnowska B, Lewek J, Adach W, Mierczak K, Bielecka-Dąbrowa A, Szosland K, i in. The prevalence, patients' characteristics, and hyper-Lp(a)-emia risk factors in the Polish population. The first results from the PMMHRI-Lp(a) Registry. *Prog Cardiovasc Dis*. 25.08.2024;
-
65. Cífková R, Bruthans J, Wohlfahrt P, Hruběš Krajčoviechová A, Šulc P, Jozífová M, i in. Longitudinal Trends in Severe Dyslipidemia in the Czech Population: The Czech MONICA and Czech Post-MONICA Study. *J Cardiovasc Dev Dis*, 2023 [Internet]. [dostęp 29.08.2024];10(8). Źródło: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37623341/>
-
66. Raslova K, Donicova V, Gonova K, Klabnik A, Tichy L, Bridges I, i in. Detecting familial hypercholesterolemia: An observational study leveraging mandatory universal pediatric total cholesterol screening in Slovakia. *J Clin Lipidol*. 2024;
-
67. European Commission unblocks funds for Poland from the National Recovery Plan - Ministry of Justice - Gov.pl website [Internet]. [dostęp 20.08.2024]. Źródło: <https://www.gov.pl/web/justice/european-commission-unblocks-funds-for-poland-from-the-national-recovery-plan>
-
68. Cardiovascular health: urgent action needed on EU's #1 killer [Internet]. [dostęp 09.10.2024]. Źródło: <https://www.efpia.eu/news-events/the-efpia-view/blog-articles/cardiovascular-health-urgent-action-needed-on-eu-s-1-killer/>
-
69. Co będzie zawierać Europejski Plan dla Prewencji? O inicjatywie mówi prof. Maciej Banach - Polskie Towarzystwo Lipidologiczne [Internet]. [dostęp 01.10.2024]. Źródło: <https://ptlipid.pl/blog/2024/09/09/co-bedzie-zawierac-europejski-plan-dla-prewencji-o-inicjatywie-mowi-prof-maciej-banach/>
-
70. Wita K, Wilkosz K, Wita M, Kułach A, Wybraniec MT, Polak M, i in. Managed Care after Acute Myocardial Infarction (MC-AMI) – a Poland's nationwide program of comprehensive post-MI care - improves prognosis in 12-month follow-up. Preliminary experience from a single high-volume center. *Int J Cardiol*. 2019; 296:8–14.
-
71. Homepage - ÚZIS ČR [Internet]. [dostęp 05.08.2024]. Źródło: <https://www.uzis.cz/index-en.php>
-
72. Healthcare, incapacity for work statistics methodology | Statistics [Internet]. [dostęp 20.08.2024]. Źródło: <https://csu.gov.cz/healthcare-incapacity-for-work-statistics-methodology>
-
73. Oude Wolcherink MJ, Behr CM, Pouwels XGLV, Doggen CJM, Koffijberg H. Health Economic Research Assessing the Value of Early Detection of Cardiovascular Disease: A Systematic Review. Vol. 41, *PharmacoEconomics*. 2023.
-
74. Verbeeck N, Mozolewska P, Angouridi V, Location, location, location – European access to new medicines is a national postcode lottery, 2024 [Internet]. [dostęp 01.10.2024]. <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/location-location-location-europeans-access-to-new-medicines-is-a-national-postcode-lottery/>
-
75. Kurowska A., Badanie dzieci: w POZ będzie przesiew hipercholesterolemii rodzinnej; 2024 [Internet]. [dostęp 20.10.2024]. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/badanie-dzieci-w-poz-bedzie-przesiew-hipercholesterolemii-rodzinnej>
-
76. Krupiński M., 2023 rokiem walki z hipercholesterolemią; 2023. [Internet] [dostęp 30.10.2024] <https://ptlipid.pl/blog/2023/01/30/2023-rokiem-walki-z-hipercholesterolemia/>
-
77. Senat RP uchwalił rok 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki; 2024; [Internet] [dostęp 30.10.2024] <https://www.loia.pl/news/4153-senat-rp-uchwalil-rok-2025-rokiem-edukacji-zdrowotnej>
-
78. Krajowa Sieć Kardiologiczna – nowy projekt ustawy zmienia opiekę kardiologiczną w Polsce, 2024 [Internet] [dostęp 30.10.2024] <https://serwiszoz.pl/aktualnosci-prawne/krajowa-siec-kardiologiczna-nowy-projekt-ustawy-zmienia-opieke-kardiologiczna-w-polsce-8634.html>

O PwC

W PwC naszym celem jest budowanie społecznego zaufania i odpowiadanie na kluczowe wyzwania współczesnego świata. Jesteśmy siecią firm działającą w 149 państwach. Zatrudniamy ponad 370 tysięcy osób, które dostarczają naszym klientom najwyższej jakości usługi w zakresie doradztwa biznesowego, technologicznego, podatkowo-prawnego oraz audytu. Aby dowiedzieć się więcej odwiedź nas na stronie <https://www.pwc.com/gx/en/about.html>



Kontakt



Dominik Hotz
Partner Zarządzający, Doradztwo
PwC Szwajcaria
dominik.hotz@pwc.ch



Claudia Vittori, PhD MPH
Starszy Menedżer
Doradztwo, Sektor Zdrowia
PwC Szwajcaria
claudia.vittori@pwc.ch



Dr Paweł Oleszczuk
Dyrektor
Sektor publiczny i
analizy ekonomiczne
PwC Polska
pawel.oleszczuk@pwc.com

www.pwc.ch/pharma

Niniejsza publikacja zawiera informacje pozyskane lub opracowane na podstawie różnych ogólnodostępnych źródeł oraz opinii ekspertów. PricewaterhouseCoopers AG nie podjęło się weryfikacji wiarygodności tych źródeł ani potwierdzenia tych informacji. PricewaterhouseCoopers AG nie składa żadnych oświadczeń ani gwarancji jakiegokolwiek rodzaju, co do dokładności lub kompletności informacji zawartych w tej publikacji. Niniejszy raport został przygotowany wyłącznie w celach ogólnoinformacyjnych i nie stanowi profesjonalnej porady. Nie powinni Państwo opierać swoich działań lub decyzji na treści informacji zawartych w tym raporcie bez uprzedniego uzyskania profesjonalnej porady. Ponadto, PricewaterhouseCoopers AG, jej partnerzy, pracownicy, ani przedstawiciele nie podejmują wobec Państwa ani innych osób żadnych zobowiązań oraz nie przyjmują na siebie żadnej odpowiedzialności — ani umownej, ani z żadnego innego tytułu — za jakiegokolwiek straty, szkody ani wydatki, które mogą być pośrednim lub bezpośrednim skutkiem działań lub decyzji podjętych na podstawie informacji zawartych w niniejszym raporcie.

©2024 Wszystkie prawa zastrzeżone. W tym dokumencie nazwa "PwC" odnosi się do PricewaterhouseCoopers AG — firmy wchodzącej w skład sieci PricewaterhouseCoopers International Limited, z których każda stanowi odrębny i niezależny podmiot prawny.