

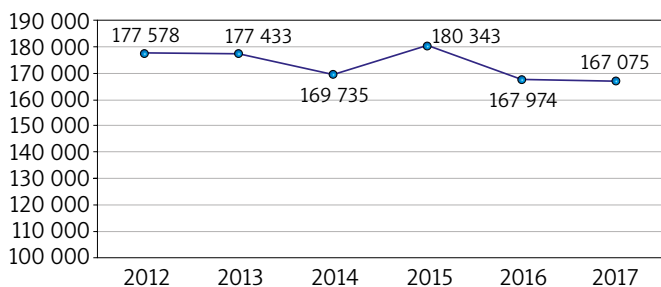
Dlaczego realizacja Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia jest tak słaba?



Kręte drogi profilaktyki chorób układu krążenia

W trakcie kampanii wyborczej do parlamentu pojawiały się pomysły nowych programów profilaktycznych, głównie różnego rodzaju „bilansów”. Jednak przed ich wprowadzeniem warto przyjrzeć się, jak funkcjonują te już wdrożone, np. program profilaktyki chorób układu krążenia.

Choroby układu krążenia od wielu lat są pierwszą przyczyną zgonów w Polsce, o czym wiele osób (także podejmujących ważne decyzje polityczne) nie wie lub zapomina. Według danych GUS w 2017 r. były one odpowiedzialne za śmierć ponad 167 tys. osób w naszym kraju, czyli za 41,5 proc. wszystkich zgonów. Dla porównania – nowotwory ogółem (czyli druga w kolejności przyczyna) odpowiadają za 107 tys. zgonów, czyli 26,5 proc. Co istotne, w latach 2012–2017 mimo malejącego udziału zgonów z powodu chorób układu krążenia w ogólnej liczbie zgonów (z ponad 46 proc. do wspomnianych 41,5 proc.) bezwzględna liczba osób,

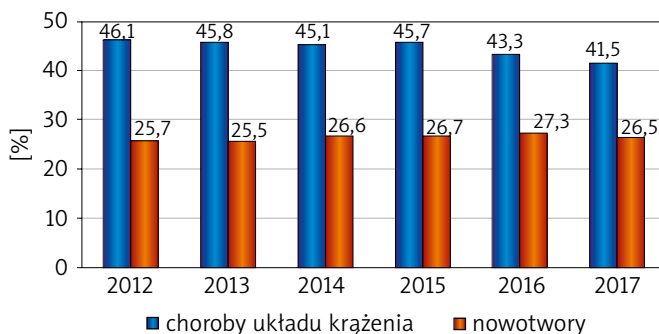


Rycina 1. Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w latach 2012–2017

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

które zmarły wskutek tej grupy schorzeń, zmieniła się nieznacznie, bo zaledwie o 6 proc. Niechlubny rekord pod tym względem odnotowano w 2015 r. (ryc. 1 i 2).

Istotny jest również fakt, że pomimo powszechnego przekonania, że to mężczyźni częściej „umierają na serce”, wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia w przeliczeniu na 100 tys. ludności jest znacznie wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn: w 2017 r. 459,9 vs. 408,1, przy wartości 434,8 dla całej populacji (ryc. 3).



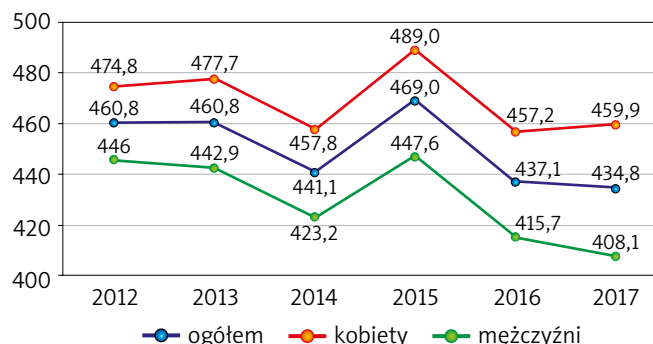
Rycina 2. Udział zgonów z powodu chorób układu krążenia i nowotworów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w latach 2012–2017

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Zgony spowodowane przez choroby układu krążenia to jednak tylko wierzchołek góry lodowej. Największym problemem są bardzo szeroko rozpowszechnione w społeczeństwie choroby cywilizacyjne, takie jak hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, które prowadzą do dalszych, jeszcze poważniejszych schorzeń, m.in. zawałów mięśnia sercowego, udarów mózgu (krwotocznych i niedokrwienych), tętniaków czy zakrzepicy – a więc chorób będących często bezpośrednią przyczyną zgonu lub na lata wpływających na jakość życia chorego. Wszystkie te jednostki chorobowe generują ogromne koszty ekonomiczne i społeczne, na które składają się m.in.:

- bezpośrednie koszty leczenia i rehabilitacji (zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych),
- koszty absenteizmu (wydatki ZUS i KRUS z tytułu zasiłków chorobowych, koszty pracodawców związane z zapewnieniem zastępstw za nieobecnych pracowników, utracony PKB z tytułu nieobecności osób w wieku produkcyjnym),
- koszty prezenteizmu (koszt zmniejszonej produktywności osoby, która pomimo choroby jest w pracy, ale jej wydajność jest znacznie mniejsza, niż gdyby nie była chora),
- koszty niezdolności do pracy i niepełnosprawności (wydatki ZUS i KRUS z tytułu renty z powodu niezdolności do pracy, utracony PKB z tytułu zmniejszenia liczby osób aktywnych zawodowo, koszty dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością, koszty opieki nad osobą niesamodzielną).

W Polsce choroby układu krążenia już od 1996 r. są uznawane za problem społeczny, a walka z nim należy do priorytetowych celów Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), który zmierza do zintegrowania zagadnień związanych ze zdrowiem z celami wytyczanymi w ramach systemu społeczno-ekonomicznego państwa. W celach strategicznych NPZ na lata 2007–2015 na miejscu pierwszym znalazł się problem chorób układu krążenia, a za główny cel uznano zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności (Maciąg D., Grzegorska K., Cichońska M., Marcinkowski J.T., Profilaktyka chorób układu krążenia prowadzona w podstawowej opiece zdrowotnej, *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2): 377-384). W ostatnich latach decydenci wprowadzali wiele zmian do systemu zdrowotnego, które miały usprawnić walkę z chorobami układu krążenia. Były wśród nich m.in. zniesienie limitów dla ratujących życie interwencji kardiologicznych w ostrych zespołach wieńcowych czy kompleksowa opieka nad pacjentem po zawale serca (KOS-Zawał). Doceniono również rolę działań edukacyjnych i prewencyjnych, czego efektem było uruchomienie programu profilaktyki chorób układu krążenia. W dalszej części artykułu przybliżę, czym jest ten program, oraz przedstawię



Rycina 3. Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

analizę danych z NFZ na temat korzystania z niego przez osoby uprawnione.

Czym jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia?

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2007/DSOZ z 25 września 2007 r. (i zarządzeniami je zmieniającymi, ostatnio nr 115/2019/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2019 r.) program jest świadczeniem realizowanym w ramach umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Jest on integralnym elementem umowy zawartej przez świadczeniodawców POZ z właściwym oddziałem NFZ, nie ma więc potrzeby zawierania osobnej umowy w tym zakresie, co jest istotne dla powszechności realizacji programu i dostępu do niego dla upoważnionych świadczeniobiorców. Wszystkie wymagania lokalowe i sprzętowe również są zgodne z wymaganiami określonymi dla zakresu świadczenia lekarza POZ.

Cel główny programu określono jako obniżenie o ok. 20 proc. zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka. Określono też trzy cele dodatkowe:

- zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia,

„Mimo powszechnego przekonania, że to mężczyźni częściej „umierają na serce”, wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia jest znacznie wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn”

„Średnio najwięcej osób korzysta z programu w wieku 50 lat (4 proc. uprawnionych) oraz 45 lat (3,9 proc. uprawnionych)”

- wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia,
- promocja zdrowego stylu życia: niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej.

Adresatami programu są w szczególności osoby obciążone czynnikami ryzyka znajdujące się na liście świadczeniobiorców lekarza POZ u świadczeniodawcy i w danym roku kalendarzowym będące w 35., 40., 45., 50. oraz 55. roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

Realizacja programu obejmuje następujący zakres wykonywanych kolejno świadczeń:

- przeprowadzenie wywiadu,
- wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziom glukozy), pomiar ciśnienia tętniczego krwi, określenie wartości wskaźnika BMI (wg danych w Polsce 21 proc. mężczyzn i 24 proc. kobiet jest otyłych),
- wizyta u lekarza POZ, w trakcie której przeprowadzane jest badanie przedmiotowe oraz ocena czynników ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia. Lekarz POZ kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenia globalne ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości, a uzyskany wynik zapisuje w „Karcie

Badania Profilaktycznego”. Edukuje też pacjenta oraz podejmuje decyzję co do dalszego postępowania.

Na podstawie uzyskanych danych dokonywana jest ocena ryzyka sercowo-naczyniowego za pomocą algorytmu SCORE. Pozwala on określić ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu najbliższych dziesięciu lat, opierając się na występowaniu pięciu głównych czynników ryzyka (wiek, płeć, ciśnienie skurczowe, palenie papierosów, poziom cholesterolu całkowitego). Algorytm ten przeznaczony jest do oceny ryzyka u osób bez rozpoznanej jeszcze choroby układu sercowo-naczyniowego. Jeżeli dziesięcioletnie ryzyko zgonu jest równe lub przekracza 5 proc., to takie osoby należy zaliczyć do grupy dużego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i podjąć intensywne działania mające na celu modyfikację czynników ryzyka. Również osoby, u których ryzyko zgonu wynosi nieco poniżej 5 proc., mogą być objęte programem profilaktyki. Osobom z grup bardzo małego ryzyka w celu utrzymania tego stanu należy zalecać dalszą modyfikację stylu życia (Maciąg D., Grzegorska K., Cichońska M., Marcinkowski J.T., Profilaktyka chorób układu krążenia prowadzona w podstawowej opiece zdrowotnej, *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2): 377-384).

Świadczeniobiorcy, u których rozpoznano chorobę układu krążenia, w zależności od wskazań medycznych otrzymują zalecenia dotyczące konieczności zmiany trybu życia lub zostają skierowani (poza programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ o udzielanie odpowiednich rodzajów świadczeń.

W wymienionych dokumentach określone zostały również zasady monitorowania oczekiwanych efektów realizacji programu:

- a) skuteczność zapraszania na badania:
- liczba świadczeniobiorców spełniających kryterium wiekowe do objęcia programem w populacji osób zadeklarowanych do świadczeniodawcy,
 - liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do programu u danego świadczeniodawcy;
- b) efekty badań:
- liczba świadczeniobiorców z określonym poziomem ryzyka chorób układu krążenia,
 - liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej wspieranej materiałami informacyjnymi opracowanymi przy współdziałaniu samorządu terytorialnego,
 - liczba świadczeniobiorców z podwyższonym poziomem poszczególnych czynników ryzyka ocenianych w programie (np. nadciśnienie, podwyższone stężenie cholesterolu, triglicerydów, glukozy, palenie papierosów, nadwaga, mała aktywność fizyczna),
 - liczba świadczeniobiorców z rozpoznaną chorobą układu krążenia.

Tabela 1. Liczba osób uprawnionych do badania w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia a liczba osób przebadanych

Rok	Populacja do przebadania	Liczba osób przebadanych	Odsetek osób przebadanych (%)
2012	2 049 890	83 826	4,1
2013	2 047 799	62 732	3,1
2014	2 036 388	67 519	3,3
2015	2 024 701	73 100	3,6
2016	2 017 053	69 739	3,5
2017	2 042 556	87 492	4,3
2018	2 077 006	80 547	3,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z NFZ.

Skupiam się na analizie pierwszej grupy czynników, czyli skuteczności zapraszania na badania, a w szczególności liczbie osób, które skorzystały z programu.

Liczy nie kłamią, ale niepokoją

Jak wygląda w perspektywie ostatnich kilku lat realizacja programu profilaktyki chorób układu krążenia? W celu odpowiedzi na to pytanie autor wystąpił do NFZ o dane dotyczące liczby osób upoważnionych do skorzystania z programu oraz liczby osób, które z niego skorzystały (tzn. zostały sprawozdane przez świadczeniodawców i wypłacono za nie określone w przepisach wynagrodzenie). Obie te grupy zostały też podzielone ze względu na wiek i płeć.

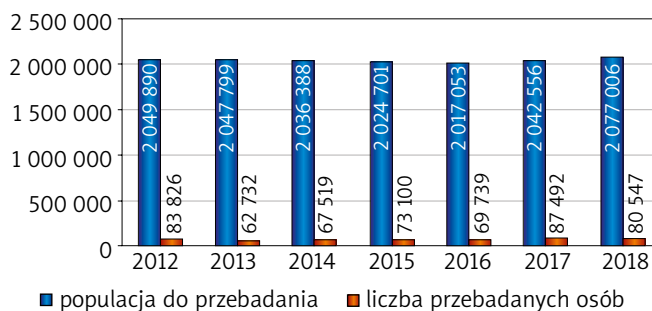
W latach 2012–2018 co roku średnio 2 042 tys. osób było uprawnionych do skorzystania z programu profilaktyki chorób układu krążenia. Najwięcej takich osób było w roku 2018 – 2 077 tys., a najmniej w 2016 – 2 017 tys. Jednak z programu rocznie skorzystało średnio niespełna 75 tys. osób, czyli średnio tylko 3,7 proc. uprawnionych! Najwięcej osób skorzystało z programu w roku 2017 (87,5 tys., czyli 4,3 proc. uprawnionych) i w roku 2012 (83,8 tys., czyli 4,1 proc. uprawnionych), a najmniej w roku 2013 (62,7 tys., czyli 3,1 proc. uprawnionych) i 2014 (67,5 tys., czyli 3,3 proc. uprawnionych) (tab. 1, ryc. 4).

W całym analizowanym okresie kobiety stanowiły średnio 49,7 proc. populacji uprawnionej do wykonania badań, ale jednocześnie aż 63 proc. osób, które skorzystały z programu (u mężczyzn odpowiednio 50,3 proc. oraz 47 proc.). W efekcie w każdym roku odsetek korzystających z badania był wyższy wśród kobiet (najwięcej 5,4 proc., najmniej 3,9 proc.) niż wśród mężczyzn (najwięcej 3,2 proc., najmniej 2,3 proc.) (tab. 2, ryc. 5).

Wśród przedstawicieli obu płci średnio najwięcej osób korzysta z programu w wieku 50 lat (4 proc. uprawnionych) oraz 45 lat (3,9 proc. uprawnionych). Przy uwzględnieniu podziału na płeć wygląda to podobnie: najwięcej kobiet korzysta z programu w wieku 45 i 50 lat (po 5 proc.), a najwięcej mężczyzn w wieku 50 lat (3 proc.) oraz 55 lat (2,9 proc.). Najmniejszy odsetek pacjentów korzystających z programu obserwowano co roku wśród osób w wieku 35 lat – w całej populacji średnio 3,3 proc., wśród kobiet 4,2 proc., a wśród mężczyzn – 2,4 proc. (tab. 3).

Kasa, Misiu, kasa

Jeśli chodzi o stronę finansową programu, to przez wiele lat (od wprowadzenia programu do końca 2016 r.) stawka za badanie pozostawała niezmienną i wynosiła 48 zł. W tym samym czasie roczna bazowa stawka kapitacyjna za pacjenta wzrosła z 81 zł w 2007 r. do 144 zł w 2016 r. O ile w 2007 r. opłata za przebadanie osoby w programie stanowiła 59 proc. rocznej kapitaacji, to na koniec 2016 r. było to już tylko 33 proc. Bez



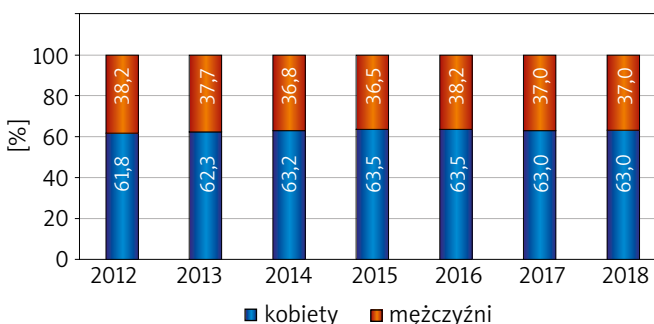
Rycina 4. Liczba osób uprawnionych do badania w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia a liczba osób przebadanych w latach 2012–2018

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z NFZ.

Tabela 2. Odsetek osób przebadanych w latach 2012–2018 wg płci (%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Razem	4,1	3,1	3,3	3,6	3,5	4,3	3,9
Kobiety	5,1	3,9	4,2	4,6	4,4	5,4	4,9
Mężczyźni	3,1	2,3	2,4	2,6	2,5	3,2	2,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z NFZ.



Rycina 5. Struktura populacji osób przebadanych w latach 2012–2018 wg płci

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z NFZ.

wątpienia malejąca względna atrakcyjność finansowa programu była jedną z przyczyn jego niskiej realizacji.

Podobnego zdania najwyraźniej byli decydenci, bo od stycznia 2017 r. sytuacja istotnie się zmieniła. Na podstawie zarządzenia prezesa NFZ nr 124 z 2016 r. stawka za przebadanie jednej osoby w programie od 1 stycznia 2017 r. wzrosła do 110 zł, co stanowiło wówczas 76 proc. bazowej rocznej stawki kapitacyjnej. Obecnie, w związku z systematycznym zwiększaniem stawki kapitacyjnej do kwoty 159 zł, opłata za realizację programu profilaktyki chorób układu krążenia stanowi 69 proc. tej stawki. Ale czy wzrost stawki kapitacyjnej wpłynął na zmianę poziomu realizacji programu? Wydaje się, że zmiana była co najmniej nieproporcjonalna, gdyż przy blisko potrojeniu stawki odsetek osób przebadanych zmienił się zaledwie o 0,8 punk-

Tabela 3. Odsetek osób przebadanych w latach 2012–2018 wg płci i wieku (%)

Płeć	Wiek	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kobiety	35	4,8	3,9	3,8	4,0	3,8	4,8	4,3
	40	5,4	3,9	4,4	4,7	4,5	5,4	4,9
	45	5,4	3,9	4,6	5,0	4,8	5,8	5,2
	50	5,5	4,0	4,5	5,0	4,9	6,0	5,4
	55	4,8	3,6	4,2	4,7	4,5	5,6	5,1
Mężczyźni	35	2,8	2,2	2,2	2,2	2,2	2,7	2,5
	40	3,1	2,3	2,5	2,7	2,5	3,1	2,8
	45	3,2	2,3	2,5	2,7	2,6	3,3	3,0
	50	3,4	2,4	2,6	3,0	2,8	3,5	3,2
	55	3,1	2,3	2,6	2,9	2,8	3,5	3,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z NFZ.

tu procentowego (z 3,5 proc. w 2016 r. do 4,3 proc. w 2017 r.). Co istotne, w 2018 r. nastąpił spadek odsetka osób przebadanych do 3,9 proc. Aby jeszcze lepiej zobrazować sytuację, warto wskazać, że w 2018 r. przebadanie 80,5 tys. osób kosztowało ponad 8,8 mln zł, podczas gdy w 2012 r. za 4 mln zł przebadano blisko 84 tys. osób. Tak więc po raz kolejny potwierdza się teza, że samo dosypywanie pieniędzy nie jest wystarczającym rozwiązaniem.

Nie jest to dobra wiadomość w kontekście kolejnych działań podejmowanych przez decydentów, tj. zmiany przewidzianej w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 115/2019/DSOZ z 30 sierpnia 2019 r. Zarządzenie to wprowadza od 1 stycznia 2020 r. system motywacyjny dla świadczeniodawców POZ w zależności od odsetka przebadanej populacji uprawnionej do skorzystania z programu. I tak po zakończeniu każdego kwartału wartość jednostki rozliczeniowej w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale będzie korygowana współczynnikiem korygującym o wartości 1,1, jeżeli:

- za pierwszy kwartał – świadczeniodawca udzieli świadczeń co najmniej 15 proc. populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki,
- za drugi kwartał – świadczeniodawca udzieli (licząc od dnia 1 stycznia 2020 r.) świadczeń co najmniej 30 proc. populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki,
- za trzeci kwartał – świadczeniodawca udzieli (licząc od dnia 1 stycznia 2020 r.) świadczeń co najmniej 45 proc. populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki,
- za czwarty kwartał – świadczeniodawca udzieli (licząc od dnia 1 stycznia 2020 r.) świadczeń co najmniej 60 proc. populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki.

Kiedy patrzę na wskaźniki określone w wymienionym zarządzeniu, przypomina mi się znana w naukach o zarządzaniu metoda określania celów, tzw. metoda SMART. Zgodnie z nią każdy ustalany cel powinien być: *specific* (skonkretyzowany, określony), *measurable* (mierzalny), *achievable* (osiągalny, realny), *relevant* (istotny), *time-bound* (określony w czasie). Bez wątpienia cele dla świadczeniodawców są konkretne, mieralne i określone w czasie. Jednak w zestawieniu z danymi historycznymi widać, że nie mają jednej z cech SMART, a konkretnie osiągalności, realności. Trudno się bowiem spodziewać, żeby świadczeniodawcy zwiększyli realizację programu do 60 proc. rocznie, gdy w ostatnich latach najlepszy wynik to zaledwie 4,3 proc. Jest to oczywiście wartość średnia dla całego kraju, co oznacza, że niektórzy świadczeniodawcy osiągają wyższe wskaźniki, a niektórzy nie realizują programu w ogóle. Sądzę jednak, że takie ustawienie parametrów systemu motywacyjnego odniesie odwrotny skutek i nie zachęci znacznej części świadczeniodawców do lepszej realizacji programu.

To nie koniec

Dlaczego realizacja Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia jest tak niska? Aby w pełni odpowiedzieć na to pytanie, należy przyjrzeć się obu stronom relacji, czyli potencjalnym pacjentom oraz świadczeniodawcom – lekarzom POZ. Dlaczego pacjenci nie korzystają z programu (i czy w ogóle wiedzą o takiej możliwości)? Dlaczego lekarze nie realizują programu i nie namawiają pacjentów do skorzystania z niego (a może namawiają, tylko ich działania są nieskuteczne)? Pewnie każdy z czytelników ma mnóstwo hipotez na ten temat. Ja również, dlatego zagadnienia te są przedmiotem badań, które aktualnie prowadzę, a których wynikami podzielę się na łamach „Menedżera Zdrowia”.

Maciej Majewski