

MINISTER ZDROWIA

AKCEPTUJĘ

Z upoważnienia

2016 - 11 - 0 7
MINISTER ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

(Minister Zdrowia)

Katarzyna Głowala

**Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia
Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD
na lata 2013 – 2016**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2015, poz. 581, z późn. zm.).

Warszawa 2016 r.

I. Streszczenie

1) skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu

Realizacja „Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016” ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności¹ i umieralności² na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności³.

Głównym celem programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016” jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych⁴ m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej. Cel programu realizowany będzie poprzez doposażanie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego znajdującego się w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego, a także poprzez podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza tych czynników, którym można skutecznie przeciwdziałać, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia.

Ponadto, w uwagi na okoliczność, iż w ramach programu finansowane jest prowadzenie wybranych rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych i informacji o zachorowaniach, chorobach, stanie zdrowia, metodach leczenia, diagnozowania, monitorowania postępów w leczeniu oraz zagrożeniach związanych z występowaniem niektórych chorób, celem programu jest finansowanie prowadzenia przez wskazane w odpowiednich rozporządzeniach podmioty lecznicze wymienionych w programie rejestrów.

2) określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji

¹ Zapadalność/zachorowalność rozumiana jako liczba nowo zarejestrowanych przypadków konkretnej choroby w przedziale czasu (roku) na 100 tys. osób badanej populacji. W populacji, w której zapadalność i chorobowość utrzymują się na stałym poziomie, istnieje zależność: Chorobowość = zapadalność x średni czas trwania choroby.

² umieralność definiuje się jako liczbę zgonów na określoną liczbę osób (najczęściej 100 tys.) wśród ogółu obserwowanej populacji. Surowy współczynnik umieralności = liczba zgonów w określonym czasie / średnia liczba ludności w tym okresie * 10(n).

³ w literaturze przyjęto uważać za zgon przedwczesny (zaistniały przed naturalnym wygaśnięciem życia) śmierć przed 65. rokiem życia.

⁴ świadczenie opieki zdrowotnej lub procedura medyczna spełniające łącznie następujące kryteria: udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia; koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

Wysokość środków finansowych przekazanych w latach 2013-2014 oraz planowanych do przekazania w latach 2015-2016 z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia:

Rok	2013	2014	2015	2016	Razem
Planowane środki	10 516 909,10 zł	13 344 129,00 zł	15 929 000,00 zł	19 570 003,00 zł	59 360 041,10 zł

Wysokość środków na rok 2016 może ulec zmianie, gdyż budżet na programy polityki zdrowotnej, finansowane z rozdziału 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej, planowany jest na okres jednego roku. Wobec powyższego wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w kolejnym roku uzależniona jest od corocznych decyzji Kierownictwa Ministerstwa.

3) spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów.

Choroby układu krążenia pozostają niezmiennie od ponad 50 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców Polski. W roku 2011 ok. 45,5 % zgonów spowodowanych było chorobami układu krążenia (CHUK). Choroby układu krążenia należą także do wiodących przyczyn umieralności przedwczesnej (szczególnie wśród mężczyzn), chorobowości szpitalnej oraz trwałej lub okresowej niezdolności do pracy. W Polsce 2011 r. z powodu chorób układu krążenia zmarło 90 526 kobiet i 79 346 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 40% i 51% wszystkich przyczyn zgonów w Polsce. 29 808 kobiet i mężczyzn zmarło przedwcześnie, przed ukończeniem 65 roku życia.

Dominująca pozycja CHUK, jako najważniejszej przyczyny umieralności dotyczy większości krajów naszego kontynentu, szczególnie zaś krajów Europy Środkowej i Wschodniej. CHUK są przyczyną ponad 4,3 mln zgonów w krajach należących do regionu europejskiego WHO i ok.1,9 mln w krajach Unii Europejskiej. Według analiz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego koszt związany z leczeniem CHUK przekracza rocznie 169 miliardów EURO. Eksperti WHO przewidują, że CHUK pozostaną wiodącą przyczyną umieralności ogólnej w krajach rozwiniętych gospodarczo przynajmniej do 2030 roku, zaś na dwóch pierwszych pozycjach wśród przyczyn zgonów pozostaną tak jak w chwili obecnej choroba niedokrwienna serca (CHNS) i choroby naczyń mózgowych (CHNM).

Na początku okresu transformacji społeczno-ekonomicznej w Polsce tj. w latach 1989-90, CHUK były przyczyną ponad 52% zgonów, zaś bezwzględna liczba zgonów spowodowanych chorobami serca i naczyń sięgała 210.000 w skali roku. Polska była wówczas w gronie liderów europejskich statystyk umieralności z powodu CHUK, zaś w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej czy USA, w Polsce w latach 70-tych i 80-tych obserwowano bardzo niekorzystne zjawisko wzrostu ogólnej liczby zgonów oraz umieralności przedwczesnej z powodu CHUK.

Ten niekorzystny trend epidemiologiczny wzrostu umieralności z powodu CHUK zatrzymano na początku lat 90-tych. **Od roku 1991 aż do połowy pierwszej dekady XXI wieku obserwowano systematyczny spadek liczby zgonów z powodu chorób serca i naczyń. Tempo spadku wskaźników umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce na przełomie XX i XXI wieku było bardzo szybkie i zjawisko to zostało opisane w piśmiennictwie (m.in. Zatoński i wsp. 1998, Podolec i wsp. 2006, Jasiński i wsp. 2008).**

Aktualne wskaźniki umieralności z powodu CHUK a zwłaszcza wieloletnie trendy zmian w Polsce są bardziej korzystne niż w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Redukcja umieralności z powodu CHUK była najważniejszym czynnikiem, który spowodował wyraźne wydłużenie średniej

długości życia społeczeństwa polskiego w latach 1991-2005 (Wojtyniak i wsp. 2008).

Z tych powodów poprawa wyposażenia w sprzęt dla celów diagnostyki przyczyni się do dalszej poprawy wskaźników. Spodziewanym efektem realizacji Programu powinna być poprawa dostępu do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych uwarunkowana wyposażeniem w aparaturę medyczną w zakresie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii i chirurgii naczyniowej.

II. Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeb

1) opis problemu

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią wielowymiarowy problem, który można rozpatrywać na trzech płaszczyznach - zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej. Choroby te powodują ponad 45% wszystkich zgonów i są główną przyczyną przedwczesnej śmierci (tj. poniżej 65 r.ż.) Każdego dnia z ich powodu umiera średnio 476 osób, a co piąty zgon jest przedwczesny.

Pod względem liczby ludności Polska znajduje się na 34 miejscu wśród krajów świata i na 6 w krajach Unii Europejskiej.

W Polsce odnotowuje się zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn - widoczne już wśród chłopców. W młodszych grupach wieku, począwszy od 20-25 lat, współczynnik zgonów dla mężczyzn jest 4-krotnie wyższy niż dla kobiet, zaś w starszych grupach wieku - 3 i 2-krotnie wyższy.

Jak już wspomniano wyżej do głównych przyczyn zgonów w Polsce należą choroby układu krążenia, a następnie choroby nowotworowe oraz urazy i zatrucia). W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwuje się istotną poprawę, obecnie stanowią one przyczynę 45,5% wszystkich zgonów (w 2000 r. – prawie 48%, a na początku lat 90-tych – ponad 52%). Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa, obecnie ich udział w ogólnej liczbie zgonów kobiet wynosi prawie 52%, a wśród mężczyzn – niespełna 41%.

Obserwowana od początku lat 90-tych poprawa sytuacji w zakresie umieralności, jak wspomniano wyżej, korzystnie wpływa na długość trwania życia Polaków, przy czym nadal utrzymuje się różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet.

W 2009 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn wynosiło 71,5 lat, a dla kobiet – 80,1 lat. W porównaniu do początku lat 90-tych trwanie życia wydłużyło się o 5 lat dla mężczyzn oraz 4,6 dla kobiet (w 2000 r. parametr ten wynosił dla mężczyzn 69,7 lat, a dla kobiet 78,0). Ze względu na występujące w Polsce zjawisko nadumieralności mężczyzn różnica między trwaniem życia kobiet i mężczyzn wynosi 8,6 roku, a na początku dekady 8,3. Ponadto wg danych Eurostatu Polki są na czwartym miejscu wśród krajów Unii Europejskiej pod względem długości życia w zdrowiu, natomiast Polacy są w środku krajów Unii Europejskiej.

Warto zwrócić uwagę, że choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu ogółu Polaków dopiero w wieku powyżej 64 lat (powyżej 44 lat wśród mężczyzn i 69 lat wśród kobiet). Ustępują one bowiem w młodszym wieku przyczynom zewnętrznym w przypadku mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet w wieku 30-69 lata nowotworom a w młodszym wieku, podobnie jak wśród mężczyzn, przyczynom zewnętrznym.

Współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia u mężczyzn w wieku 25-64 lat wynosił w 2002 r. 251 zgonów/100 tys. mężczyzn, zaś u kobiet w tym samym przedziale wieku 75 zgonów/100 tys. kobiet. Po czterech latach realizacji Programu POLKARD w 2006 r. wskaźniki osiągnęły wartości odpowiednio 233/100 tys. (spadek o 7%) i 67/100 tys. (spadek o 10,5%). W 2010 r. powyższe wskaźniki także spadły i wyniosły odpowiednio 213/100 tys. (spadek o 8% w porównaniu z 2006 r.) i 59/100 tys. (spadek o 13% w porównaniu z 2006 r.). W 2011 r. współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia u mężczyzn w wieku 25-64 lat wynosił 198,7/100 tys., natomiast u kobiet 56,7/100 tys.

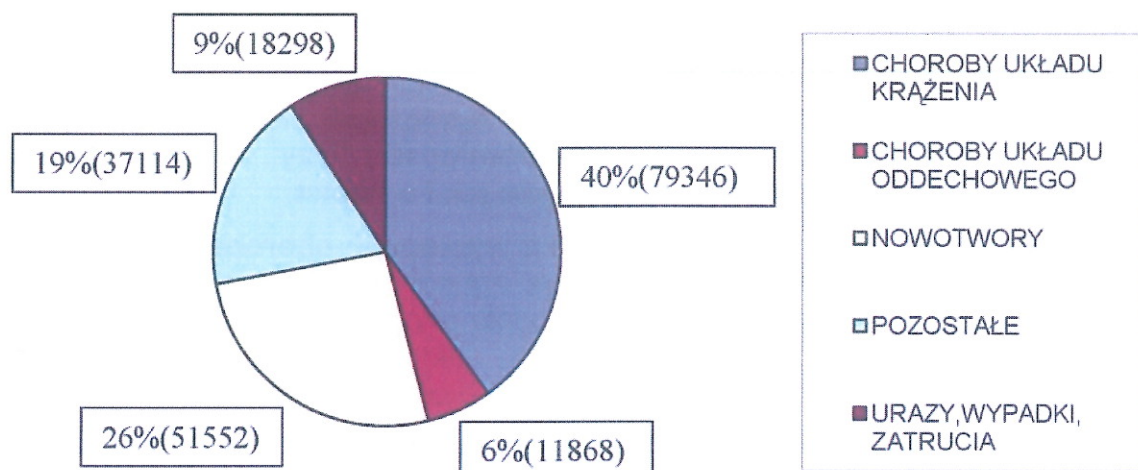
Odsetek zgonów z powodu nadciśnienia tętniczego sięga 3-4%. Odsetek zgonów z powodu wad serca, kardiomiopatii, czy zatoru płucnego nie przekracza 1,5-2,5% zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.

Najczęściej wśród chorób układu krążenia występują: choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca (w 2006 r. 50,0 tys. zgonów w tym zawał 23,1 tys., a więc odpowiednio 30% i 14% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (38,4 tys. zgonów, 23% całej grupy), inne choroby serca (40,1 tys. zgonów, 24%) oraz miażdżyca (30,2 tys. zgonów, 18%).

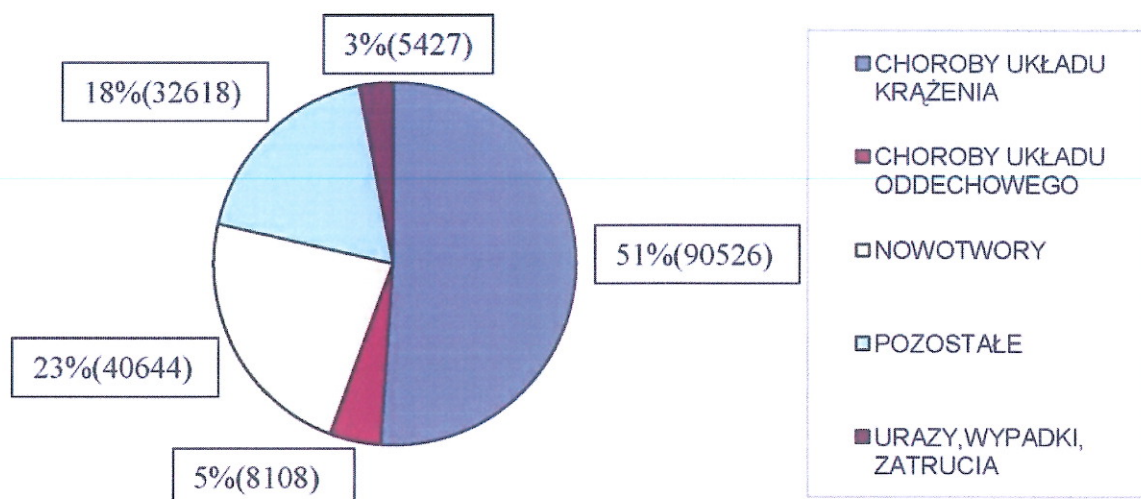
W roku 2011 liczba osób hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia wynosiła ogółem 1 082 652. Do najczęściej występujących należała: choroba niedokrwienna (291 012 osób hospitalizowanych, w tym na zawał serca 76 693, co stanowi odpowiednio 26,9% i 7,1% ogólnej liczby hospitalizowanych z powodu ChUK), niewydolności serca (169 239 osób, 15,6%) oraz choroby naczyń mózgu (124 839 osób, 11,5%).

Tab. 1. Rozkład przyczyn zgonów w Polsce w 2011 roku (rozkład procentowy oraz liczebność (N)).

MĘŻCZYŹNI



KOBIETY



Tab. 2. Współczynniki umieralności ogólnej na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011

MEŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	59,7	57,8	60,4	56,3	55,2	57,2	56,9	57,9	57,0	56,6	52,6	51,3
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	160,4	163,5	154,0	144,6	147,7	144,1	136,9	142,8	144,9	135,7	129,6	130,5
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	402,6	379,9	365,0	359,3	355,7	355,0	353,3	349,6	335,1	319,6	302,4	293,6
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	937,6	924,3	901,7	885,1	919,7	926,5	939,2	941,2	924,6	868,6	837,8	796,1
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	2131,9	2066,8	1980,7	1933,1	1918,9	1882,8	1889,1	1891,6	1856,5	1856,0	1800,3	1731,4
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	4500,1	4342,4	4218,1	4224,3	4125,0	4052,9	3959,5	3961,8	3847,1	3839,4	3719,4	3539,0
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	11274,0	10880,1	10536,0	10651,0	10146,6	10011,1	9750,6	9729,9	9704,0	9821,3	9458,2	9272,3
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	1289,9	1253,7	1219,7	1225,3	1199,8	1185,9	1162,7	1157,9	1134,0	1120,5	1073,1	1035,4
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	833,6	809,7	786,3	773,3	783,9	780,0	782,0	781,2	762,9	738,5	709,5	680,7

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	23,1	23,0	23,5	21,8	21,3	21,0	21,2	21,3	21,1	21,1	17,6	18,6
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	45,9	42,2	40,0	40,1	38,5	39,2	36,9	39,3	37,4	37,6	32,6	33,5
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	137,2	132,1	123,6	119,3	116,6	115,8	117,1	106,5	106,2	103,4	97,1	94,9
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	359,7	352,6	340,9	333,8	341,5	336,6	338,5	335,3	329,4	325,3	307,9	296,1
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	833,2	796,7	755,7	750,5	728,7	728,5	731,3	744,8	734,6	734,8	704,4	699,0
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	2169,1	2076,2	1977,3	1965,8	1875,7	1826,7	1773,8	1752,4	1720,0	1697,9	1665,4	1615,2
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	8797,3	8429,1	8098,4	8142,7	7751,6	7695,4	7436,8	7428,9	7418,1	7526,6	7319,5	7098,8
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	699,3	677,2	654,5	660,0	635,3	627,9	609,0	601,4	589,8	585,3	558,7	539,1
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	312,6	301,4	288,8	286,3	284,4	284,2	285,5	284,3	279,0	275,9	260,7	255,4

Tab. 3. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej chorobami układu krążenia

MEŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	2,7	2,3	2,5	2,3	2,4	2,6	2,6	2,6	2,7	2,9	2,4	3,0
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	15,1	15,8	13,9	12,5	13,3	13,3	13,7	14,3	16,3	15,2	14,4	14,2
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	87,1	84,6	76,5	71,4	69,2	69,5	71,2	69,3	67,5	66,3	63,7	56,1
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	305,1	292,9	274,9	263,9	272,5	265,4	264,1	265,1	264,5	255,7	245,1	224,3
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	822,9	800,7	742,1	717,0	692,6	657,8	656,4	650,0	644,0	649,2	616,8	584,1
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	2072,9	1980,2	1856,9	1860,3	1775,4	1695,9	1649,5	1615,7	1578,1	1573,9	1509,1	1407,8
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	6368,4	6152,8	5867,0	5921,4	5533,3	5371,7	5215,6	5178,8	5152,9	5278,8	5049,3	4862,9
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	584,7	569,0	539,9	544,4	518,4	500,7	488,0	479,9	471,1	472,4	446,7	422,0
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	276,2	268,0	250,6	243,0	241,6	233,7	233,3	231,5	228,4	225,5	213,6	198,7

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	1,2	1,3	1,5	1,2	1,3	1,4	1,2	1,4	1,4	1,7	1,4	1,3
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	5,1	5,1	5,4	4,1	5,2	4,8	4,5	5,0	5,3	5,1	4,8	4,9
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	25,4	24,0	21,5	20,9	20,0	18,4	19,9	16,9	17,1	16,4	15,5	15,5
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	87,2	82,1	77,5	73,4	76,0	71,5	71,4	68,6	67,5	67,9	60,9	57,1
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	286,1	270,4	233,8	223,3	220,4	208,0	196,0	197,0	195,6	194,7	183,1	176,5
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	1065,6	1009,0	939,7	917,8	861,6	819,5	778,3	747,5	716,0	712,0	679,3	632,2
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	5591,0	5405,1	5183,0	5205,8	4901,3	4806,5	4675,6	4676,3	4644,4	4732,2	4566,2	4385,7
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	359,0	349,1	334,0	336,2	319,2	308,9	296,6	289,9	281,6	280,3	264,0	248,7
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	88,5	83,9	75,5	72,5	73,3	69,6	67,5	66,0	65,1	64,4	59,2	56,7

Tab. 4. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej zgonem nagłym
MĘŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	3,5	3,7	2,9	2,8	2,4	2,3	2,0	2,5	2,8	1,8	2,1	1,5
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	39,7	36,2	30,6	27,6	25,8	23,3	23,9	20,8	19,3	17,8	17,5	13,4
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	153,1	140,9	126,1	119,7	114,7	110,0	109,5	107,7	102,0	88,2	86,8	77,4
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	380,7	356,9	326,7	316,8	299,0	277,1	269,4	260,1	246,3	231,2	228,6	209,8
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	811,8	759,5	722,4	702,6	662,3	621,0	614,0	588,4	553,4	515,9	510,6	487,7
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	1823,3	1754,8	1665,9	1676,8	1555,0	1548,3	1517,1	1414,1	1452,7	1440,3	1335,2	1360,7
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	207,9	197,0	185,0	183,7	172,5	166,2	163,0	153,6	149,9	141,9	134,8	130,3
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	130,3	121,0	110,0	106,4	101,5	95,5	93,4	90,3	84,9	77,1	75,5	67,8

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,7	0,5	0,6	0,2	0,2	0,7	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	6,5	6,1	4,2	4,7	4,3	3,7	3,7	3,7	3,1	2,7	2,2	2,4
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	26,0	25,9	21,7	21,7	21,9	18,7	20,6	18,0	16,5	17,0	14,7	13,2
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	102,1	92,2	75,0	72,7	73,4	65,4	60,7	61,6	57,6	55,1	49,0	50,7
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	341,0	320,2	292,0	282,7	262,6	244,4	233,9	220,6	209,4	189,4	180,8	177,0
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	1373,8	1300,8	1241,3	1232,7	1142,3	1172,3	1145,7	1060,6	1104,8	1089,4	998,5	1017,7
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	97,3	92,4	86,2	86,1	81,1	79,8	76,8	70,9	70,4	67,2	60,8	60,5
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	29,1	27,1	22,3	22,2	22,5	20,2	19,6	19,1	17,5	16,9	14,7	14,6

Tab. 5. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej chorobami naczyń mózgowych
MEŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,7	0,6	0,8	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	3,8	3,6	3,6	3,4	2,9	3,0	3,3	2,8	3,0	3,2	2,4	2,3
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	15,8	16,4	13,8	13,6	14,5	13,5	13,9	13,8	13,1	12,1	10,5	11,2
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	54,8	52,3	51,4	47,3	51,9	50,4	46,5	48,5	46,7	43,8	39,0	38,5
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	167,9	165,4	153,3	146,7	144,9	130,4	129,9	129,5	127,0	120,6	115,6	109,6
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	469,4	459,3	427,6	420,9	401,1	385,1	364,0	350,3	343,1	325,3	309,2	296,2
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	1382,7	1350,0	1291,9	1270,7	1174,1	1130,4	1100,1	1067,2	1022,1	992,3	945,8	920,2
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	123,6	122,0	115,7	113,7	108,4	103,4	99,7	96,9	92,9	88,7	83,1	80,1
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	53,9	52,9	50,0	48,0	49,3	46,0	45,0	45,1	43,6	41,1	37,8	36,4

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,3	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	2,2	2,0	2,0	1,8	2,0	1,9	1,3	2,1	1,7	1,7	1,5	1,6
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	9,7	9,2	8,8	8,8	8,9	8,0	7,0	6,1	5,5	5,4	5,4	5,0
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	29,9	28,4	28,6	25,5	26,0	24,4	23,3	21,7	21,2	20,6	19,1	17,6
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	81,9	79,1	72,0	65,1	66,0	61,4	56,0	55,0	53,2	49,7	48,9	46,0
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	313,5	300,3	282,5	272,6	248,0	236,8	219,8	202,7	192,3	185,7	176,9	167,9
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	1335,4	1351,0	1285,1	1230,7	1179,2	1131,7	1086,6	1043,8	1004,7	967,4	942,5	938,8
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	92,7	92,6	88,3	84,6	80,9	77,2	72,8	68,7	65,1	61,8	59,3	57,3
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	27,6	26,4	25,2	23,1	23,7	22,2	20,5	19,6	18,7	17,7	17,0	15,8

Tab. 5. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej udarem nieokreślonym
MĘŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,04	0,00	0,03	0,03	0,05	0,03	0,05	0,00	0,05	0,00	0,02	0,02
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,54	0,34	0,55	0,50	0,28	0,31	0,30	0,10	0,29	0,19	0,19	0,15
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	2,66	2,67	2,54	1,85	2,14	2,79	1,76	2,49	1,14	1,41	1,34	1,37
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	16,10	13,89	13,65	12,53	13,31	11,14	10,16	8,62	7,95	7,29	6,77	5,18
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	62,48	61,52	56,46	48,79	49,35	39,02	35,76	36,06	31,25	24,70	25,68	20,39
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	199,13	201,14	180,41	176,31	157,83	137,22	127,03	118,40	103,28	83,35	72,89	65,04
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	641,54	647,61	576,24	587,23	506,18	458,89	420,65	385,02	334,95	276,70	248,86	211,89
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	52,04	52,47	47,55	47,05	42,52	37,40	34,15	31,69	27,19	22,09	20,07	17,01
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	17,81	17,04	16,13	14,25	14,83	12,37	11,10	10,86	9,12	7,61	7,55	5,98

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,00	0,02	0,02	0,02	0,03	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,12	0,04	0,04	0,15	0,04	0,17	0,03	0,10	0,10	0,03	0,00	0,13
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	1,13	1,09	1,32	1,17	1,12	0,86	0,62	0,66	0,33	0,53	0,24	0,35
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	6,71	5,28	5,27	4,45	4,51	4,00	2,99	2,98	2,57	2,42	1,99	1,37
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	30,04	27,20	24,94	20,07	18,87	15,97	16,14	12,80	11,66	9,16	9,23	7,65
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	142,02	137,58	122,86	114,12	102,16	87,84	79,22	64,23	57,02	44,16	39,42	34,40
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	635,84	650,78	602,98	565,92	540,43	494,05	450,00	401,03	348,55	284,61	262,59	227,87
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	40,82	41,01	37,97	35,34	33,34	29,92	27,16	23,42	20,17	16,12	14,62	12,48
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	8,14	7,10	6,82	5,71	5,51	4,77	4,51	3,78	3,26	2,70	2,49	2,06

Tab. 6. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej kardiomiopatiami
MEŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,44	0,44	0,38	0,32	0,46	0,45	0,35	0,44	0,59	0,64	0,62	0,59
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	2,04	2,29	1,61	1,29	2,02	1,87	2,17	2,52	3,11	2,90	3,02	2,68
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	7,95	9,39	8,22	7,01	6,50	8,16	8,98	8,95	10,90	9,16	11,29	8,21
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	22,08	25,90	22,05	21,63	23,56	24,09	26,91	29,57	35,21	33,89	37,88	35,44
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	62,88	66,58	58,94	58,46	62,25	57,47	64,41	71,82	83,18	90,91	96,22	94,78
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	188,95	189,18	169,84	171,72	171,40	168,72	168,95	191,94	215,98	239,89	235,04	235,46
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	737,26	755,23	701,01	687,87	687,28	639,00	705,19	734,36	843,02	966,79	945,55	935,13
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	59,01	61,89	56,49	56,62	57,45	54,50	58,61	62,55	70,82	78,30	77,38	75,71
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	21,23	23,60	20,63	20,20	21,78	21,47	23,90	26,31	30,57	31,29	33,77	31,80

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,14	0,22	0,24	0,21	0,23	0,17	0,12	0,21	0,24	0,43	0,36	0,25
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,55	0,54	0,64	0,29	0,72	0,59	0,58	0,54	0,82	0,74	0,70	0,67
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	2,81	2,00	2,22	1,60	1,88	1,68	2,16	1,99	2,11	2,13	2,37	2,37
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	6,99	7,21	5,77	5,82	5,46	6,80	6,61	7,21	9,97	9,62	8,89	8,23
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	23,74	25,42	19,88	18,18	19,73	20,89	19,54	23,81	28,16	27,40	30,30	32,67
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	105,60	102,75	96,66	84,59	89,49	84,94	87,33	94,85	102,78	113,18	110,03	113,43
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	682,96	653,43	598,21	611,43	608,40	564,27	606,18	683,38	738,11	862,19	843,52	846,16
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	40,50	39,83	36,73	36,71	37,25	35,04	36,58	40,36	43,54	48,68	46,89	46,84
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	7,45	7,71	6,36	5,82	6,32	6,92	6,73	7,66	9,37	9,04	9,44	9,69

Tab. 7. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej miażdżycą

MEŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,04	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	0,84	0,58	0,67	0,66	1,07	0,93	0,61	0,90	0,57	0,72	0,20	0,34
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	7,09	6,43	7,40	8,18	7,95	7,20	7,38	5,55	6,91	7,94	3,03	3,70
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	46,66	42,52	42,08	39,73	36,38	35,52	34,28	33,62	33,88	38,97	19,83	23,66
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	208,00	192,81	188,25	219,24	214,07	199,39	182,85	189,25	182,56	182,96	163,72	119,11
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	1448,41	1359,19	1321,14	1427,77	1317,34	1256,54	1139,28	1245,49	1181,22	1163,59	1100,04	922,85
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	90,55	86,32	85,25	94,90	88,37	83,97	76,14	80,31	75,28	74,02	65,44	54,38
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	11,51	10,42	10,83	10,78	10,30	10,03	9,74	9,01	9,29	10,56	5,03	5,99

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,00	0,00	0,04	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	0,21	0,11	0,30	0,23	0,20	0,20	0,08	0,04	0,17	0,16	0,00	0,04
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	1,72	1,29	1,56	1,34	1,43	1,53	1,25	1,68	0,99	1,83	0,61	0,93
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	12,65	10,65	11,46	11,14	9,28	9,07	8,21	8,85	8,62	10,80	6,19	6,19
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	116,13	104,79	101,59	108,30	103,36	98,14	89,44	91,09	82,49	88,07	83,29	50,78
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	1441,50	1368,68	1332,10	1429,69	1307,53	1269,84	1176,62	1282,62	1229,85	1196,72	1136,41	945,14
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	71,64	69,15	68,95	75,70	69,40	66,71	61,12	64,76	60,06	57,69	52,66	41,91
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	2,95	2,46	2,81	2,74	2,42	2,45	2,17	2,38	2,15	2,80	1,45	1,52

Tab. 8. Współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców w grupach wieku dla lat 2000 - 2011 spowodowanej zatorem płucnym
MEŻCZYŹNI

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,10	0,06	0,14	0,11	0,06	0,06	0,03	0,08	0,19	0,09	0,05	0,09
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,46	0,68	0,62	0,64	0,73	0,37	0,53	0,52	0,58	0,47	0,65	0,49
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	2,10	2,13	1,90	2,35	2,14	1,82	1,84	1,92	2,03	1,73	2,61	1,48
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	6,24	5,97	5,21	5,27	6,49	6,35	5,84	6,01	5,31	4,92	5,65	5,52
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	14,96	16,23	16,23	14,02	16,18	16,68	13,90	14,92	12,22	14,18	12,41	10,65
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	37,46	41,46	36,02	37,06	39,84	37,45	34,24	29,45	27,08	33,38	24,71	25,31
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	65,73	64,32	67,53	74,14	79,18	80,72	67,01	64,93	59,40	62,39	57,41	50,71
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	8,31	8,62	8,35	8,56	9,26	9,29	8,13	7,78	7,00	7,64	6,83	6,17
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	5,39	5,64	5,41	5,11	5,90	5,85	5,13	5,48	4,67	4,84	4,95	4,18

KOBIETY

ROK	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
wsp. dla grupy wieku 1-24 lata	0,08	0,06	0,03	0,11	0,08	0,05	0,09	0,02	0,05	0,13	0,02	0,13
wsp. dla grupy wieku 25-34 lata	0,28	0,50	0,45	0,33	0,36	0,31	0,31	0,40	0,53	0,55	0,26	0,25
wsp. dla grupy wieku 35-44 lata	1,13	1,02	1,05	0,70	0,84	1,02	1,16	0,79	0,87	0,98	1,08	1,09
wsp. dla grupy wieku 45-54 lata	3,23	2,95	2,85	2,78	2,92	2,99	2,43	2,55	2,54	2,53	2,17	2,15
wsp. dla grupy wieku 55-64 lata	9,64	8,58	8,53	8,25	8,68	7,58	6,88	6,46	6,16	7,09	6,49	5,02
wsp. dla grupy wieku 65-74 lata	22,53	22,54	24,45	25,42	23,16	22,81	21,32	18,42	18,40	17,81	14,00	15,25
wsp. dla grupy wieku 75 lat i powyżej	46,60	49,97	54,99	52,21	58,72	57,07	54,86	48,78	51,16	49,68	45,27	46,47
stand. wsp. dla grupy wieku 1 rok i pow.	5,22	5,23	5,54	5,44	5,66	5,48	5,10	4,54	4,60	4,66	4,00	3,98
stand. wsp. dla grupy wieku 25-64 lata	3,18	2,94	2,90	2,72	2,92	2,78	2,50	2,35	2,34	2,57	2,27	1,95

Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia

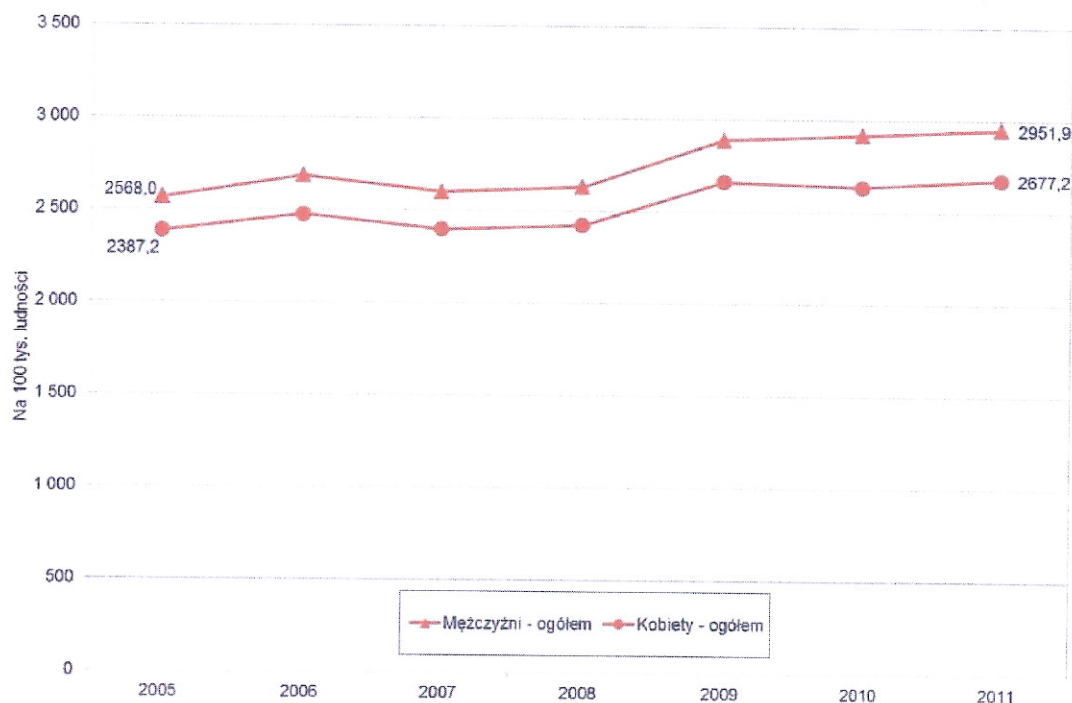
1) Choroby układu krążenia ogółem

1.1. Hospitalizowani ogółem

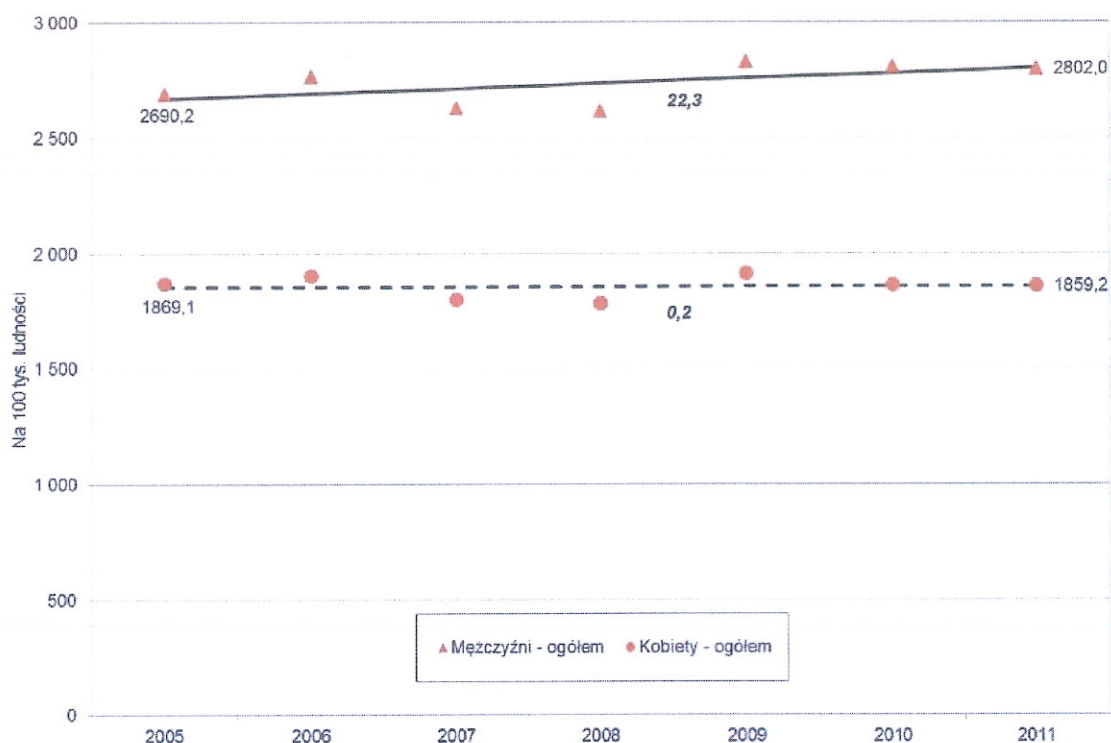
Choroby układu krążenia (CHuK) są przyczyną około miliona hospitalizacji mieszkańców Polski w ciągu roku (w 2011 r. 2855/100 tys. ludności). W latach 2005-2011 mężczyźni byli hospitalizowani o ok. 10% częściej niż kobiety, ale ta nieduża różnica wynika z niejednakowych struktur wieku obu populacji. Jeżeli przyjąć jednakową strukturę wieku dla mężczyzn i kobiet poprzez standaryzację współczynników, wówczas częstość hospitalizacji mężczyzn jest o 50% wyższa niż kobiet. Różnice o podobnej wielkości występowały również we wcześniejszych latach 1984-1996 (Tab. 1, 2).

Mieszkańcy miast i wsi są obecnie hospitalizowani podobnie często. Kobiety mieszkające na wsi są leczone w szpitalach z powodu ChUK o ok. 10% częściej niż mieszkanki miast, natomiast w przypadku mężczyzn dziesięcioprocentowa nadwyżka częstości hospitalizacji mieszkańców miast wynika praktycznie całkowicie z różnicy w strukturze wieku obu tych grup mężczyzn. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że w latach 1984-1996 mieszkańcy miast byli znacznie częściej leczeni w szpitalach z powodu ChUK niż mieszkańcy wsi, zwłaszcza w przypadku mężczyzn, ale z roku na rok wraz ze wzrostem częstości hospitalizacji nadwyżka ta stopniowo zmniejszała się (Tab. 3, 4).

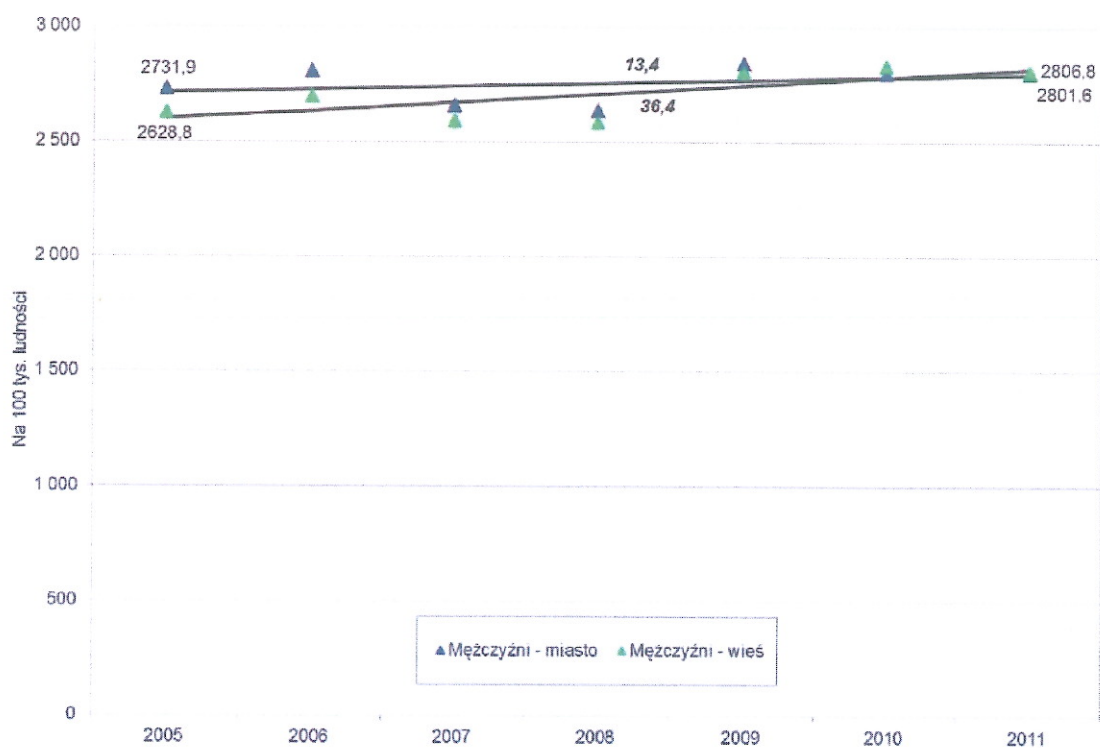
Dynamika zmian rzeczywistych współczynników hospitalizacji mieszkańców Polski z powodu chorób układu krążenia charakteryzuje się w miarę stałym tempem wzrostu w latach 1984-1996 i 2005-2011. Natomiast w przypadku współczynników standaryzowanych tempo ich wzrostu w ostatnich latach uległo wyraźnemu spowolnieniu w przypadku mężczyzn i wręcz zahamowaniu w przypadku kobiet. Warto zwrócić uwagę, że trendy hospitalizacji mieszkańców miast i wsi w latach 1984-1996 nie wskazywały na możliwość szybkiego zrównania się współczynników dla tych grup ludności. Może to świadczyć o zasadniczej poprawie dostępności leczenia szpitalnego dla mieszkańców wsi po reformie systemu ochrony zdrowia.



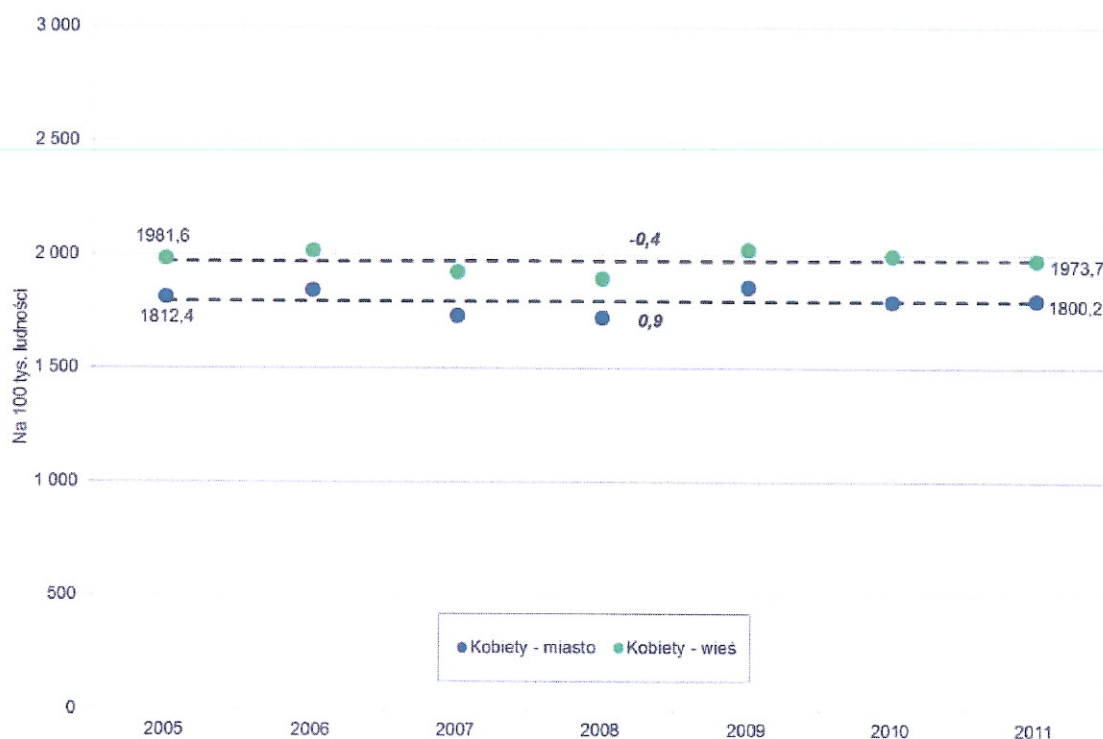
Tab. 1. Rzeczywiste współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn oraz kobiet w latach 2005-2011



Tab. 2. Standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn oraz kobiet w latach 2005-2011 - ich trendy oraz średnioroczne tempo zmian



Tab. 3. Standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn w miastach i na wsi w latach 2005-2011 - ich trendy oraz średnioroczne tempo zmian



Tab. 4. Standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) kobiet w miastach i na wsi w latach 2005-2011 - ich trendy oraz średnioroczne tempo zmian

1.2. Hospitalizowani w wieku 25-64 lata

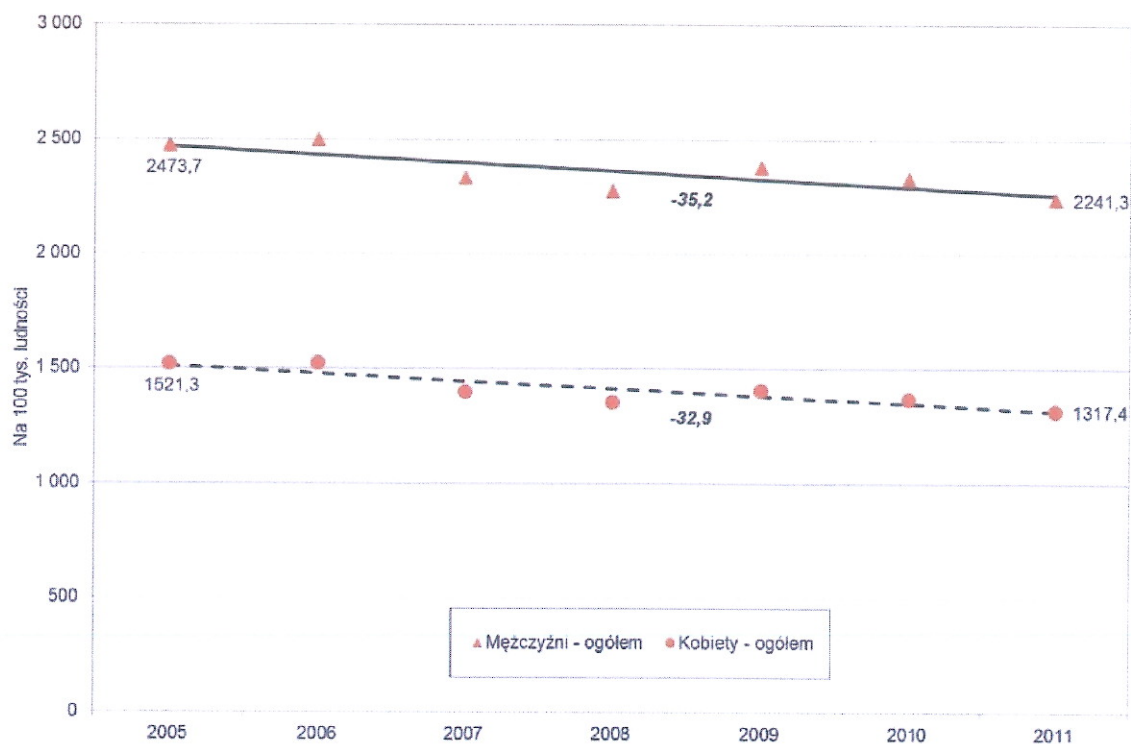
Pacjenci w wieku 25-64 lata w 2011 r. stanowili ok. 38% ogółu osób hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia (46% w przypadku mężczyzn i 30% w przypadku kobiet). W ostatnich dwóch latach mężczyźni byli hospitalizowani o ok. 62% częściej niż kobiety, ale jeżeli przyjmie się jednakową strukturę wieku dla mężczyzn i kobiet poprzez standaryzację współczynników, wówczas współczynnik chorobowości hospitalizowanej mężczyzn jest o 70% wyższy niż kobiet. Po roku 2005 nadwyżka hospitalizacji mężczyzn w porównaniu z kobietami powoli zwiększa się natomiast w latach 1984-1996 była ona w miarę stała na poziomie ok. 45% w przypadku współczynników rzeczywistych i 55% w przypadku współczynników standaryzowanych (Tab. 5, 6).

Osoby w wieku 25-64 lata mieszkające w miastach i na wsi są obecnie hospitalizowane z powodu ChUK podobnie często. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku współczynnik chorobowości hospitalizowanej z powodu ChUK kobiet mieszkających w miastach był w roku 2011 o 9% niższy niż mieszkających na wsi, natomiast w przypadku mężczyzn mieszkańcy miast byli hospitalizowani o 2% częściej niż mieszkańcy wsi. W latach 1984-1996 mieszkańcy miast w wieku 25-64 lata byli wyraźnie częściej leczeni w szpitalach z powodu ChUK niż mieszkańcy wsi, zwłaszcza w przypadku mężczyzn, ale nadwyżka ta zmniejszała się systematycznie z roku na rok – w przypadku mężczyzn z ponad 40% do poniżej 25% a w przypadku kobiet z 33% do zera (Tab. 7, 8).

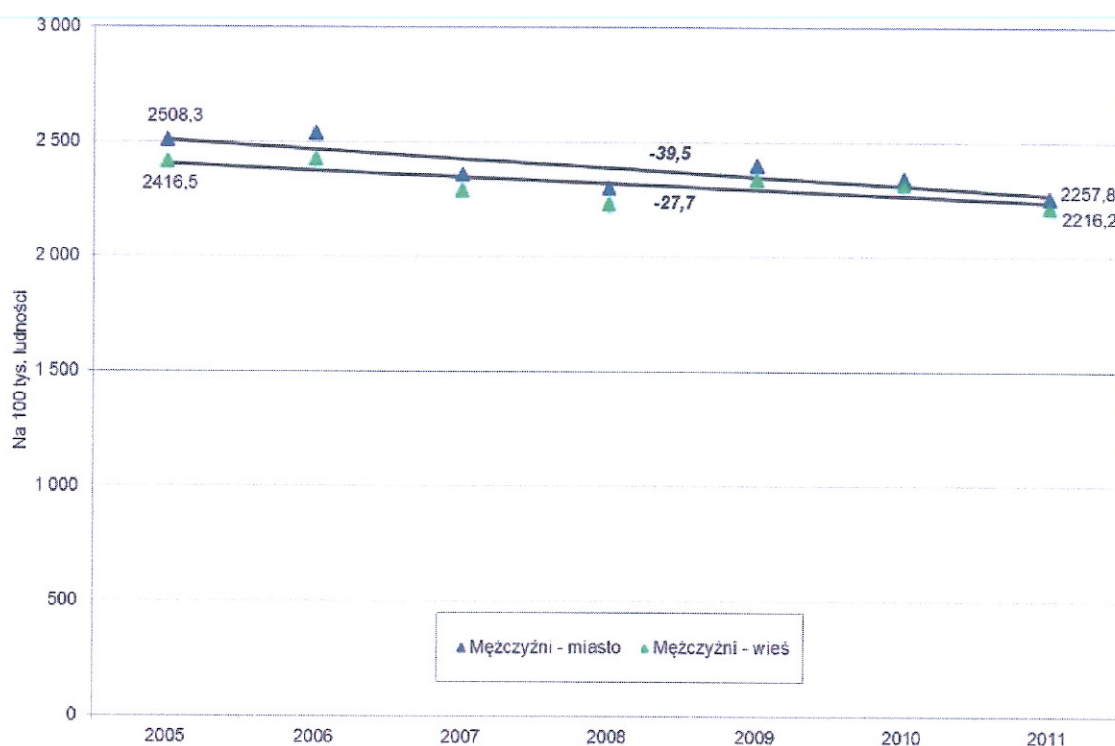
Zmiany standaryzowanych współczynników chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia mieszkańców Polski w wieku 25-64 lata charakteryzują się w ostatnich latach trendem spadkowym podobnym dla mężczyzn i kobiet a wartości współczynników w 2011 r. wpisują się w ten trend – są one o 4% niższe niż w roku 2010.



Tab. 5. Rzeczywiste współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn oraz kobiet w wieku 25-64 lata 2005-2011



Tab. 6. Standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn oraz kobiet w wieku 25-64 lata, w latach 2005-2011 - ich trendy oraz średnioroczne tempo zmian



Tab. 7. Standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn w miastach i na wsi w wieku 25-64 lata, w latach 2005-2011 - ich trendy oraz średnioroczne tempo zmian



Tab. 8. Standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) kobiet w miastach i na wsi w wieku 25-64 lata, w latach 2005-2011 - ich trendy oraz średnioroczne tempo zmian

Śmiertelność szpitalna w Polsce ulegała nieznacznemu zmniejszeniu w latach 2003-2006 z 2,3% do 2,1% ogółem dla wszystkich przyczyn hospitalizacji. Największe zmiany obserwuje się w zakresie nowotworów ogółem z 5% na 3,6% oraz w chorobach układu krążenia, ogółem z 6,3% na 5,9%. W 2011 r. śmiertelność szpitalna ogółem dla chorób układu krążenia wynosiła 5,7%.

Dane PZH wskazują na to, że śmiertelność w zawale serca zmalała w latach 1980-2005 z 22% do 8%, przy nieznacznym wzroście w 2006 r. co jest dowodem dużego wzrostu efektów działalności lekarzy kardiologów. W roku 2010 wynosiła 6,7%. Równocześnie sytuacja w Polsce na tle innych krajów członków OECD w ostatnich latach jest korzystna. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku udarów mózgu. Śmiertelność szpitalna (30 dniowa) osób leczonych z powodu zatoru mózgu w Polsce należy do najwyższych (36,9%) wśród krajów OECD. Lepsza sytuacja ma miejsce w przypadku śmiertelności z powodu krwotoku mózgowego (11,6%).

Choroby układu krążenia (I00-I99)

ROK	Ogółem	Współczynniki na 10 000 mieszkańców	Średnia długość pobytu w dniach
2011	1 082 652	281,0	brak danych
2010	1 124 234	294,4	brak danych
2009	1 100 797	brak danych	6.7
2008	1 176 032	308.5	6.8
2007	1 139 668	299.0	7.1
2006	1 163 387	305.1	7.5
2005	1 153 137	302.2	7.6

Należy podkreślić, iż większość danych statystycznych jest dostępnych z kilkuletnim opóźnieniem, a Główny Urząd Statystyczny nie przygotowuje publikacji dotyczących statystyki chorób układu krążenia, dostępne są jedynie ogólne dane dotyczące ochrony zdrowia oraz wybranych jednostek chorobowych (np. choroby zakaźne).

Hospitalizacja osób leczonych z powodu chorób układu krążenia według wybranych grup rozpoznań w 2011 r.⁵

Jak podano wyżej najczęstszymi powodami hospitalizacji z powodu CHUK są: **choroba niedokrwienna serca** (291 012 hospitalizacji w 2011 roku, w tym 76 693 osób hospitalizowanych z powodu zawału serca), **niewydolność serca** (169 239 hospitalizacji w 2011) oraz **choroby naczyń mózgowych** (124 839 hospitalizacji w 2011, w tym 68 020 z powodu zawału mózgu i 10 151 z powodu krwotoku mózgowego). **Te trzy duże grupy przyczyn stanowią ponad 55 % wszystkich hospitalizacji w naszym kraju z powodu CHUK.** Ponadto liczba osób hospitalizowanych z powodu **nadciśnienia tętniczego** wyniosła 95 891 natomiast z powodu **miażdżycy** 55 072.

Do częstych przyczyn hospitalizacji z powodu CHUK w Polsce należą także: zaburzenia rytmu serca (126 879 hospitalizacji), **choroby żył** (70 724 hospitalizacji), w tym 31 657 osób hospitalizowanych z powodu **żylaków kończyn dolnych** oraz 21 139 osób hospitalizowanych z powodu **kardiomiopatii**).

Mniej częstymi przyczynami hospitalizacji są: zator płucny (100 005 hospitalizacji), **tętniaki** (9 413 hospitalizacji) oraz **zatrzymanie czynności serca** (7 804 hospitalizacji). **Te wymienione powyżej choroby/grupy chorób stanowią łącznie ponad 1 milion hospitalizacji to jest ponad 91% wszystkich hospitalizacji z powodu chorób serca i naczyń w Polsce.**

⁵ Źródło danych: Raport pn. *Monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji ludności z powodu chorób układu krążenia w Polsce.*

Tab. 9. Choroby układu krążenia analizowane w raporcie – liczebności, współczynniki hospitalizacji i śmiertelność szpitalna – rok 2011

Rozpoznanie	Liczebność	Odsetki od ogólnej liczby hospitalizowanych	Współczynniki na 100 tys. ludności	Śmiertelność szpitalna w %
Ogółem (I00-I99)	1 082 652	100	2810.2	5.7
Choroba nadciśnieniowa I10-I15)	95 891	8,9	248.9	0.3
Choroba niedokrwienna I2G-I25)	291 012	26,9	755.4	2.3
Zawał serca (I21-I22)	76 693	7,1	199.1	6.7
Zator płucny (I26)	10 005	0,9	26.0	13.7
Kardiomiopatie (I42)	21 139	2,0	54.9	6.1
Zatrzymanie krążenia (I46)	7 804	0,7	20.3	73.8
Zaburzenia rytmu (I47-I49)	126 879	11,7	329.3	0.2
Niewydolność serca (I50)	169 239	15,6	439.3	10.5
Choroby naczyń mózgu (I60-I69)	124 839	11,5	324.0	13.6
Krwotok mózgowy (I61-I62)	10 151	0,9	26,3	38.6
Zawał mózgu (I63)	68 020	6,3	176.6	14.0
Udar nieokreślony (I64)	4 034	0,4	10.5	19.5
Miażdżyca (I70)	55 072	5,1	142.9	10.6
Tętniaki (I71-I72)	9 413	0,9	24.4	9.0
Choroby żył (I80-I89)	70 724	6,5	183.6	0.6
Zapalenie żył (I80)	10 579	1,0	27.5	0.9
Żylaki kończyn dolnych (I83)	31 657	2,9	82.2	0.0

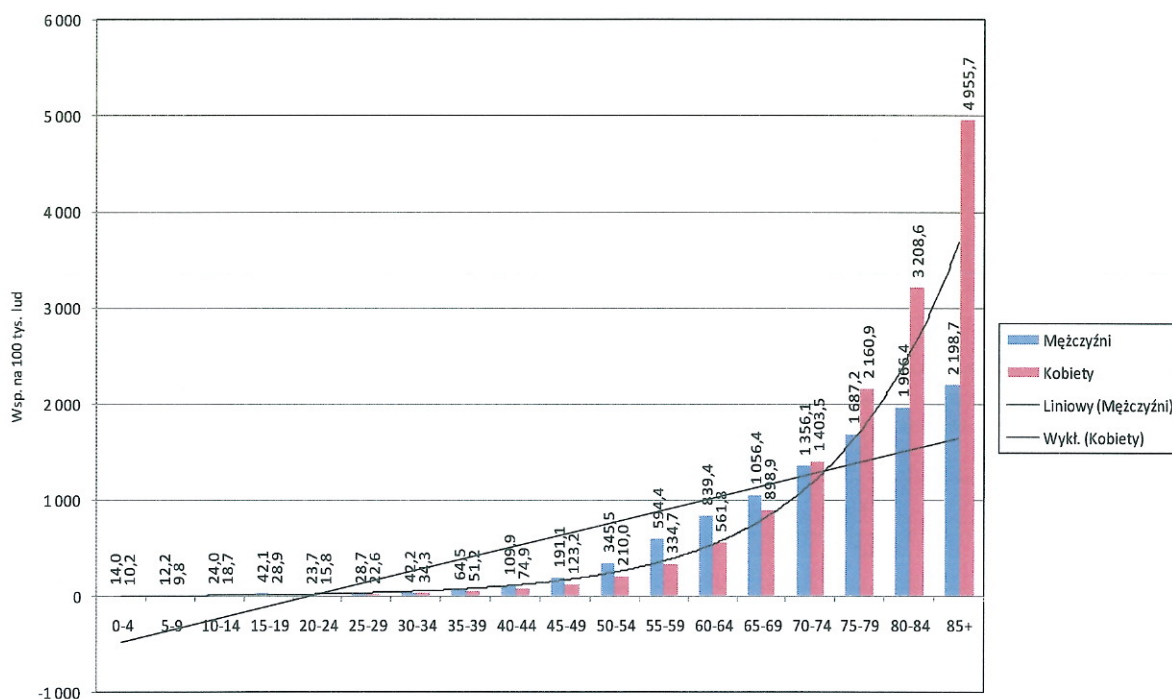
Tab. 10. Hospitalizacja chorób układu krążenia (I00-I99) w Polsce w 2010 r. wg wieku i płci współczynniki na 100 tys. ludności

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Razem
0-4	14,0	10,2	24,2
5-9	12,2	9,8	22,0
10-14	24,0	18,7	42,7
15-19	42,1	28,9	71,1
20-24	23,7	15,8	39,5
25-29	28,7	22,6	51,2
30-34	42,2	34,3	76,5
35-39	64,5	51,2	115,6
40-44	109,9	74,9	184,9
45-49	191,1	123,2	314,3
50-54	345,5	210,0	555,5
55-59	594,4	334,7	929,1
60-64	839,4	561,8	1401,2
65-69	1056,4	898,9	1955,3
70-74	1356,1	1403,5	2759,5
75-79	1687,2	2160,9	3848,2
80-84	1966,4	3208,6	5174,9
85+	2198,7	4955,7	7154,3

Choroby układu krążenia według wybranych grup rozpoznań i płci

Ogółem (I00-I99)

Ogółem w 2010 r. w szpitalach ogólnych w Polsce z powodu ogółu chorób układu krążenia (I00-I99) leczono ok. 573 tys. mężczyzn i 551 tys. kobiet. W szpitalach z powodu tej grupy rozpoznań przebywali zarówno najmłodszy w wieku 0-4 lata jak i osoby w wieku najstarsze w wieku 85 lat i więcej. Do wieku 65-69 lat częściej w szpitalach leczono mężczyzn (11 na 1000 ludności) niż kobiety (8 na 1000 lud.). Wśród osób starszych (70 i więcej lat) kobiety osiągają prawie 3-krotną przewagę nad mężczyznami w częstości hospitalizacji. Podkreślić należy, że u mężczyzn zmiany z wiekiem współczynników hospitalizacji po 65 roku życia mają charakter prostoliniowy podczas gdy u kobiet wzrost ten jest bardziej gwałtowny.



Tab. 11. Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia (I00-I99) w Polsce według wieku i płci w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności

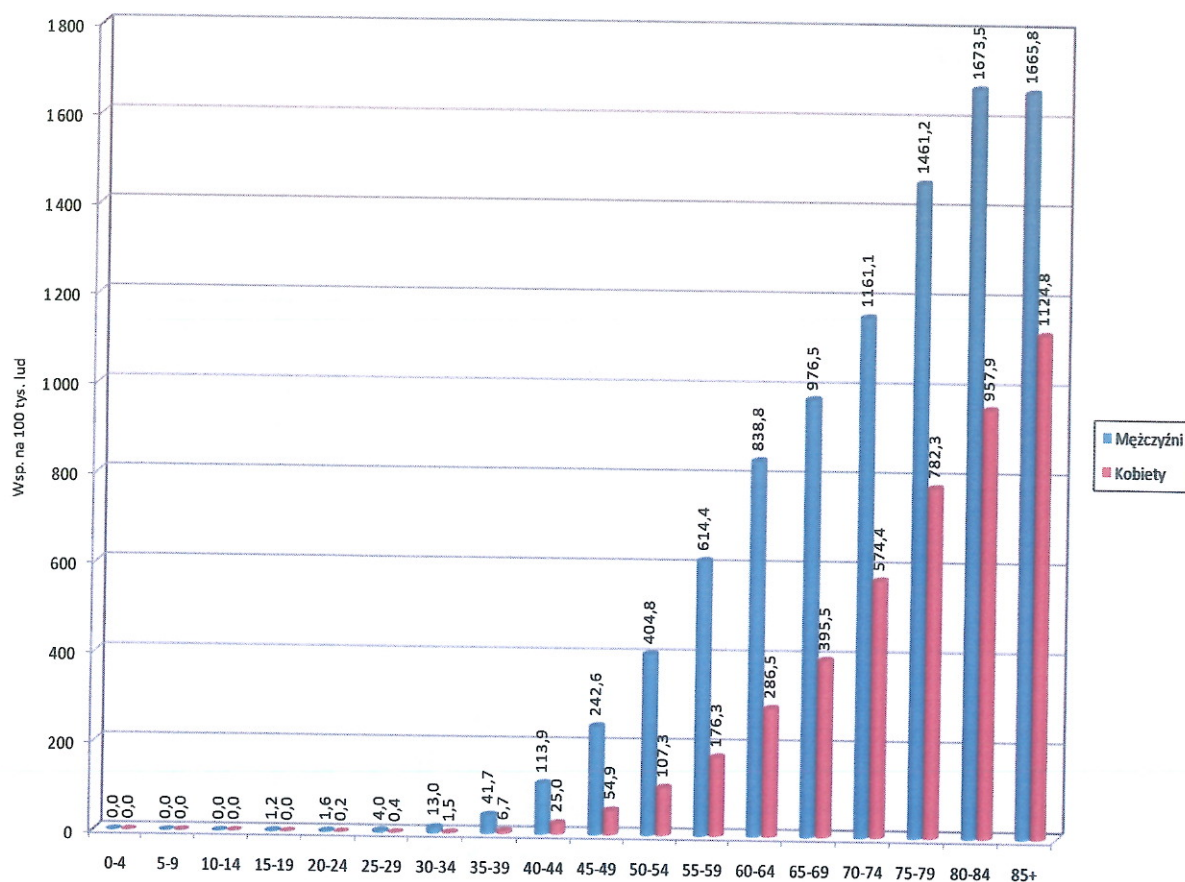
Zawał serca (I21-I22)

W 2011 r. z powodu zawału serca leczyło się w szpitalach 76 693 osoby, co stanowi 6,7% wszystkich hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia.

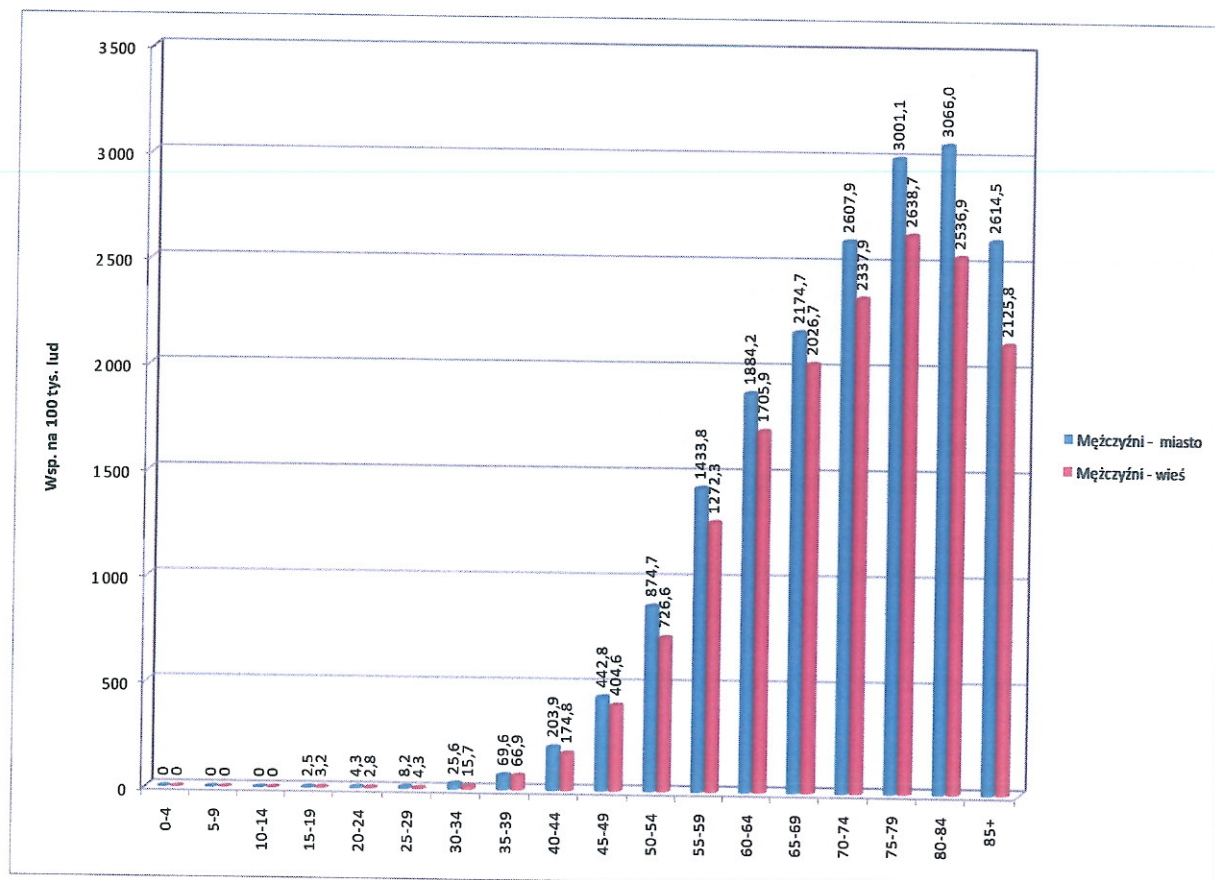
Choroba ta zaczyna wyraźniej zaznaczać się jako problem zdrowotny wymagający leczenia szpitalnego od 40 tego roku życia. Mężczyźni są prawie dwukrotnie częściej hospitalizowani niż kobiety we wszystkich prawie grupach wieku po 40 roku życia za wyjątkiem najstarszych (Tab. 12). Współczynnik chorobowości hospitalizowanej z powodu zawału serca systematycznie wzrastają wraz z wiekiem.

W kolejnych grupach wieku obserwuje się różnice częstości leczenia szpitalnego zawałów wśród mężczyzn mieszkańców miast i wsi. Mężczyźni pochodzący ze wsi hospitalizowani byli wyraźnie rzadziej niż mieszkańcy miast.

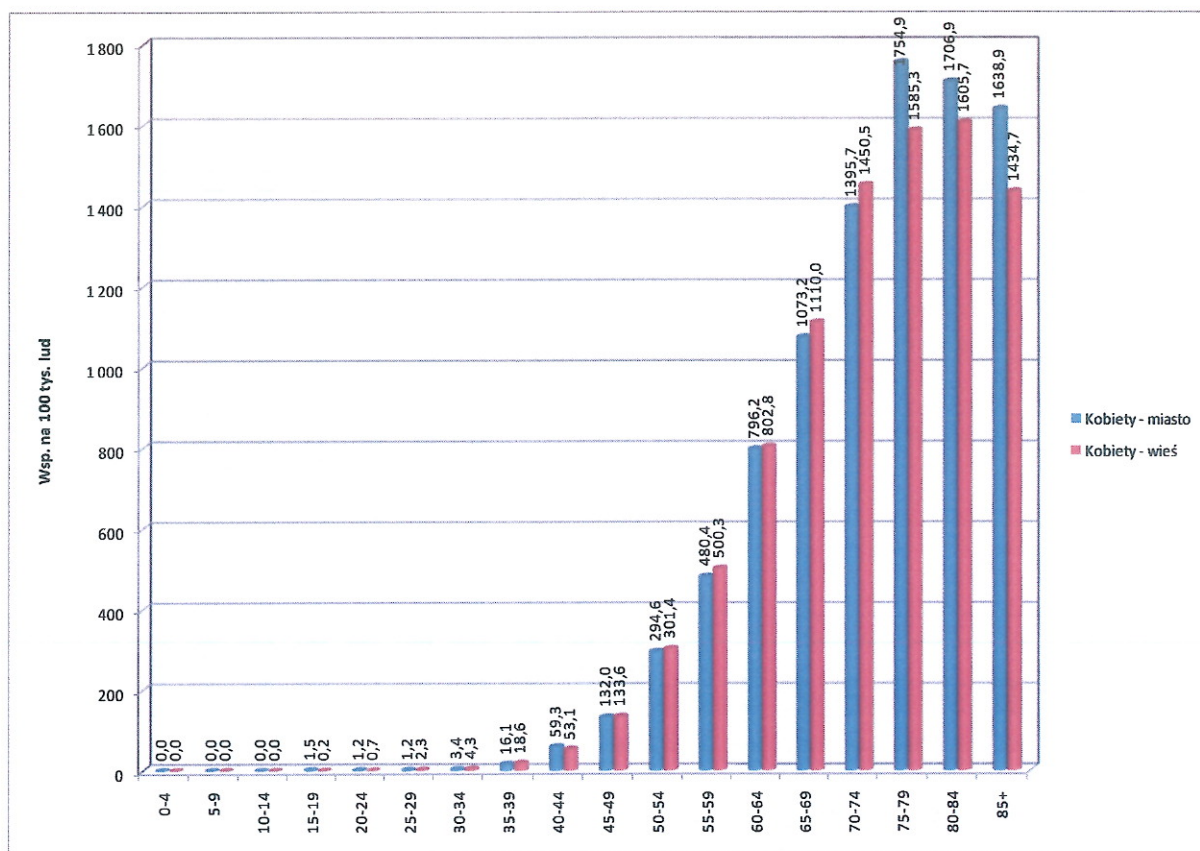
U kobiet prawidłowość opisana powyżej jest mniej wyraźna i dotyczy w zasadzie najstarszych grup wieku.



Tab. 12 Hospitalizacja z powodu zawału serca w Polsce według wieku w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności



Tab. 13 Hospitalizacja mężczyzn z powodu zawału serca w Polsce według wieku i miejsca zamieszkania w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności

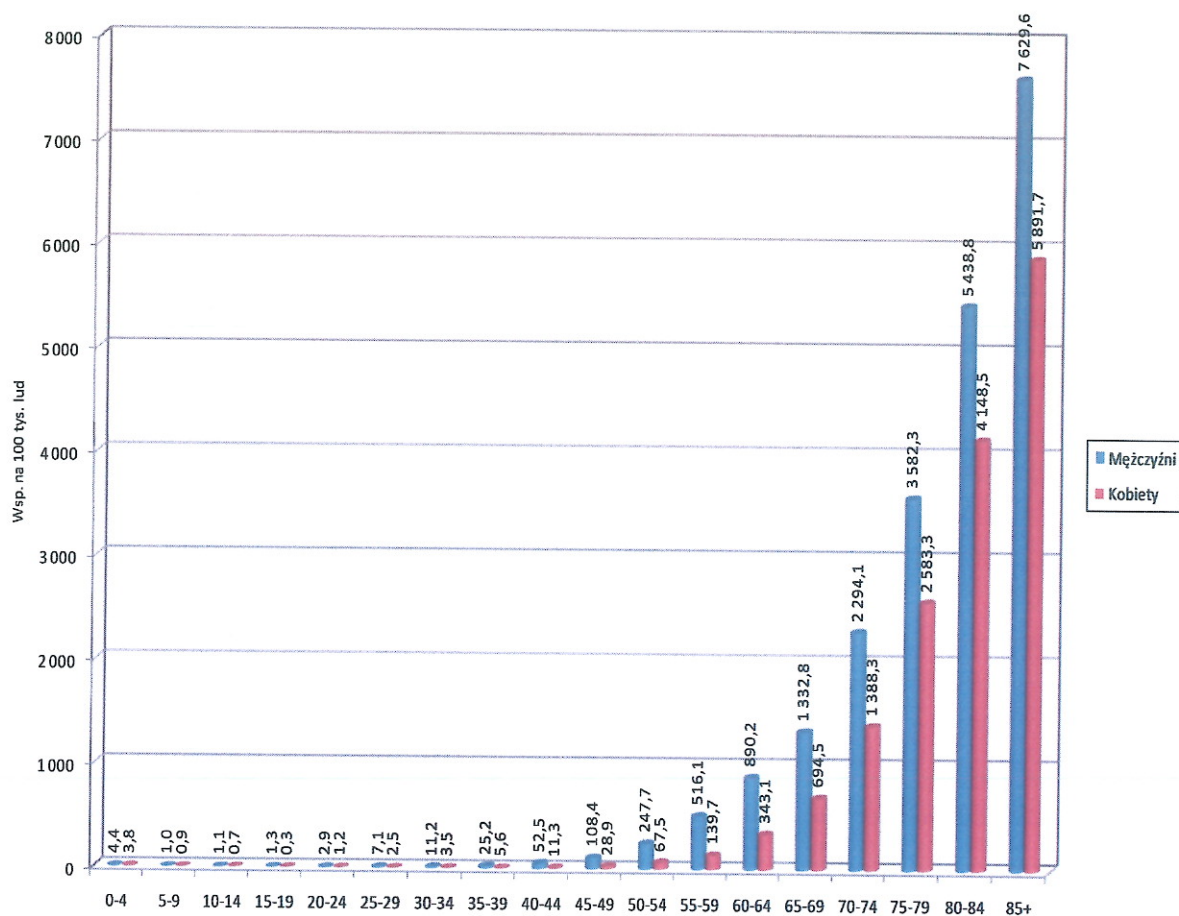


Tab. 14 Hospitalizacja kobiet z powodu zawału serca w Polsce według wieku i miejsca zamieszkania w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności

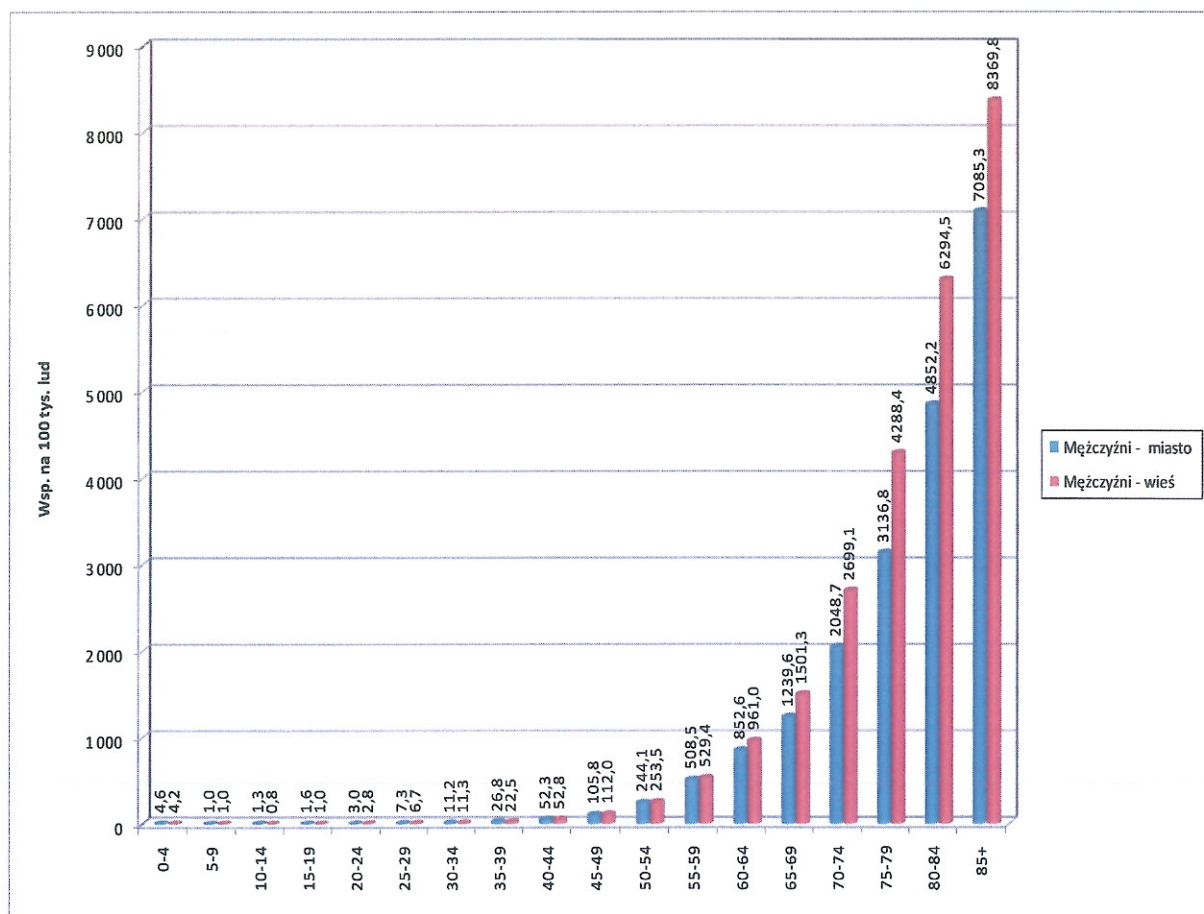
Niewydolność serca

Niewydolność serca jest dość częstym schorzeniem i rocznie leczonych jest z tej przyczyny w szpitalach w Polsce około 169,3 tys. osób co stanowi 15% hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia (ChUK). Cztery osoby na tysiąc ludności przebywają w ciągu roku na leczeniu w szpitalu z tej właśnie przyczyny. Częstość hospitalizacji mężczyzn i kobiet wzrasta systematycznie od 50 roku życia nie wykazując spadku w najstarszych grupach wieku (Tab. 15). Tak jak w przypadku poprzednio omawianych jednostek chorobowych specyficzne dla grup wieku współczynniki chorobowości mężczyzn są wyraźnie wyższe niż kobiet.

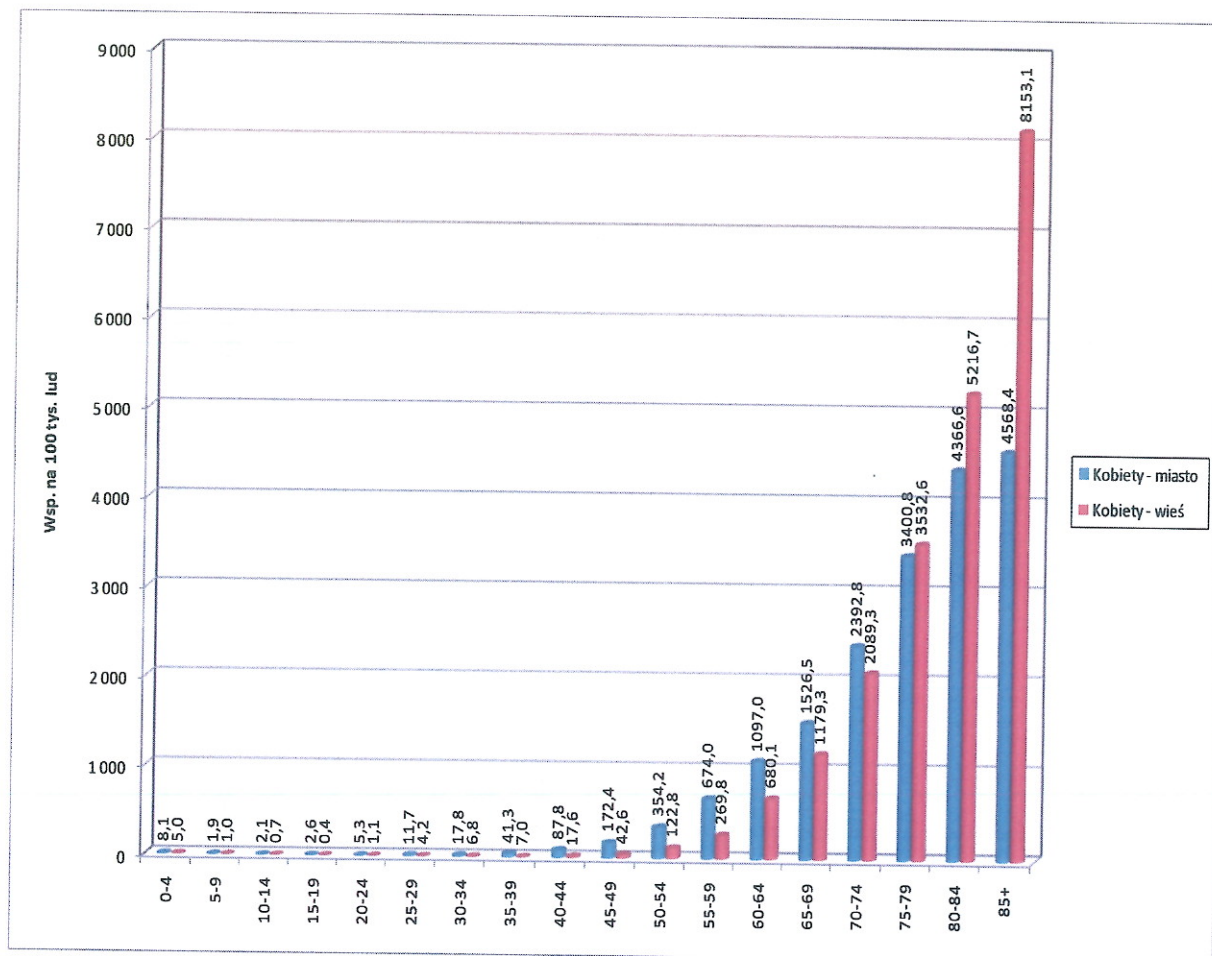
Mężczyźni zamieszkujący obszary wiejskie byli częściej hospitalizowani niż mieszkańcy miast, ale dotyczy to szczególnie osób po 60 roku życia. Kobiety zamieszkujące obszary wiejskie również były częściej leczone w szpitalu z powodu niewydolności serca niż mieszkanki miast ale tylko po 75 roku życia.



Tab. 15. Hospitalizacja z powodu niewydolności serca w Polsce według wieku w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności



Tab. 16. Hospitalizacja mężczyzn z powodu niewydolności serca w Polsce według wieku i miejsca zamieszkania w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności



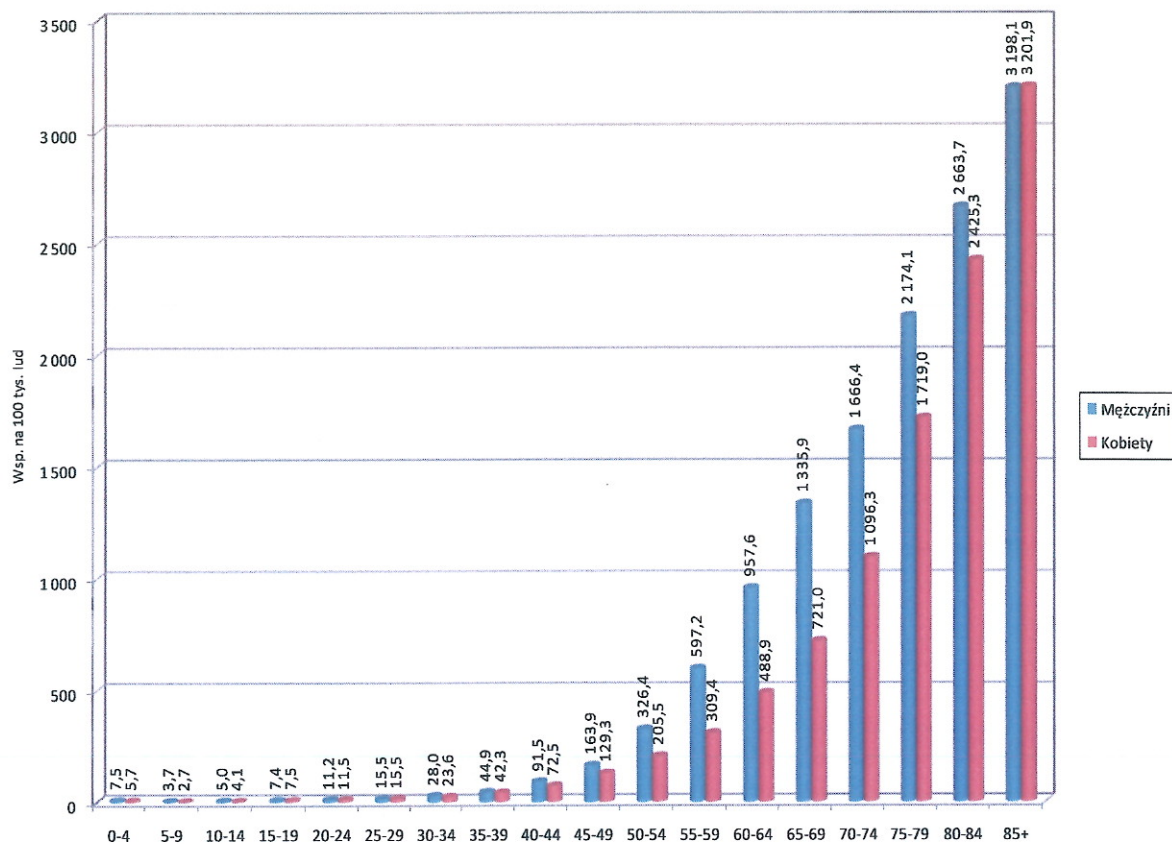
Tab. 17 Hospitalizacja kobiet z powodu niewydolności serca w Polsce według wieku i miejsca zamieszkania w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności

Choroby naczyń mózgowych (I60-I69)

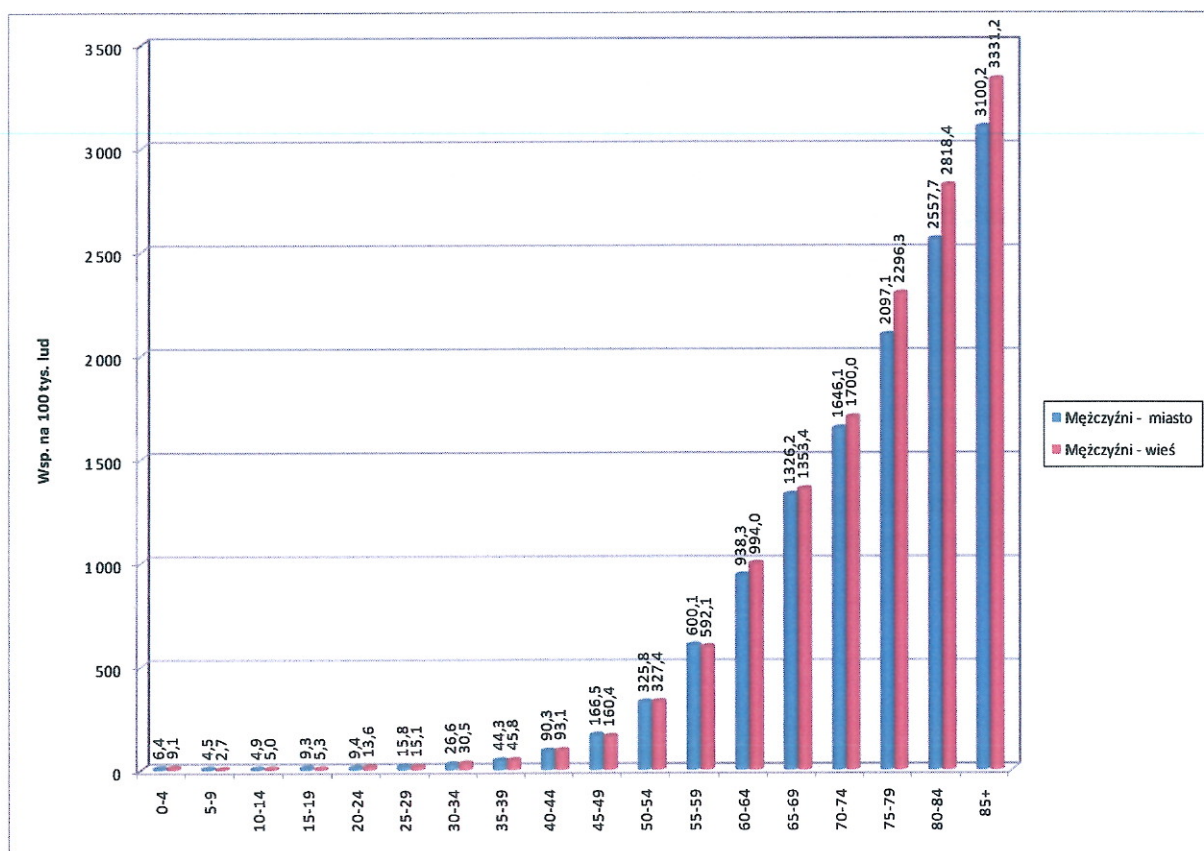
Z powodu chorób naczyń mózgowych w 2011 roku leczyło się w szpitalach polskich 124 839 osoby, co stanowi ok. 12% wszystkich hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia.

Choroba ta zaczyna stanowić bardziej wyraźny problem zdrowotny wymagający leczenia szpitalnego w zasadzie od 40 roku życia i jej częstość stale rośnie z wiekiem do najstarszych grup wieku nie wykazując spadku hospitalizacji u najstarszych (Tab. 18). Mężczyźni leczeni są w szpitalach z tej przyczyny częściej niż kobiety we wszystkich grupach wieku oprócz najstarszej.

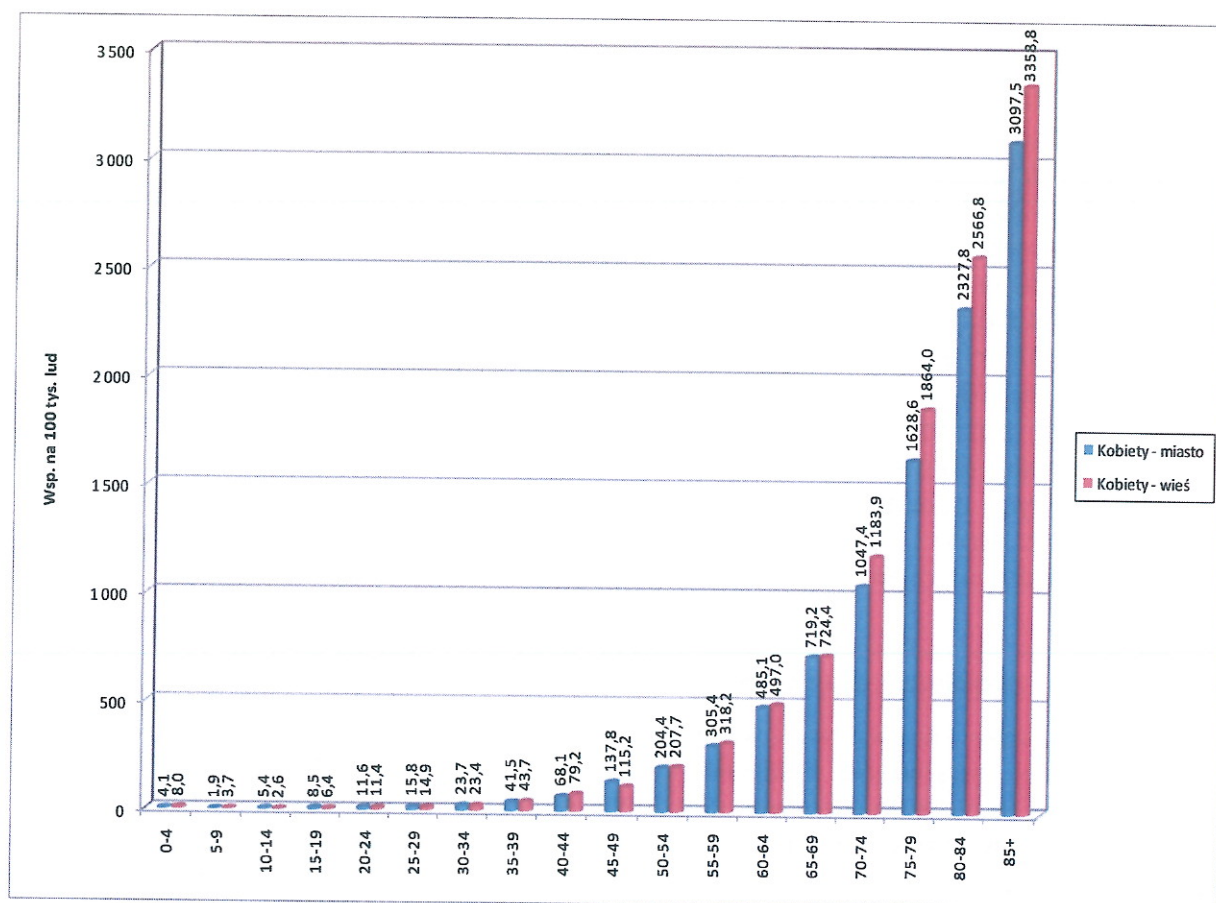
Mężczyźni w wieku powyżej 60 lat, zamieszkujący obszary wiejskie są częściej hospitalizowani niż mieszkający w miastach (Tab. 19). U kobiet prawidłowość opisana powyżej jest podobna (Tab.20).



Tab. 18. Hospitalizacja z powodu chorób naczyń mózgowych w Polsce według wieku w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności



Tab. 19 Hospitalizacja mężczyzn z powodu chorób naczyń mózgowych w Polsce według wieku i miejsca zamieszkania w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności



Tab. 20. Hospitalizacja kobiet z powodu chorób naczyń mózgu w Polsce według wieku i miejsca zamieszkania w 2010 r. współczynniki na 100 000 ludności

2) przyczyny istnienia problemu

Czynniki ryzyka⁶

Należy podkreślić, iż choroby układu krążenia są zaliczane do chorób cywilizacyjnych, których leczenie oraz zapobieganie jest długotrwałym procesem. Wyróżnić można kilka czynników ryzyka, których znaczenie nie budzi wątpliwości. Należą do nich między innymi palenie papierosów, nieprawidłowa dieta, nadmierne spożywanie alkoholu, otyłość, mała aktywność fizyczna. Te czynniki według szacunków WHO dla roku 2002 były odpowiedzialne w Polsce za ok. 55% zgonów i prawie 40% utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu⁷.

Z analiz ekspertów WHO wynika, że ok. 80% przypadków chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu II, a także ok. 40% nowotworów można uniknąć, o ile uda się wyeliminować najważniejsze czynniki ryzyka.⁸ Efektywne działania pozwolą zmniejszyć nie tylko umieralność, ale także ograniczyć chorobowość, niepełnosprawność i poprawić jakość życia.

⁶ Czynniki ryzyka są to nawyki i przyzwyczajenia życia codziennego oraz inne cechy, które zwiększają ryzyko wystąpienia choroby.

⁷ The European health reports 2005: public health action for healthier children and populations. WHO Europe 2005.

⁸ Raport WHO, Gaining Health 2006

Prozdrowotne działania edukacyjne przyczyniają się także do powrotu do aktywności życiowej i zawodowej osób po hospitalizacji.

Z wyników badania NATPOL 2011⁹ wynika, iż odsetek osób palących wynosi 27%, o 7% mniej niż 10 lat temu. Natomiast odsetek palących młodych kobiet zmniejszył się jedynie o 3% podczas gdy mężczyzn o 12%. W ostatniej dekadzie znacznie wzrósł odsetek osób otyłych. Otyłych mężczyzn jest obecnie 5% więcej niż 10 lat temu i stanowią prawie 25% wszystkich mężczyzn w Polsce. Odsetek osób z nadwagą w przedziale wiekowym 18-34 lata wzrósł z 21,5 w 2002 r. do 25,7% w badaniu z 2011 r. Problem jest widoczny zwłaszcza u mężczyzn – 36,1% (wzrost o 6,2%). Zwiększył się też odsetek młodych otyłych: 9,1% (wzrost o 2,2%), głównie kobiet – 7,4% w 2011 r. wobec 4,4% w 2002 r. Niepokojąca jest również tendencja zmniejszenia się odsetka osób z prawidłowym poziomem cholesterolu (HDL) we krwi – 56% w 2002 r. wobec 50,1% w 2011 r. Ponadto w badaniu ujawniono, że 33,5% osób w wieku 18-34 lata ma hipercholesterolemię, czyli co trzeci młody Polak ma zbyt wysoki poziom całkowity cholesterolu. Te tendencje zdrowotne zwłaszcza odnoszące się do młodych osób wskazują na konieczność kontynuacji realizacji profilaktycznych działań edukacyjno-informacyjnych, by od jak najmłodszego wieku uświadamiać istotę i rolę prawidłowych zachowań prozdrowotnych, odpowiedniego odżywiania się, walorów aktywności fizycznej.

3) waga problemu dla społeczeństwa

Wobec poprawy skuteczności leczenia choroby niedokrwiennej serca (m.in. coraz powszechniej stosowane leczenie inwazyjne), wysokiej częstości występowania nadciśnienia tętniczego oraz wskutek zjawiska starzenia się społeczeństwa wzrośnie liczba pacjentów z niewydolnością serca. Zapewne także niewydolność serca będzie coraz bardziej znaczącym powodem umieralności i niepełnosprawności, a także ograniczenia zdolności do pracy. Jak wskazano w poprzednich częściach programu, niepokojącym zjawiskiem obserwowanym w Polsce jest wzrost liczby nagłych zgonów, szczególnie wśród mężczyzn.

4) dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005, 2006-2008 i 2009, 2010-2012 jako program ogólnokrajowy, był ściśle związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej, a także z celami strategicznymi i operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Większość zadań przewidzianych w Programie, z uwagi na koszt, nie może być finansowana ze środków własnych realizatorów. W związku z czym niezbędne jest zapewnienie środków finansowych z budżetu Ministra Zdrowia na dofinansowanie zakupów najbardziej niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej.

5) przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń

Liczba kardiologów w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców w roku 2011 przedstawiała się następująco: najmniejsza liczba 33 kardiologów przypadała w woj. zachodnio-pomorskim, 36 w woj. opolskim, 41 w woj. podlaskim, 44 w woj. warmińsko

⁹ NATPOL 2011 Ogólnopolskie Badanie Rozpowszechniania Czynn timer Ryzyka Chorób Układu Krążenia. Próba na 2418 osobach w wieku 18-79 lat.

mazurskim, 64 w woj. mazowieckim, 72 w woj. łódzkim i 80 w woj. małopolskim. Średni wskaźnik wynosił 59 kardiologów, przy ogólnej liczbie 2273 kardiologów.

Liczbę wykonanych świadczeń w dziedzinie kardiologii oraz czas oczekiwania na wybrane procedury w poszczególnych województwach w roku 2011 obrazują poniższe tabele.

Lp.	województwo	liczba mieszkańców	Koronarografia (tygodnie)	PCI (tygodnie)	Wszczeplenie stymulatora (tygodnie)	Wszczeplenie ICD (tygodnie)	Ablacja (tygodnie)	Ablacja AF (tygodnie)
1	dolnośląskie	2 895 729	1-10 tyg.	1-12 tyg.	1-24 tyg.	3-42 tyg.	8-16 tyg.	16-24
2	kujawsko-pomorskie	2 067 548	4-25 tyg.	3-25 tyg.	0-10 tyg.	4-12 tyg.	4-8 tyg.	8 tyg.
3	lubelskie	2 185 000	1-8 tyg.	1-12 tyg.	1-12 tyg.	1-8 tyg.	20	20
4	lubuskie	1 011 024	8-25 tyg.	2-28 tyg.	0-1,5 tyg.	8-48 tyg.	4-8 tyg.	12 tyg.
5	łódzkie	2 592 568	4-12 tyg.	4-12 tyg.	2-12 tyg.	3-12 tyg.	4-12 tyg.	4 tyg.
6	małopolskie	3 256 171	2 dni-6 tyg.	2 dni-5 tyg.	2-8 tyg.	2-8 tyg.	4-28	24-48
7	mazowieckie	5 242 911	3	2,4	2,5	3	4	4-48
8	opolskie	1 053 723	0-31	0-7	0-56	0	0	0
9	podkarpackie	2 097 325	7-14	1	7-14	30	120	180
10	podlaskie	1 204 036	4-6	4	811	160	29	-
11	pomorskie	2 192 404	3-12 tyg.	2-18 tyg.	1-8 tyg.	PW- bezzwłocznie; PP 4-76 tyg.	4-24 tyg.	12-24 tyg.
12	śląskie	4 707 825	0-40 tyg.	0-10 tyg.	0-12 tyg.	0-40 tyg.	4-100 tyg.	4-120 tyg.
13	świętokrzyskie	1 268 000	1-2 h	1-3 h	1-2 tyg.	2-4 tyg.		2-4 tyg.
14	warmińsko-mazurskie	1 428 385	8 tyg.	4 tyg.	2 tyg.	4 tyg.	4 tyg.	brak
15	wielkopolskie	3 419 426	6	4	1	16	12	20
16	zachodnio-pomorskie	1 695 708	12 tyg.	8 tyg.	1 tydz.	4 tyg.	14 tyg.	3-5 m-cy

III. Uzasadnienie

- 1) dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (dofinansowana) przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym należy wskazać odpowiednie wskaźniki i mierniki (w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami)

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005, 2006-2008, 2009 i 2010-2012, jako program ogólnokrajowy, był ściśle związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej, a także z celami strategicznymi i operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Większość zadań przewidzianych w Programie, z uwagi na koszt, nie może być finansowana ze środków własnych realizatorów. W związku z czym niezbędne jest zapewnienie środków finansowych z budżetu Ministra Zdrowia na dofinansowanie zakupów najbardziej niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej.

Liczba operacji w zakresie chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej, począwszy od 1994 roku stale rośnie, w 2008 roku przeprowadzono 9647 operacji planowych oraz 3793 operacji nieplanowych.¹⁰

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce na 38 oddziałach kardiologicznych w roku 2008 leczonych było 39802 osób w tym 3466 dzieci do lat 18, średni pobyt chorego w dniach wynosi: 7,0; na 225 oddziałach kardiologicznych w roku 2008 leczonych było 457959 osób w tym 18481 dzieci, średni pobyt chorego w dniach wynosi: 4,8.¹¹

Według danych Państwowego Zakładu Higieny¹² liczba zawałów w Polsce systematycznie rośnie – z wyjątkiem roku 2009 – co obrazuje poniższa tabela:

Rok	Liczba zawałów*
2011	76 693
2010	84 150
2009	83 866
2008	90 895
2007	88 619
2006	83 886
2005	79 766
2004	76 448
2003	66 741

* Ostry zawał serca (I21) , Ponowny zawał serca (dorzut) (I22)

¹⁰ Prof. dr hab. med. Bohdan Maruszewski, lek. med. Zdzisław Tobota, Raport Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych KROK – POLKARD, s. 71-72.

¹¹ GUS, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 R., Tabl. 31. Działalność oddziałów w szpitalach ogólnych według województw, s. 137

¹² Dane Chorobowości Szpitalnej i Ogólnej Państwowego Zakładu Higieny.

Kontynuacja realizacji programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego na lata 2013-2016 POLKARD” jest niezbędna ze względu na konieczność ograniczenia w Polsce epidemii chorób sercowo-naczyniowych oraz jej skutków. Bez wsparcia sprzętowego efekty realizacji programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego POLKARD” w latach ubiegłych mogą zostać zniweczone.

2) zdefiniowanie potrzeby społecznej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce. Ostre zespoły wieńcowe diagnozowane są u 140 tys. osób rocznie. W 20 tys. przypadkach kończą się śmiercią. Wg danych pochodzących z Polskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych w 2010 r. wykonano ponad 105 tys. zabiegów przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI), z czego u 45% (47 977) pacjentów wskazaniem do pilnego zabiegu był ostry zespół wieńcowy (OZW).

Znajomość problemów dotyczących prewencji chorób układu krążenia w społeczeństwie jest niewątpliwie podstawowym czynnikiem determinującym skuteczność programów profilaktycznych. Z przeprowadzonych w ostatnich latach badań wynika, że wiedza na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej i udarów mózgu oraz sposobów ich eliminacji jest niedostateczna wśród dorosłych Polaków. Istnieje zatem potrzeba edukacji w tym zakresie. Projekty takie powinny uwzględniać nowoczesne zasady marketingu społecznego. Upowszechniane powinny być zalecenia dotyczące prewencji wtórnej, zgodnie z którymi każdemu czynnikowi ryzyka przypisany jest określony cel: np. w zakresie zmiany stylu życia – cel: edukacja; zaprzestanie palenia – cel: edukacja; redukcja ciśnienia tętniczego – cel: <130/80 mm Hg; poziom cukru <108 mg/dl; cholesterol całkowity <175 mg/dl; LDL <70 mg/dl; HDL >46 mg/dl; trójglicerydy <150 mg/dl. Zasadnym jest uwrażliwienie społeczeństwa na konieczność zmiany trybu życia połączoną z eliminacją czynników ryzyka i uprawianiem regularnej, dostosowanej do stanu zdrowia aktywności fizycznej. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego istotna jest również mobilizacja pacjentów już od pierwszego dnia po zawale, poprzez wykonywanie ćwiczeń oddechowych, mobilizację małych stawów i samodzielne wykonywanie podstawowych zabiegów higienicznych.

Przeprowadzona analiza¹³ dynamiki zmian częstości hospitalizacji z powodu wybranych CHUK zwraca uwagę bardzo wyraźny wzrost rzeczywistych i standaryzowanych na wiek wskaźników hospitalizacji z powodu niewydolności serca (dotyczy to zarówno kobiet i mężczyzn, szczególnie osób w najstarszych grupach wieku 80-85, > 80 lat), kardiomiopatii a także zatoru płucnego, zatrzymania krążenia (b. wysoki wzrost w roku 2009) oraz tętniaków. W latach 2008-2010 hospitalizowano także znacznie więcej osób z powodu miażdżycy. Zaskakujący jest fakt że wśród osób hospitalizowanych z powodu miażdżycy znaczący odsetek (42% mężczyzn i 21 % kobiet w roku 2010) stanowiły osoby w wieku 25-64.

¹³ Raport 2012 „Hospitalizacja ludności Polski z powodu chorób układu krążenia”. Raport opracowany przez PZH-NIZP oraz Instytut Kardiologii

Trend malejący obserwowano w przypadku hospitalizacji z powodu zaburzeń rytmu i przewodnictwa, chorób naczyń mózgowych oraz chorób żył, naczyń limfatycznych oraz węzłów chłonnych (m.in. mniejsza liczba hospitalizacji z powodu zapalenia żył i zakrzepowego zapalenia żył). W przypadku pozostałych chorób/grup chorób w okresie ostatnich pięciu lat nie obserwowano jednoznacznych trendów zmian lub stabilizację analizowanych wskaźników obrazujących częstość hospitalizacji.

Należy podkreślić duży udział mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata wśród osób hospitalizowanych z powodu chorób żył (ponad 70% M i K było w tym przedziale wieku), z powodu zawału serca (53% M i 28% K), chorób naczyń mózgowych (41% M i 25 % K), kardiomiopatii (58% M i 28% K) oraz zatrzymania krążenia (46% M). W przeciwieństwie do ww. wśród osób hospitalizowanych z powodu niewydolności serca, kobiety i mężczyźni w wieku produkcyjnym stanowią zaledwie 17 %.

W przypadku większości analizowanych chorób serca i naczyń częstość hospitalizacji rośnie wyraźnie z wiekiem, jest to szczególnie widoczne w przypadku choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych, gdzie najwyższe wskaźniki hospitalizacji obserwowane są w najstarszych grupach wiekowych, tj. u osób w wieku 75-79, 80-84 oraz w grupie powyżej 85 lat.

Analiza hospitalizacji w odniesieniu do płci i poszczególnych chorób/grup chorób wskazuje że mężczyźni hospitalizowani są częściej niż kobiety z wyjątkiem choroby nadciśnieniowej oraz z powodu żylaków kończyn dolnych. Choć w analizowanym okresie czasu różnica w częstości hospitalizacji między mieszkańcami miast i wsi wyraźnie zmniejszyła się (co jest z pewnością zjawiskiem pozytywnym wskazującym na większą dostępność świadczeń szpitalnych), to nadal istnieją pewne różnice. Kobiety mieszkające na wsi są znacznie częściej niż mieszkanki miast hospitalizowane z powodu kardiomiopatii, chorób naczyń mózgowych oraz zapalenia żył, zaś nieco częściej z powodu choroby nadciśnieniowej i miażdżycy. Mężczyźni mieszkający w miastach są częściej niż mieszkańcy wsi hospitalizowani z większości przyczyn kardiologicznych, jedynie w przypadku chorób naczyń mózgowych, kardiomiopatii i niewydolności serca wśród hospitalizowanych przeważają mieszkańcy wsi.

W latach 2006-2010 śmiertelność szpitalna w przypadku prawie wszystkich rozpatrywanych szczegółowo rozpoznań kardiologicznych obniżyła się, nie dotyczy to wszakże zatrzymania krążenia oraz krwotoku mózgowego.

Z Raportu wynika, że w latach 2006-2011 śmiertelność szpitalna była w dużym stopniu uzależniona od rozpoznania klinicznego oraz wieku pacjentów. Największe zagrożenie dla życia pacjentów stanowi zatrzymanie krążenia (ok. $\frac{3}{4}$ pacjentów hospitalizowanych z tego powodu umiera w szpitalu, w tym 30 % pacjentów hospitalizowanych w najmłodszych grupach wieku, zaś wśród osób najstarszych – w wieku > 85 lat ponad 85%) oraz krwotok mózgowy (z tego powodu umiera średnio 38,6 % pacjentów i ponad 54% w najstarszych grupach wiekowych). Śmiertelność szpitalna powyżej 10 % dotyczy pacjentów z zatorem płucnym (13,7 %), zawałem mózgu (14%), niewydolnością serca (10,5%) oraz z miażdżycą (10,6%).

Wśród osób z rozpoznaniem zawałem serca śmiertelność szpitalna wynosi 6,7%, zaś z chorobą niedokrwinną serca – 2,3%. Najniższa śmiertelność szpitalna wiąże się z chorobami żył (0,6%), chorobą nadciśnieniową (0,3%) i zaburzeniami rytmu serca (0,2%).

3) efektywność ekonomiczna

Profilaktyka i skuteczne leczenie chorób serca i naczyń jest uzasadnione ze względów społecznych i zdrowotnych, ale także ze względów ekonomicznych. Kwota planowana na profilaktykę w ramach programu w roku 2010 to 2 935 000 zł. 2011 – brak środków, w 2012 – 2 852 000 zł, w 2013 - 3 778 000 zł, w 2014 - 4 858 822 zł, a w 2015 - 3 179 572 zł. Efektywność ekonomiczną profilaktyki jako metody mającej na celu zapobieganie chorobom układu krążenia potwierdzają analizy ekspertów WHO opublikowane w cyklu artykułów w 2007 r. w piśmie Lancet. W krajach należących do OECD zaledwie 3% wydatków na ochronę zdrowia przeznacza się na prewencję i promocję zdrowia.

4) nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań

Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego nawiązuje do dotychczasowych edycji programu w zakresie zadań dotyczących wyposażenia jednostek w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną. Potrzeby te zostały zaktualizowane m.in. w oparciu o opinie konsultantów krajowych.

5) wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

W Polsce działania w kierunku ograniczania skutków chorób układu sercowo-naczyniowego podejmowane były już od lat 70 ubiegłego wieku. Sytuacja epidemiologiczna oraz wynikające stąd potrzeby zdrowotne spowodowały, że w latach 1993-2001 Ministerstwo Zdrowia umożliwiło realizację Narodowego Planu Ochrony Serca, natomiast w roku 2002 z grupą ekspertów przygotowało, a od roku 2003 wdrożyło Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD. Program ten realizowany był dotąd w czterech edycjach (2003-2005, 2006-2008, 2009 i 2010-2012).

Dzięki realizacji zadań w Programie POLKARD poprawiono dostęp do nowoczesnej terapii kardiologicznej (pierwotna angioplastyka wieńcowa w świeżym zawałe serca, elektroterapia zaburzeń rytmu, rehabilitacja kardiologiczna), kardiochirurgicznej (np. małoinwazyjne zabiegi na naczyniach wieńcowych) i neurologicznej (tromboliza w udarze niedokrwiennym, rehabilitacja neurologiczna oraz stentowanie tętnic szyjnych). Z doświadczeń w realizacji zadań w Programie wynika, iż dysproporcje w wyposażeniu w nowoczesną aparaturę zdeterminowane są wysokością środków finansowych jakimi dysponują jednostki.

Ponadto wyniki polskich programów monitorujących sytuację w zakresie rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka jednoznacznie wskazały na bardzo duże znaczenie prewencji chorób sercowo-naczyniowych. Jako główne narzędzie prewencji planuje się dalsze wykorzystanie nowoczesnych metod przekazu społecznego w postaci ogólnopolskich działań edukacyjno-informacyjnych.

6) wykorzystanie istniejących środków

Zdaniem ekspertów środki, które obecnie przeznaczane są w Polsce na leczenie i zapobieganie chorobom układu sercowo-naczyniowego są niewystarczające. Szczególnie w kontekście naszego opóźnienia w tym zakresie w stosunku do większości pozostałych krajów UE. W programie POLKARD na lata 2003-2005 proporcje pomiędzy zadaniami majątkowymi a bieżącymi były następujące: 70% środków było przeznaczonych na zadania majątkowe, a 30% na zadania bieżące. W II edycji programu POLKARD na lata 2006-2008 łączne proporcje pomiędzy zadaniami majątkowymi a bieżącymi wynosiły odpowiednio: 75% środków na zadania majątkowe, a 25% środków na zadania bieżące. W programie POLKARD na

rok 2009 środki na zadania majątkowe wynosiły 77% całego budżetu na realizację przedmiotowego programu zdrowotnego, a środki na zadania bieżące 23%. Zmiany w strukturze budżetu POLKARD wynikają z faktu, iż podmioty realizujące program zgłaszają przede wszystkim potrzeby sprzętowe. Należy zaznaczyć, iż w latach 2009 i 2010 z różnych przyczyn udało się wykorzystać realizatorom 94% przyznanych środków. W roku 2012 wykorzystano 87% środków finansowych.

7) promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Dzięki poprawie wyposażenia w sprzęt, ośrodki na szczeblu lokalnym będą miały możliwość lepszej współpracy z ośrodkami ponadregionalnymi. W procesie monitorowania planowane jest szersze wykorzystywanie danych m.in. Głównego Urzędu Statystycznego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

8) możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki

Praktyka kolejnych czterech edycji programu POLKARD (2003-2005, 2006-2008, 2009 i 2010-2012) wykazała, że jest możliwość wykorzystywania doświadczeń tego programu w przyszłości. Wynika to z uniwersalnego charakteru celu programu tj.: ukierunkowania działań na doposażania jednostek w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną celem wyrównania dysproporcji pomiędzy regionami/jednostkami w zakresie dostępności do skutecznych metod diagnostyki i leczenia.

IV. Opis programu

1) określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych

Dane epidemiologiczne, kompleksowość i liczba ofert składanych w dotychczasowych konkursach, potrzeby zgłaszane przez poszczególne jednostki wskazują na konieczność kontynuacji działania programu POLKARD na lata 2013-2016 i w latach następnych.

2) cele ogólne i szczegółowe

Głównym celem programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016” jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych¹⁴ m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej. Cel programu realizowany będzie poprzez doposażanie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego znajdującego się w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego, a także poprzez podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa ukierunkowanych na zwiększenie świadomości i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza tych czynników, którym można skutecznie przeciwdziałać, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia.

¹⁴ świadczenie opieki zdrowotnej lub procedura medyczna spełniające łącznie następujące kryteria: udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia; koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

3) plan działań – opis działań które mają doprowadzić do osiągnięcia celów

1. Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia

1.1. Wyposażenie/doposażenie hybrydowych sal zabiegowych przeznaczonych dla zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej.

1.2. Doposażenie pracowni elektroterapii w stacjonarne aparaty RTG.

1.3. Zakup aparatury hemodynamicznej dla potrzeb oddziałów kardiologii dziecięcej.

2. Chirurgia naczyniowa

2.1. Zakup aparatów rentgenowskich z ramieniem „C” zmotoryzowanych, dedykowanych chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej.

3. Neurologia

3.1. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych i centrów interwencyjnego leczenia udarów mózgu.

3.2. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu.

4. Choroby wewnętrzne

4.1. Zakup monitorów hemodynamicznych przeznaczonych dla oddziałów wewnętrznych.

5. Analiza, epidemiologia i profilaktyka

5.1. Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

5.2. Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni.

5.3. Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych.

5.4. Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych.

6. Kardiologia i Kardiochirurgia

Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiochirurgicznego.

1. KARDIOLOGIA, KARDIOLOGIA DZIECIĘCA I KARDIOCHIRURGIA

Ze względu na charakter zakupywanego sprzętu i aparatury medycznej, zadania z zakresu kardiologii, kardiologii dziecięcej oraz kardiochirurgii zostały zawarte w jednej kategorii.

1.1. Wyposażenie/doposażenie hybrydowych sal zabiegowych przeznaczonych dla zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej

Okres przewidywany realizacji: 2013 – 2016

Uzasadnienie

Zadanie polegające na zakupie wyposażenia/doposażeniu hybrydowej sali zabiegowej, przewidziane na lata 2013-2016, stanowi kontynuację działań podjętych w ramach programu POLKARD z edycji 2010-2012. Hybrydowa sala zabiegowa umożliwia implantację przezskórną zastawek serca, stentgraftu aorty piersiowej w przypadku jej rozwarstwienia i wiele innych zabiegów współczesnej kardiologii interwencyjnej. Dzięki kompleksowemu wyposażeniu hybrydowych sal zabiegowych możliwą staje się jednoczasowa rewaskularyzacja operacyjna np. z wykorzystaniem tętnicy piersiowej wewnętrznej (tzw. MIDCAB) oraz rewaskularyzacja pozostałych naczyń metodą przezskórną (angioplastyka z implantacją stentów wieńcowych). Wyposażenie sali hybrydowej składa się z nowoczesnego cyfrowego angiografu do badań serca i naczyń oraz urządzeń współpracujących: respiratora, aparatu do znieczulenia, aparatury do hemofiltracji, krążenia pozaustrojowego, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, pompy infuzyjnej, defibrylatora, wózka anestezyjologicznego, wózka do przewożenia chorych oraz stołu pacjenta. Na sali hybrydowej zaleca się przeprowadzanie zabiegów kardiologicznych w obrębie naczyń wieńcowych i aorty o najwyższym stopniu złożoności. Pilna potrzeba wyposażenia takich sal wynika z rosnącej liczby zabiegów hybrydowych wykonywanych wspólnie przez chirurgów naczyniowych i angiologów. Możliwość natychmiastowego przeprowadzenia operacji na otwartym sercu, którą zapewnia wyposażenie sali hybrydowej, stanowi zabezpieczenie minimalizujące ryzyko wystąpienia powikłań. Sale hybrydowe potrzebne są szczególnie w ośrodkach kardiologii interwencyjnej oraz kardiochirurgii, aktywnych i posiadających doświadczenie w zakresie wykonywania zabiegów hybrydowych. Ze środków Ministerstwa Zdrowia doposażono 14 sal hybrydowych (2009 – Łódź, 2010 – Nowa Sól, 2011 – Katowice i Warszawa, 2012 – Łódź, Warszawa, Kraków – ośrodki kardiochirurgii i kardiologii dziecięcej, 2013 – Poznań i Gdańsk, 2014 – Zamość i Wrocław, 2015 – Lublin, Kielce i Szczecin). Docelowo w każdym województwie powinien działać co najmniej jeden ośrodek w oparciu o szpital wielospecjalistyczny, w którym znajdują się oddziały specjalistyczne o wymaganym profilu do funkcjonowania sali hybrydowej. Pozwoli to na uruchomienie całodobowego dyżuru leczenia: ostrego niedokrwienia obejmującego ostry zespół wieńcowy, udar mózgu i zatory tętnic obwodowych, jak również leczenie pękniętych i objawowych tętniaków oraz zakrzepicy tętniczej i żyłnej.

Poziom finansowania w 2013 r.: 3 196 467,51 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 3 000 000 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 4 230 600 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 3 000 000 zł

1.2. Doposażenie pracowni elektroterapii w stacjonarne aparaty RTG.

Okres przewidywany realizacji: 2016 (w latach 2013-2014, w ramach Zadania 1.2 realizowano Zakup zestawów elektroanatomicznych dla zabezpieczenia referencyjnych ośrodków w zakresie nowoczesnej elektrofizjologii; w roku 2015

w ramach Zadania 1.2 realizowano Zakup zestawów laserowych do usuwania elektrod).

Uzasadnienie

W Polsce znaczącą grupę wśród pacjentów ze wszczepionymi stymulatorami stanowią ludzie młodzi do 30 r. ż. (ok. 30%), którzy mieli wszczepione stymulatory w wieku dziecięcym, a obecnie elektrody wewnątrzsercowe mają co najmniej kilkanaście lat. Ponadto, elektrody zakażone wymagają pilnego usunięcia, ponieważ tzw. odelektrodowe zapalenie wsierdza jest obarczone wysoką śmiertelnością. W Polsce jest ok. 2500/rok starych, wrośniętych lub zakażonych elektrod stymulatorowych lub defibrylatorowych. Dzięki wykorzystaniu systemu laserowego można uniknąć u wielu chorych interwencji kardiologicznej na otwartym sercu. Obecnie w Polsce funkcjonuje ok. 7 ośrodków, w których wykonuje się usuwanie elektrod. W związku z pojawieniem się nowych potrzeb na rok 2016, zaplanowany został zakup w ramach zadania 1.2 stacjonarnych aparatów RTG. Zakupione w ramach zadania aparaty zostaną przeznaczone dla pracowni elektrofizjologii.

Poziom finansowania w 2013 r.: 523 260 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 457 779,60 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 1 057 500 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 1 100 000 zł

1.3. Zakup aparatury hemodynamicznej dla potrzeb oddziałów kardiologii dziecięcej

Okres przewidywany realizacji: 2016 (w latach 2013-2015, w ramach Zadania 1.3 realizowano Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej).

Uzasadnienie

W ramach realizacji nowej edycji programu POLKARD przewidziane zostało zadanie z zakresu zakupu sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej. W latach 2013- 2015 w związku z dużym zapotrzebowaniem na aparaty echokardiograficzne wysokiej klasy, systemy do prób wysiłkowych z bieżnią, angiografy oraz systemy całodobowego monitorowania zapisu typu Holter EKG, to właśnie zakup tych urządzeń zostanie dofinansowany.

Zakup aparatów do echokardiografii pozostaje w ścisłym związku z realizacją jednego z priorytetowych celów programu POLKARD, jakim jest poprawa dostępności do specjalistycznych metod diagnostycznych niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. .

Realizacja tego zadania umożliwiła skrócenie czasu oczekiwania na badanie, które stanowi obecnie podstawę nowoczesnej diagnostyki kardiologicznej, zwłaszcza w niewydolności serca.

Z przedstawionych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej, potrzeb na rok 2016 (z dnia 6 listopada 2015 r.), wynika, że wskazane jest doposażenie pracowni hemodynamicznych w angiografy, jako sprzęt kluczowy dla działania tego typu pracowni.

Poziom finansowania w 2013 r.: 1 470 784 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 1 296 414,16 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 2 157 182 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 3 867 000,00 zł

Przewidywany poziom finansowania Zadania 1. Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia w 2016 r.: 7 967 000,00 zł

2. CHIRURGIA NACZYNIOWA

2.1. Zakup aparatu rentgenowskiego z ramieniem „C” zmotoryzowanego, dedykowanego chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej

Okres przewidywany realizacji: 2015 – 2016 (w latach 2013-2014, w ramach Zadania 2.1, realizowano Zakup średniej klasy aparatów do USG Doppler naczyń obwodowych).

Uzasadnienie

Aparat rentgenowski z ramieniem „C” zmotoryzowany, dedykowany chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej jest niezbędnym wyposażeniem klinik i oddziałów chirurgii naczyniowej, ponieważ umożliwia wykonywanie zabiegów wewnątrznaczyniowych w obrębie sali operacyjnej. Przeprowadzenie zabiegów wewnątrznaczyniowych w obrębie sali operacyjnej zwiększa bezpieczeństwo chorych poprzez zapewnienie odpowiednich warunków aseptyki i antyseptyki oraz możliwość szybkiej reakcji w przypadku wystąpienia powikłań wymagających konwersji do operacji klasycznej.

Poziom finansowania w 2013 r.: 1 011 655 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 1 376 345,30 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 1 193 400 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 2 489 092 zł

Przewidywany poziom finansowania Zadania 2. Chirurgia naczyniowa w 2016 r.: 2 489 092 zł.

3. NEUROLOGIA

3.1. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych i centrów interwencyjnego leczenia udarów mózgu

Okres przewidywany realizacji: 2016 (w latach 2013-2015, w ramach Zadania 3.1 realizowano Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych).

Uzasadnienie

Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych jest zadaniem realizowanym w ramach kolejnych edycji programu od roku 2003. W roku 2016 uwzględnione w ramach tego zadania oprócz oddziałów udarowych będą centra interwencyjnego leczenia udarów mózgu. W związku z dużym zapotrzebowaniem na sprzęt stanowiący wyposażenie powyższych placówek zakupione zostaną: aparaty USG, respiratory stacjonarne i przenośne, aparaty do znieczulenia ogólnego z monitorowaniem, aparaty do znieczulenia z monitorowaniem anestezjologicznym oraz systemy informatyczne do transfuzji TK.

Doposażenie jednostek w wymienioną aparaturę umożliwi wielu z nich przeprowadzanie najnowszych i najskuteczniejszych procedur związanych z leczeniem ostrego udaru niedokrwinnego metodą endowaskularną polegającą na mechanicznej trombektomii i trombolizie dotętniczej.

Obecnie funkcjonują 163 oddziały udarowe. Na dzień 31 grudnia 2012 r. mamy 3 972 lekarzy specjalistów z dziedziny neurologii. Głównym celem leczenia w oddziale udarowym jest m.in. zapewnienie kompleksowej opieki medycznej, realizowanej przez odpowiednio przeszkolony zespół, w skład którego wchodzi lekarze neurologi, interniści lub kardiologowie, fizjoterapeuci, pielęgniarki, psycholog oraz logopeda, a także prowadzenie wczesnej rehabilitacji.

Poziom finansowania w 2013 r.: 949 414,22 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 879 273,56 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 1 122 000 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 2 073 685,29 zł

3.2. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu

Okres przewidywany realizacji: 2013 - 2016

Uzasadnienie

Zadanie mające na celu zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu było realizowane w poprzednich latach.

W Europie Zachodniej utrwalony i znaczny stopień niesprawności stwierdza się u około 1/3 chorych, którzy przeżyli udar, natomiast w Polsce u 40%. Z tego powodu rehabilitacja jest istotnym elementem opieki nad pacjentem po udarze mózgu, poprawiającym jego sprawność i komfort życia. Współczesna rehabilitacja chorych po udarze mózgowym oparta jest na wyzwaniu zjawisk plastyczności nerwowej, a poprawa na poziomie funkcji ciała i aktywności jest wysoko skorelowana ze zmianami mózgowymi. Chorzy, u których stwierdzono relatywnie małą poprawę stanu neurologicznego nie wykazują istotnych zmian plastycznych kory mózgu i odwrotnie. Wykazano w badaniach, że aparatura oparta na sprzężeniu zwrotnym i wykorzystaniu zjawiska impresji za pomocą rzeczywistości wirtualnej pozwala na zintensyfikowanie procesu rehabilitacji chorych po udarze mózgu. Proces rehabilitacji powinien być rozpoczęty jak najwcześniej po udarze, czyli już w oddziale udarowym ostrym, a następnie kontynuowany w zależności od stanu ogólnego i neurologicznego pacjenta w oddziale rehabilitacji wyspecjalizowanym w opiece nad pacjentami po udarze mózgu. Stworzenie możliwości kierowania chorych z oddziałów udarowych ostrych do oddziałów rehabilitacji zwiększy liczbę miejsc prowadzenia kompleksowego leczenia usprawniającego chorych z udarem mózgu. Rehabilitacja wczesna po udarze mózgu oznacza kompleksowe leczenie chorego do trzech miesięcy od początku udaru. W ramach programu planowany jest zakup następującego sprzętu:

- programy do interaktywnych ćwiczeń w wizualnej rzeczywistości wirtualnej z użyciem czujników ruchu dedykowane dla chorych z niedowładem połowicznym;
- urządzenie do ćwiczeń kończyny górnej z różnymi stopniami jej mechanicznego obciążenia;
- zestaw dynamicznych ortez wspomagających ruch dłoni niedowładnej;
- bieżnia ruchoma z regulowanym kątem nachylenia.

Poziom finansowania w 2013 r.: 457 162,15 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 324 478,78 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 1 212 664 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 1 926 240,00 zł

Przewidywany poziom finansowania Zadania 3. Neurologia w 2016 r.: 3 999 925,29 zł.

4. CHOROBY WEWNĘTRZNE

4.1. Zakup monitorów hemodynamicznych przeznaczonych dla oddziałów wewnętrznych

Okres przewidywany realizacji: 2016 (w latach 2013-2015, w ramach Zadania 4.1 realizowano Zakup zestawów sprzętu do diagnostyki kardiologicznej przeznaczonego dla oddziałów wewnętrznych)

Uzasadnienie

Celem zadania 4.1 realizowanego do roku 2015 był zakup zestawów sprzętu do diagnostyki kardiologicznej przeznaczonych dla oddziałów wewnętrznych, w których nie ma oddziałów kardiologicznych, specjalistycznych pracowni kardiologicznych oraz hipertensjo logicznych, w składzie elektrokardiografy, pulsoksymetry oraz zestawy do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego.

Leczenie części chorych z chorobami układu sercowo-naczyniowego, szczególnie w wieku podeszłym, odbywa się w oddziałach wewnętrznych. Badania tam wykonywane służą nie tylko ustaleniu sposobu leczenia, ale również stanowią element profilaktyki. Właściwe i szybkie rozpoznanie nadciśnienia tętniczego oraz zmian w układzie sercowo-naczyniowym, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do specjalistycznej opieki i leczenia kardiologicznego jest utrudniony, może wpłynąć korzystnie na rozwijanie się i przebieg chorób układu sercowo-naczyniowego.

Zestaw do 24h monitorowania ciśnienia tętniczego krwi jest to urządzenie niezbędne do diagnozowania i monitorowania leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, rocznie z tego powodu jest kilkaset tysięcy hospitalizacji w oddziałach chorób wewnętrznych. Dostępne na terenie kraju jest jedynie w nielicznych ośrodkach. Zakup takiego systemu przyspieszy diagnozowanie i umożliwi dobór optymalnego leczenia chorych, co w konsekwencji przyczyni się do zapobiegnięcia powstawania niebezpiecznych powikłań narządowych, które są bardzo kosztowne w leczeniu.

Pulsoksymetr jest urządzeniem niezbędnym dla postawienia rozpoznania i właściwego leczenia pacjenta z niewydolnością serca przy użyciu tlenoterapii.

Elektrokardiograf jest to podstawowe urządzenie niezbędne do diagnozowania i monitorowania leczenia pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Bardzo intensywna eksploatacja ww. aparatury w warunkach Oddziałów Chorób Wewnętrznych (wielokrotnie w ciągu dnia) powodująca szybkie jej zużycie była przyczyną realizacji zadania w ostatnich latach (w roku 2014 wyłoniono 57, a w roku 2015 aż 75 realizatorów zadania).

Dzięki modyfikacji zadania 4.1 w roku 2016 planowany jest zakup kardiomonitorów oraz stanowisk komputerowych do centralnego monitorowania przeznaczonego dla oddziałów wewnętrznych, w których nie ma sal intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz zainstalowanych na stałe monitorów kardiologicznych.

Rocznie, w oddziałach wewnętrznych leczy się w Polsce ponad 600 000 pacjentów w wieku podeszłym. Dzięki zakupowi kardiomonitorów oraz stanowisk komputerowych do centralnego monitorowania możliwe będzie ciągłe monitorowanie pracy serca pacjentów tych oddziałów, a w efekcie wczesne wykrywanie u hospitalizowanych zaburzeń rytmu serca i groźnych dla życia powikłań.

Poziom finansowania w 2013 r.: 0 zł (redukcja środków budżetowych)

Poziom finansowania w 2014 r.: 657 661,59 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 1 291 853,00 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 4 269 074,71 zł

5. ANALIZY, EPIDEMIOLOGIA I PROFILAKTYKA

5.1 Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia: Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności - Projekt WOBASZ II oraz Monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia.

Okres realizacji: 2013-2014

Uzasadnienie

Celem projektu jest m.in. ocena aktualnej sytuacji w zakresie chorób układu krążenia w Polsce, w poszczególnych województwach (ocena rozpowszechniania zakresu czynników ryzyka chorób układu krążenia, związanych ze stylem życia, z warunkami osobniczymi, czynnikami biochemicznymi, psychosocjalnymi, zarówno modyfikowalnymi jak i niemodyfikowalnymi, ocena wiedzy osób biorących udział w badaniu na temat prewencji), ocena zmian w okresie 8-letnim w zakresie ww. elementów rozpowszechnienia kontroli i leczenia czynników ryzyka ww. chorób w Polsce. Na rok 2013 zaplanowane jest przeprowadzenie badania przekrojowego na grupie ok. 4500 osób (8 województw, docelowo 7000 osób). Zebrane dane kwestionariuszowe, wyniki pomiarów antropometrycznych (wzrost, waga), wyniki pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, wyniki badań laboratoryjnych, kwestionariusze dotyczące żywienia, jakości życia, wsparcia społecznego, depresji, stosowania leków zostaną przeanalizowane i opisane. Ponadto, powinny stanowić wyznacznik działań podejmowanych w kolejnych latach.

„Monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia” ma na celu dostarczenie dokładnych danych odnośnie zarówno sytuacji epidemiologicznej chorób układu krążenia w populacji polskiej w zależności od wieku oraz płci, ze szczególnym uwzględnieniem umieralności przedwczesnej. Analiza uwzględniać będzie całą grupę chorób układu krążenia jak również poszczególne jednostki chorobowe wchodzące w jej skład.

Przewidywany poziom finansowania w 2013 r.: 794 073,88 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2014 r.: 857 377,48 zł

5.2. Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej.

Okres realizacji: 2013-2015

Uzasadnienie

Zadanie ma na celu zwiększenie wczesnej wykrywalności tętniaków aorty brzusznej, poprzez stworzenie sprawnie funkcjonującego programu wczesnego wykrywania tętniaka aorty brzusznej oraz podjęcie działań ukierunkowanych na zmniejszenie śmiertelności związanej z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej i zmniejszenie śmiertelności związanej z operacją naprawczą tętniaka aorty brzusznej. Program ten ma także w swych założeniach poszerzyć wiedzę społeczeństwa na temat tętniaka aorty brzusznej i czynników ryzyka jego wystąpienia, ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu. Dodatkowo ma za zadanie zwiększyć wiedzę

lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat tętniaka aorty brzusznej, czynników ryzyka oraz wczesnego wykrywania i leczenia.

Zgodnie z dostępnymi danymi, współczynnik zachorowalności na tętniaka aorty brzusznej to wartości od 14,9 do 37,6 na 100 000 osób, zaś współczynnik śmiertelności wynosi 14 na 100 000 osób, przy czym zaznaczyć należy, że wzrasta on znacznie dla mężczyzn powyżej 65 roku życia. Częstość występowania TAB szacuje się na 4 – 8% u mężczyzn w wieku 65 lat i starszych i około 1-2% kobiet w tej grupie wiekowej. Często pierwszym objawem tętniaka aorty brzusznej jest jego pęknięcie. Współczynnik umieralności dla pacjentów z pękniętym TAB wynosi 65%. Najczęściej do pęknięcia TAB dochodzi u mężczyzn po 65 roku życia. W pierwszym roku realizacji programu planuje się objęcie badaniem ultrasonograficznym jamy brzusznej mężczyzn w wieku powyżej 65 roku życia z co najmniej trzema czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego: nadciśnieniem, chorobą wieńcową, paleniem tytoniu, hiperlipidemią. Mężczyznom ze średnicą aorty powyżej 3 cm zostanie udzielona porada lekarska wraz z informacją o konieczności dalszych wizyt kontrolnych lub skierowanie na konsultację z chirurgiem naczyniowym bądź kwalifikacją do leczenia operacyjnego. Badaniem przesiewowym objętych zostałoby 20 000 mężczyzn, z czego badaniem kontrolnym objętych zostałoby 800 mężczyzn rocznie.

Realizacja zadania, zgodnie z założeniami, przyczyniłaby się do: zmniejszenia śmiertelności związanej z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej o 45%; zmniejszenia śmiertelności związanej z operacją naprawczą tętniaka aorty brzusznej; zwiększenia wiedzy społeczeństwa na temat tętniaka aorty brzusznej i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu; zwiększenia wiedzy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat tętniaka aorty brzusznej, czynników ryzyka, wczesnego wykrywania i leczenia.

Ze środków programu pokryte zostaną koszty związane z realizacją zadania, poza kosztami wynikającymi z działań, które są refundowane w ramach kontraktu z NFZ.

Ponadto, w programie wskazano na konieczność zapewnienia przez realizatorów ww. zadania skierowania i umówienia pacjenta na wizytę w poradni specjalistycznej lub na oddziale – w przypadku jego zakwalifikowania do dalszego leczenia.

Przewidywany poziom finansowania w 2013 r.: 0,00 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2014 r.: 0,00 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2015 r.: 0,00 zł

5.3 Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

Okres przewidywany realizacji: 2013-2015

Uzasadnienie

Celem programu jest ocena częstości występowania miażdżycy naczyń obwodowych w populacji Polski w przedziale wiekowym 45-69 oraz ≥ 70 roku życia wraz z oceną skuteczności diagnostyki miażdżycy tętnic kończyn dolnych wykonywanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Konsekwencją realizacji zadania jest zwiększenie wykrywalności miażdżycy tętnic kończyn dolnych poprzez poprawę umiejętności prawidłowego diagnozowania choroby wśród lekarzy POZ oraz ocena czynników ryzyka w badanej grupie pacjentów.

Zadanie polegać ma na przebadaniu losowej grupy pacjentów ze wskazanego przedziału wiekowego. Pacjenci, po uprzednim zaproszeniu, poddani będą badaniom biochemicznych (w tym cholesterol całkowity z podziałem na frakcje, poziom glukozy we krwi) oraz określeniu wskaźnika BMI i wartości ciśnienia tętniczego. Przeprowadzone zostanie także badanie fizykalne, obejmujące badanie tętna, trofiki kończyny dolnej. Istotnym elementem badania będzie pomiar wskaźnika kostkowo-ramiennego (ABI). Powyższe badania wykonane zostaną przez lekarzy POZ, którzy przejdą specjalne przeszkolenie przeprowadzone w ramach zadania.

Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych został podzielony na dwa zasadnicze etapy: etap pierwszy przeprowadzony zostanie w województwie lubuskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, dolnośląskim, opolskim, oraz śląskim, etap drugi – w pozostałej części kraju.

Ze środków programu pokryte zostaną koszty związane z realizacją zadania, poza kosztami wynikającymi z badań, które są refundowane w ramach kontraktu z NFZ.

Ponadto w programie wskazano na konieczność zapewnienia przez realizatorów ww. zadania skierowania i umówienia pacjenta na wizytę w poradni specjalistycznej lub na oddziale – w przypadku jego zakwalifikowania do dalszego leczenia.

Poziom finansowania w 2013 r.: 230 594,85 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 398 120,53 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 25 532 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 0 zł

5.4 Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni

Okres przewidywany realizacji: 2013-2016

Uzasadnienie

Zadanie ma na celu ocenę aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania żylnego owrzodzenia goleni jak również poprawę dostępności właściwej diagnostyki i leczenia specjalistycznego dla tej grupy chorych.

Żylne owrzodzenie goleni stanowi jedno z najcięższych powikłań przewlekłej niewydolności żylniej. Według badań epidemiologicznych odnoszących się do krajów zachodnich z aktywnym owrzodzeniem żylnym goleni możemy spotkać się w 0,3 - 0,5% populacji dorosłych. Z danych literaturowych wynika, że około 70% tego rodzaju ran przewlekłych w zakresie goleni związanych jest z przewlekłą niewydolnością żylną. Schorzenie spotykane jest w różnych grupach wiekowych także u chorych młodych, w szczególności w przypadkach, w których mamy do czynienia z zespołem pozakrzepowym po przebyłym epizodzie zakrzepicy żył głębokich. W dostępnych doniesieniach epidemiologicznych zwraca jednak fakt znacznie częstszego występowania tej patologii u pacjentów starszych. Powstanie przewlekłej rany w zakresie goleni, przewlekły charakter choroby, często bardzo późne rozpoznanie bądź też czas, w którym chory zgłasza się do lekarza,

jak również trudności terapeutyczne, sprawiają że wielokrotnie mamy do czynienia z wielomiesięcznym (czasem wieloletnim) czasem trwania choroby.

Zadanie podzielone zostało na 2 etapy. Pierwszy etap odbywać się będzie na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej, gdzie pacjenci, bez względu na cel wizyty w gabinecie, będą pytani o aktywne bądź przebyte żyłne owrzodzenie goleni. W przypadku stwierdzenia żylnego owrzodzenia goleni lub też dodatniego wywiadu w kierunku przebytego owrzodzenia żylnego goleni wypełniona zostaje ankieta epidemiologiczna, a pacjent zostaje skierowany do poradni specjalistycznej, celem dalszego leczenia (etap drugi). Informacje odnośnie realizacji zadania, w tym skala występowania żylnego owrzodzenia goleni, będą przesyłane do ośrodka koordynującego, w celu opracowania szczegółowych wniosków. W trakcie trwania zadania przewidziane zostały także akcje promocyjne i informacyjne dotyczące żylnego owrzodzenia goleni przeprowadzane zarówno wśród pacjentów jak i wśród lekarzy.

Realizacja zadania ma pomóc między innymi w zaproponowaniu systemu leczenia oraz zasad poradnictwa mającego na celu zwiększenie dostępności do leczenia specjalistycznego oraz opracowanie standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u chorych z żylnym owrzodzeniem goleni na poziomie POZ i poradni specjalistycznej.

Powyższe zadanie, którego kosztorys przewiduje finansowanie wizyt w poradni chorób naczyń, wraz z wykonaniem między innymi badania USG Duplex Doppler, zostało tak zmodyfikowane, aby uniknąć podwójnego finansowania ze środków programu świadczeń opieki zdrowotnej (w tym wypadku AOS) wykonywanych w ramach kontraktów z NFZ.

Ponadto w programie wskazano na konieczność zapewnienia przez realizatorów ww. zadania skierowania i umówienia pacjenta na wizytę w poradni specjalistycznej lub na oddziale – w przypadku jego zakwalifikowania do dalszego leczenia.

Poziom finansowania w 2013 r.: 97 285,49 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 300 000 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 306 040 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 306 040 zł

5.5 Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem SYNDROM

Okres realizacji: 2014-2015

Uzasadnienie

Celem zadania jest zwiększenie wiedzy kilku tysięcy uczniów szkół średnich w zakresie zagadnień związanych z profilaktyką zdrowotną. Cel zostanie osiągnięty przez przeprowadzenie serii spotkań ze specjalnie przeszkolonymi doktorantami, absolwentami oraz studentami z kierunków studiów medycznych i zdrowotnych. Powyższe zadanie jest kontynuacją projektu z 2009 r., który miał charakter pilotażowy i pozwolił na stworzenie materiałów edukacyjnych, które można

wykorzystać w trakcie obecnej edycji. W związku z uniwersalnym charakterem celu zadania (działaniem na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia układu sercowo – naczyniowego), zasadna jest jego kontynuacja. Przeprowadzenie cyklu szkoleń oraz udoskonalenie materiałów, które mają być do tego wykorzystane, zapewni młodzieży merytoryczną wiedzę z zakresu profilaktyki, co przyczyni się do ograniczenia występowania w przyszłości chorób układu sercowo – naczyniowego oraz ich skutków.

Zadanie podzielone zostało na 2 zasadnicze etapy. Pierwszy etap zakłada wdrożenie powyższego zadania na obszarze 6 województw.

Drugi etap zadania polegać będzie na realizacji zadania edukacyjnego „SYNDROM” na obszarze reszty województw, z zastosowaniem doświadczeń nabytych z pierwszego etapu.

Przewidywany poziom finansowania w 2014 r.: 0 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2015 r.: 0 zł

5.6. Kompleksowy, modelowy program strukturalnej interwencji ukierunkowany na prewencję pierwotną chorób układu krążenia rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic dla średniej wielkości gminy pozawielkomiejskiej

Okres realizacji: 2014

Uzasadnienie

Zadanie zakłada utworzenie, wdrożenie i zweryfikowanie skuteczności działania kompleksowego programu pierwotnej prewencji chorób naczyniowo-sercowych rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic, możliwego do wdrożenia w gminach średniej wielkości. W ramach zadania prowadzone będą działania w dwóch zasadniczych obszarach: ogólnopopulacyjnej oraz wśród pacjentów z grupy wysokiego ryzyka. Działania ogólnopopulacyjne skupiają się w sferze stylu życia, w tym na ograniczaniu czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy, właściwym odżywianiu czy też roli aktywności fizycznej dla zdrowia. W stosunku do ludzi z grupy wysokiego ryzyka, działania ukierunkowują się na zwiększenie liczby uczestników badań profilaktycznych oraz na uzupełnieniu programu profilaktyki chorób naczyniowo-sercowych o strukturalną interwencję, polegającą na objęciu skuteczną opieką pacjentów z wykrytym wysokim ryzykiem. Realizacja ww. zadania odbędzie się przy założeniu udziału finansowego jednostek samorządu terytorialnego.

Przewidywany poziom finansowania w 2014 r.: 0 zł.

5.7 Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1233) utworzony został Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych, mający na

celu monitorowanie stanu zdrowia usługobiorców oraz monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o przetwarzane dane o operacjach wykonywanych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii.

Realizacja tego zadania jest kontynuacją realizowanego w latach 2005-2009 w ramach POLKARDU rejestru prowadzonego przez wyłoniony w drodze konkursu ofert Instytut „Centrum – Pomnik Zdrowia Dziecka”. Zgodnie z rozporządzeniem, realizatorem przedmiotowego zadania będzie jednostka w nim wskazana, tj. Instytut Pomnik „Centrum Zdrowia Dziecka”.

Poziom finansowania w 2014 roku: 258 354 zł

Poziom finansowania w 2015 roku: 288 871 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 roku: 288 871 zł

5.8 Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie Ogólnopolskiego Rejestru Ostkich Zespołów Wieńcowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1234) utworzony został Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych mający na celu monitorowanie stanu zdrowia usługobiorców oraz monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o przetwarzane dane dotyczące świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki i terapii ostkich zespołów wieńcowych, udzielanych w podmiotach leczniczych prowadzących szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, kardiologii, chorób wewnętrznych lub anestezyjologii i intensywnej terapii. Rejestr umożliwia ocenę epidemiologii klinicznej ostkich zespołów wieńcowych w Polsce, w tym monitorowanie zmian w sposobie leczenia i określenie roli czynników mających wpływ na rokowanie.

Realizacja tego zadania jest kontynuacją realizowanego w latach 2003-2009 w ramach POLKARDU rejestru prowadzonego przez wyłonione w drodze konkursu ofert Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Zgodnie z rozporządzeniem realizatorem przedmiotowego zadania będzie jednostka w nim wskazana, tj. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Poziom finansowania w 2014 roku: 235 000 zł

Poziom finansowania w 2015 roku: 250 000 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 roku: 250 000 zł

6. KARDIOLOGIA I KARDIOCHIRURGIA

6.1. Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiologicznego

Okres przewidywany realizacji: 2013-2016

Uzasadnienie

Przecewnikowa naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip jest wskazana u pacjentów z ciężką objawową niedomykalnością zastawki mitralnej, zarówno funkcjonującą jak i degeneracyjną, szczególnie u pacjentów wysokiego ryzyka. Szacunki wskazują, że problem dotyczy około 2 % całej populacji. Dowiedziono dużą skuteczność i bezpieczeństwo zastosowania metody MitraClip. Niewątpliwą zaletą urządzenia jest możliwość sprawdzenia efektu hemodynamicznego jeszcze przed definitywnym jego wszczępieniem – co daje możliwość późnej korekty i uzyskanie optymalnego efektu implantacji. Zabieg implantacji przy użyciu systemu MitraClip istotnie wpływa na redukcję liczby hospitalizacji z powodu nasilenia objawów niewydolności serca, a przez to prowadzi do zmniejszenia kosztów opieki nad chorym.

Powyższe zadanie, ze względu na swój charakter, zostało włączone do realizacji ze środków bieżących programu.

Poziom finansowania w 2013 r.: 1 786 212 zł

Poziom finansowania w 2014 r.: 3 303 324 zł

Poziom finansowania w 2015 r.: 2 848 000 zł

Przewidywany poziom finansowania w 2016 r.: 0 zł

Brak finansowania przedmiotowego zadania w roku 2016 wynika z ujęcia nieoperacyjnej naprawy zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip w wykazie świadczeń gwarantowanych, jako świadczenia wysokospecjalistycznego. W związku z powyższym, realizacja tego zadania w roku 2016 doprowadziłaby w efekcie do jego podwójnego finansowania.

4) sposób realizacji zadań

Realizatorzy Programu wyłaniani będą w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych dla poszczególnych zadań. Sposób realizacji poszczególnych zadań będzie przedstawiony w ofertach konkursowych.

5) źródła finansowania

a) budżet ministra właściwego do spraw zdrowia

Program zostanie sfinansowany z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi zadania o charakterze świadczeń zdrowotnych będą finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W wyjątkowych wypadkach, na przykład: wdrażanie nowych standardów świadczeń dla określonej populacji, świadczenia takie w całości lub w części będą mogły być finansowane ze środków Ministra Zdrowia. Zadania o charakterze organizacyjnym, opracowywanie i wdrażanie nowych rozwiązań opieki zdrowotnej, w tym edukacja

zdrowotna, a także zakup aparatury medycznej niezbędnej do realizacji Programu będą finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Zakłada się również udział finansowy w realizacji Programu samorządów terytorialnych (wojewódzkich, powiatowych i gminnych) w części zadań związanych z edukacją zdrowotną oraz tworzeniem infrastruktury diagnostyki i leczenia.

b) udział własny realizatorów

Przewidywana jest możliwość udziału finansowego realizatorów w zakresie zakupu sprzętu i aparatury w wysokości min. 15% a kupowany sprzęt specjalistyczny będzie kształtował się na poziomie ceny jednostkowej powyżej 10 tys. zł.

c) inne – brak

6) szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej

Tabela 1. Spis zadań zaplanowanych do realizacji ze środków bieżących w latach 2013 – 2016 (spis uwzględnia zadania realizowane w latach 2013, 2014, a także planowanych do realizacji w 2015)

5.	Analizy, epidemiologia i profilaktyka
5.1.	<i>WOBASZ II oraz monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia</i>
5.2.	<i>Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej</i>
5.3.	<i>Projekt badań epidemiologicznych dotyczących przewlekłego, miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych</i>
5.4.	<i>Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni</i>
5.5.	<i>Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem – SYNDROM</i>
5.6.	<i>Kompleksowy, modelowy program strukturalnej interwencji ukierunkowany na prewencję pierwotną chorób układu krążenia rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic dla średniej wielkości gminy pozawielkomiejskiej.</i>
5.7.	<i>Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych</i>
5.8.	<i>Ogólnopolski Rejestr Ostrej Zespołów Wieńcowych</i>
6.	Kardiologia i Kardiochirurgia
6.1.	<i>Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiologicznego</i>

Tabela 2. Spis zadań zaplanowanych do realizacji ze środków majątkowych w latach 2013 – 2016.

1.	Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia
	<i>Wyposażenie hybrydowej sali zabiegowej przeznaczonej dla zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej</i>
	<i>Zakup zestawów elektroanatomicznych dla zabezpieczenia referencyjnych ośrodków w zakresie nowoczesnej elektrofizjologii (w 2015 r. Zakup zestawów laserowych do usuwania elektrod)</i>
	<i>Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej</i>
2.	Chirurgia naczyniowa
	<i>Zakup średniej klasy aparatów do USG Doppler naczyń obwodowych (w 2015 r. Zakup aparatów rentgenowskich z ramieniem „C” zmotoryzowanych, dedykowanych chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej)</i>
3.	Neurologia
	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych</i>
	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu</i>
4.	Choroby wewnętrzne
	<i>Zakup zestawów sprzętu do diagnostyki kardiologicznej przeznaczonego dla oddziałów wewnętrznych</i>

7) wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

Monitorowanie prawidłowej realizacji Programu będzie prowadzone przez Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia. Realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia końcowego (za dany rok) sprawozdania finansowego i merytorycznego z realizacji zadań w terminie określonym w zawartych umowach, a także będą zobowiązani przez okres trzech lat od zawarcia umowy, do dnia 31 stycznia każdego roku, do przekazywania informacji dotyczących wykorzystania zakupionego w ramach umowy sprzętu.

Skuteczność podejmowanych działań i wykorzystywanych metod będzie oceniana na podstawie:

- dostępnych danych epidemiologicznych;
- liczby zawieranych umów;
- rodzaju sprzętu i aparatury będącej przedmiotem zawieranych umów.

VI. Kosztorys

Proponowanie szczegółowych kosztorysów realizacji poszczególnych zadań — planów finansowo-rzeczowych — jest jednym z zadań wykonawców przedkładających ofertę na realizację zadania. Koszt tej realizacji, przedstawiony przez przedkładającego ofertę, oraz ocena eksperta będą znaczącymi kryteriami wyboru realizatora.

Tabela 3. Struktura budżetu Programu POLKARD na rok 2013

	ŚRODKI		
1.	ŚRODKI MAJĄTKOWE	72,35 %	7 608 742,88 zł
2.	ŚRODKI BIEŻĄCE	27,65 %	2 908 166,22 zł
	Razem	100 %	10 516 909,10 zł

Plan rzeczowo-finansowy zadań realizowanych ze środków bieżących w roku 2013 – 2 908 166,22 zł

5.	Analizy, epidemiologia i profilaktyka	1 121 954,22
5.1.	<i>WOBASZ II oraz monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia</i>	794 073,88
5.2.	<i>Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej</i>	0,00
5.3.	<i>Projekt badań epidemiologicznych dotyczących przewlekłego, miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych</i>	230 594,85
5.4.	<i>Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni</i>	97 285,49
6.	Kardiologia i Kardiochirurgia	1 786 212
6.1.	<i>Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiologicznego:</i> ♦ MitraClip – 20 szt. – 90 000 zł	1 786 212

Plan rzeczowo-finansowy zadań realizowanych ze środków majątkowych w roku 2013 – 7 608 742,88 zł

1.	Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia	5 190 511,51
1.1.	<i>Wyposażenie hybrydowej sali zabiegowej przeznaczonej dla zabiegów kardiologicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej:</i> ♦ Zakup wyposażenia dla sal hybrydowych - cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń oraz następujące urządzenia współpracujące: respirator, aparat do znieczulenia, aparatura do hemofiltracji, krążenia pozaustrojowego, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, pompy infuzyjne, defibrylator, wózek anestesjologiczny, wózek do przewożenia chorych oraz stół pacjenta.	3 196 467,51
1.2.	<i>Zakup zestawów elektroanatomicznych dla zabezpieczenia referencyjnych ośrodków w zakresie nowoczesnej elektrofizjologii:</i> ♦ Zestaw elektroanatomiczny – 1 szt. – 800 000 zł	523 260
1.3.	<i>Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej:</i> ♦ Aparat do echokardiografii wysokiej klasy – 3 szt. – 1 200 000 zł (400 000 zł sztuka) ♦ System do prób wysiłkowych z bieżnią – 2 szt. – 200 000 zł (100 000 zł sztuka) ♦ System do 24 godzinnego monitorowania zapisu EKG (Holter EKG) – 2 szt.- 100 000 zł (50 000 zł sztuka)	1 470 784

2.	Chirurgia naczyniowa	1 011 655
2.1.	<i>Zakup średniej klasy aparatów do USG Doppler naczyń obwodowych:</i> ♦ USG Doppler – 10 szt. – 150 000 zł	1 011 655
3.	Neurologia	1 406 576,37
3.1.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych:</i> ♦ USG z funkcją Duplex – 5 szt. – 750 000 (150 000 zł sztuka); ♦ kardiograf impedancyjny – 2 szt. – 140 000 (70 000 zł sztuka); ♦ respirator stacjonarny – 2 szt. – 140 000 (70 000 zł sztuka);	949 414,22
3.2.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu:</i> ♦ interaktywne urządzenie wspomagające mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyny górnej w warunkach rzeczywistości wirtualnej i sprzężenia zwrotnego – 5 szt. – 250 000 (50 000 zł szt); ♦ oprogramowanie do interaktywnej terapii ruchowej chorych z dysfunkcją kończyny dolnej i/lub górnej za pomocą wizyjnej rzeczywistości wirtualnej i czujników ruchu – 5 szt. – 125 000 (25 000 zł szt); ♦ dynamiczny system odciążający do nauki chodzenia – 6 szt. – 90 000 (15 000 zł szt).	457 162,15
4.	Choroby wewnętrzne	0,00
4.1.	<i>Zakup zestawu sprzętu do diagnostyki kardiologicznej przeznaczonego dla oddziałów wewnętrznych:</i> ♦ zestaw obejmuje elektrokardiografy, pulsoksymetry oraz zestawy do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego. Zadanie realizowane przez koordynatora – ok. 96 zestawów, cena zestawu – ok. 15 500 zł.	0,00

Tabela 4. Struktura budżetu Programu POLKARD na rok 2014 r.

	ŚRODKI		
1.	ŚRODKI MAJĄTKOWE	59,9 %	7 991 952,99 zł
2.	ŚRODKI BIEŻĄCE	40,1 %	5 352 176,01 zł
	Razem	100 %	13 344 129 zł

Plan rzeczowo-finansowy zadań realizowanych ze środków bieżących w roku 2014 – 5 352 176,01 zł

5.	Analizy, epidemiologia i profilaktyka	2 048 852,01
5.1.	<i>WOBASZ II oraz monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia</i>	857 377,48
5.2.	<i>Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej</i>	0,00
5.3.	<i>Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych</i>	398 120,53
5.4.	<i>Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni</i>	300 000
5.5.	<i>Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem – SYNDROM</i>	0,00

5.6	<i>Kompleksowy, modelowy program strukturalnej interwencji ukierunkowany na prewencję pierwotną chorób układu krążenia rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic dla średniej wielkości gminy pozawielkomiejskiej</i>	0,00
5.7	<i>Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych</i>	258 354
5.8	<i>Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych</i>	235 000
6.	Kardiologia i Kardiochirurgia	3 303 324
6.1.	<i>Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiochirurgicznego:</i> ♦ MitraClip – 37 szt. – 1 szt.ok. 90 000 zł	3 303 324

Plan rzeczowo-finansowy zadań realizowanych ze środków majątkowych w roku 2014 – 7 991 952,99 zł

1.	Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia	4 754 193,76
1.1.	<i>Wyposażenie hybrydowej sali zabiegowej przeznaczonej dla zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej:</i> ♦ Zakup wyposażenia dla sal hybrydowych - cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń oraz następujące urządzenia współpracujące: respirator, aparat do znieczulenia, aparatura do hemofiltracji, krążenia pozaustrojowego, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, pompy infuzyjne, defibrylator, wózek anestezjologiczny, wózek do przewożenia chorych oraz stół pacjenta.	3 000 000
1.2.	<i>Zakup zestawów elektroanatomicznych dla zabezpieczenia referencyjnych ośrodków w zakresie nowoczesnej elektrofizjologii:</i> ♦ Zestaw elektroanatomiczny – 1 szt. – 800 000 zł	457 779,60
1.3.	<i>Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej:</i> ♦ Aparat do echokardiografii wysokiej klasy – 3 szt. – 1 200 000 zł (400 000 zł sztuka) ♦ System do prób wysiłkowych z bieżnią – 2 szt. – 200 000 zł (100 000 zł sztuka) ♦ System do 24 godzinnego monitorowania zapisu EKG (Holter EKG) – 5 szt.- 250 000 zł (50 000 zł sztuka)	1 296 414,16
2.	Chirurgia naczyniowa	1 376 345,30
2.1.	<i>Zakup średniej klasy aparatów do USG Doppler naczyń obwodowych:</i> ♦ USG Doppler – 10 szt. – ok.155 000 zł	1 376 345,30
3.	Neurologia	1 203 752,34
3.1.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych:</i> ♦ USG z funkcją Duplex – 5 szt. – 700 000 (140 000 zł sztuka); ♦ kardiograf impedancyjny – 2 szt. – 122 000 (ok.61 000 zł sztuka); ♦ respirator stacjonarny – 5 szt.- 300 000 (60 000 zł sztuka);	879 273,56

3.2.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu:</i> ♦ interaktywne urządzenie wspomagające mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyny górnej w warunkach rzeczywistości wirtualnej i sprzężenia zwrotnego – 5 szt. – 350 000 (70 000 zł szt); ♦ oprogramowanie do interaktywnej terapii ruchowej chorych z dysfunkcją kończyny dolnej i/lub górnej za pomocą wizyjnej rzeczywistości wirtualnej i czujników ruchu – 3 szt. – 75 000 (25 000 zł szt); ♦ dynamiczny system odcciążający do nauki chodzenia – 5 szt. – 100 000 (20 000 zł szt).	324 478,78
4.	Choroby wewnętrzne	657 661,59
4.1.	<i>Zakup zestawu sprzętu do diagnostyki kardiologicznej przeznaczonego dla oddziałów wewnętrznych:</i> ♦ zestaw obejmuje elektrokardiografy, pulsoksymetry oraz zestawy do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego. Zadanie realizowane przez koordynatora – ok. 96 zestawów, cena zestawu – ok. 15 500 zł.	657 661,59

Tabela 5. Struktura budżetu Programu POLKARD na rok 2015 r.

	ŚRODKI		
1.	ŚRODKI MAJĄTKOWE	77,00 %	12 265 000 zł
2.	ŚRODKI BIEŻĄCE	23,00 %	3 664 000 zł
	Razem	100 %	15 929 000 zł

Plan rzeczowo-finansowy zadań zaplanowanych do realizacji ze środków bieżących w roku 2015 – 3 664 000 zł

5.	Analizy, epidemiologia i profilaktyka	870 443
5.2.	<i>Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej</i>	0,00
5.3	<i>Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych</i>	25 532
5.4	<i>Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni</i>	306 040
5.5.	<i>Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem – SYNDROM</i>	0,00
5.7	<i>Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych</i>	288 871
5.8	<i>Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych</i>	250 000
6.	Kardiologia i Kardiochirurgia	2 793 557
6.1.	<i>Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiochirurgicznego:</i> ♦ MitraClip	2 848 000

Plan rzeczowo-finansowy zadań zaplanowanych do realizacji ze środków majątkowych w roku 2015 – 12 265 000 zł

1.	Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia	
1.1.	<i>Wyposażenie/doposażenie hybrydowych sal zabiegowych przeznaczonych dla zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej:</i> ♦ cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń oraz następujące urządzenia współpracujące: respirator, aparat do znieczulenia, aparatura do hemofiltracji, krążenia pozaustrojowego, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, pompy infuzyjne, defibrylator, wózek anestesjologiczny, wózek do przewożenia chorych oraz stół pacjenta.	4 230 600
1.2.	<i>Zakup zestawów laserowych do usuwania elektrod.</i> ♦ zestawy laserowe do usuwania elektrod	1 057 500
1.3.	<i>Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej:</i> ♦ Aparaty do echokardiografii wysokiej klasy ♦ Systemy do prób wysiłkowych z bieżnią ♦ Systemy do 24 godzinnego monitorowania zapisu EKG (Holter EKG)	2 151 782
2.	Chirurgia naczyniowa	
2.1.	<i>Zakup aparatów rentgenowskich z ramieniem „C” zmotoryzowanych, dedykowanych chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej</i> ♦ aparaty rentgenowskie z ramieniem „C” zmotoryzowane, dedykowane chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej	1 193 400
3.	Neurologia	
3.1.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych:</i> ♦ USG z funkcją Doppler ♦ USG z funkcją Duplex ♦ respiratory stacjonarne	1 122 000
3.2.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu:</i> ♦ interaktywne urządzenia wspomagające mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyny górnej w warunkach rzeczywistości wirtualnej i sprzężenia zwrotnego ♦ oprogramowania do interaktywnej terapii ruchowej chorych z dysfunkcją kończyny dolnej i/lub górnej za pomocą wizyjnej rzeczywistości wirtualnej i czujników ruchu ♦ dynamiczne systemy odciążające do nauki chodzenia ♦ urządzenie do ćwiczeń kończyny górnej z różnymi stopniami jej mechanicznego odciążenia; ♦ zestaw dynamicznych ortez wspomagających ruch dłoni niedowładnej; ♦ bieżnia ruchoma z regulowanym kątem nachylenia.	1 212 664
4.	Choroby wewnętrzne	
4.1.	<i>Zakup zestawów sprzętu do diagnostyki kardiologicznej przeznaczonego dla oddziałów wewnętrznych:</i> ♦ zestawy obejmujące elektrokardiografy, pulsoksymetry oraz zestawy do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego.	291 835

Tabela 6. Struktura budżetu Programu POLKARD na rok 2016 r.

	ŚRODKI		
1.	ŚRODKI MAJĄTKOWE	96 %	18 725 092,00 zł
2.	ŚRODKI BIEŻĄCE	4 %	844 911 zł
	Razem	100 %	19 570 003,00 zł

Plan rzeczowo-finansowy zadań zaplanowanych do realizacji ze środków bieżących w roku 2016 – 844 911 zł

5.	Analizy, epidemiologia i profilaktyka	844 911
5.2.	<i>Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej</i>	0,00
5.3.	<i>Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych</i>	0,00
5.4.	<i>Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni</i>	306 040
5.5.	<i>Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem – SYNDROM</i>	0,00
5.7.	<i>Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych</i>	288 871
5.8.	<i>Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych</i>	250 000
6.	Kardiologia i Kardiochirurgia	0
6.1.	<i>Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiochirurgicznego:</i> ♦ MitraClip	0

Plan rzeczowo-finansowy zadań zaplanowanych do realizacji ze środków majątkowych w roku 2016 – 18 725 092,00 zł

1.	Kardiologia, kardiologia dziecięca i kardiochirurgia	
1.1.	<i>Wypożyczenie/doposażenie hybrydowych sal zabiegowych przeznaczonych dla zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej:</i> ♦ cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń oraz następujące urządzenia współpracujące: respirator, aparat do znieczulenia, aparatura do hemofiltracji, krążenia pozaustrojowego, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, pompy infuzyjne, defibrylator, wózek anestezjologiczny, wózek do przewożenia chorych oraz stół pacjenta.	3 000 000
1.2.	<i>Doposażenie pracowni elektroterapii w stacjonarne aparaty RTG</i>	1 100 000
1.3.	<i>Zakup aparatury hemodynamicznej dla potrzeb oddziałów kardiologii dziecięcej</i> • angiografy	3 867 000
2.	Chirurgia naczyniowa	
2.1.	<i>Zakup aparatów rentgenowskich z ramieniem „C” zmotoryzowanych, dedykowanych chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej</i>	2 489 000

	• aparaty rentgenowskie z ramieniem „C” zmotoryzowane, dedykowane chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej	
3.	Neurologia	
3.1.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych i centrów interwencyjnego leczenia udarów mózgu:</i> aparaty USG; • respiratory stacjonarne i przenośne; • aparaty do znieczulenia ogólnego z monitorowaniem; • aparaty do znieczulenia z monitorowaniem anestezjologicznym; • systemy informatyczne do transfuzji TK.	2 073 685,29
3.2.	<i>Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu:</i> • programy do interaktywnych ćwiczeń w wizualnej rzeczywistości wirtualnej z użyciem czujników ruchu dedykowane dla chorych z niedowładem połowiczym; • urządzenie do ćwiczeń kończyny górnej z różnymi stopniami jej mechanicznego odciążenia; • zestaw dynamicznych ortez wspomagających ruch dłoni niedowładnej; • bieżnia ruchoma z regulowanym kątem nachylenia.	1 926 240
4.	Choroby wewnętrzne	
4.1.	<i>Zakup monitorów hemodynamicznych przeznaczonych dla oddziałów wewnętrznych kardiomonitorów</i> • stanowiska komputerowe do centralnego monitorowania	4 269 074,71

VII. Realizatorzy programu

Przepisy właściwe dotyczące wyboru realizatorów Programu określa art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizatorzy zadań programu, finansowanych z budżetu Ministra Zdrowia, będą wyłaniani w drodze konkursu na podstawie kryteriów określonych dla poszczególnych zadań w ogłoszeniach konkursowych. Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Minister Zdrowia powoła Komisję Konkursową w celu wyboru realizatora/realizatorów poszczególnych zadań Programu. Tryb działania Komisji Konkursowej reguluje obecnie Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2014 r. poz. 84, z późn. zm.).

Ponadto, Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych będzie prowadzony przez Instytut Pomnik „Centrum Zdrowia Dziecka”, natomiast Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych będzie prowadzony przez Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Powyżsi realizatorzy zostali wskazani w stosownych rozporządzeniach, wskazanych w opisie zadań.

VIII. Kontynuacja działań podjętych w programie

Kontynuacja działań będzie należała przede wszystkim do organów założycielskich i dyrekcji szpitali. Będzie ona dotyczyła zapewnienia wykwalifikowanej kadry medycznej do udzielania świadczeń oraz skutecznego wystąpienia o kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zasadnicze zaplecze finansowe kontynuacji działań będą stanowiły środki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz kontynuacja działań w ramach kolejnych edycji programu w następnych latach.

