



Choroby sercowo-naczyniowe i cukrzyca Zasady działalności dla poprawy zdrowia i jakości opieki

Czerwiec 2015



Krajowa Nota – Polska

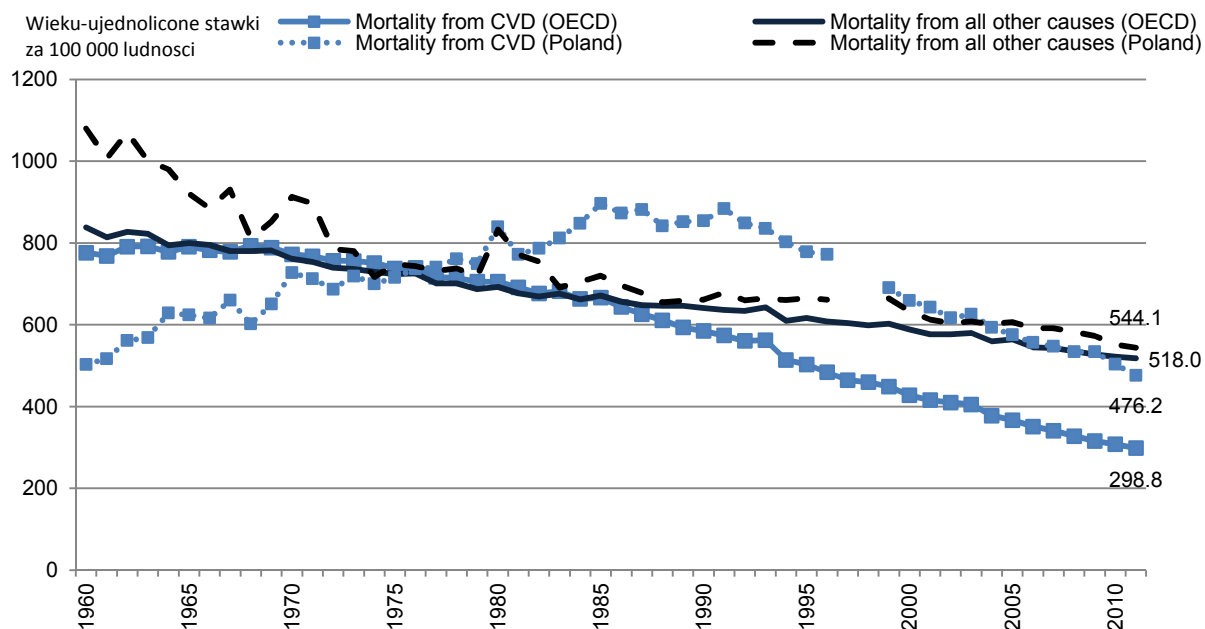
W Polsce śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych (CSN) jest nadal wysoka; również podwyższona jest częstotliwość występowania CSN i cukrzycy

Po statystycznym szczycie w połowie 1980 roku, śmiertelność z powodu CSN spadała w ostatnich dziesięcioleciach w nieco szybszym tempie niż w wielu innych krajach OECD, ale ze średnią 476 na 100 000 ludności w 2011 roku, jest nadal o 59% wyższa od średniej OECD (299 na 100 000 mieszkańców) (Wykres 1). Potencjalnie utracone lata życia (powszechnie używana miara przedwczesnej umieralności) przy 1 079 na 100 000 ludności z powodu CSN w 2011 roku jest o 83% wyższa niż średnia z OECD 581 (przyjmując limit wieku 70) i sugeruje że zgony związane z CSN następują wcześniej i częściej niż w wielu innych krajach OECD.

Częstość występowania cukrzycy wynosi 9,2%, i jest wyższa niż średnia OECD z 6,9%, a wczesność zachorowań na cukrzycę jest częstsza niż gdziekolwiek indziej (12,2% u osób w wieku 40-59 i 3,7% u osób w wieku 20-39, w porównaniu do średniej OECD odpowiednio: 8,9% i 1,7%,).

Wczesny początek choroby ma istotne znaczenie dla stanu zdrowia pacjentów, a także dla ich statusu społecznego i finansowego. Młodzi ludzie, którzy przeżyli przypadki CSN, jak na przykład zawał serca czy wylew krwi do mózgu mogą doznać poważnego obniżenia standardu życia, co prowadzi do większych potrzeb w zakresie opieki społecznej i zdrowotnej przez dłuższe okresy czasu i obniżonej zdolności do pracy. Osoby żyjące z cukrzycą przez dłuższy czas mają również znacznie zwiększone ryzyko komplikacji.

Wykres 1. Śmiertelność z powodu CSN ('mortality from CVD') i inne przyczyny śmierci ('mortality from all other causes') w Polsce i krajach OECD



Źródło: OECD Health Statistics.

Częstość występowania pewnych zachowań ryzykownych jest wysoka i rośnie.

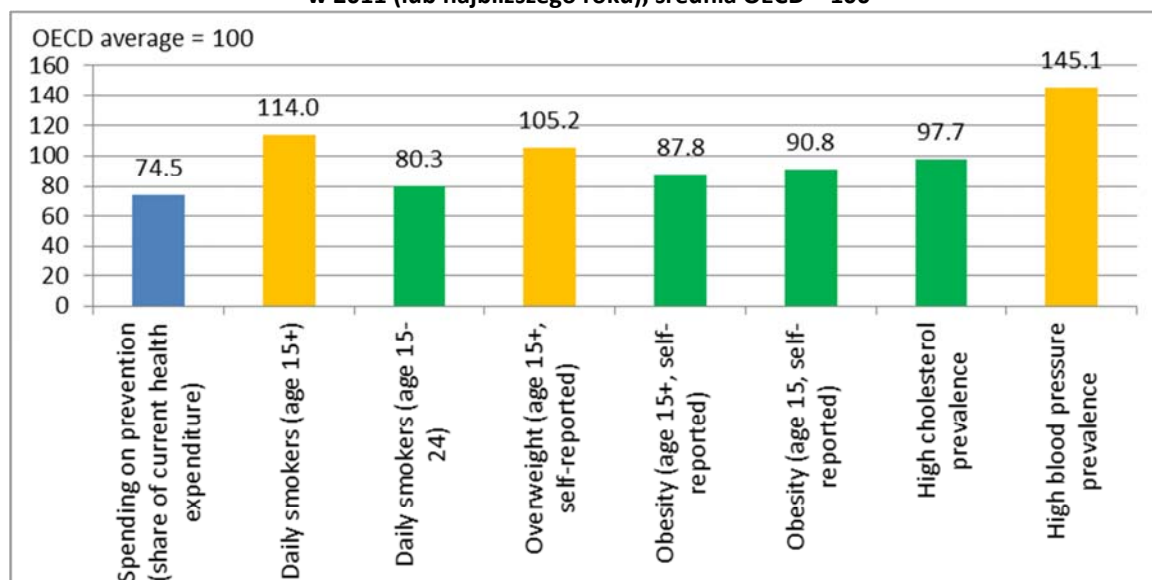
Wykres 2 pokazuje że w świetle niektórych wskaźników prewencji i w stylu życia, sytuacja w Polsce jest gorsza niż w innych krajach OECD. Statystyczna średnia palenia tytoniu u dorosłych utrzymuje się na poziomie 23,8%, w porównaniu do średniej OECD 20,9%, i jest szczególnie wysoka w przypadku mężczyzn: 30,9% w porównaniu do średniej OECD 26,0%.

Częstość nadwagi wynosi 36,4% i jest wyższa niż średnia OECD (34,6%), podczas gdy częstość otyłości wśród dorosłych i dzieci są niższe niż średnia OECD (odpowiednio 15,8% wobec 18,0% i 13,5% wobec 14,9%). Zarówno częstość występującej nadwagi jak i otyłości wzrasta szybko, podczas gdy niektórym krajom OECD udało się ograniczyć taki wzrost w ostatnich latach.

Częstość nadciśnienia tętniczego wynosi w Polsce 37,2% i jest znacznie wyższa niż średnia OECD (25,6%)

Wydatki na profilaktykę na poziomie 2,1% ogólnych wydatków na zdrowie są niższe niż średnia OECD (2,9%). Tak więc można zrobić więcej w celu promowania zdrowego stylu życia.

Wykres 2. Profilaktyka i promowanie zdrowego stylu życia powiązaniu ze statystykami CSN i występowaniem cukrzycy w Polsce, w 2011 (lub najbliższego roku), średnia OECD = 100



Pasek w kolorze niebieskim oznacza wskaźnik, w którym oceny w funkcjonowaniu systemu zdrowia nie są proste i należy zrobić razem z innymi wskaźnikami, pasek na zielono odnosi się do wartości lepszą niż średnia OECD, oraz pasek w kolorze pomarańczowym odnosi się do wartości gorsza niż średnia OECD.

Źródło: OECD Health Statistics.

Dostęp w oraz jakość podstawowej opieki zdrowotnej mogły by być poprawione

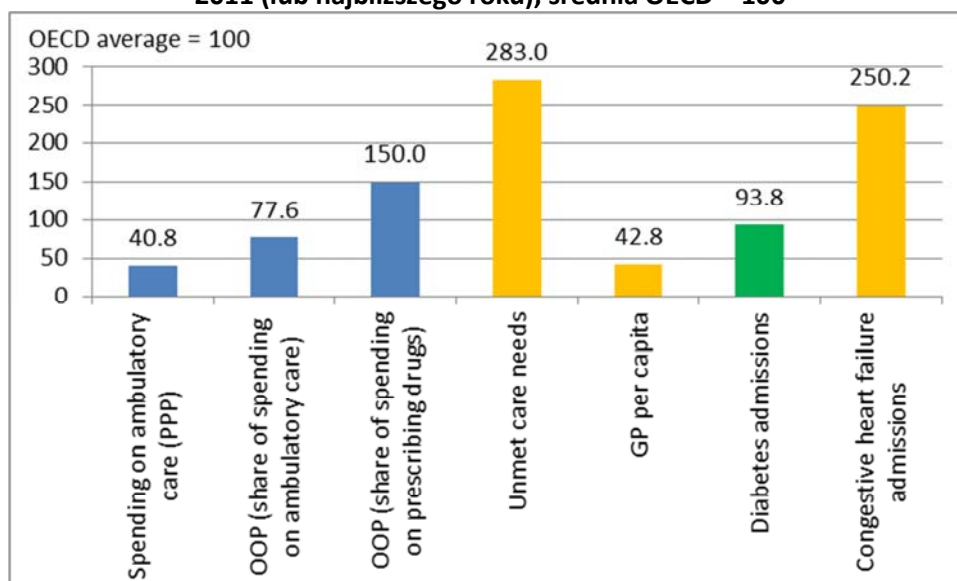
Zasoby podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, oraz dostęp do niej, nie wydają się być optymalne (Wykres 3). Wydatki na opiekę ambulatoryjną w 2011 roku, przy 282 USD PPP w przeliczeniu na jednego mieszkańca, były najniższe w krajach OECD po Estonii i Węgrzech. Płatność z własnej kieszeni jest znacznie niższa niż średnia OECD, a procentowy udział ludności w niezaspokojonych potrzebach opieki zdrowotnej - 9,0%, jest najwyższy w krajach OECD po Turcji.

Na podstawie badań z wykorzystaniem glukozy we krwi na czczo, częstość cukrzycy nierozpoznanej jest prawie 30% wyższa niż w kilku innych krajach OECD, które mają takie dane. Liczba lekarzy wynosi 0,4 na 100 000 mieszkańców - mniej niż połowa średniej OECD 1,0.

W odniesieniu do jakości podstawowej opieki nad chorymi na CSN i cukrzycę również istnieje możliwość poprawy. Przyjęć do szpitala z przewlekłymi chorobami takimi jak cukrzyca i zastoinowa niewydolność serca można uniknąć jeśli istnieje wysokiej jakości podstawowa opieka zdrowotna. Średnia przyjęć do szpitala

chorych na cukrzycę była w 2011 roku 22,3 na 1000 - nieco niższa niż średnia OECD 23,8, ale wskaźnik dla zastoinowej niewydolności serca wynosił 6,0 na 1 000 mieszkańców, dwa i pół razy średniej OECD (2.4).

Wykres 3. Podstawowa opieka związana z CSN i cukrzycą w Polsce, 2011 (lub najbliższego roku), średnia OECD = 100



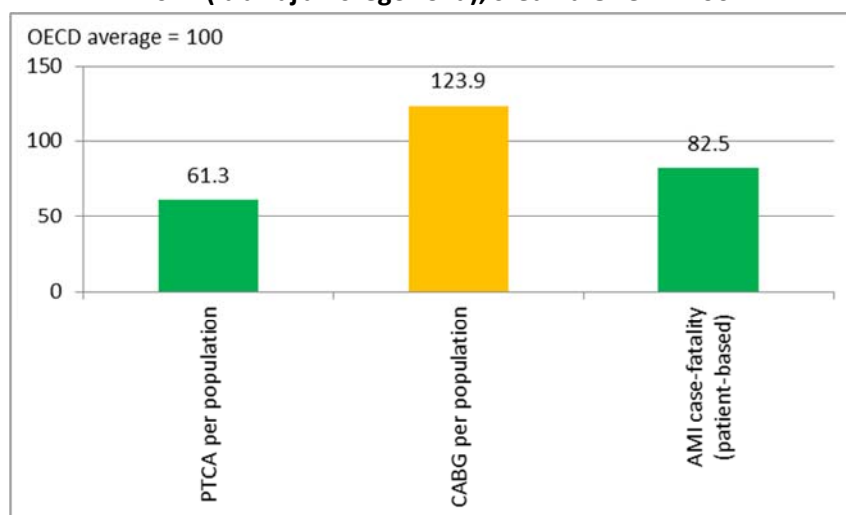
Pasek w kolorze niebieskim oznacza wskaźnik, w którym oceny w funkcjonowaniu systemu zdrowia nie są proste i należy zrobić razem z innymi wskaźnikami, pasek na zielono odnosi się do wartości lepszą niż średnia OECD, oraz pasek w kolorze pomarańczowym odnosi się do wartości gorsza niż średnia OECD.

Źródło: OECD Health Statistics; Diabetes prevalence: IDF (2013), IDF Diabetes Atlas, 6th Edition, International Diabetes Federation, Brussels, www.idf.org/diabetesatlas/previouseditions.

W dostępie do opieki szpitalnej z CSN nastąpiła poprawa, ale szczegółowe dane nie są dobrze znane.

W ostatnich latach Polska zwiększyła środki aby zapewnić dostęp do opieki szpitalnej dla chorych na CSN. Mimo że środki te są wciąż poniżej średniej OECD, jednak zarejestrowano 111 procedur przeszłokrojnej angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) na 100 000 ludności (wykres 4). Zarejestrowano również 3.6 ośrodków na przeszłokrojną interwencję wieńcową na milion ludności i 60ciu kardiologów na milion mieszkańców. Prawie wszystkie karetki noszą teraz defibrylatory i 70% chorych z udarem mózgu jest leczonych w specjalistycznych oddziałach udarowych. Jednak do ukończenia oceny dostępu niektóre dane, na przykład wydatki szpitala na leczenie CSN i cukrzycy a także liczba operacji wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych tętnic (CABG) nie są dostępne dla porównań międzynarodowych.

Wykres 4. Opieka szpitalna związana z CSN i cukrzycą w Polsce, 2011 (lub najbliższego roku), średnia OECD = 100



Pasek w kolorze zielonym oznacza wartość lepiej niż średnia OECD podczas pasków w kolorze pomarańczowym odnosi się do wartości gorsza niż średnia OECD.

Źródło: OECD Health Statistics.

Jakość opieki szpitalnej nad chorymi na CSN nie jest dobrze znana w Polsce. W oparciu na danych które pozwalają na monitorowanie pacjentów w szpitalach i poza nimi, średnia 30 dniowych zejść śmiertelnych u pacjentów z zawałem serca poprawiła się w ostatnich latach, osiągając 8,9% w 2011 roku (niższa niż średnia OECD z 10,8%). Najnowsze zasady mogły przyczynić się do poprawy sytuacji. Polska zaczęła korzystać z szybkości interwencji jako ważny wskaźnik procesu świadczenia szpitalnego, a średnia czasu między przybyciem do szpitala a rozpoczęciem angioplastyki podobno skrócono do 30 minut. Ale jakość wyników opieki szpitalnej dla chorych z udarem mózgu nie jest znana, choć czas między przybyciem do szpitala i rozpoczęciem leczenia trombolitycznego podobno został znacznie ograniczony.

Polska opracowała system opieki szpitalnej dla CSN, ale więcej należy zrobić, aby promować zdrowy tryb życia i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej.

Polska umocniła w ostatnich latach swój sektor szpitalny, wspierany przez lepsze systemy informacyjne i kontrolne. W 2004 i 2005 roku został wprowadzony szereg rejestrów układu sercowo-naczyniowego - w tym Krajowy Rejester chorób wieńcowych i Krajowy Rejester kardiologicznych zabiegów chirurgicznych. Cele opieki szpitalnej i wydajność są monitorowane na poziomie regionalnym. Dalsze działania mogą zostać podjęte w celu promowania medycyny opartej na dowodach poprzez monitorowanie przestrzegania wytycznych klinicznych i oceny jakości opieki szpitalnej w szczególności do udaru mózgu.

Polska potrzebuje wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej. Dla przykładu - w Danii lepiej wykorzystują elektroniczną dokumentację pacjenta. Tam pokazano znaczące ulepszenia w podstawowej jakości opieki. Duński system zawiera dane na temat diagnozy, procedury, przepisanych leków oraz wyników badań laboratoryjnych i automatycznie uzyskuje informacje które mogą być wykorzystane do porównania przychodni przeciwko innym przychodniom, oraz do poprawy opieki nad pacjentem, ponieważ umożliwia to identyfikacja pacjentów leczonych sub-optymalnie.

W celu ograniczenia rosnącego ryzyka zachorowań na CSN i cukrzycę, Polska może także wprowadzić zróżnicowane i kompleksowe strategie, które obejmują zarówno środki dla całej populacji jak i dla osób z grupy wysokiego ryzyka. Wszystkie dostępne narzędzia muszą być wykorzystane: regulacje prawne, system edukacji, zachęty, a także programy i kompleksowe usługi opieki zdrowotnej. Potrzebne jest również silne wsparcie i zaangażowanie zainteresowanych stron w celu opracowania programu propagowania zdrowego trybu życia. W związku z częstym występowaniem przypadków wysokiego ciśnienia krwi - co jest związane z podwyższonym poziomem spożycia soli - w wielu krajach wykorzystywano różnorodne instrumenty promocji w celu ograniczenia spożycia soli, takich jak informacja, etykietowanie żywności, polityka podatkowa, regulacja i kontrola marketingu żywności. Systemy te z powodzeniem pracowały z przemysłem spożywczym, aby ustawić nowe normy dla soli w żywności przetworzonej.

Kontakty

Media Relations

Spencer Wilson – Media Relations Officer

☎ +33-1-4524 8118

✉ spencer.wilson@oecd.org

OECD Health Division

Rie Fujisawa

☎ +33-1-4524 1409

✉ rie.fujisawa@oecd.org

Niek Klazinga

☎ +33-1-4524 7611

✉ niek.klazinga@oecd.org

Useful links

<http://www.oecd.org/health/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care-9789264233010-en.htm>

OECD Health: www.oecd.org/health