

*Wyzwania stojące przed
prewencją wtórną w kardiologii*

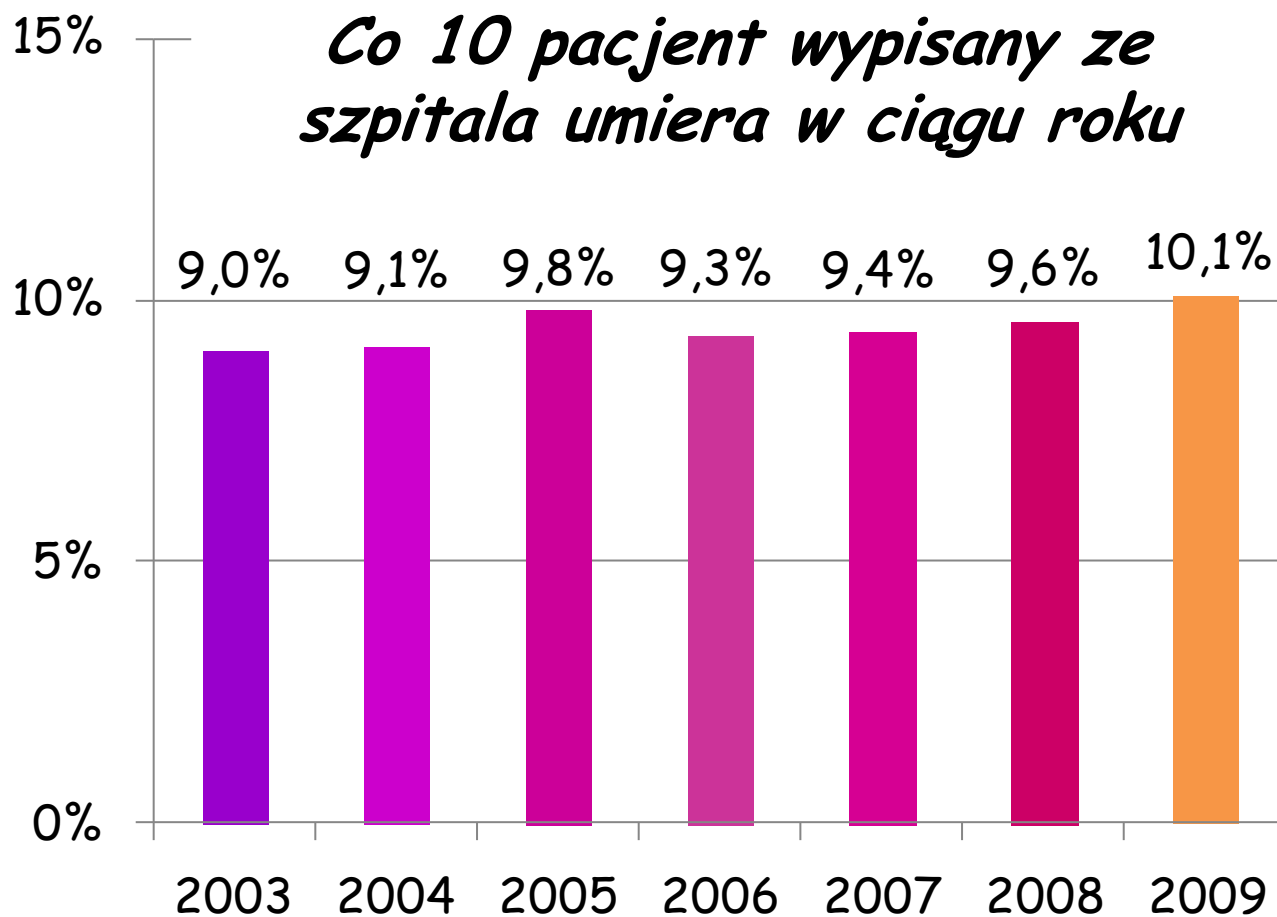
Piotr Jankowski

*I Klinika Kardiologii i El. Int. oraz Nadciśnienia Tętniczego
IK CMUJ Kraków*

piotrjankowski@interia.pl

Warszawa, 28 VI 2016 r.

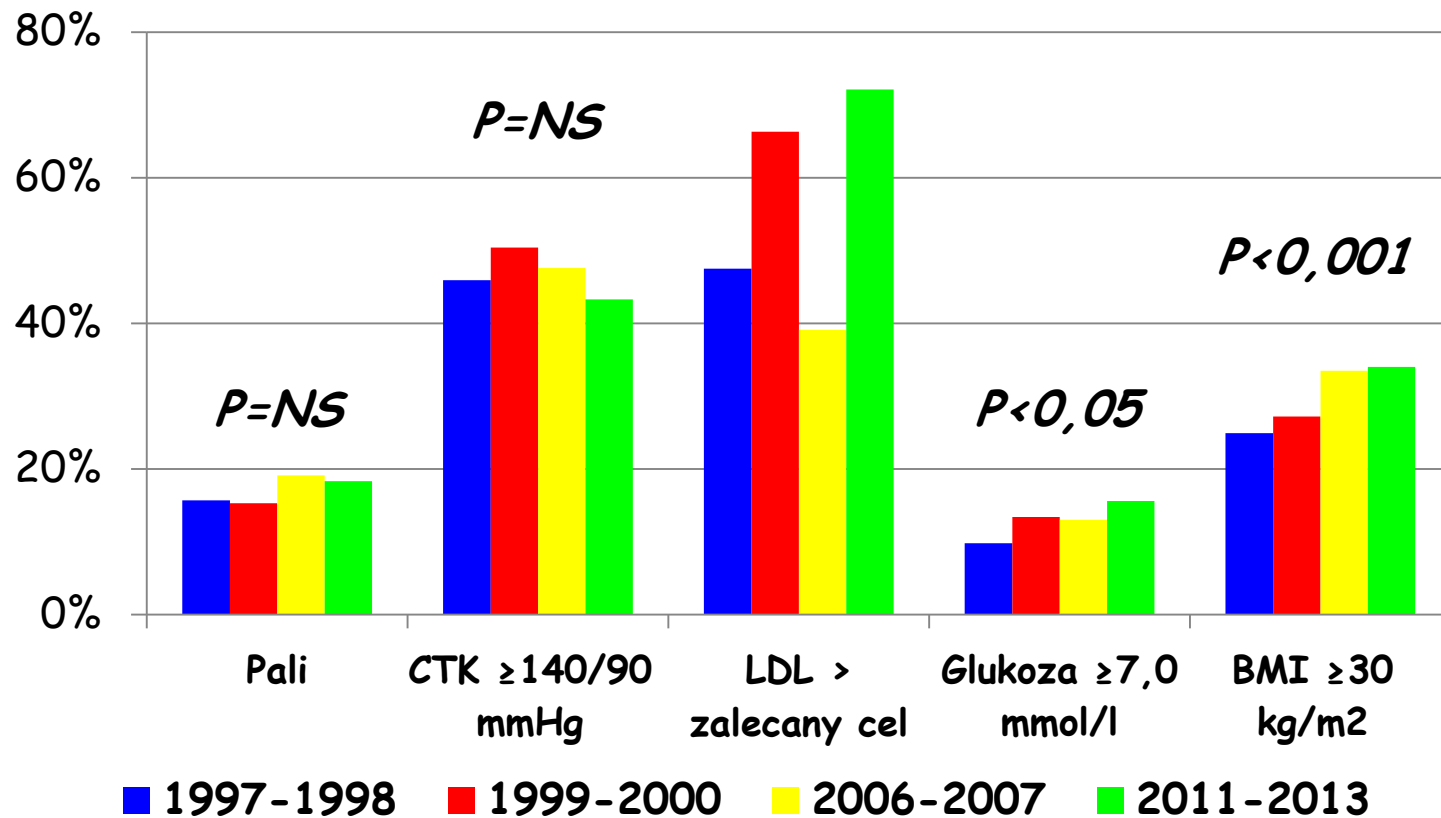
Ryzyko zgonu po w zawale serca w Polsce



Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy i nieoptymalna farmakoterapia*

Kontrola czynników ryzyka w rok po OZW



Kontrola czynników ryzyka w rok po OZW - częstość osiągnięcia zalecanych celów

*Częstość kontroli wszystkich głównych czynników ryzyka (palenie, NT, cholesterol, glikemia, otyłość) **

Rok po hospitalizacji z powodu ChNS (KPWP):

9%

Wszyscy pacjenci z ChNS (3ST-POL):

1%

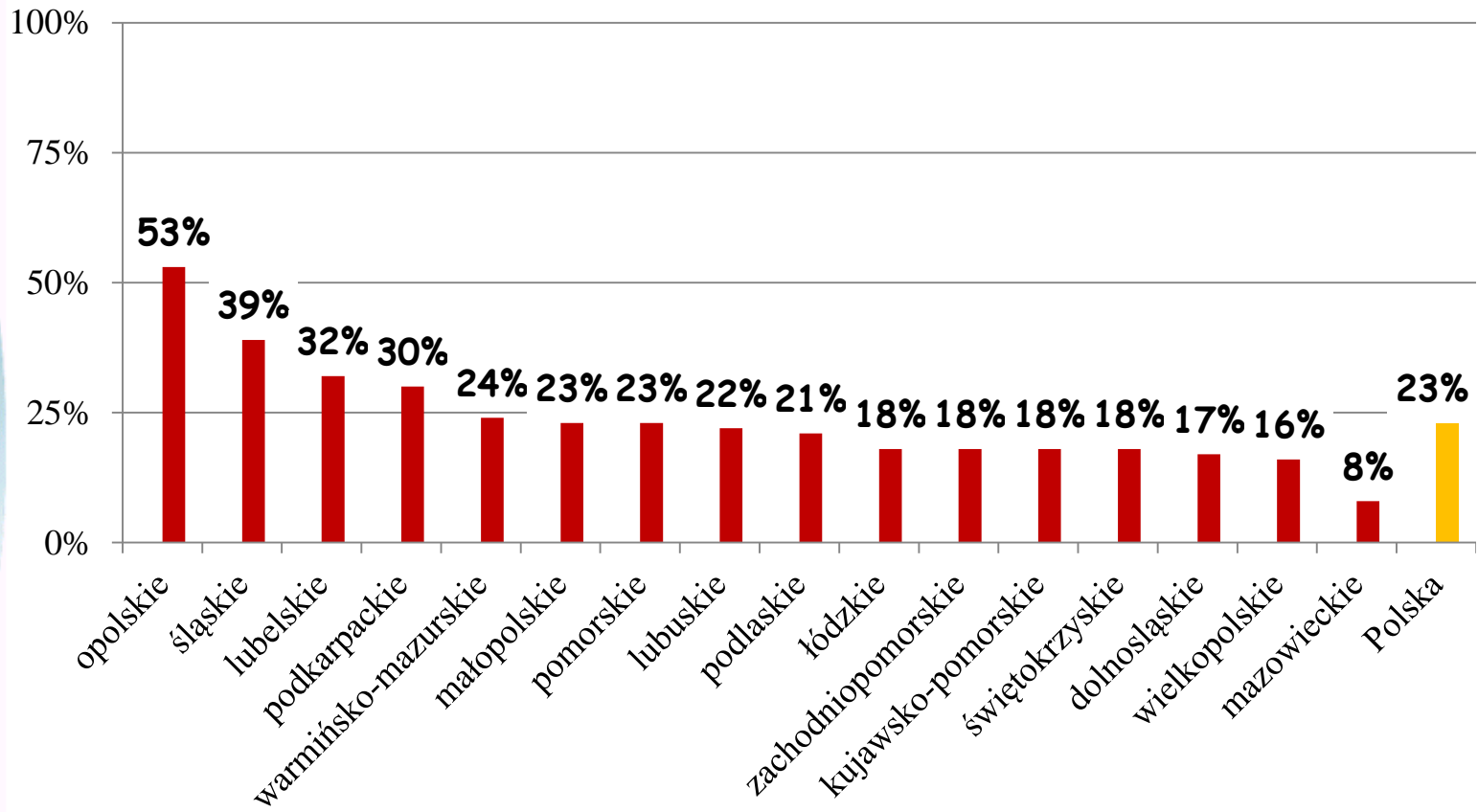
* Nie pali, CTK < 140/90 mmHg, LDL < 1,8 mmol/l (< 70 mg%), glukoza < 7,0 mmol/l (< 126 mg/dl), BMI < 30 kg/m²

Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*

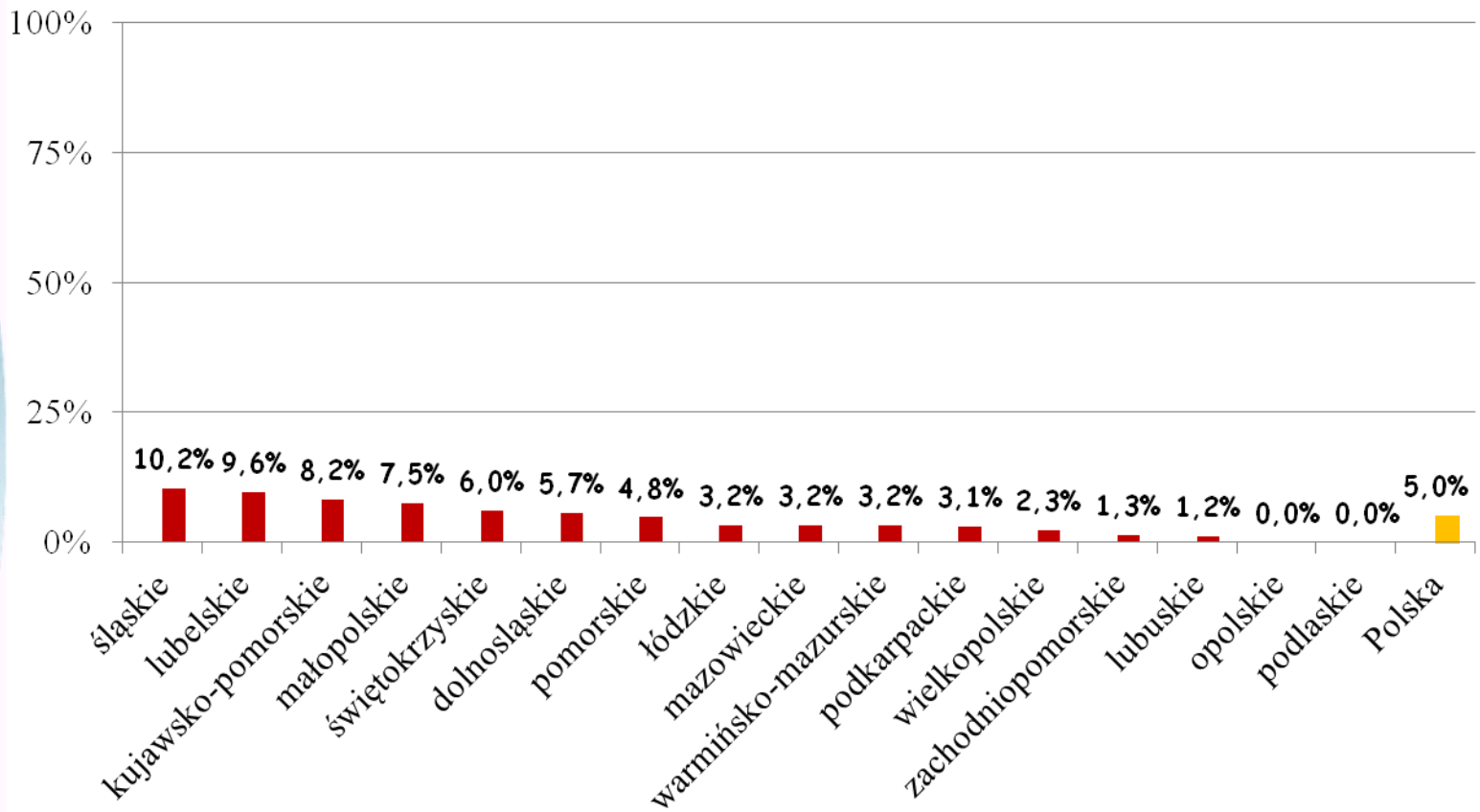
Rehabilitacja kardiologiczna: potrzeby vs rzeczywistość

Liczba zakontraktowanych procedur vs liczba
OZW oraz operacji kardiologicznych



Rehabilitacja kardiologiczna: potrzeby vs rzeczywistość

Liczba zakontraktowanych procedur
rehabilitacji ambulatoryjnej vs liczba OZW



Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji

Optimal Model of Comprehensive Rehabilitation and Secondary Prevention

Piotr Jankowski¹, Maciej Niewada², Andrzej Bochenek³, Krystyna Bochenek-Klimczyk³, Maciej Bogucki⁴, Wojciech Drygas⁵, Dariusz Dudek⁶, Zbigniew Eysymontt⁷, Stefan Grajek⁸, Adam Kozierkiewicz⁹, Artur Mamcarz¹⁰, Maria Olszowska¹¹, Andrzej Pająk¹², Ryszard Piotrowicz¹³, Piotr Podolec¹¹, Jadwiga Wolszakiewicz¹³, Tomasz Zdrojewski¹⁴, Dominika Zielińska¹⁵, Grzegorz Opolski¹⁶, Janina Stępińska¹⁷

Korzyści zdrowotne

Liczba unikniętych zdarzeń rocznie

	Optymalny model	Optymalny model, ale uczestniczy tylko 50% osób ze wskazaniami
Zgony	3 389	2 172
Zawały serca	3 872	2 486
Zabiegi rewaskularyzacji	13 499	8 869
Hospitalizacje z powodu NS *	8 819	5 512
Hospitalizacje z przyczyn kardiol. (poza NS)	14 363	9 706

* - tylko u osób z niewydolnością serca

Koszty

Koszty	95 853 202
Oszczędności	100 150 411
RÓŻNICA	-4 297 209

Efektywność kosztowa

AOTM: próg QALY = 105 801 zł

Koszt uniknięcia zgonu:

54 742 zł



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2014-03-13

MZ-PZ-PZ-051-16166-1/MKA/14

Pani

Helena Hatka

Senator

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Senato

W związku z pismem z dnia 3 lutego 2014 r., znak: BS/HH-052-13/14, przy którym przekazany został projekt pn. *Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej*

...
mógłby stanowić standard postępowania medycznego i organizacyjnego w rehabilitacji i wtórnej prewencji chorób układu krążenia oraz pełnić rolę pomocniczą przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych.

z powołaniem

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Cezary Rzemek



Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*
- ✓ *Opóźniona i utrudniona pełna rewaskularyzacja*
- ✓ *Opóźniony i utrudniony dostęp do ICD i CRT-D*

Polskie realia

Mediana czasu od wypisu do:

<i>PCI</i>	- <i>53 dni</i>
<i>CABG</i>	- <i>65 dni</i>
<i>ICD/CRT-D</i>	- <i>132 dni</i>

Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*
- ✓ *Opóźnienie osiągnięcia pełnej rewaskularyzacji*
- ✓ *Utrudniony i opóźniony dostęp do ICD i CRT-D*
- ✓ ***Niewystarczający dostęp do specjalistycznej opieki kardiologicznej***

Polskie realia

Miejsce kontaktu	Liczba osób	Odsetek wszystkich wypisanych
POZ z rozpoznaniem kardiologicznym	4509	57,76%
POZ z rozpoznaniem niekardiologicznym	1624	20,80%
AOS niekardiologiczny, rozpoznanie niekardiologiczne	608	
Ho		
gł		
AC		
W czasie...		
<p>Spółeczna percepcja stanu opieki po zawale serca</p> <p>...czna: 56,8%</p> <p>...asu do konsultacji: 95 dni</p>		
...niekardiologiczny, rozpoznanie kardiologiczne	124	1,59%
Hospitalizacja z rozpoznaniem głównym niekardiologicznym	99	1,27%
Zgon bez kontaktu	62	0,79%
Brak kontaktu w 12 miesięcy po wypisie (brak informacji o zgonie)	50	0,64%
Rehabilitacja ambulatoryjna	48	0,61%

Kardiolog vs lekarz POZ

Ryzyko zgonu po zawale serca

<i>Wiek</i>	<i>HR (95% CI)</i>
<i><65 lat</i>	<i>0,58 (0,49 - 0,68)</i>
<i>65-74 lata</i>	<i>0,55 (0,48 - 0,63)</i>
<i>75-84 lata</i>	<i>0,63 (0,54 - 0,72)</i>
<i>≥85 lat</i>	<i>0,87 (0,82 - 0,92)</i>

N = 14 685

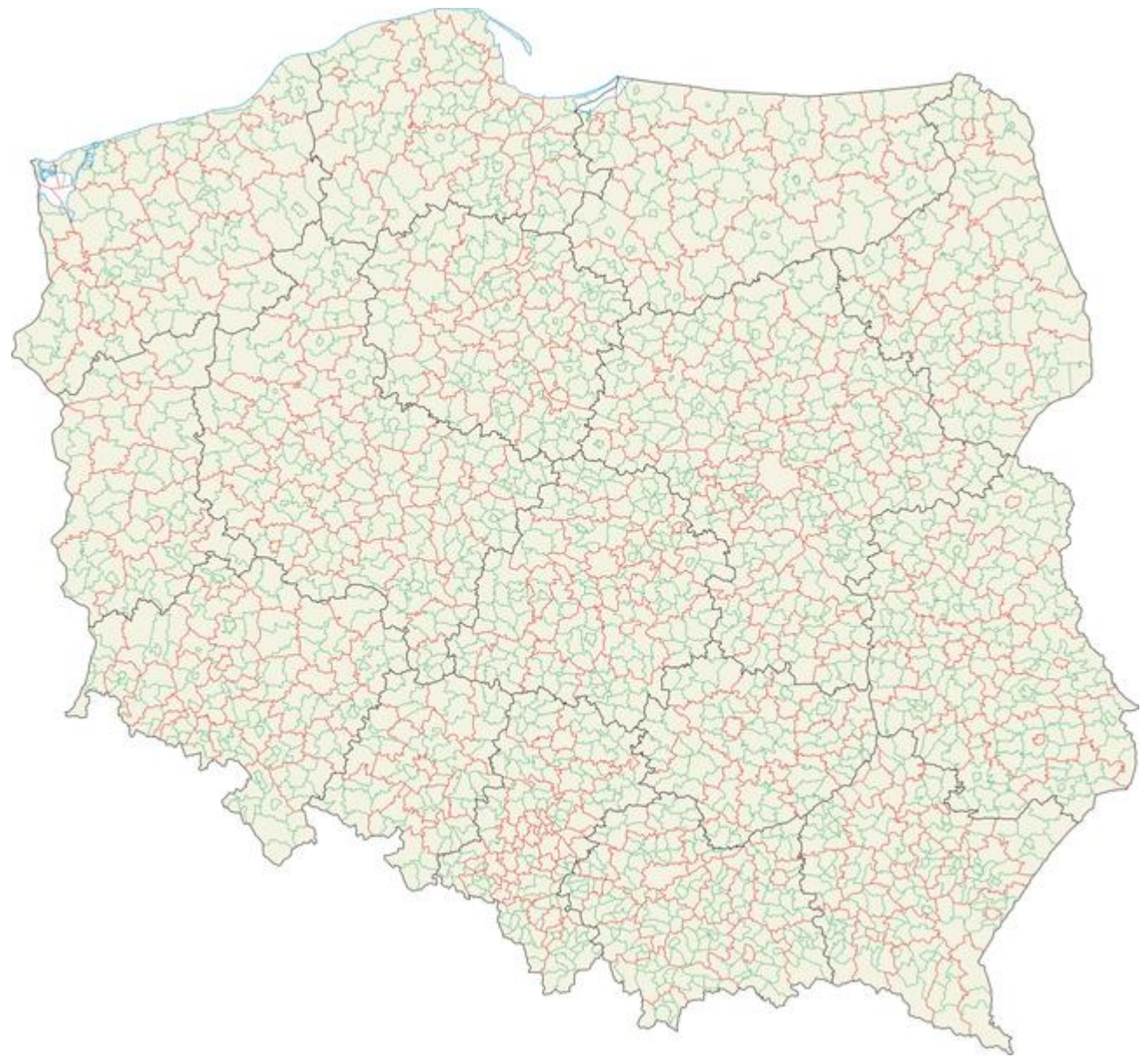
Zaman MJ i wsp. Age Ageing 2016; 45: 96.

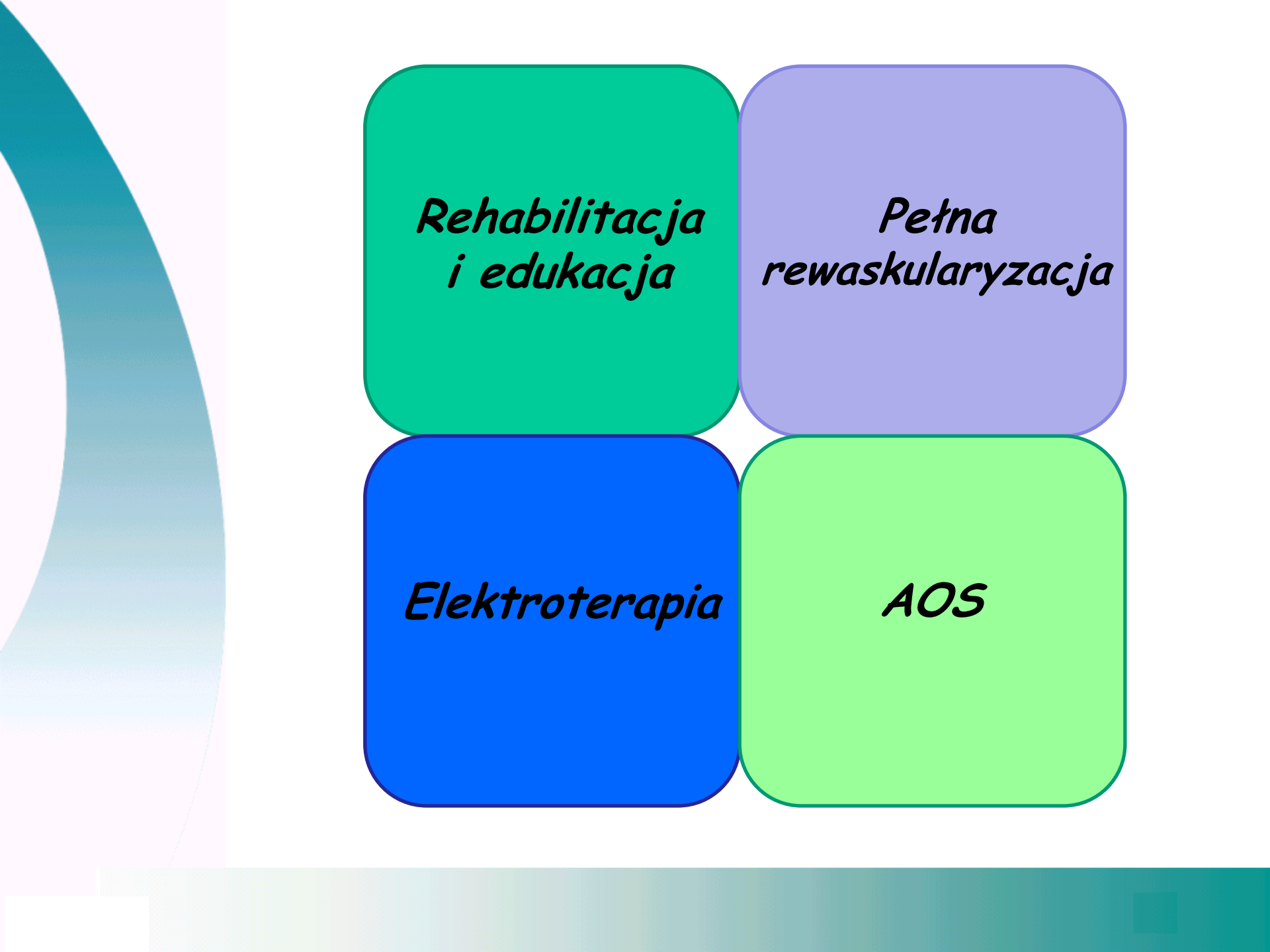
Opieka kompleksowa po zawale serca



Opieka kompleksowa *po zawale serca*

Horyzont: 12 miesięcy
(od dnia wypisu)





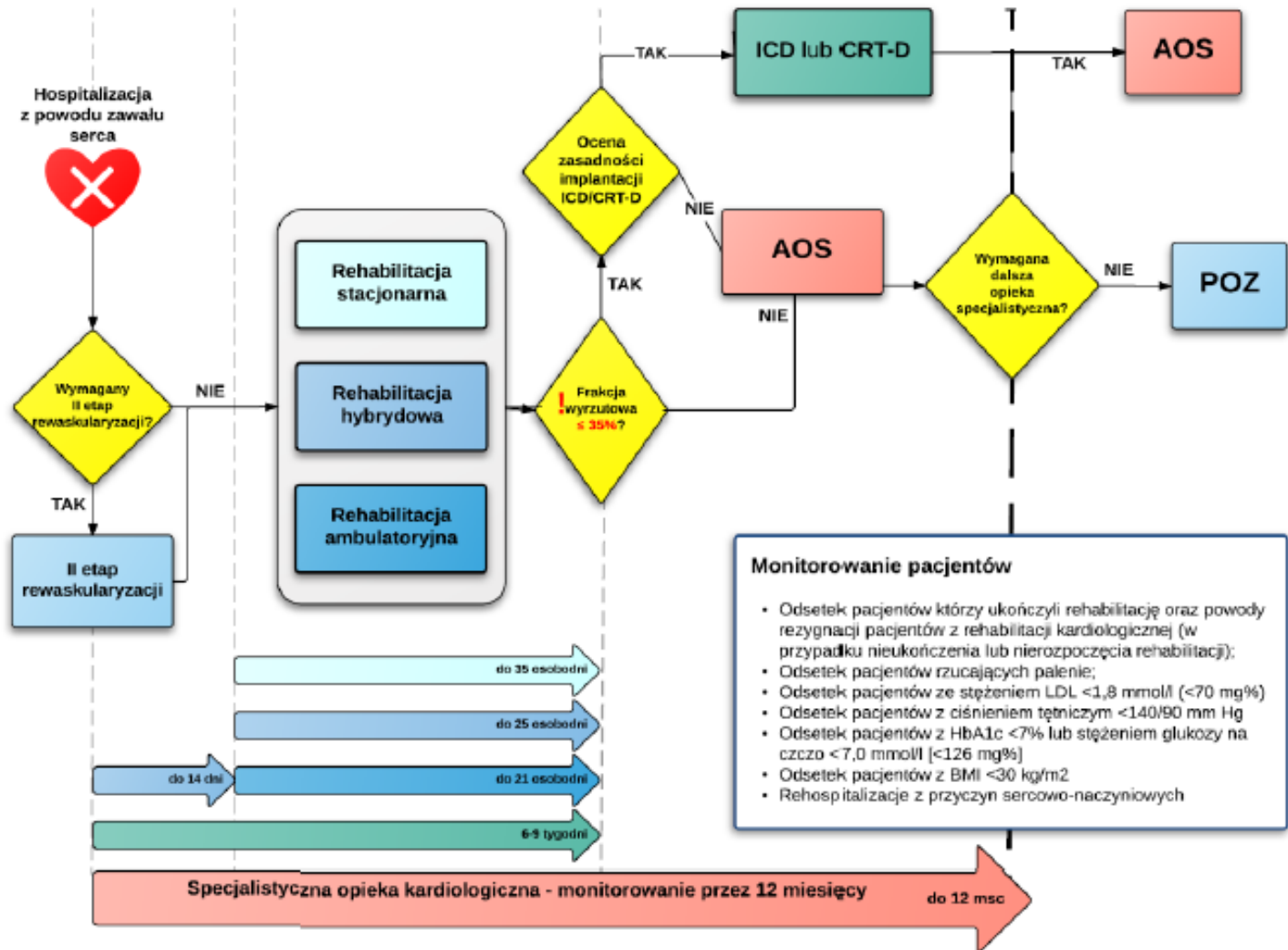
*Rehabilitacja
i edukacja*

*Pełna
rewaskularyzacja*

Elektroterapia

AOS

Opieka kompleksowa po zawale serca



*Damy i dżentelmeni nie
rozmawiają o pieniądzach.*

*Damy i dżentelmeni nie
rozmawiają o pieniądzach,
oni je po prostu mają.*

- ✓ *Nowoczesny, spójny, obejmujący obszar całego kraju system organizacji i realizacji kompleksowej opieki kardiologicznej nad pacjentami po zawale serca*
- ✓ *Kosztowo-efektywny*
- ✓ *Zapewniający ciągłość leczenia*
- ✓ *Zapewniający kontrolę jakości*

Opieka kompleksowa po zawale serca

*Inicjatywa Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego*