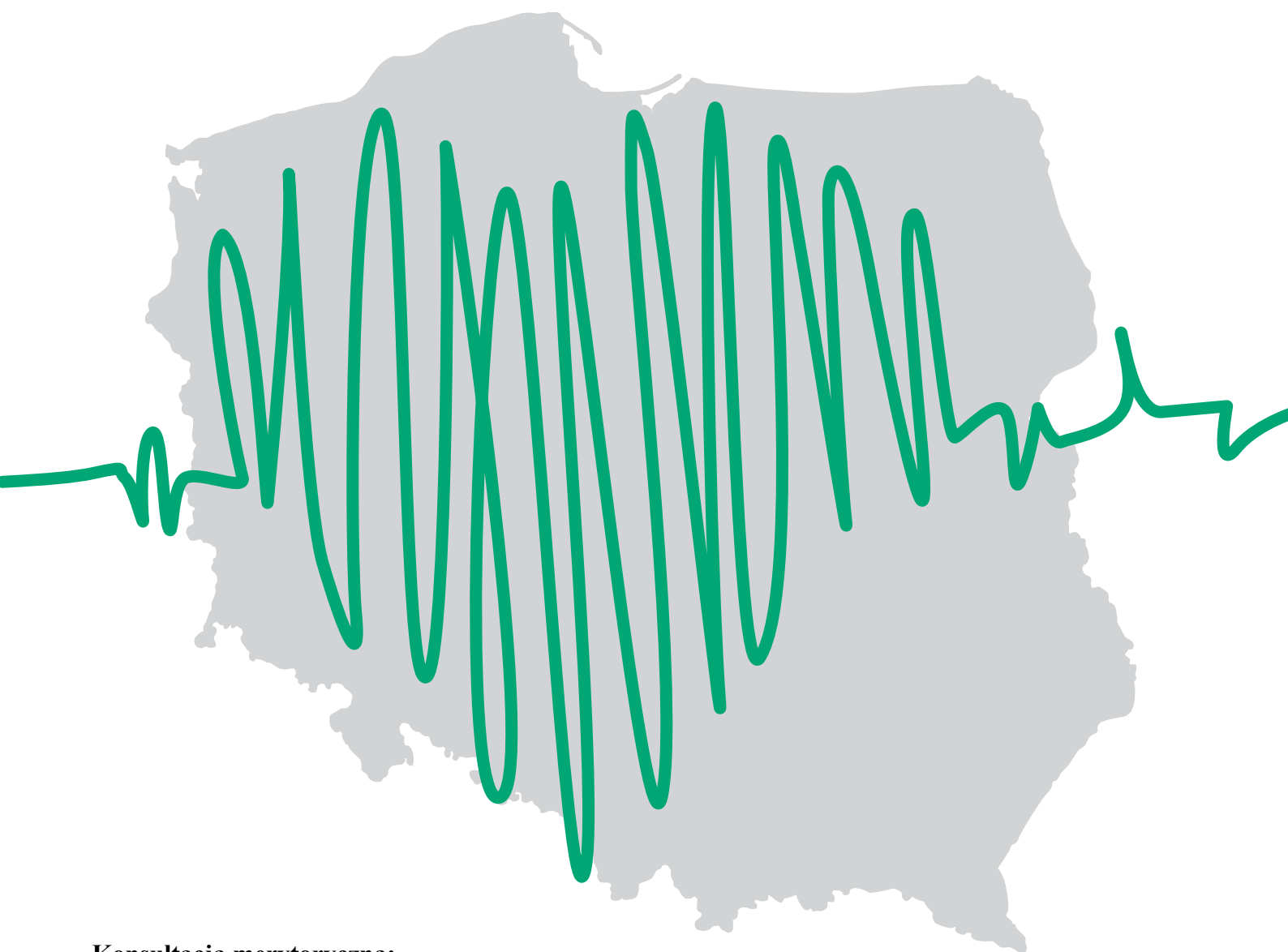


Niewydolność serca w Polsce – raport 2016

Materiały informacyjne Sekcji
Niewydolności Serca PTK



Konsultacja merytoryczna:

W imieniu Zarządu Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:

prof. dr hab. Ewa Straburzyńska-Migaj, prof. dr hab. Jadwiga Nessler, prof. UJ dr hab. Andrzej Gackowski, dr hab. med. Piotr Rozentryt

W imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:

prof. dr hab. Piotr Hoffman, prof. dr hab. Zbigniew Kalarus, prof. dr hab. Piotr Ponikowski, prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski, prof. dr hab. Piotr Pruszczyk

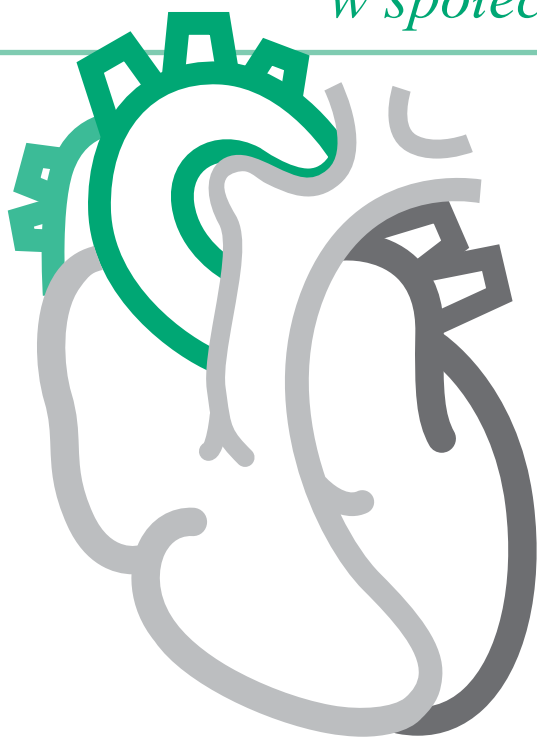


Sekcja
Niewydolności Serca
Polskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego

Czym jest niewydolność serca?

Niewydolność serca to śmiertelna choroba, której można zapobiec i którą da się skutecznie leczyć. Podobnie jak w przypadku nowotworów, opóźnione rozpoznanie lub brak intensywnego, wielokierunkowego leczenia wiąże się ze złym rokowaniem.

Fakty te nie są powszechnie uświadomione w społeczeństwie.



Niewydolność serca to poważna choroba przewlekła, występująca gdy serce nie może przepompować odpowiedniej ilości krwi, aby zaspokoić potrzeby organizmu.¹

Najczęstsze przyczyny niewydolności serca w Europie obejmują chorobę wieńcową, w tym zawał serca, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatie, choroby zastawek, wady wrodzone serca, migotanie przedsionków.¹ **Częstymi czynnikami ryzyka wystąpienia niewydolności serca są:** wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, otyłość i palenie papierosów.¹

Niewydolność serca jest końcowym etapem różnych chorób serca. Zapadalność na niewydolność serca zwiększa się. Dzieje się to w związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz paradoksalnie na skutek coraz lepszego leczenia zawału serca, choroby wieńcowej i nadciśnienia tętniczego. W wyniku tego postępu chorzy żyją dłużej, ale z coraz mniej wydolnym sercem.

Podstawowymi dolegliwościami zgłaszanymi przez chorych z niewydolnością serca są: nadmierna męczliwość, duszność wysiłkowa lub spoczynkowa i występowanie obrzęków kończyn dolnych. Te dolegliwości sprawiają, że zmniejsza się zdolność do pracy i/lub uczestniczenia w codziennym życiu społecznym. Sprzyja to izolacji społecznej oraz występowaniu niepokoju i depresji.^{2,3}

Dlaczego potrzebne są pilne działania dotyczące systemu opieki w niewydolności serca?

Niewydolność serca to częsta choroba, pociągająca za sobą ogromne koszty społeczne:

U 1 na 5
osób w którymś
momencie życia wystąpi
niewydolność serca⁴

Wydatki związane z
postępowaniem w niewydolności
serca pochłaniają ok.

1, 73
mld złotych rocznie⁷

Szacuje się, że na niewydolność
serca cierpi w Polsce od

600,000⁵
do **700,000⁶**
osób.

Głównym problemem są częste zaostrzenia choroby, zwane dekompensacjami.

Z tego powodu niewydolność serca jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji osób po 65 r.ż.



Hospitalizacje w przebiegu niewydolności serca pochłaniają ok. 94% budżetu przeznaczanego na leczenie niewydolności serca⁸.

Nakłady na leczenie ambulatoryjne i rehabilitację mające istotny wpływ na zapobieganie progresji choroby i konieczność hospitalizacji są bardzo małe⁸.

Dekompensacje układu krążenia zagrażają życiu i nawet jeśli uda się je opanować prowadzą do stopniowego pogarszania stanu zdrowia i skrócenia przeżycia.

Aż **11%** pacjentów umiera w ciągu pierwszego roku po hospitalizacji⁸

W Polsce aż **53%** pacjentów z niewydolnością serca jest ponownie przyjmowanych do szpitala, a co czwarty chory wraca do szpitala przed upływem 30 dni od wypisu.

Tylko **1 na 22** polskich pacjentów z niewydolnością serca uczestniczy w programach rehabilitacji kardiologicznej, która jest ważnym elementem postępowania u chorych wypisywanych ze szpitala⁹

W Polsce zaledwie **23%** pacjentów w wieku przedemerytalnym cierpiących na niewydolność serca pozostaje czynnymi zawodowo⁵, co obciąża budżet Zakładu Ubezpieczeń Społecznych kwotą 151 milionów złotych rocznie.⁹



Pacjenci z niewydolnością serca w Polsce są młodszy⁸, niż ich odpowiednicy w innych krajach europejskich; Przebieg choroby jest u nich cięższy ze względu na częstsze hospitalizacje¹⁰, są też mniej samodzielni.^{11 12}

Niewydolność serca wiąże się z ogromnymi kosztami społecznymi, ze względu na długotrwały negatywny wpływ na zdrowie i jakość życia, niezdolność do pracy, duże obciążenie opiekunów i rodzin¹³ oraz złe rokowania długoterminowe.¹

Eksperci utrzymują, że diagnostyka i leczenie niewydolności serca jest niedofinansowane w stosunku do faktycznych kosztów, a przewiduje się, że w ciągu najbliższych 20 lat koszty się podwoją.

W Polsce niewydolność serca jest częstą przyczyną przedwczesnej umieralności i ma znaczący wpływ na standardową oczekiwaną liczbę utraconych lat życia. Spośród wszystkich chorób w Polsce, niewydolność serca zajmowała 3 miejsce pod względem przyczyniania się do utraty lat życia u kobiet, za chorobami naczyniowymi mózgu i chorobą niedokrwienną serca, a przed nowotworami.¹⁴

U mężczyzn, niewydolność serca plasowała się na 6 miejscu, przed wszystkimi nowotworami z wyjątkiem raka płuca.¹⁴

Jeśli leczenie nie jest prowadzone zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, rokowanie w niewydolności serca jest gorsze niż w wielu najczęściej występujących nowotworach. Zastosowanie współczesnych metod leczenia może istotnie poprawić tę sytuację.¹⁵

Choroby układu sercowo-naczyniowego powodują 49% zgonów w Polsce, podczas gdy choroby nowotworowe są przyczyną 26% zgonów.¹⁶ Obciążenie związane z chorobami nowotworowymi jest dobrze udokumentowane w krajowych rejestrach populacyjnych dotyczących nowotworów¹⁶, natomiast brak jest krajowych rejestrów dotyczących niewydolności serca a rzeczywiste obciążenia związane z tą chorobą są nieznane.

Osoby, u których podejrzewa się nowotwór mogą skorzystać ze specjalistycznej ścieżki, zapewniającej wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie. W przypadku pacjentów z niewydolnością serca nie ma podobnego trybu postępowania, stąd z powodu długiego oczekiwania na konsultacje kardiologiczne u wielu chorych rozpoznanie stawiane jest zbyt późno. Utrudnione jest także właściwe, systematyczne leczenie ambulatoryjne. Obserwuje się to zarówno w przypadkach podejrzenia niewydolności serca, jak i u pacjentów, u których niewydolność została już rozpoznana.

Niewydolność serca jest chorobą, której znaczenie nie jest powszechnie uświadomione w społeczeństwie. W ciągu ostatnich 20 lat znacznie poprawiła się wiedza na temat zawału serca, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii. Natomiast wiedza na temat niewydolności serca jest ciągle bardzo niska a problem niewydolności serca nie został uwzględniony w dokumentach polskiej polityki zdrowotnej,¹⁷ mimo że zajmuje trzecie miejsce pod względem częstości występowania wśród wszystkich chorób układu sercowo-naczyniowego w kraju.¹⁸

Prognozy jednoznacznie wskazują, że zachorowalność na niewydolność serca w najbliższych latach znacznie wzrośnie wraz ze starzeniem się populacji.^{13 14} Przewiduje się, że w nadchodzącym 10-leciu zachorowalność na niewydolność serca będzie największa spośród wszystkich chorób układu sercowo-naczyniowego.¹⁸

Implementacja wytycznych ESC (Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego) w Polsce jest dobra jeśli chodzi o rodzaje stosowanych leków, ale jest niewystarczająca w odniesieniu do ich dawkowania, liczby wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych oraz kompleksowości opieki. Na problemy związane z diagnostyką i leczeniem niewydolności serca w Polsce ma wpływ sposób organizacji i refundacji opieki zdrowotnej.^{6 19-21} Refundacja leczenia niewydolności serca w szpitalach i przychodniach jest niższa niż rzeczywisty koszt złożonej opieki multidyscyplinarnej zalecanej przez aktualne wytyczne ESC.



Wczesne rozpoznanie ma zasadnicze znaczenie w przypadku niewydolności serca, jednak w Polsce pełen zakres zalecanych w wytycznych narzędzi diagnostycznych dostępny jest tylko w opiece specjalistycznej, a wielu internistów i lekarzy pierwszego kontaktu nie ma do nich dostępu. Trudności diagnostyczne są więc związane z długim okresem oczekiwania na badania specjalistyczne.²²

Do opóźnienia w rozpoznawaniu znacznie przyczynia się ograniczony dostęp zwłaszcza do echokardiografii, która jest podstawowym badaniem zalecanym w wytycznych u każdego pacjenta z podejrzeniem niewydolności serca.²³ Lekarze pierwszego kontaktu rzadko mają dostęp do tej metody, dostęp ten jest także ograniczony na wielu oddziałach chorób wewnętrznych, w przychodniach i oddziałach ratunkowych. Badaniem zalecanym w diagnostyce niewydolności serca jest także **oznaczanie stężeń peptydów natriuretycznych: BNP i NT-proBNP,**²³ którego głównym celem jest wykluczenie niewydolności serca.²³ **Badania nie są obecnie refundowane w Polsce i w związku z tym dostęp do nich jest ograniczony.**²²

Jak wynika z doświadczeń krajów Europy Zachodniej, duży wpływ na poprawę wyników leczenia ma zastosowanie zespołowej opieki wielospecjalistycznej z istotną rolą wykwalifikowanych pielęgniarek niewydolności serca (tzw. *heart failure nurse*). W polskim systemie opieki zdrowotnej nie przewidziano takiej roli dla pielęgniarki. Co prawda liczba kardiologów na 1 mln mieszkańców w Polsce zwiększa się do poziomu zbliżonego w innych krajach UE ale liczba pielęgniarek jest bardzo mała, w szczególności pielęgniarek kardiologicznych.^{24 25} Dodatkowo w Polsce istnieją różnice regionalne w dostępie do kardiologów, pielęgniarek kardiologicznych i łóżek szpitalnych,¹⁸ co stanowi problem w zakresie odpowiedniej opieki zdrowotnej dla pacjentów z niewydolnością serca.

Istotnym elementem postępowania w niewydolności serca jest edukacja pacjentów i ich bliskich, tak aby mogli świadomie uczestniczyć w procesie leczenia. Jest to niedoceniany aspekt mający istotny **wpływ na skuteczność leczenia i dobrą współpracę.**¹²

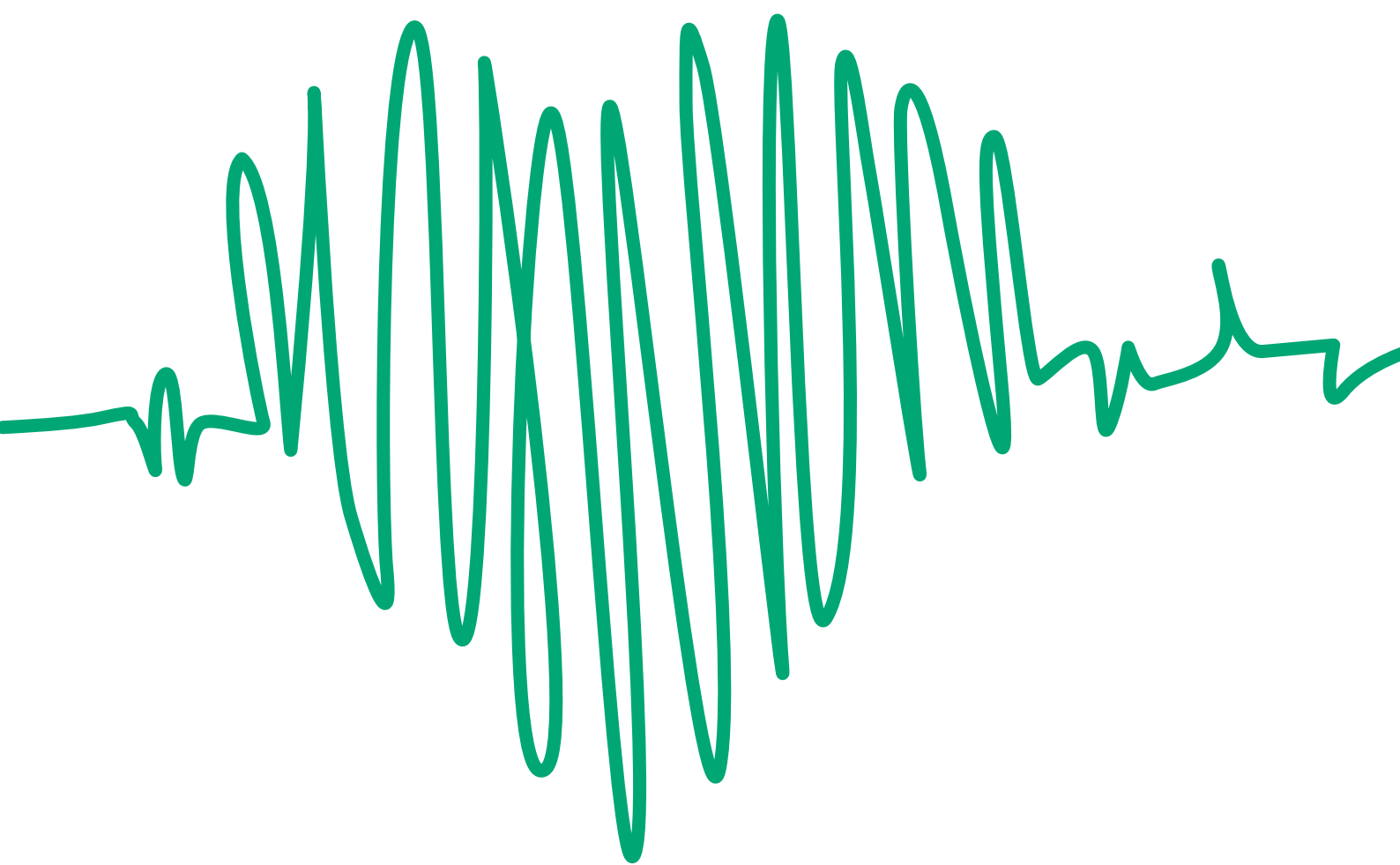


W związku z coraz częstszym występowaniem niewydolności serca istnieje pilna potrzeba zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, prowadzących do poprawy diagnostyki i leczenia tego poważnego zespołu chorobowego. Oprócz zapewnienia leczenia ostrych epizodów dekompensacji konieczne jest zaspokajanie bieżących potrzeb w postępowaniu ambulatoryjnym w tej przewlekłej chorobie.

Podstawą opracowania projektu takich zmian jest uzyskanie dokładnych danych dotyczących rzeczywistego obciążenia związanego z chorobą.

Niewydolność serca w Polsce: co jest potrzebne?

*Jakość opieki w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce konsekwentnie poprawia się w ostatnich dziesięcioleciach. Wdrożono metody diagnostyczne, współczesne leczenie farmakologiczne, rewaskularyzację naczyń, zabiegi kardiochirurgiczne i zabiegi z zakresu elektroterapii. Jest także znaczna liczba lekarzy kardiologów, internistów i lekarzy POZ, którzy sprawują wysokiej jakości opiekę nad pacjentami z niewydolnością serca. **Problemem pozostaje niedofinansowanie i niewystarczająca dostępność do niektórych świadczeń oraz brak systemu skoordynowanej opieki wielospecjalistycznej.***



Niewydolność serca jest poważną chorobą przewlekłą, którą można skutecznie leczyć. Aby poprawić profilaktykę, rozpoznawanie i opiekę w zakresie niewydolności serca w Polsce należy:

- 1** **Uczynić niewydolność serca strategicznym priorytetem polityki zdrowotnej**
- 2** **Zwiększyć finansowanie leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego niewydolności serca w celu pokrycia realnych jego kosztów**
- 3** **Doposażyć placówki opieki zdrowotnej w niezbędny do szybkiej diagnostyki sprzęt**
- 4** **Zapewnić dobry i równy dostęp do opieki i leczenia we wszystkich regionach Polski**
- 5** **Zwiększyć znajomość problemów związanych z niewydolnością serca w społeczeństwie i wśród pracowników systemu ochrony zdrowia**
- 6** **Stworzyć system zbierania wiarygodnych danych epidemiologicznych.**

Narastający problem niewydolności serca jest często niedoceniany przez instytucje odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia w Polsce, co może mieć znaczące konsekwencje w przyszłości.

Niewydolność serca stanowi istotny koszt ekonomiczny w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce

Na diagnostykę i leczenie niewydolności serca wydaje się 3,2% środków Narodowego Funduszu Zdrowia,⁷ przy czym hospitalizacje stanowią największą część kosztów. W Ameryce Północnej i Europie Zachodniej szacowane wydatki na opiekę nad pacjentami z niewydolnością serca stanowią około 1-3% ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną,¹ ale bezwzględne kwoty są znacząco większe niż w Polsce.

Przewiduje się, że w ciągu następnych 20 lat koszty leczenia niewydolności serca podwoją się¹⁴ i w przyszłości będą stanowić jeszcze większe obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej. Konieczne więc są zmiany w systemie opieki nad chorymi z niewydolnością serca, których celem będzie zmniejszenie częstości hospitalizacji na rzecz poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego. Taka strategia może się przyczynić do zmniejszenia kosztów związanych z hospitalizacjami oraz znacząco poprawić jakość życia chorych i wyniki leczenia.

uczynić niewydolność serca strategicznym priorytetem polityki zdrowotnej

Dodatkowym obciążeniem poza systemem opieki zdrowotnej związanym z niewydolnością serca są koszty społeczne i ekonomiczne związane z niezdolnością do pracy. Zasiłki z ubezpieczenia społecznego dla osób żyjących z niewydolnością serca w 2010r. wynosiły 151 milionów złotych, z czego 89% stanowiły renty z tytułu niezdolności do pracy.⁹ W porównaniu do krajów Europy Zachodniej w Polsce choroba ta dotyczy większej liczby pacjentów w wieku produkcyjnym. W tej grupie osób jedynie 23% jest czynnych zawodowo,⁵ a wśród tych pracujących, niewydolność serca jest powodem wielu związanych z chorobą dni nieobecności w pracy.^{9 10} Ma to duży wpływ na polską gospodarkę.⁵

Mimo częstego występowania i dużych kosztów społecznych **niewydolność serca nie została wyszczególniona w dokumentach dotyczących polityki zdrowotnej w Polsce.**

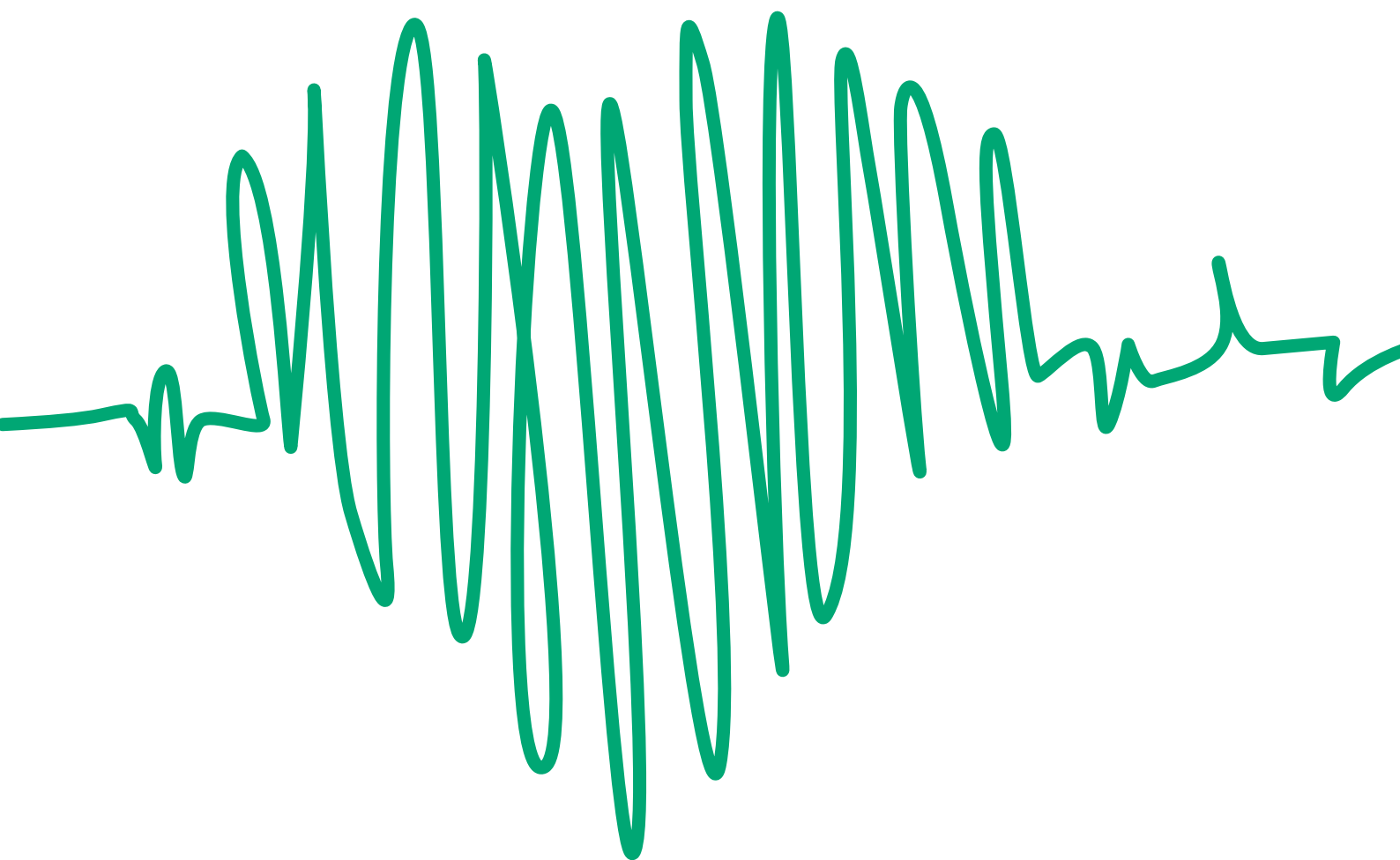
Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce, w porównaniu do innych państw OECD (Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju),²⁶ **częściej występują czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, czego konsekwencją jest zagrożenie niewydolnością serca.** Przykładem jest palenie tytoniu i często występujące nadciśnienie tętnicze²⁷. Jednak wydatki na profilaktykę chorób układu krążenia w wysokości 2,1% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną są niższe niż średnia w krajach OECD wynosząca 2,9%.²⁷ Zważywszy na postępujące starzenie się społeczeństwa polskiego konieczne są energiczne i skoordynowane działania na rzecz profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, a w konsekwencji profilaktyki niewydolności serca.¹

Ważne

Mimo częstego występowania oraz dużych kosztów społecznych i ekonomicznych niewydolność serca nie została wyszczególniona w dokumentach dotyczących bieżącej polityki zdrowotnej w Polsce.

Ponieważ wystąpieniu niewydolności serca można zapobiegać, konieczne są skoordynowane działania na rzecz profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych.

Zły styl życia, np. palenie papierosów, może zwiększyć ryzyko wystąpienia niewydolności serca nawet o 50%.¹



zwiększyć finansowanie leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego niewydolności serca w celu pokrycia realnych kosztów

Realne koszty związane z hospitalizacją pacjentów z niewydolnością serca są co najmniej o ok. 50-100% wyższe niż kwota refundowana za takie leczenie. Jest to jeden z powodów zadłużania się szpitali. Wynikająca stąd presja ekonomiczna wymusza na lekarzach ograniczanie badań diagnostycznych oraz skracanie czasu hospitalizacji pacjenta ze zdekompensowaną niewydolnością serca poniżej minimum koniecznego dla prawidłowego wyrównania układu krążenia. Może to skutkować ponownymi hospitalizacjami generującymi kolejne koszty.

Słaby dostęp do specjalistycznej opieki w zakresie niewydolności serca jest w Polsce istotnym problemem, który może być jednym z powodów wysokich współczynników hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Kompleksowe leczenie ambulatoryjne w Polsce jest niedoinwestowane i niedostatecznie refundowane. **Wydatki na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną wynosiły zaledwie 2% wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczonych na leczenie niewydolności serca⁹.** Konieczne są zatem zmiany w finansowaniu i strukturze systemu opieki zdrowotnej zmierzające do zwiększenia dostępu do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.²² Ważnym elementem optymalizacji globalnych kosztów jest inwestycja w organizację opieki kompleksowej, w tym edukacja pacjentów ich rodzin oraz wyszkolenie i zaangażowanie pielęgniarek niewydolności serca, które przejmą wiele czynności związanych z optymalną opieką.

Lekarze często nie mają pełnego dostępu do podstawowej diagnostyki niewydolności serca, zwłaszcza w szpitalnych oddziałach ratunkowych i oddziałach chorób wewnętrznych, a także w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

doposażyć placówki opieki zdrowotnej w niezbędny do szybkiej diagnostyki sprzęt

Poradnie i oddziały kardiologiczne wyposażone są w podstawowe możliwości diagnostyki niewydolności serca, jednak powszechny i wczesny dostęp do kardiologa stanowi problem dla wielu pacjentów z niewydolnością serca w Polsce.^{14 16 17}

Duża liczba pacjentów z niewydolnością serca sprawia, że ich leczenie odbywa się nie tylko na oddziałach i w poradniach kardiologicznych, ale przede wszystkim na oddziałach internistycznych i w poradniach POZ. Współpraca pomiędzy kardiologami, a lekarzami POZ i internistami jest konieczna i zalecana przez wytyczne europejskie. Warunkiem jej efektywności jest wyposażenie w odpowiedni sprzęt diagnostyczny oraz ustalenie zasad referencyjności i możliwości pilnego kierowania pacjentów do specjalisty zanim dojdzie do zaostrzenia niewydolności serca.^{14 16 17 29}

Preferowanym sposobem postępowania w niewydolności serca wg europejskich wytycznych jest opieka wielospecjalistyczna mająca zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia optymalnych wyników leczenia.²³ Taki zespół powinien składać się z kardiologów, wyspecjalizowanych pielęgniarek niewydolności serca, dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów, lekarzy rodzinnych i pracowników socjalnych, zarówno w warunkach szpitalnych jak i ambulatoryjnych. Zespół ten powinien umożliwić holistyczne podejście do potrzeb pacjentów w zakresie zdrowia i opieki, co może znacznie poprawić wyniki leczenia. Bardzo ważnym elementem w terapii jest edukacja pacjentów i ich rodzin w celu zapewnienia prawidłowych metod samokontroli. W Polsce brak jest strategii prowadzącej do organizacji takich zespołów multidyscyplinarnych.

Ważne

Niewydolności serca często towarzyszą inne liczne choroby i specyficzne potrzeby pacjentów. Opieka multidyscyplinarna zmniejsza liczbę hospitalizacji i śmiertelność, a także poprawia jakość życia pacjentów z niewydolnością serca.^{1 13 28}

Z inicjatywy Sekcji Niewydolności Serca, na stronach internetowych PTK (Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego) dostępny jest praktyczny przewodnik dla pacjenta i zajmującego się nim lekarza: „*Paszport pacjenta z niewydolnością serca*”. Dzięki tej wygodnej broszurce chory może kontrolować swoje parametry zdrowotne, zapisywać daty kolejnych wizyt, poszerzać swoją wiedzę na temat niewydolności serca. W broszurce zawarto również podstawowe informacje na temat stosowanych w leczeniu niewydolności serca leków i ich działania. Przedstawiono porady dotyczące stosowania prawidłowej diety i aktywności fizycznej. Poradnik zawiera informacje o zasadach samokontroli, dzięki której możliwe jest uniknięcie ponownego zaostrzenia niewydolności serca.



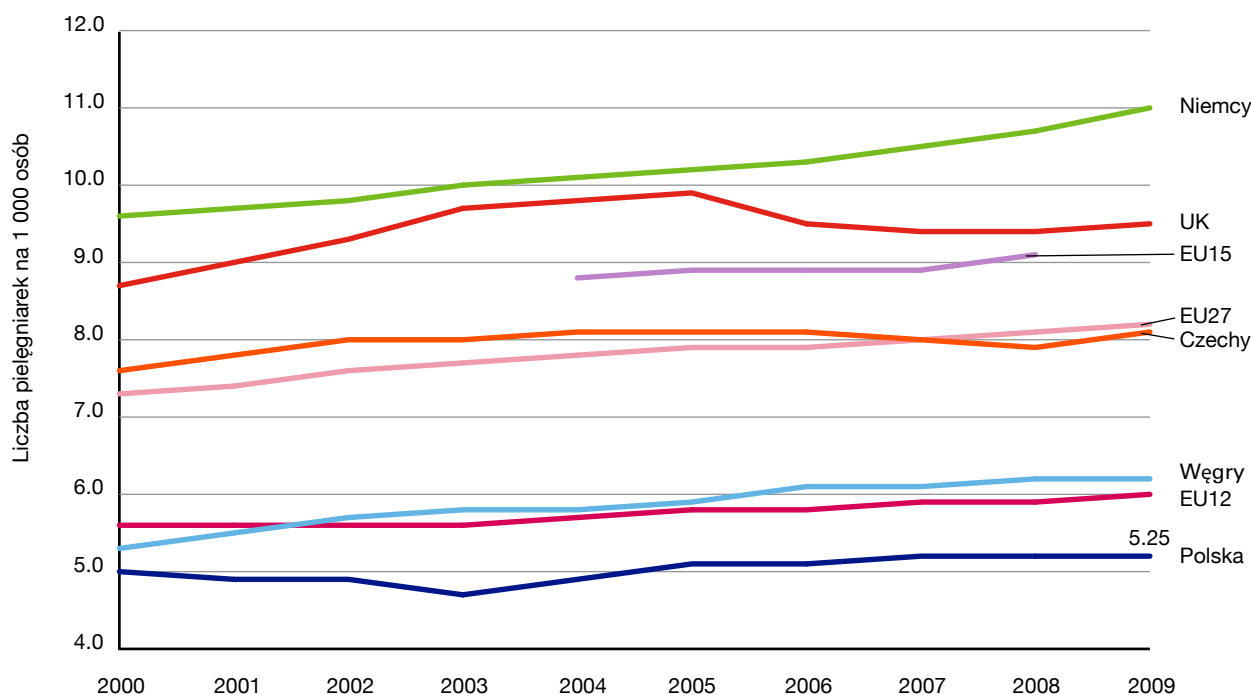
Wprowadzenie „*Paszportu*” ma na celu ułatwienie prawidłowej kontynuacji leczenia ambulatoryjnego po wypisie ze szpitala. Ma służyć jako pomoc zarówno choremu, jak i lekarzowi rodzinnemu. „*Paszporty*” stanowią źródło informacji o chorym – o etiologii choroby, jej dotychczasowym przebiegu, stosowanym leczeniu, planowanym dalszym postępowaniu. Mają one pomóc w komunikacji pomiędzy lekarzami ogólnymi i specjalistami w opiece ambulatoryjnej i szpitalnej.³⁰

W Polsce nie ma pielęgniarek niewydolności serca

Lekarze rodzinni i specjaliści pracujący w opiece ambulatoryjnej nie są w stanie sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na leczenie chorych z przewlekłą niewydolnością serca. Większość lekarzy jest przeciążona dużą liczbą konsultacji oraz wymogami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji stąd często brak jest dostatecznej ilości czasu, aby prowadzić nie tylko leczenie ale i edukację pacjentów z niewydolnością serca, których liczba systematycznie rośnie. Jednocześnie są to pacjenci, cierpiący na liczne schorzenia współistniejące i prawidłowe, holistyczne podejście do leczenia wymaga poświęcenia na wizytę dłuższego czasu. W opiece nad tymi chorymi bardzo pomocne mogłyby być wyspecjalizowane w niewydolności serca pielęgniarki. Doświadczenia wielu krajów dowodzą, że polem ich działania może być edukacja, monitorowanie stanu klinicznego i efektów leczenia, dostosowywanie do potrzeb liczby i terminów wizyt kontrolnych w poradni kardiologicznej.

Niestety, liczba pielęgniarek, w tym pielęgniarek kardiologicznych w Polsce jest bardzo mała w porównaniu ze średnią w UE i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej (**Rycina 1**)²⁴. W 2015r. w Polsce było 1 668 pielęgniarek kardiologicznych, a ich rozmieszczenie bardzo nierówne w różnych regionach kraju. W województwie mazowieckim było 229 pielęgniarek kardiologicznych, natomiast w województwie podlaskim tylko 4.¹⁸ Aktualny system szkoleń i finansowanie usług medycznych nie przewiduje zaangażowania specjalistycznych pielęgniarek zajmujących się w pełnym zakresie ambulatoryjną opieką nad pacjentami z niewydolnością serca. Warunkiem wdrożenia tego niezbędnego ogniwa opieki nad pacjentami jest wprowadzenie możliwości odpowiedniego szkolenia i finansowania takich działań.^{15 16 17 27 38 39}

Rycina 1. Liczba pielęgniarek na 1 000 osób w Polsce i wybranych krajach europejskich w latach 2000-2009



Ważne

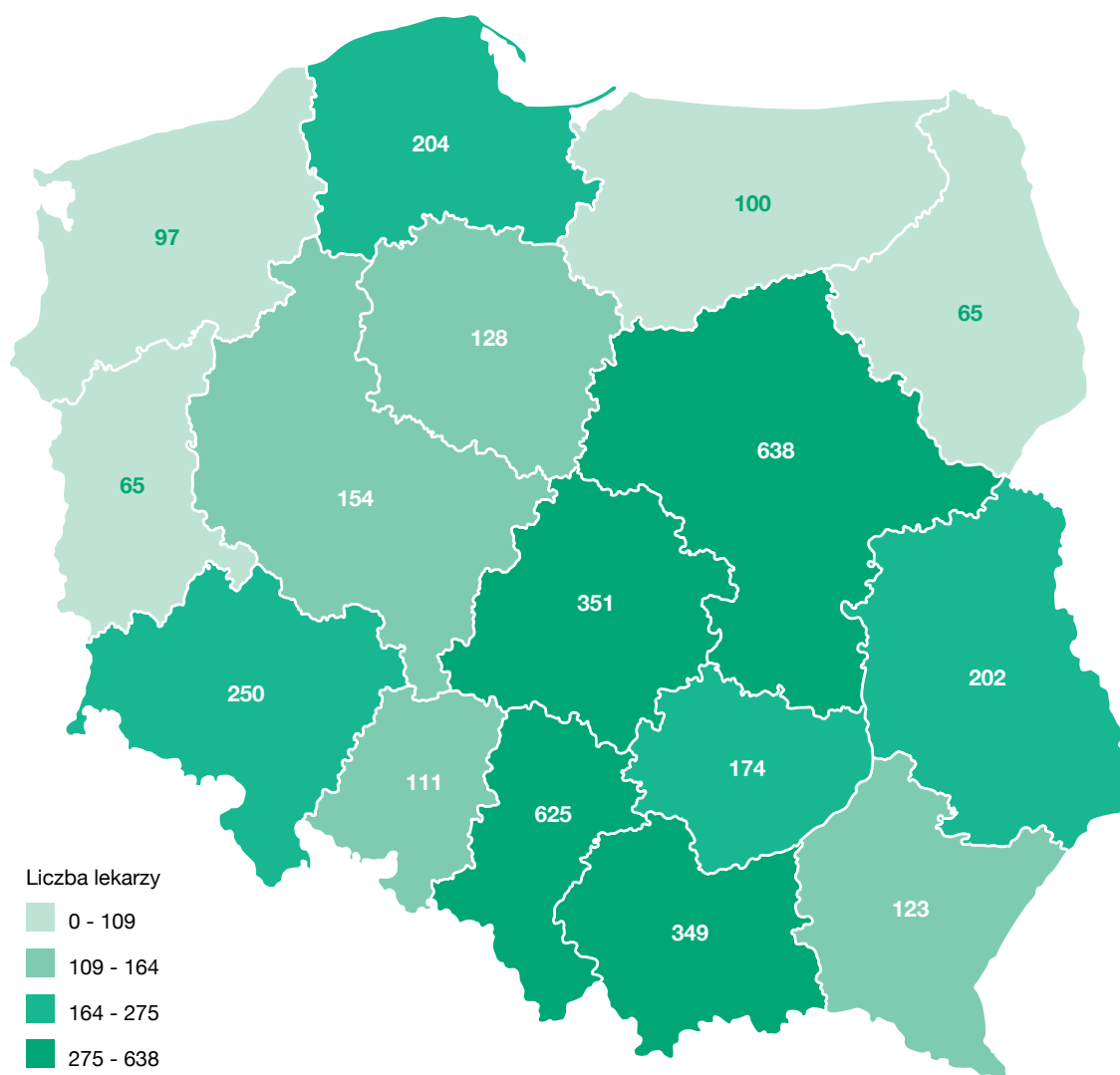
Wykazano, że w wyniku zaangażowania wyspecjalizowanych pielęgniarek w proces opieki wielospecjalistycznej w niewydolności serca maleją współczynniki ponownych przyjęć do szpitala, ulega poprawie jakość życia pacjentów, co przynosi znaczące korzyści ekonomiczne.^{29 30}

Pierwsze tygodnie bezpośrednio po wypisie ze szpitala są okresem zwiększonego ryzyka ponownej hospitalizacji. Poprawa opieki ambulatoryjnej zwłaszcza w ciągu pierwszych 30-60 dni po wypisie oraz edukowanie lekarzy ogólnych w zakresie niewydolności serca jest ważne dla poprawy rokowania w tej chorobie przewlekłej.

zapewnić dobry i równy dostęp do opieki i leczenia

Liczba kardiologów w poszczególnych regionach Polski odzwierciedla istotne nierówności w dostępie do opieki specjalistycznej (Rycina 2).

Rycina 2 – Liczba kardiologów w każdym z województw w 2013r. Opracowanie Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych z Naczelnej Izby Lekarskiej.



Liczba lekarzy

- 0 - 109
- 109 - 164
- 164 - 275
- 275 - 638

ŹRÓDŁO: opracowanie DAiS na podstawie danych NIL

ŹRÓDŁO: Efektywne działanie przez mapowanie, 2015. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski.

Różnice regionalne w dostępie do specjalistycznej opieki zdrowotnej mogą prowadzić do trudności w diagnostyce i leczeniu niewydolności serca na niektórych obszarach w Polsce.^{24 31} Na przykład, w obszarach wiejskich dostęp do procedur diagnostycznych jest o wiele mniejszy niż w obszarach miejskich, podobnie jest z rozmieszczeniem lekarzy i pielęgniarek.^{18 24}

Stosowanie procedur zalecanych w diagnostyce niewydolności serca w populacjach osób w podeszłym wieku jest gorsze niż w przypadku osób młodszych.³² Konieczne jest szkolenie kardiologów, internistów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej i paliatywnej.^{32 33}

Ważne

W Polsce występują różnice regionalne w dostępie do opieki specjalistycznej.

Dostęp do procedur zalecanych w diagnostyce niewydolności serca w populacjach osób w podeszłym wieku jest gorszy niż w przypadku osób młodszych.

Początkowe leczenie dużej liczby chorych odbywa się w przyszpitalnych przychodniach specjalistycznych,²² ale największa grupa jest leczona w poradniach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,¹⁰ którzy nie są do tego optymalnie przygotowani. Przeprowadzone badania sugerują, że lekarze ogólni rzadziej stosują procedury diagnostyczne i leki w oparciu o wytyczne, niż kardiolodzy.^{34 35} Rzadko optymalizowane są dawki podstawowych leków stosowanych w leczeniu niewydolności serca, dlatego są one stosowane w dawkach mniejszych niż zalecane w wytycznych. Wynika to z mniejszego doświadczenia lekarzy POZ i internistów w prowadzeniu pacjentów z niewydolnością serca oraz obawy przed zmianą leczenia i pogorszenia stanu pacjentów⁶. Wskazuje to na potrzebę edukacji w tym zakresie.

By poprawić tę sytuację w 2015 r. wydano w oparciu o wytyczne ESC dokument dla lekarzy rodzinnych „Zasady postępowania w niewydolności serca. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego”, w celu ułatwienia im szerokiej implementacji prawidłowego postępowania w opiece ambulatoryjnej³⁶. Jednak ograniczone finansowanie nadal stanowi przeszkodę ich pełnej realizacji.¹⁹

Ważne

Wykazano, że lepsza znajomość problematyki niewydolności serca w środowisku lekarzy ogólnych oraz stosowanie wytycznych wiążą się z lepszymi wynikami leczenia.¹

Efektom konsekwentnego wdrażania wytycznych postępowania w niewydolności serca jest poprawa przeżycia i lepsza jakość życia pacjentów.¹

Dostęp do rehabilitacji kardiologicznej jest niedostateczny

Rehabilitacja kardiologiczna jest zalecana jako bezpieczne i skuteczne postępowanie w niewydolności serca.²³ Wykazano, że poprawia ona jakość życia oraz zmniejsza liczbę hospitalizacji³⁷ Jest również postrzegana jako skuteczne narzędzie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.³⁸

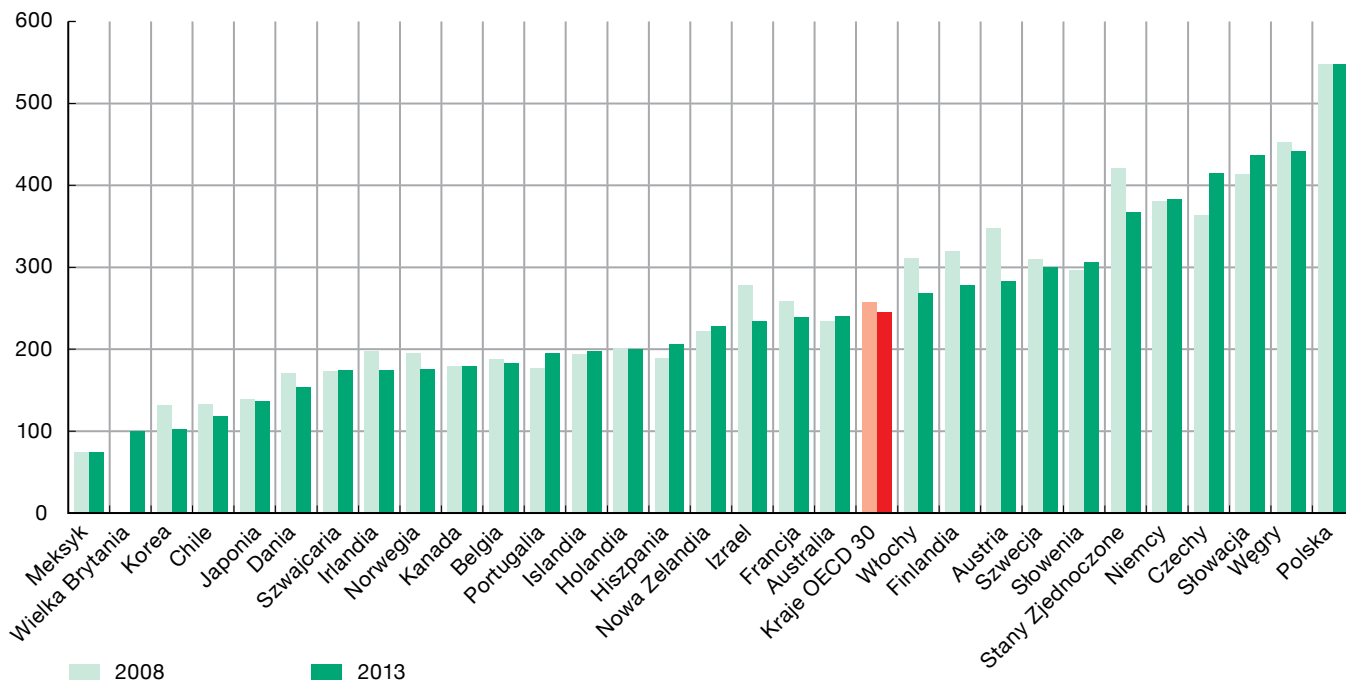
Niemniej jednak, tylko 1 na 22 pacjentów z niewydolnością serca w Polsce korzysta z rehabilitacji.⁹ Często ze względu na ograniczoną dostępność, niedostateczne finansowanie i brak skierowań.²⁶ Na rehabilitację medyczną przeznaczają się tylko 4% budżetu przeznaczanego na leczenie niewydolności serca.⁹

W Polsce leczenie szpitalne niewydolności serca w większości przypadków jest odpowiednie, ale dalsza opieka po wypisaniu ze szpitala wymaga rozwiązań systemowych. Długie terminy oczekiwania na kontrolne wizyty kardiologiczne zmniejszają szanse na optymalizację terapii niewydolności serca wkrótce po wypisie ze szpitala. Pacjenci z rozpoznaną niewydolnością serca powinni mieć ułatwiony dostęp do kardiologa, zwłaszcza jeśli pielęgniarka niewydolności serca stwierdzi niepokojące objawy.

Współczynnik hospitalizacji z powodu niewydolności serca w Polsce jest alarmująco wysoki (Ryc. 3). Spośród wszystkich przyjęć do szpitala związanych z niewydolnością serca, 83% stanowią przypadki nagłe,⁹ co sugeruje istotną potrzebę poprawy w zakresie wczesnej identyfikacji oznak pogorszenia przebiegu choroby.

Rycina 3. Przyjęcia do szpitala dorosłych pacjentów z zastoinową niewydolnością serca w latach 2008 i 2013.

Współczynniki standaryzowane według wieku-płci na 100 000 pacjentów



Źródło: The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD indicators. Health at a Glance 2015. OECD Publishing, Paris, 2015.

Aby poprawić warunki opieki ambulatoryjnej, monitorowanie i współczynniki hospitalizacji środowisko kardiologów wskazało na pilną potrzebę stworzenia sieci poradni niewydolności serca,^{8 10 22} które będą systematycznie wspierane przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia.

Ważne

W Polsce Sekcja Niewydolności Serca PTK rekomenduje utworzenie sieci specjalistycznych poradni zajmujących się niewydolnością serca. Taki model ma służyć poprawie dostępu do procedur diagnostycznych,²² uruchamianiu zespołów prowadzących skoordynowaną opiekę wielospecjalistyczną^{22 39}

Zwiększony dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i poprawa nadzoru nad pacjentami mogą znacznie zmniejszyć liczbę hospitalizacji,³⁹ obniżając całkowite obciążenia finansowe związane z niewydolnością serca.⁷

Obecnie holistyczna opieka nad pacjentami z niewydolnością serca w Polsce pozostaje w sferze marzeń. Musimy stworzyć system wielokierunkowego wsparcia i edukacji tych chorych aby umożliwić im aktywne zaangażowanie w proces leczenia.

zwiększyć znajomość problemów związanych z niewydolnością serca w społeczeństwie i wśród pracowników systemu ochrony zdrowia

W społeczeństwie świadomość problematyki niewydolności serca nie jest dostateczna. Dotyczy to także części środowiska lekarskiego. W ostatnich latach podjęto kilka inicjatyw mających na celu zmianę tej sytuacji. Jedną z nich są obchody Dnia Świadomości Niewydolności Serca, które miały miejsce w 2014 i 2015 r. w Krakowie, a w 2016r. również w Warszawie. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne opracowało edukacyjną stronę internetową dla pacjentów i ich rodzin służącą szczegółowej edukacji (www.slabserce.pl). Konieczne jest zwiększenie zasięgu działań promocyjnych w całym kraju oraz skierowanie informacji do lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w celu poprawy wczesnego rozpoznawania jak i zgodnego z wytycznymi postępowania terapeutycznego. Mogą temu służyć opracowane ostatnio wytyczne skierowane do lekarzy rodzinnych^{28 36}. Stworzenie „szybkiej ścieżki” skierowań do kardiologa w przypadku podejrzenia niewydolności serca może skrócić czas oczekiwania i poprawić wyniki leczenia.

Ważne

Konieczne jest wdrożenie stałych programów szkolenia podyplomowego lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów zespołów wielospecjalistycznych sprawujących opiekę nad pacjentami z niewydolnością serca w celu rozpoznawania i leczenia niewydolności serca zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi.

Wiele osób nie rozpoznaje objawów przedmiotowych i podmiotowych niewydolności serca

Polska została objęta badaniem *Study of Heart Failure Awareness and Perception in Europe (SHAPE)* [Badanie Świadomości i Postrzegania Niewydolności Serca w Europie], które oceniało znajomość problematyki niewydolności serca w populacji ogólnej.⁵¹ Mimo że 90% respondentów z Polski twierdziło, że słyszeli o niewydolności serca, **tylko 5% potrafiło prawidłowo zidentyfikować objawy przedmiotowe i podmiotowe niewydolności serca,**⁴⁰ a jedynie 30% respondentów uważało, że te objawy stanowią poważny problem.⁴⁰

Niedostateczna wiedza na temat objawów przedmiotowych i podmiotowych niewydolności serca może sprawić, że pacjenci z objawami ostrej niewydolności serca z opóźnieniem będą szukać opieki lekarskiej. Zwłoka w rozpoczęciu leczenia szpitalnego o 4-6 godzin od wystąpienia objawów ostrej niewydolności serca może zwiększyć ryzyko zgonu.¹

Bieżące i przyszłe inwestycje w kampanie zwiększające społeczną świadomość niewydolności serca i, szerzej, chorób układu sercowo-naczyniowego, mogą pomóc Polakom dokonywać odpowiednich profilaktycznych zmian w stylu życia. Edukacja zachęci także do poszukiwania pomocy we wcześniejszych stadiach choroby, a także wyjaśni istotę choroby, opcje leczenia i ich koszty.⁴¹

Ważne

Opóźnienie leczenia szpitalnego w przypadku niewydolności serca o zaledwie 4-6 godzin po pojawieniu się objawów niewydolności serca może zwiększyć ryzyko wystąpienia zgonu.¹

Brak wiedzy o niewydolności serca prowadzi do niewystarczającego samozaangażowania w leczenie wśród pacjentów z niewydolnością serca

Świadoma samokontrola i zaangażowanie w leczenie stanowi ważny aspekt opieki długoterminowej nad pacjentami z niewydolnością serca. Chorzy powinni przyjąć aktywną rolę w monitorowaniu i optymalizacji leczenia swojej choroby.¹

Pacjenci z niewydolnością serca w Polsce nie zawsze mogą uzyskać odpowiednią informację od swoich lekarzy^{12 20 26}, w przychodniach jak również w szpitalu. Ponadto, materiały edukacyjne dla pacjenta dotyczące niewydolności serca dla polskich pacjentów są mało dostępne²⁵. Udostępnienie przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne internetowych, interaktywnych materiałów edukacyjnych powinno zwiększyć samozaangażowanie w leczenie, a także zapewnić edukację dla pacjentów i ich rodzin ale, konieczne jest rozwinięcie edukacji i wsparcia tych osób w ramach poradni i oddziałów kardiologicznych i internistycznych i rehabilitacyjnych.

Ważne

Zapewnienie pacjentom z niewydolnością serca odpowiedniej informacji o ich chorobie i zasadach optymalnego postępowania może pomóc w zmniejszeniu liczby niepotrzebnych ponownych przyjęć do szpitala i poprawić jakość ich życia.^{1 13}

Stworzenie polskiego rejestru niewydolności serca pozwoli na ocenę skali występowania niewydolności serca w Polsce i wyników jej leczenia. Obecnie brakuje szczegółowych i wiarygodnych danych na ten temat.

stworzyć system zbierania wiarygodnych danych epidemiologicznych i dalej poszerzać monitorowanie pacjentów

Stworzenie narodowego rejestru niewydolności serca w celu poprawy planowania strategicznego

Brak narodowego rejestru niewydolności serca stanowi przeszkodę w planowaniu strategicznym. Polska uczestniczy w rejestrach ESC, posiada rejestry przeszczepów serca, ankietę dotyczącą leczenia ambulatoryjnego niewydolności serca oraz rejestr w jednym specjalistycznym ośrodku leczenia niewydolności serca.^{25 41} Jednak ogólny, narodowy rejestr niewydolności serca dostarczyłby całościowych i dokładnych danych, które mogłyby pomóc w wyjaśnieniu zróżnicowania w epidemiologii i wynikach leczenia. Obecnie możemy posługiwać się w szacowaniu epidemiologii stosunkowo małymi badaniami oraz liczbami procedur rozliczonych w ramach NFZ, co prawdopodobnie nie odzwierciedla obiektywnie społecznych potrzeb zdrowotnych.

Rejestr zbierający dane dotyczące „rzeczywistych” ścieżek leczenia i optymalizacji farmakoterapii w polskich warunkach mógłby być wykorzystany jako podstawa planowania zmian w systemie opieki nad chorymi z niewydolnością serca.

Wykorzystanie danych z istniejących rejestrów chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak Śląski Rejestr Chorób Sercowo-Naczyniowych czy też Narodowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych jest często niewystarczające w planowaniu opieki zdrowotnej czy stratyfikacji ryzyka wśród pacjentów z niewydolnością serca. Wyniki zmian w systemie opieki nad pacjentami muszą być na bieżąco monitorowane, co jest niezbędne dla optymalizacji opieki i redukcji jej kosztów.

Ważne

Wiarygodne, systematycznie zbierane dane, są konieczne aby precyzyjnie określić niezbędne działania mające na celu poprawę opieki nad pacjentami z niewydolnością serca. Bez stałego monitorowania systemu niemożliwa jest też ocena efektywności kosztowej wprowadzanych zmian.

Podsumowanie danych dotyczących sytuacji epidemiologicznej i ekonomicznej w niewydolności serca w Polsce

Epidemiologia

Szacunkowa liczba osób z niewydolnością serca (zachorowalność)	600 000 ⁵ -750 000 ⁶
Szacunkowa zachorowalność na niewydolności serca (% populacji ogólnej)	2,6% ¹⁴
Szacunkowe występowanie (liczba nowych przypadków na rok)	220 000 ⁷
Współczynnik występowania	310,4 na 100 000 ¹⁸

Koszty

Bezpośrednie koszty niewydolności serca	1,703 miliarda PLN ⁷ (koszty bezpośrednich płatników) 672 milionów PLN ⁹ (tylko usługi NFZ)
Wydatki na niewydolność serca jako % całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną	3,2% ⁷
Szacunkowe roczne wydatki krajowe na leki na niewydolność serca	38,2 miliona PLN ⁷
Koszty pośrednie	151 milionów PLN ⁹ (tylko zasiłki z tytułu niezdolności do pracy)

Śmiertelność

Liczba zgonów spowodowana niewydolnością serca rocznie	42 862 ⁴² 91,6 na 100 000 mieszkańców rocznie ²⁵
% zgonów spowodowanych niewydolnością serca	11,3% ¹⁴
Śmiertelność szpitalna spowodowana niewydolnością serca	3,8% ¹⁰
Śmiertelność w krótkim okresie (30 dni) po rozpoznaniu	
Śmiertelność w krótkim okresie (30 dni) po wypisie ze szpitala	Brak danych
Śmiertelność w okresie jednego roku po rozpoznaniu	10,8% ⁸

Przyjęcia do szpitala

Szacunkowa liczba przyjęć do szpitala z powodu niewydolności serca (jako rozpoznanie zasadnicze)	6,0 na 1 000 ²⁷
Przyjęcia do szpitala związane z niewydolnością serca jako % wszystkich przyjęć do szpitala	Brak danych
Przeciętna długość pobytu w szpitalu (średnia)	69-8dni
% pacjentów z niewydolnością serca ponownie przyjętych do szpitala w okresie 30 dni po wypisie ze szpitala	Brak danych
% pacjentów przyjętych ponownie do szpitala co najmniej raz w okresie 1 roku	53,1% ⁸
% z tych przyjęć z przyczyn sercowo-naczyniowych	83,1% ⁸
% z tych hospitalizacji z powodu niewydolności serca	47,8% ⁸
% pacjentów hospitalizowanych w okresie sześciu miesięcy	31% ⁵

Strategia

Opracowane narodowe plany/strategie	<ul style="list-style-type: none">• Narodowy Program Zdrowia 2007-2015.¹⁷• Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego - POLKARD for 2017-2020.⁴³
Inne opracowane strategie/plany rządowe	<ul style="list-style-type: none">• Różne strategie zmniejszenia czynników ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego.²⁶

Wytyczne kliniczne

Wytyczne/standardy praktyki klinicznej	<ul style="list-style-type: none">• Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego przetłumaczone na język polski i promowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne^{26 44}• „Zasady postępowania w niewydolności serca. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego”³⁶
Audyty/rejestry/badania narodowe	<ul style="list-style-type: none">• DATA – HELP – prospektywny, wieloośrodkowy rejestr pacjentów ze skurczową niewydolnością serca leczonych ambulatoryjnie w Polsce.³⁴• ZOPAN – randomizowana ankieta interwencji ambulatoryjnych dotycząca pacjentów z niewydolnością serca w Polsce, część POLKARD.⁵• COMIT-HF – rejestr jednośrodkowy prowadzony na Śląsku.⁴¹• CAPS-LOCK-HF – prospektywne badanie wieloośrodkowe w Polsce.⁴⁵• ESC –HF Pilot – część wieloośrodkowego badania obserwacyjnego obejmującego Polskę.⁴⁶

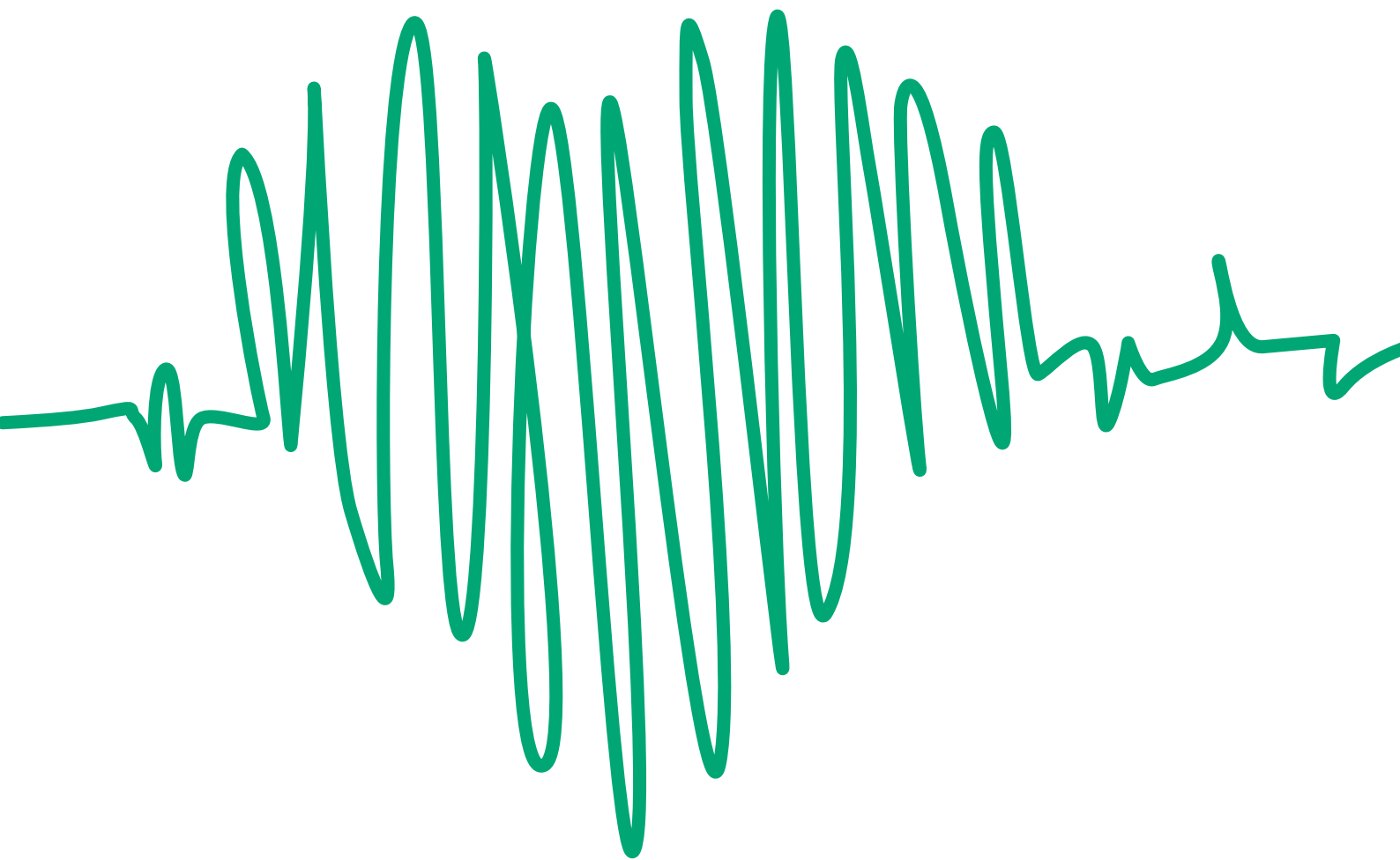
Świadomość dotycząca choroby

<p>Programy/debaty publiczne dotyczące świadomości</p>	<ul style="list-style-type: none">• Dzień świadomości niewydolności serca.^{47 48}• Europejska Karta Zdrowia Serca podpisana przez Ministerstwo Zdrowia.^{26 49}• Różne programy profilaktyki i świadomości czynników ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym działania związane ze Światowym Dniem Serca,⁵⁰ „Pamiętaj o sercu!”⁵¹ i inne.²⁶• Działania przesiewowe w „Białe soboty” poszukują nierozpoznanych w populacji ogólnej przypadków chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym niewydolności serca.
<p>Zasoby/wsparcie praktyczne pacjentów z niewydolnością serca i ich rodzin</p>	<p>Strona internetowa www.slabeserce.pl przygotowana przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne stanowiąca bogaty, multimedialny portal edukacyjny zapewniający edukację pacjentów z niewydolnością serca i ich rodzin.</p>

Piśmiennictwo

1. Ponikowski P, Anker S, AlHabib K, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. : European Society of Cardiology., 2014.
2. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, et al. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC health services research* 2010;10:77.
3. Thomas JR, Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: a systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiology research and practice* 2011;2011.
4. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2002;106(24):3068-72.
5. Rywik TM, Kolodziej P, Targonski R, et al. Characteristics of the heart failure population in Poland: ZOPAN, a multicentre national programme. *Kardiologia polska* 2011;69(1):24-31.
6. Rywik TM, Zielinski T, Piotrowski W, et al. Heart failure patients from hospital settings in Poland: population characteristics and treatment patterns, a multicenter retrospective study. *Cardiology journal* 2008;15(2):169-80.
7. Czech M, Opolski G, Zdrojewski T, et al. The costs of heart failure in Poland from the public payer's perspective. Polish programme assessing diagnostic procedures, treatment and costs in patients with heart failure in randomly selected outpatient clinics and hospitals at different levels of care: POLKARD. *Kardiologia polska* 2013;71(3):224-32.
8. Balsam P, Tyminska A, Kaplon-Cieslicka A, et al. Predictors of one-year outcome in patients hospitalized for heart failure: results from the Polish part of the Heart Failure Pilot Survey of the European Society of Cardiology. *Kardiologia polska* 2015.
9. Gierczynski J, Gryglewicz J, Karczewicz E, et al. Niewydolność serca - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. In: Lazarski I, Instytut Zarządzania W Ochronie Zdrowia, ed., 2013.
10. Sosnowska-Pasiarska B, Bartkowiak R, Wozakowska-Kaplon B, et al. Population of Polish patients participating in the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Kardiologia polska* 2013;71(3):234-40.
11. OECD. OECD indicators. Health at a Glance 2015 OECD Publishing, Paris, 2015.
12. Uchmanowicz I, Lobo-Rudnicka M, Jaarsma T, et al. Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS). *Patient preference and adherence* 2014;8:1521-6.
13. Cowie MR AS, Cleland JGF, Felker GM, Filippatos G, Jaarsma T, Jourdain P, Knight E, Massie B, Ponikowski P, Lopez-Sendon J. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalisation. *ESC Heart Failure* 2014;1:110-45.
14. Maniecka-Bryła I, Bryła M, Bryła P, et al. The burden of premature mortality in Poland analysed with the use of standard expected years of life lost. *BMC public health* 2015;15:101.
15. Stewart S, Ekman I, Ekman T, et al. Population impact of heart failure and the most common forms of cancer: a study of 1 162 309 hospital cases in Sweden (1988 to 2004). *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2010;3(6):573-80.
16. Organisation WH. Noncommunicable diseases country profiles 2014 - Poland. Secondary Noncommunicable diseases country profiles 2014 - Poland 2014. http://www.who.int/nmh/countries/pol_en.pdf?ua=1.
17. Poland MoH. National Health Program for 2007-2015. Secondary National Health Program for 2007-2015 2007. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.
18. mapowanie Embaedp. [Mapping health needs in cardiology for Poland] Mapa potrzeb zdrowotnychw zakresie kardiologii dla Polski. Secondary [Mapping health needs in cardiology for Poland] Mapa potrzeb zdrowotnychw zakresie kardiologii dla Polski 2015. http://mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_Polska.pdf.
19. Korewicki J, Rywik S, Rywik T. Management of heart failure patients in Poland. *European journal of heart failure* 2002;4(2):215-9.
20. Biegus J, Zymlinski R, Szachniewicz J, et al. Clinical characteristics and predictors of in-hospital mortality in 270 consecutive patients hospitalised due to acute heart failure in a single cardiology centre during one year. *Kardiologia polska* 2011;69(10):997-1005.
21. Krzysztofik JM, Banasiak W, Kurian B, et al. Clinical profile and management of outpatients with non-ischaemic systolic heart failure: subanalysis of the data-help study. *European Heart Journal* 2015;36 (Abstract Supplement):143-44.
22. Wizner B, Dubiel JS, Opolski G, et al. Access to selected diagnostic procedures in the management of heart failure patients in Poland - POLKARD 2005. *Kardiologia polska* 2010;68(3):265-72.
23. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European journal of heart failure* 2012;14(8):803-69.
24. Sagan A PD, Borkowski W, Dmowski M, Domański F, Czyżewski M., Goryński P KD, Kiersztyn E, Kowalska I, Książak M, Kuszewski K., Leśniewska A LI, Maciąg R, Madowicz J, Mądra A, Marek M., et al. Poland: Health System review. *Health Systems in Transition: WHO Regional Office for Europe*, 2011:1-193.
25. Seferovic PM, Stoerk S, Filippatos G, et al. Organization of heart failure management in European Society of Cardiology member countries: survey of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology in collaboration with the Heart Failure National Societies/Working Groups. *European journal of heart failure* 2013;15(9):947-59.

26. Jankowski P. Country of the Month - Poland. Secondary Country of the Month - Poland 2014. http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/poland-country-report.pdf.
27. OECD. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. Country Note - Poland. Secondary Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. Country Note - Poland 2015. <http://www.oecd.org/poland/Cardiovascular-Disease-and-Diabetes-Policies-for-Better-Health-and-Quality-of-Care-Poland.pdf>.
28. McDonald K, Ledwidge M, Cahill J, et al. Heart failure management: Multidisciplinary care has intrinsic benefit above the optimization of medical care. *Journal of Cardiac Failure*;8(3):142-48.
29. Gheorghide M, Vaduganathan M, Fonarow GC, et al. Rehospitalization for Heart Failure: Problems and Perspectives. *Journal of the American College of Cardiology* 2013;61(4):391-403.
30. Stewart S, Horowitz JD. Specialist nurse management programmes: economic benefits in the management of heart failure. *Pharmacoeconomics* 2003;21(4):225-40.
31. Lipczynska M, Szymanski P, Klisiewicz A, et al. Detection of heart failure at a primary care practice in a small town in Central Poland. *Kardiologia polska* 2012;70(10):1003-8.
32. Matusik P, Dubiel M, Wizner B, et al. Age-related gap in the management of heart failure patients. The National Project of Prevention and Treatment of Cardiovascular Diseases--POLKARD. *Cardiology journal* 2012;19(2):146-52.
33. Sobanski P, Stec S, Opolski G. Heart failure as a subject for palliative care. *Adv Pall Med* 2009;8(2):41-4.
34. Jankowska EA, Kalicinska E, Drozd M, et al. Comparison of clinical profile and management of outpatients with heart failure with reduced left ventricular ejection fraction treated by general practitioners and cardiologists in contemporary Poland: The results from the DATA-HELP registry. *International Journal of Cardiology* 2014;176(3):852-58.
35. Jankowska E, Kurian B, Zajackowski C, et al. Management of patients with systolic heart failure by cardiologists versus general practitioners in Poland: do we implement ESC guidelines efficiently? *European Heart Journal* 2011;32 (Abstract Supplement):919.
36. Wojtasiński Z. Eksperci: od czerwca paszporty pacjentów dla osób z niewydolnością serca. Secondary Eksperci: od czerwca paszporty pacjentów dla osób z niewydolnością serca 2014. http://www.niewydolnoscserca.com.pl/paszporty_pacjentow.pdf.
37. Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, et al. Exercise-based rehabilitation for heart failure: systematic review and meta-analysis. *Open heart* 2015;2(1):e000163.
38. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 2010;17(1):1-17.
39. Wierchowicki M, Poprawski K, Nowicka A, et al. A new programme of multidisciplinary care for patients with heart failure in Poznan: one-year follow-up. *Kardiologia polska* 2006;64(10):1063-70; discussion 71-2.
40. Remme WJ, McMurray JJV, Rauch B, et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *European Heart Journal* 2005;26(22):2413-21.
41. Gasior M, Pyka L, Gorol J, et al. COntemporary Modalities In Treatment of Heart Failure: report from the COMMIT-HF Registry. *Kardiologia polska* 2015.
42. Rywik TM, Koziarek J, Piotrowski W, et al. Trends in heart failure mortality in Poland between 1980 and 2010. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2013;123(12):664-71.
43. Poland MoH. Ordinance of the Minister of Health of 10 November 2015. on the appointment of the Team for the drafting of the health policy program "National Programme of Equalization Accessibility for Disease Prevention and Treatment of Cardiovascular POLKARD for the period 2017-2020". Secondary Ordinance of the Minister of Health of 10 November 2015. on the appointment of the Team for the drafting of the health policy program "National Programme of Equalization Accessibility for Disease Prevention and Treatment of Cardiovascular POLKARD for the period 2017-2020" 2015. http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2015/75/akt.pdf.
44. Society PC. Guidelines. Secondary Guidelines 2015. <http://www.ptkardio.pl/Wytyczne-278>.
45. Siennicka AE, Goscinska-Bis K, Wilczek J, et al. Perception of health control and self-efficacy in heart failure. *Kardiologia polska* 2015.
46. Maggioni AP, Dahlstrom U, Filippatos G, et al. EURObservational Research Programme: the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *European journal of heart failure* 2010;12(10):1076-84.
47. Day HFA. Heart Failure Awareness Day : Information. Secondary Heart Failure Awareness Day : Information 2015. <http://www.niewydolnoscserca.com.pl/informacje>.
48. Day HFA. 1st Polish Heart Failure Awareness Day. Secondary 1st Polish Heart Failure Awareness Day 2014. http://www.niewydolnoscserca.com.pl/pliki/Heart_Failure_Awarness_Day_2014_report.pdf.
49. Charter EHH. The European Heart Health Charter. Secondary The European Heart Health Charter 2007. <http://www.heartcharter.org/default.aspx>.
50. Society PC. World Heart Day - Poland 2015. Secondary World Heart Day - Poland 2015 2015. <http://www.dzienserca.artsart.pl/>.
51. osercu! Pj. Pamieta j osercu! Secondary Pamieta j osercu! 2015. <http://www.pamietajosercu.pl/>.



Redakcja materiałów: Health Policy Partnership

Dokument powstał przy wsparciu finansowym Novartis.

Health Policy Partnership Ltd. to działająca w Londynie firma konsultingowa posiadająca specjalistyczną wiedzę w zakresie pomocy i wsparcia dla platform obejmujących wielu interesariuszy w obszarach określonych chorób oraz opracowywaniu opartych na dowodach budujących zaangażowanie narzędzi dla decydentów. W celu uzyskania dalszych informacji należy wejść na stronę www.healthpolicypartnership.com

