

5. WYBRANE PROBLEMY CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA W POLSCE

**Marek Gierlotka^{1,2,3,4}, Mariusz Gąsior^{5,6,7,8}, Daniel Cieśla⁸, Daniel Rabczenko,
Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak**

(¹Klinika i Oddział Kardiologii, ²Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, ³Instytut
Nauk Medycznych, ⁴Uniwersytet Opolski, ⁵III Katedra Kardiologii, ⁶Wydział Nauk
Medycznych w Zabrze, ⁷Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ⁸Śląskie Centrum
Chorób Serca w Zabrze)

W poprzednim Raporcie¹ przedstawiliśmy wpływ pierwszego roku pandemii COVID-19 na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu krążenia i zmiany trendów umieralności i chorobowości z powodu tych chorób. Pogorszeniu uległa opieka nad pacjentami z ChUK, zmniejszyła się liczba hospitalizacji, porad ambulatoryjnych, wykonywanych zabiegów w zakresie kardiologii inwazyjnej, elektrofizjologii kardiochirurgii.

Po pandemii, w latach 2022 i 2023, nastąpiła stopniowa odbudowa opieki kardiologicznej i próba nadrobienia zaległości powstałych w czasie pandemii – zjawisko określane mianem „spłaty długu zdrowotnego”. Liczba świadczeń kardiologicznych wzrastała, próbując zaspokoić narosłe potrzeby pacjentów. Mimo tych pozytywnych trendów, w niektórych obszarach ilość udzielonych świadczeń wciąż nie dorównała tym sprzed pandemii. Przed systemem opieki zdrowotnej stanęły nowe wyzwania, związane z długoterminowymi skutkami COVID-19 oraz koniecznością adaptacji modeli opieki.

¹ Feusette P, Gierlotka M, Gąsior M, Rabczenko D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B.: „Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022

Umieralność z powodu chorób układu krążenia w okresie wygasania pandemii COVID-19

Choroby układu krążenia (ChUK) od drugiej połowy XX wieku stanowią główny problem zdrowotny i główną przyczynę zgonów w Polsce i w zdecydowanej większości krajów UE. Według analiz przeprowadzonych w ramach projektu Global Burden of Disease 2021 r. w 2019 r. ChUK były odpowiedzialne za 22% ogółu utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) i 33% utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu². Do 2019 r. poziom umieralności z powodu ChUK mierzony standaryzowanym współczynnikiem zgonów obniżał się (patrz rozdział 3) ale lata pandemii COVID-19 zaburzyły ten trend. Analizę szeregów czasowych współczynników zgonów oraz szacowanie odchyłeń umieralności z powodu ChUK w 2022 r. i 2023 r. w stosunku poziomu oczekiwanego na podstawie wcześniejszego trendu przeprowadzono zgodnie z metodą omówioną w rozdziale 3.

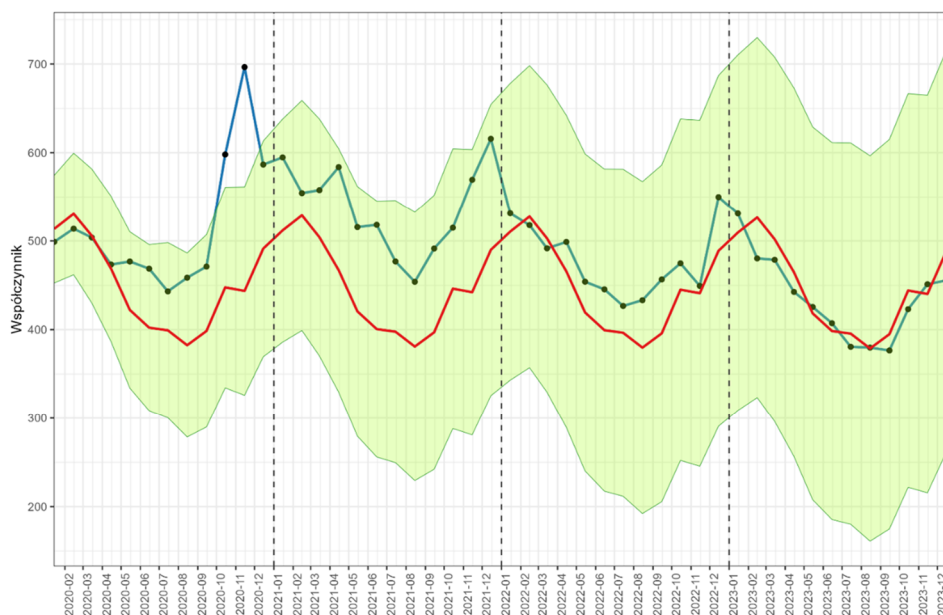
Tabela 5.1. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wart. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wart. ocz.) i ich względna różnica (%) wg województw w latach 2022–2023 (obliczenia własne)

Województwo	2022			2023		
	Wart. obs.	Wart. ocz.	%	Wart. obs.	Wart. ocz.	%
Dolnośląskie	605,9	389,9	56,4	543,9	388,0	41,2
Kujawsko-pomorskie	436,5	430,6	1,7	400,8	429,1	–6,6
Lubelskie	558,5	501,8	11,5	529,5	501,4	5,6
Lubuskie	568,7	388,8	47,9	489,9	388,6	26,7
Łódzkie	417,6	455,5	–8,1	380,3	454,1	–15,9
Małopolskie	501,1	512,2	–2,0	453,8	512,0	–11,4
Mazowieckie	363,1	309,2	19,3	355,4	299,3	19,6
Opolskie	461,0	473,3	–1,9	454,3	472,0	–3,2
Podkarpackie	528,4	450,1	17,9	494,3	449,8	10,5
Podlaskie	557,1	485,7	14,7	460,9	484,5	–4,8
Pomorskie	487,0	503,9	–3,5	411,3	503,9	–18,4
Śląskie	512,9	500,5	3,1	451,3	500,7	–9,6
Świętokrzyskie	514,9	559,8	–7,4	493,6	559,3	–11,8
Warmińsko-mazurskie	429,2	420,4	2,8	422,6	419,2	0,5
Wielkopolskie	389,7	445,4	–12,3	361,8	444,2	–18,5
Zachodniopomorskie	510,9	558,7	–8,3	434,5	557,7	–22,2
Polska	477,5	447,8	7,1	436,1	446,8	–2,3

² Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Result Tool, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, dostęp: 10.10.2022

W tabeli 5.1 przedstawiono wartości obserwowane standaryzowanego współczynnika zgonów (wart. obs.) oraz oszacowania wartości oczekiwanych (wart. ocz.) i procentu nadwyżki (ewentualnie obniżenia) współczynników zgonów z powodu ChUK w Polsce i poszczególnych województwach w latach 2022 i 2023. O ile w 2022 r. w skali całego kraju i w 9 województwach poziom umieralności był wciąż wyższy od oczekiwanego na podstawie przedpandemicznego trendu zmian współczynników zgonów, to w 2023 r. umieralność ogólnopolska oraz w 10 województwach była już niższa od oczekiwanej. Zwraca uwagę utrzymująca się znaczna nadwyżka umieralności w woj. dolnośląskim i lubuskim a w trochę mniejszym stopniu również woj. mazowieckim.

W 2023 r. już w większości miesięcy poziom umieralności był niższy od oczekiwanego natomiast jeszcze w 2022 r. ta korzystna sytuacja występowała tylko w lutym i marcu (ryc. 5.1).



Ryc. 5.1. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020–2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)

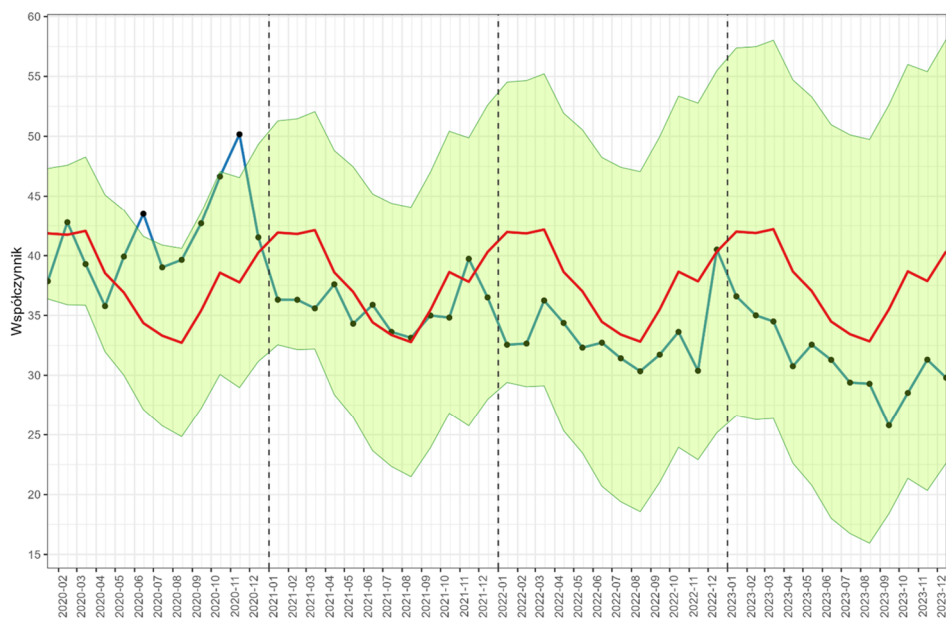
Odchylenia obserwowanych współczynników zgonów z powodu ogółu ChUK od ich wartości oczekiwanych były dosyć zbliżone wśród mężczyzn (4,7% i –4,2%

odpowiednio w 2022 r. i 2023 r.) i kobiet (8,5% i –1,1%). Obserwuje się znaczne różnice w nadwyżce zgonów w zależności od konkretnej podgrupy ChUK (tabela 5.2).

Tabela 5.2. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wart. obs.) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wart. ocz.) i ich względna różnica (%) dla mężczyzn i kobiet w latach 2022–2023 (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2022			2023		
	Wart. obs.	Wart. ocz.	%	Wart. obs.	Wart. ocz.	%
Ogółem						
ChUK (I00-I99)	477,5	447,8	7,1	436,1	446,8	–2,3
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	38,1	24,8	53,4	35,7	24,8	43,7
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	323,4	261,7	24,2	291,5	261,7	11,7
ChNS (I20-I25)	189,5	127,7	48,6	178,8	127,4	40,6
Zawał serca (I21-I22)	33,2	37,9	–12,0	31,2	37,9	–17,4
Zatorowość płucna (I26)	6,2	5,3	18,3	6,0	5,3	13,1
ChNM (I60-I69)	94,4	84,9	11,5	87,6	84,9	3,2
Miażdżyca (I70)	43,0	78,0	–44,6	41,1	77,7	–47,3
Mężczyźni						
ChUK (I00-I99)	584,1	559,8	4,7	534,7	558,8	–4,2
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	42,4	27,6	53,5	38,8	27,6	40,1
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	406,0	351,0	16,1	364,3	351,0	4,0
ChNS (I20-I25)	242,8	176,3	38,0	226,9	175,8	29,3
Zawał serca (I21-I22)	50,0	53,0	–5,2	45,7	52,8	–13,1
Zatorowość płucna (I26)	7,4	6,1	21,5	6,9	6,1	14,1
ChNM (I60-I69)	109,5	98,5	11,4	103,2	98,0	5,3
Miażdżyca (I70)	46,6	81,9	–42,9	46,4	81,7	–43,2
Kobiety						
ChUK (I00-I99)	397,2	368,0	8,5	362,8	367,6	–1,1
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	33,8	23,4	44,5	32,2	23,5	37,0
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	262,7	200,1	32,3	238,6	200,1	19,8
ChNS (I20-I25)	151,4	93,6	62,2	144,7	93,5	55,3
Zawał serca (I21-I22)	21,0	24,2	–12,9	20,6	24,1	–13,9
Zatorowość płucna (I26)	5,3	4,7	14,0	5,2	4,7	10,6
ChNM (I60-I69)	81,7	71,5	14,7	75,0	71,1	5,4
Miażdżyca (I70)	39,8	73,7	–45,6	37,0	73,3	–49,7

Największa względna nadwyżka umieralności wciąż występuje w przypadku choroby nadciśnieniowej oraz choroby niedokrwiennej serca (ChNS) przy czym nadwyżka umieralności z powodu ChNS nie wynika z umieralności z powodu zawału serca, której poziom był niższy od oczekiwanego zarówno w 2022 r. jak i 2023 r. (ryc. 5.2). Może to być częściowy artefakt związany ze zmianami w kodowaniu przyczyn zgonu na co pośrednio wskazuje znacznie rzadsze przypisywanie zgonów miażdżycy.



Ryc. 5.2. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu zawału serca w Polsce latach 2020–2023 (niebieska linia) oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) w latach 2020–2023 (obliczenia własne)

Odchylenia obserwowanych współczynników zgonów z powodu ChUK ogółem oraz w wyszczególnionych podgrupach wśród mieszkańców miast i wsi były na dosyć zbliżonym poziomie (tabela 5.3).

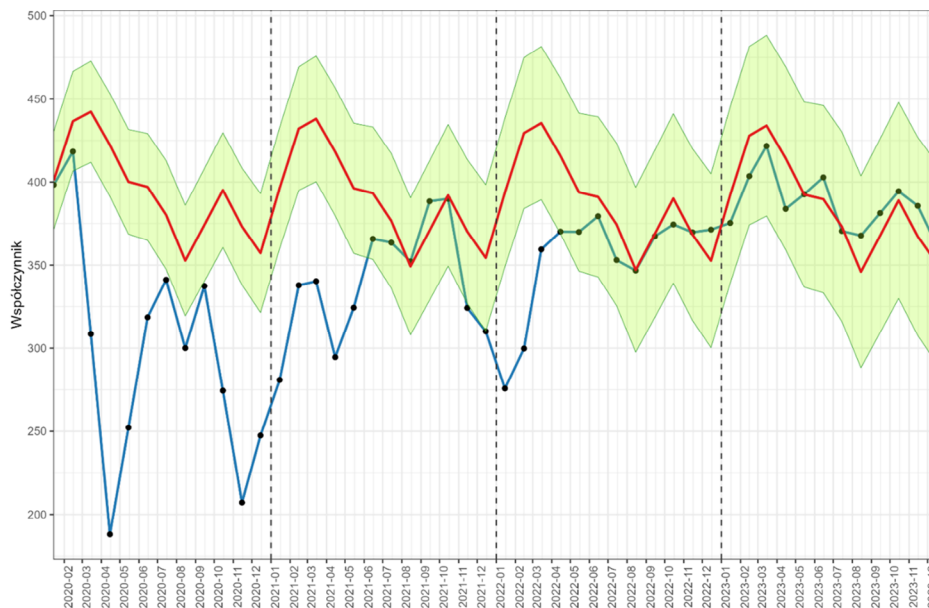
Tabela 5.3. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wart. obs) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wart. ocz) i ich względna różnica (%) dla mieszkańców miast i wsi w latach 2022–2023 (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2022			2023		
	Wart. obs	Wart. ocz	%	Wart. obs	Wart. ocz	%
Miasta						
ChUK (I00-I99)	444,8	411,7	8,5	407,4	410,9	-0,6
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	33,4	22,3	49,9	31,5	22,3	40,7
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	299,6	239,7	25,8	270,8	239,7	13,4
ChNS (I20-I25)	176,0	123,0	43,4	168,4	122,9	37,4
Zawał serca (I21-I22)	33,4	37,1	≥,6	31,4	37,0	-14,9
Zatorowość płucna (I26)	6,4	5,3	23,7	6,0	5,2	14,6
ChNM (I60-I69)	89,7	78,9	14,1	84,1	78,5	7,1
Miażdżycza (I70)	39,3	66,4	-40,4	37,2	65,7	-43,2
Wieś						
ChUK (I00-I99)	538,2	515,9	4,6	490,2	515,4	-4,9
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	46,8	30,5	53,1	43,6	30,5	42,6
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	367,5	302,0	22,1	330,9	301,9	9,7
ChNS (I20-I25)	214,6	138,3	55,2	198,5	138,3	43,7
Zawał serca (I21-I22)	33,0	35,9	-7,6	31,0	35,7	-13,0
Zatorowość płucna (I26)	5,9	5,6	6,1	6,0	5,6	8,4
ChNM (I60-I69)	103,1	92,1	12,2	94,1	91,6	2,7
Miażdżycza (I70)	49,8	96,5	-48,2	48,3	96,4	-50,2

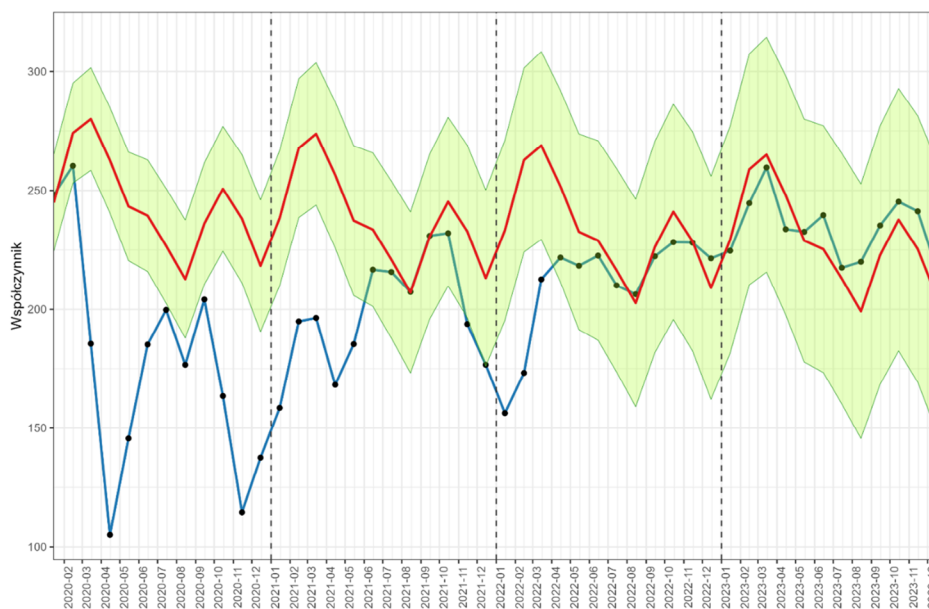
Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia w okresie wygasania pandemii COVID-19

Przedstawiona poniżej analiza hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem odnosi się do lat 2021–2023, ale do szacowania wartości oczekiwanych wykorzystano szeregi czasowe współczynników hospitalizacji w latach 2010–2019 pochodzących z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzonego przez NIZP PZH – PIB na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej.

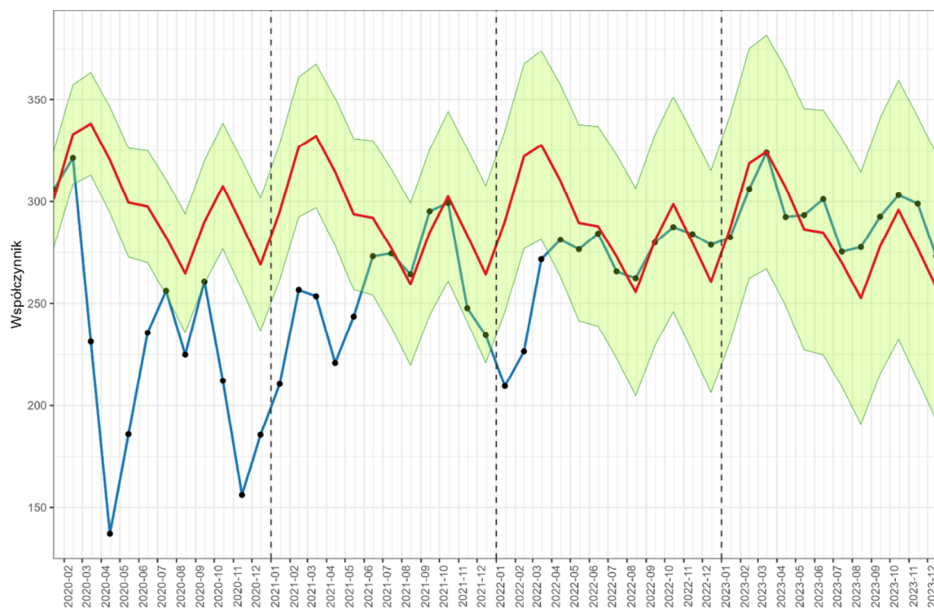
Na rycinach 5.3a–5.3d przedstawiono obserwowane oraz prognozowane (oczekiwane) standaryzowane współczynniki hospitalizacji z powodu ChUK mężczyzn i kobiet oraz mieszkańców miast i wsi w poszczególnych miesiącach lat 2020–2023.



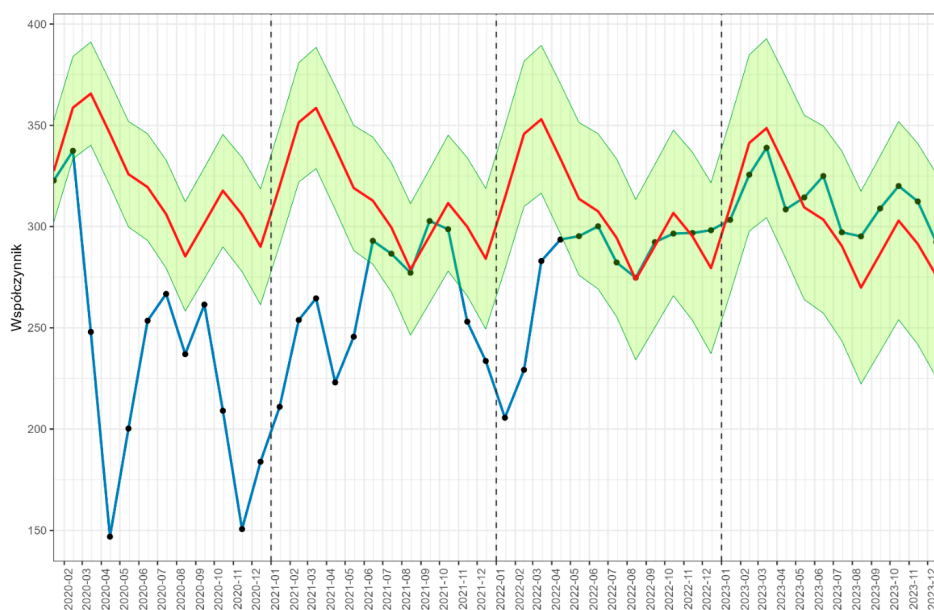
Ryc. 5.3a. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020–2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)



Ryc. 5.3b. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji kobiet (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020–2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)



Ryc. 5.3c. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020–2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)



Ryc. 5.3d. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców wsi (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020–2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)

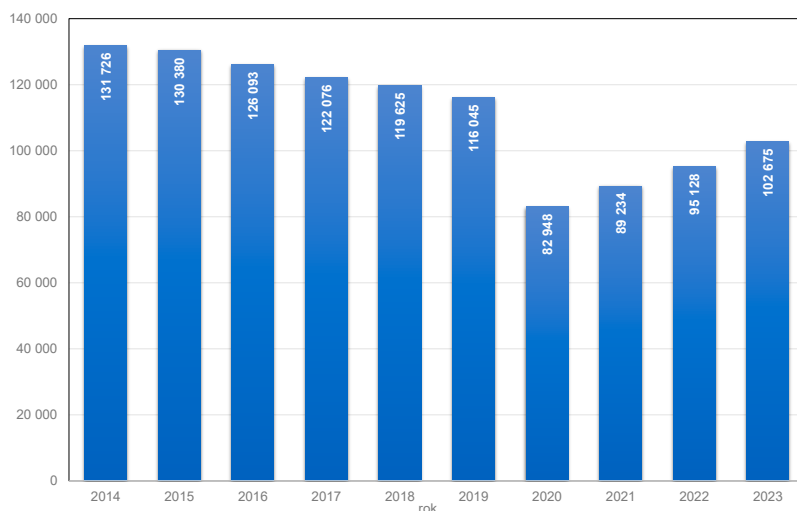
Obserwowane współczynniki hospitalizacji we wszystkich miesiącach w 2020 r. oraz w większości miesięcy lat 2021–2022 były niższe od oczekiwanych dla wszystkich analizowanych podpopulacji. W latach 2021–2022 największe odchylenia (istotne statystycznie) występowały w początkowych miesiącach roku. Wskazuje to na wyraźne zaburzenie w tych latach zjawiska sezonowości w hospitalizacji chorób układu krążenia. Odpowiedź na pytanie o przyczynę i ewentualne skutki tej sytuacji wymaga odrębnych analiz.

Choroby układu krążenia w świetle danych Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD

Poniżej przedstawiamy zestawienia i analizy pochodzące zarówno z danych sprawozdawczych do NFZ z terenów wybranych województw (śląskiego, opolskiego i podlaskiego), w tym ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD i Opolskiej Bazy Chorób Cywilizacyjnych. W szczególności, Śląska Baza Sercowo-Naczyniowa SILICARD powstała z inicjatywy prof. Mariusza Gąsiora i obejmuje wszystkie zdarzenia medyczne raportowane do NFZ pacjentów z chorobami układu krążenia z terenu województwa śląskiego od 2009 r., podobnie, Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych, która powstała z inicjatywy prof. Marka Gierlotki, gromadziła podobne dane z terenu województwa opolskiego ale niestety nie objęła już okresu popandemicznego.

Według danych pochodzących z Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowa – SILICARD liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w województwie śląskim w okresie marzec–grudzień 2019 r. versus marzec–grudzień 2020 r. zmniejszyła się blisko o 34%³. Spadek liczby hospitalizacji był widoczny najbardziej w miesiącach, w których zanotowano największą liczbę zakażeń na COVID-19. Po tym wyraźnym spadku w 2020 r. (ok. 83 tys. hospitalizacji) w porównaniu do lat poprzedzających (ok. 116 tys. w 2019 r.), w 2021 r. nastąpił niewielki wzrost (ok. 89 tys.), a w latach 2022 (ok. 95 tys.) i 2023 (ok. 103 tys.) obserwowano dalszą, bardziej dynamiczną odbudowę (ryc. 5.4). Tym niemniej liczba hospitalizacji nie osiągnęła poziomu z lat przed pandemią.

³ Feusette P, Gierlotka M, Gąsior M, Rabczenko D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B.: „Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022



Ryc. 5.4. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

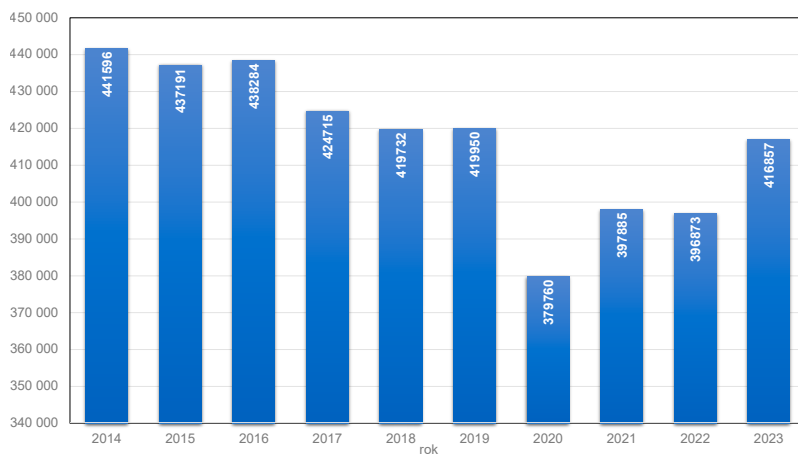
Dane Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowa SILICARD wskazują na spadek łącznej liczby porad (stacjonarnych i teleporad) w 2020 r. (ok. 380 tys.) w porównaniu do 2019 (ok. 420 tys.). W latach 2021–2022 liczba porad utrzymywała się na podobnym, nieco wyższym poziomie (ok. 397–398 tys.), by w 2023 r. wzrosnąć do ok. 417 tys., zbliżając się do poziomu sprzed pandemii. W 2020 r. teleporady stanowiły aż 35% wszystkich wizyt. W kolejnych latach ich udział systematycznie malał (14% w 2021, 5% w 2022, 4% w 2023), a wizyty stacjonarne powracały do normalnego poziomu sprzed pandemii. Telemedycyna, choć jej rola znacząco zmalała po szczycie pandemii, pozostała jednak stałym elementem systemu opieki zdrowotnej (ryc. 5.5, 5.6).

Sytuacja w zakresie wybranych jednostek chorobowych w czasie i po pandemii COVID-19

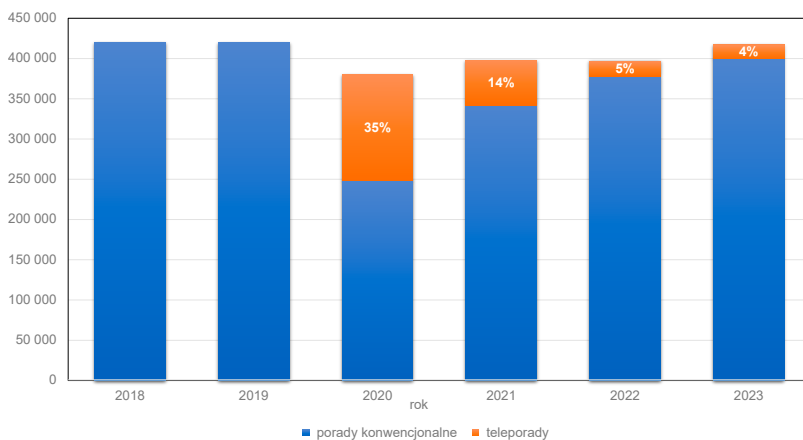
Ostry zawał serca w systemie ratownictwa medycznego

Liczba pacjentów i hospitalizacji z powodu zawału serca wg. danych pochodzących ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej była w 2020 r. o 25 % mniejsza niż w 2019 r. (ryc. 5.7). Przełożyło się to na mniejszą liczbę pacjentów włączonych

do programu skoordynowanej opieki po zawale serca KOS (spadek o 26%)⁴. Także wyniki leczenia zawału w 2020 r. były gorsze niż 2019 r. – śmiertelność wewnątrzszpitalna w 2020 r. była wyższa w porównaniu z 2019 r. o 34%. Na rycinie 5.7 widać, że od 2021 r. liczba hospitalizacji z powodu zawału stopniowo wzrastała do poziomu sprzed pandemii.

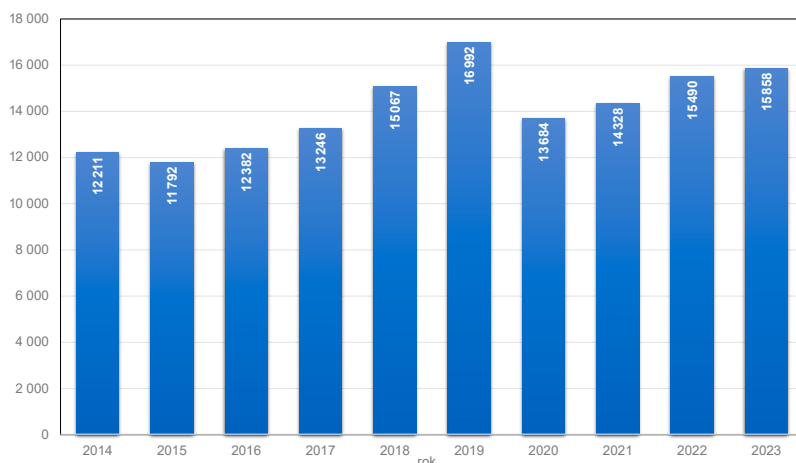


Ryc. 5.5. Liczba wizyt w poradni kardiologicznej (w tym teleporady) w województwie śląskim w latach 2014–2023



Ryc. 5.6. Rozkład rodzaju porady w poradni kardiologicznej w województwie śląskim w latach 2018–2023 r. (dane SILICARD)

⁴ Feusette P, Gierlotka M, Gąsior M, Rabczenko D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B.: „Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022



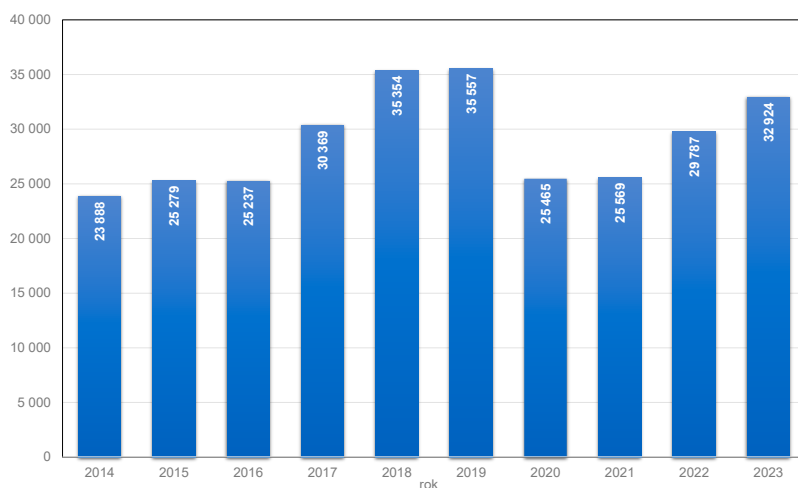
Ryc. 5.7. Liczba hospitalizacji osób z zawałem serca w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

Niewątpliwym sukcesem polskiej kardiologii jest program skoordynowanej opieki po zawale serca (MACAMIS) KOS- zawał. Program ten przyczynił się do znaczącej poprawy rokowania u chorych po zawale serca. W okresie epidemii liczba chorych, którzy zostali włączeni do programu KOS-zawał był zdecydowanie niższa niż w okresie przed pandemią. Co niewątpliwie przełożyło się na gorsze ich rokowanie.

Niewydolność serca

Wg danych Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca w analizowanym okresie 2020 r. była o 33% niższa niż w 2019 r. (ryc. 5.8). Z kolei śmiertelność wewnątrzszpitalna pacjentów z niewydolnością serca była o 16% większa porównując 2020 r. z 2019 r.. Podobnie jak w przypadku zawału serca, po pandemii liczba hospitalizacji stopniowo wróciła do poziomu z lat 2017–2019.

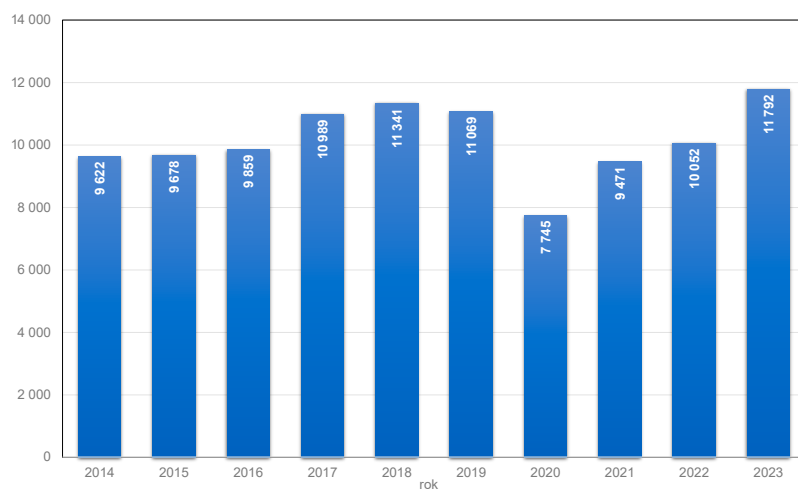
Podobnych informacji, jak SILICARD, dotyczących chorych z niewydolnością serca, dostarczała Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych. W 2020 r. zanotowano o ponad 21% mniejszą liczbę hospitalizacji z powodu niewydolności serca w porównaniu z 2019 r. Porównując 2019 r. z 2020 r. zmniejszyła się również liczba chorych z niewydolnością serca, którzy byli hospitalizowani. Natomiast w 2020 r. zanotowano zwiększoną liczbę zgonów chorych z rozpoznaną niewydolnością serca. Wyniki Opolskiej Bazy Chorób Cywilizacyjnych blisko korespondują z wyniki Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD, pomimo niewątpliwych różnic w strukturze demograficznej obu województw.



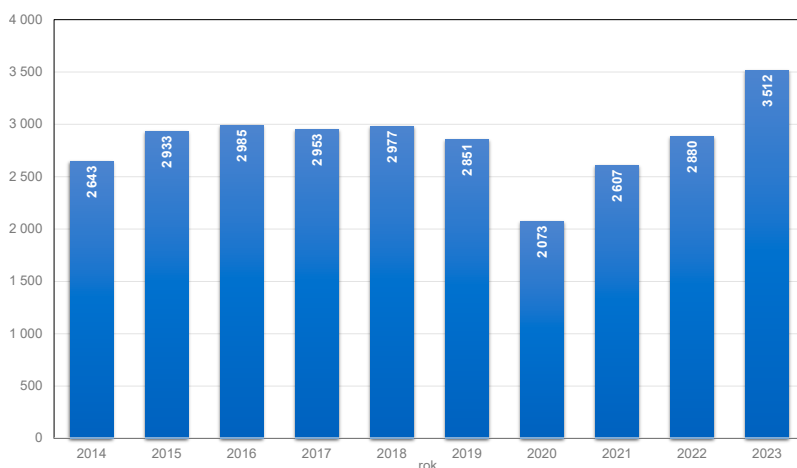
Ryc. 5.8. Liczba hospitalizacji osób z niewydolnością serca w województwie śląskim wg miesięcy w 2019 r. i 2020 r. i w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

Migotanie przedsionków, stenoz aortalna

Śląska Baza SILICARD dostarcza także danych dotyczących innych chorób układu krążenia w ostatnich latach. W analizowanym okresie w 2020 r. zanotowano spadek hospitalizacji z powodu migotania przedsionków o 37% (ryc. 5.9) i także spadek o 32% liczby hospitalizacji z powodu stenoz aortalnej (ryc. 5.10).



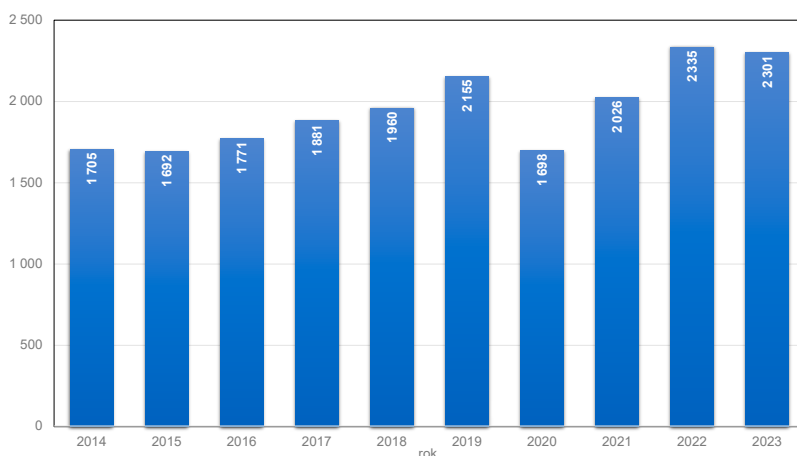
Ryc. 5.9. Liczba hospitalizacji z powodu migotania przedsionków w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)



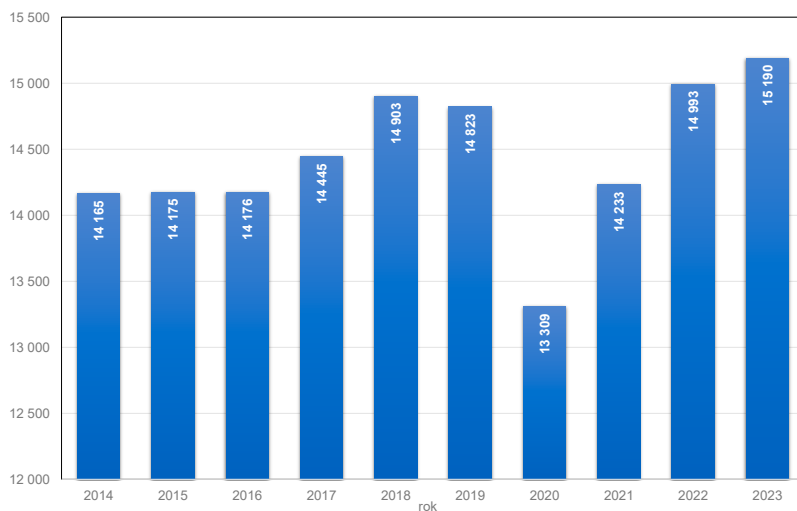
Ryc. 5.10. Liczba hospitalizacji z powodu stenozы aortalnej w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

Co ciekawe, po okresie pandemii zaobserwowano szybki wzrost liczby hospitalizacji z tych obu przyczyn do poziomów przekraczających te sprzed pandemii. Z jednej strony świadczy to o skutecznym „odpracowaniu” przez kardiologów długu zdrowotnego w tych jednostkach chorobowych, z drugiej zaś o zwiększonej chorobowości z powodu migotania przedsionków i zwężenia zastawki aortalnej w ostatnich latach.

Ostry zator tętnicy płucnej, udar mózgu



Ryc. 5.11. Liczba hospitalizacji z powodu zatorów płucnej w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)



Ryc. 5.12. Liczba hospitalizacji z powodu udaru OUN wg miesięcy w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

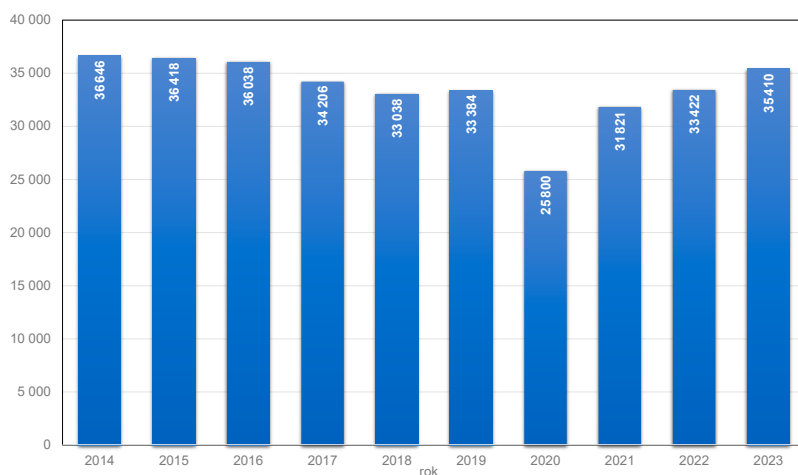
W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. zanotowano spadek liczby hospitalizacji z powodu zatorowości płucnej o 22% (ryc. 5.11) i z powodu udaru mózgu o 26% (ryc. 5.12), który w następnych latach został wyrównany. Należy zwrócić uwagę na zdecydowanie wyższą częstość hospitalizacji z powodu zatoru tętnicy płucnej w latach 2022 i 2023 w porównaniu do lat sprzed pandemii.

Wybrane procedury wykonywane w chorobach układu krążenie

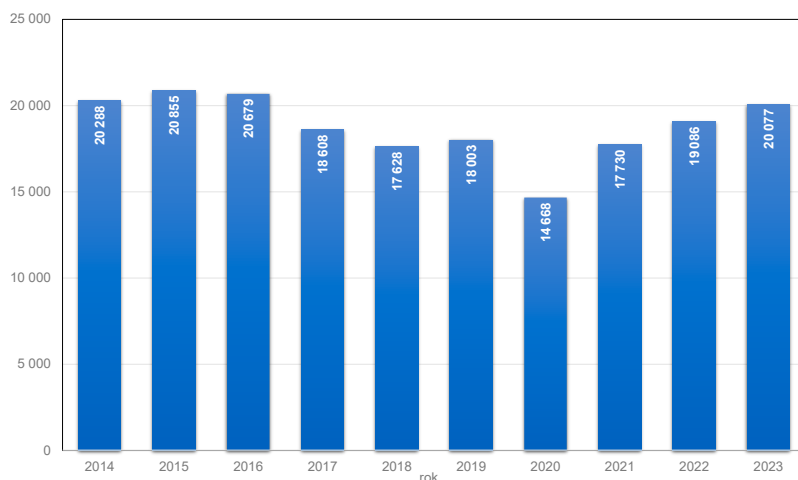
Poniżej na ryc. 5.13 – 5.19 pokazano zmiany jakie zachodziły w latach 2014–2023 w liczbie wybranych procedur wykonywanych w chorobach układu krążenia. Pierwszy rok pandemii COVID-19 to także okres spadku liczby wykonywanych procedur kardiologicznych. Według danych pochodzących ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD, porównujących 2020 r. z 2019 r. liczba koronarografii spadła w 2020 r. o 29% (ryc. 5.13) a angioplastyk wieńcowych (PCI) o 24% (ryc. 5.14). W zakresie elektrofizjologii zanotowano spadek wykonywanych procedur o 18% (ryc. 5.15, 5.16, 5.17). 2020 r. to także czas spadku liczby hospitalizacji kardiochirurgicznych. Liczba hospitalizacji celem wykonania zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) była mniejsza o 28% (ryc. 5.18) a w zakresie zabiegów na zastawkach serca o 19% (ryc. 5.19). Po okresie pandemii, w latach 2022–2023, obserwuje się

sukcesywne zwiększanie liczby wykonywanych procedur kardiologicznych, co jest kluczowym elementem „spłaty długu zdrowotnego”. W niektórych obszarach (np. ablacje, rozruszniki) liczby te przekroczyły poziom sprzed pandemii, co może wynikać zarówno z nadrobienia zaległości, jak i z postępu technologicznego oraz rosnących potrzeb populacji. W innych (np. CABG, PCI) powrót do poziomów sprzed 2019 r. jest wolniejszy lub niepełny.

Hemodynamika

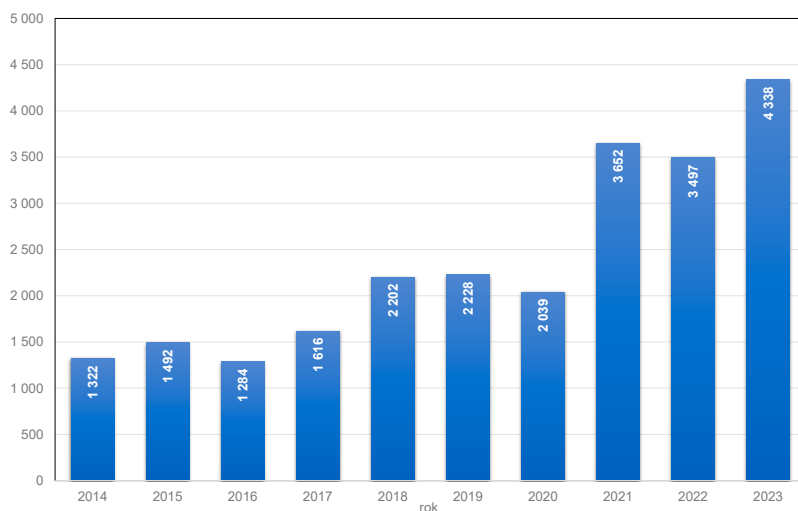


Ryc. 5.13. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia koronarografii w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

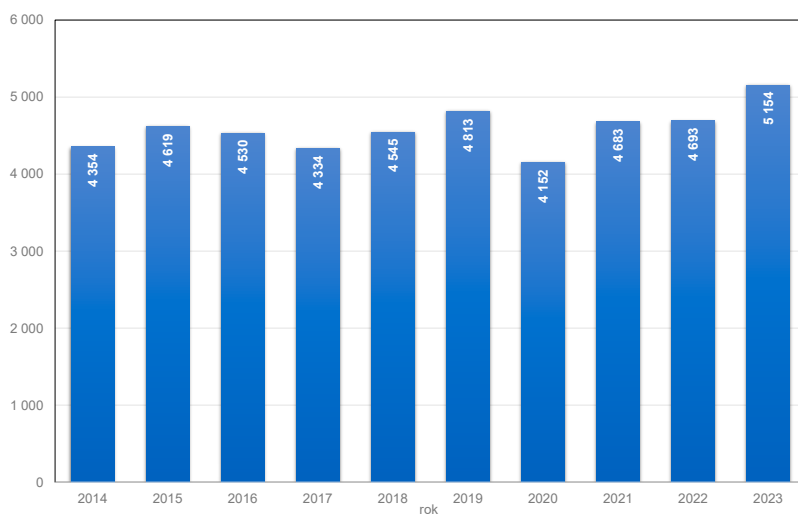


Ryc. 5.14. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia PCI w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

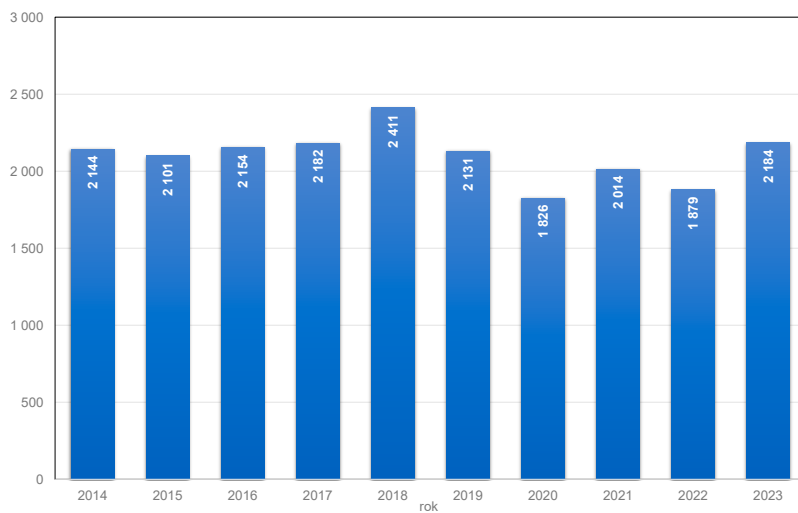
Elektrofizjologia



Ryc. 5.15. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia ablacji w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

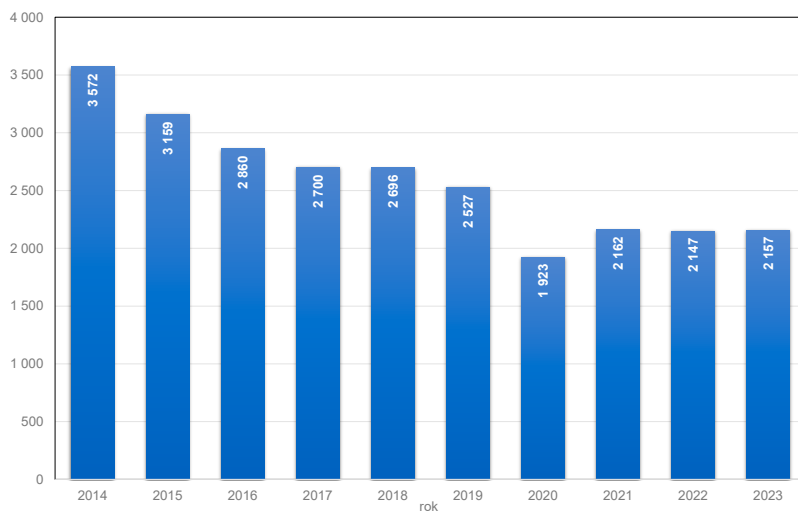


Ryc. 5.16. Liczba hospitalizacji celem wszczepienia rozrusznika serca w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

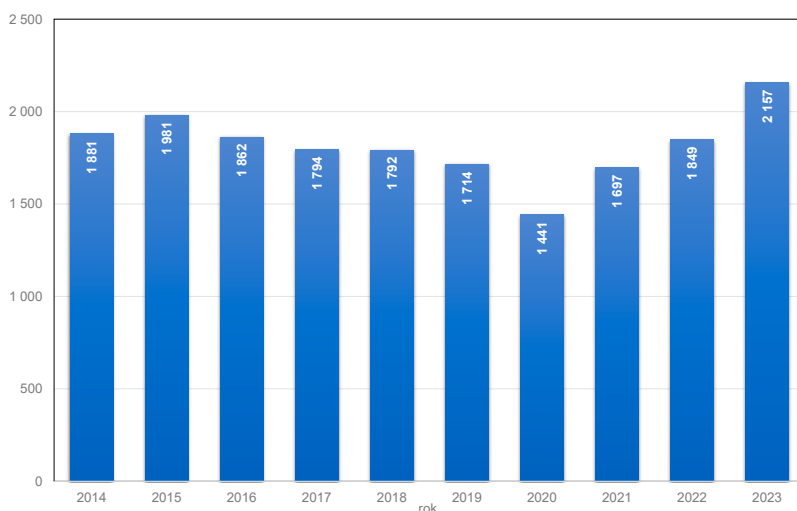


Ryc. 5.17. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia ICD/BIV w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

Kardiochirurgia



Ryc. 5.18. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia CABG w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)



Ryc. 5.19. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia zabiegu zastawkowego w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

Odbudowa Długu Zdrowotnego w Kardiologii

Dług zdrowotny w kardiologii odnosi się do skumulowanej liczby opóźnionych lub pominiętych konsultacji, badań diagnostycznych (np. echokardiogramów, testów wysiłkowych) i zabiegów interwencyjnych (np. PCI, wszczepienia rozruszników). „Spłacenie” tego długu jest niezwykle ważne dla zdrowia polskiego społeczeństwa. Chodzi o to, aby zapobiec progresji chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszyć ryzyko ostrych incydentów sercowo-naczyniowych (takich jak zawały serca i udary mózgu) oraz poprawić jakość życia pacjentów. Dług zdrowotny w kardiologii to nie tylko kwestia zaległości, ale także potencjalny wzrost przyszłych zdarzeń sercowo-naczyniowych i potrzeb opieki zdrowotnej, jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie działania prewencyjne.

Precyzyjne określenie długu zdrowotnego w kardiologii jest trudne, ale dostępne dane i wskaźniki pozwalają na ocenę jego skali. Spadek liczby wykonanych procedur kardiologicznych w latach 2020–2021 w porównaniu z 2019 r. jest jednym z kluczowych wskaźników. Przykładowo, wg danych NFZ, liczba świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – kardiologia, spadła w porównaniu do 2019 r. o 25%. W skali całego kraju w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych (angioplastyka wieńcowa PCI) spadek wyniósł 12%, a w niektórych typach

zabiegów elektrofizjologicznych sięgał 20%. Liczba wszczepionych stymulatorów serca zmniejszyła się o 20%.

Podjęto różne inicjatywy i strategie mające na celu odbudowę długu zdrowotnego w kardiologii. Jednym z kluczowych działań jest wdrażanie Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), która ma na celu poprawę efektywności, koordynacji i jakości opieki kardiologicznej w Polsce. KSK ma zapewnić wszystkim pacjentom, niezależnie od miejsca zamieszkania, opiekę kardiologiczną opartą na takich samych standardach diagnostycznych i terapeutycznych, a także koordynację i ciągłość opieki kardiologicznej od etapu diagnostyki kardiologicznej, przez fazę leczenia kardiologicznego i rehabilitacji, po dalsze leczenie w ramach świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej lub w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki długoterminowej. Wykorzystanie środków z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) jest kolejnym ważnym elementem strategii odbudowy. KPO przewiduje inwestycje w modernizację infrastruktury medycznej i poprawę dostępu do usług, w tym w obszarze kardiologii.