



## Document de Poziție

# Conștientizarea și managementul îmbunătățit al insuficienței cardiace

Un document de analiză, consultări și propuneri de soluții pentru reducerea decalajului dintre:



înțelegerea  
simptomatologiei și  
consecințelor insuficienței  
cardiace



povara acestei condiții medicale  
asupra sistemului de sănătate și  
asupra fiecărei persoane afectate

### Document realizat

#### Sub egida

- Societății Române de Cardiologie
- Fundației Române a Inimii
- Societății Naționale de Medicina Familiei
- C.O.P.A.C

#### Cu contribuția

- Experților medicali
- Experților în politici publice de sănătate

#### Cu sprijinul

AstraZeneca România

# I. Cuprins

<b>I.</b>	<b>CUPRINS</b>	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>SUMAR EXECUTIV</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>PERSPECTIVA SOCIETALĂ   CE ȘTIU ȘI CE CRED ROMÂNII</b>	<b>5</b>
A)	DESPRE INSUFICIENȚA CARDIACĂ	5
B)	AȘTEPTĂRI VS. REALITATE	6
<b>IV.</b>	<b>PERSPECTIVA MEDICALĂ   CU CE SE CONFRUNTĂ PACIENȚII ȘI COMUNITATEA MEDICALĂ</b>	<b>9</b>
A)	IMPACTUL BOLII ASUPRA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA	9
B)	IMPACTUL BOLII ASUPRA PACIENȚILOR DIAGNOSTICAȚI CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ	12
C)	PRINCIPALELE PROVOCĂRI	12
<b>V.</b>	<b>PERSPECTIVA POLITICILOR PUBLICE   CADRUL DE REGLEMENTARE</b>	<b>14</b>
<b>VI.</b>	<b>CUM ACOPERIM NEVOILE?</b>	<b>15</b>
A)	DE CE ESTE NEVOIE DE INTERVENȚIE	15
B)	CINE POATE CONTRIBUI	15
C)	CE URMĂRIM ȘI CUM AJUNGEM ACOLO?	16
<b>VII.</b>	<b>ANEXA – STUDIILE AVUTE CA REFERINȚĂ</b>	<b>17</b>

## II. Sumar executiv

Insuficiența cardiacă este o afecțiune cronică severă care afectează persoane de toate vârstele, cu o prevalență mai mare la cele peste 60 ani, care necesită un management pe termen lung și este caracterizată prin episoade acute care implică îngrijiri urgente în spital. Este principala cauză de spitalizare la persoanele peste 65 de ani<sup>1</sup> și unul dintre cele mai frecvente motive de readmisie în spital (două treimi dintre persoanele cu IC sunt readmise în spital în termen de un an de la externare).



Rata de mortalitate variază între 6,6% și 26,6% la nivel global, iar **1 din 2 persoane diagnosticate cu insuficiență cardiacă decedează la 5 ani de la diagnostic.**



**Riscul de mortalitate prin IC este similar cu unele dintre cancerurile frecvente atât la bărbați, cât și la femei, iar speranța de viață în cazul pacienților cu IC este mai mică decât în cazul cancerului de prostată la bărbați, sau al cancerului de sân la femei.**



**În lipsa unor campanii de conștientizare, populația subestimează riscul de a face insuficiență cardiacă, estimându-l la 1 din 10, în loc de 1 din 5 cum este în realitate<sup>2</sup>.**



Având în vedere numărul mare de persoane afectate, severitatea și povara bolii, insuficiența cardiacă reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. 4,7% din populația adultă din România suferă de insuficiență cardiacă.



**Dacă 70% dintre cazurile din România sunt tratate în ambulatoriu, 30% necesită spitalizare din cauza agravării bolii.**



**Faptul că numărul de episoade de spitalizare crește exponențial între 45 și 65 de ani ridică probleme majore din perspectiva dizabilității și a mortalității evitabile asociate pentru această sub-populație activă<sup>3</sup>.**

Cadrul de reglementare pune accentul mai degrabă pe tratamentul pacienților cu un stadiu avansat de boală și nu pe prevenție sau diagnostic precoce, deși există opțiuni terapeutice disponibile. Identificarea și raportarea cazurilor noi este îngreunată de lipsa unor programe dedicate de screening și diagnostic. Mai mult, în lipsa unei abordări integrate a patologiei cardio-reno-metabolice, nu există indicatori specifici de performanță care să fie urmăriți și, prin urmare, nu au cum să apară progrese semnificative.

1. The Heart Failure Policy Network. 2018. The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care. London:HFPN

2. Studiu YouGov Topline Report – Romania - AstraZeneca International Heart Failure Polling, august 2020

3. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes & Evaluation, Octombrie 2020.

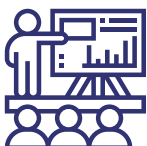
Pentru toate aceste probleme, soluția este să avem un **Program Național de insuficiență cardiacă**, care să cuprindă:



**Norme/standarde pentru screening, diagnostic și tratament** pentru stadiile incipiente ale insuficienței cardiace;



**Mecanisme de îngrijire multidisciplinară și integrată**, având în vedere particularitățile și complexitatea acestei patologii frecvent asociată cu alte afecțiuni metabolice și renale;



**Măsuri de informare și educare** privind riscul, simptomele și povara IC, adresate atât publicului general, pacienților și aparținătorilor acestora, cât și comunității medicale și autorităților responsabile.

Pe termen scurt, până la implementarea unui program național de sănătate, este nevoie însă de intervenții punctuale care vizează:



**Inițierea precoce a tratamentului pentru pacienții în stadii incipiente**, prin adăugarea clasei funcționale NYHA II pentru insuficiență cardiacă cronică, încadrată la G1 subsecțiunea C1/sublista C din H.G. nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, în scopul diminuării poverii bolii asupra pacienților și sistemului de sănătate, prin reducerea spitalizărilor, a mortalității și îmbunătățirea calității vieții.



Elaborarea unui **algoritm pentru depistarea precoce a pacientului cu IC**, la nivelul medicinei primare, în vederea emiterii suspiciunii de boală;



**Prioritizarea insuficienței cardiace în strategia de sănătate publică** și creșterea nivelului de conștientizare privind riscul, simptomele și povara IC prin campanii de comunicare adresate publicului general.



# III. Perspectiva societală | Ce știu și ce cred românii

## a) Despre insuficiența cardiacă

Insuficiența cardiacă este o boală cardiacă care afectează persoane de orice vârstă, cu o prevalență mai mare la peste 60 ani. Rata de mortalitate variază între 6,6% și 26,6% la nivel global, cu o rată ridicată de internare, iar **50% dintre persoanele diagnosticate cu IC decedază la cinci ani de la diagnostic, conform Accelerate Change Together: Heart Failure Gap Review, World Heart Federation.**



Insuficiența cardiacă este o boală cronică, progresivă în care inima pacientului nu mai poate asigura un debit circulator adecvat nevoilor metabolice ale organismului sau asigurarea acestui debit presupune creșterea simptomatică a presiunilor de umplere a cordului.

În primă instanță, inima încearcă să compenseze deficiența prin:

- **Mărirea dimensiunii.** Inima se dilată pentru a pompa suficient sânge în organism.
- **Dezvoltarea unei mase musculare adiționale.** Acest aspect e cauzat de faptul că celulele își ajustează dimensiunea pentru a permite inimii să pompeze mai mult sânge, cel puțin în stadii incipiente.
- **Pompare mai rapidă.** În acest fel, inima își mărește capacitatea de pompare a unui volum mai mare de sânge în organism.

Corpul încearcă, de asemenea, să compenseze prin îngustarea vaselor de sânge, pentru a menține tensiunea arterială ridicată, și prin devierea fluxul sanguin de la organele și țesuturile considerate mai puțin importante (ex: rinichi).

Aceste măsuri "temporare" ale organismului maschează insuficiența cardiacă și posibilă simptomatologie, fără să soluționeze problema. Insuficiența cardiacă continuă să se agraveze până la punctul în care corpul nu mai poate susține procesul de compensare. În cele din urmă, inima începe să cedeze și pacientul devine letargic, dezvoltă probleme de respirație și alte simptome.

**Acest proces de compensare este, de altfel, și explicația pentru care mulți pacienți nu dau atenție simptomelor decât la câțiva ani după ce inima începe să le cedeze.**

Simptomele bolii includ dificultăți de respirație, tuse sau respirație șuierătoare, oboseală, retenție de lichide cu umflarea picioarelor și/sau a abdomenului, ceea ce face ca pacientul să fie mai puțin capabil să facă activități solicitante fizic.

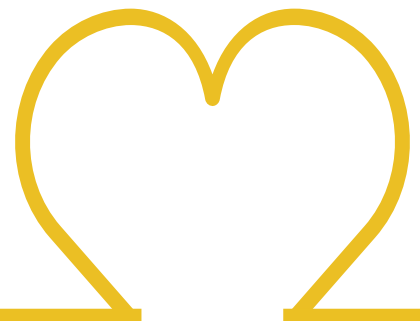
Comorbiditățile cardiovasculare și non-cardiovasculare cresc riscul de a dezvolta insuficiența cardiacă și contribuie la rezultate clinice mai slabe la pacienții cu această boală. Printre cele mai frecvente comorbidități sunt tensiunea arterială ridicată, diabetul și afectarea funcției renale.

În ciuda progreselor semnificative în tratamentul și prevenirea IC, morbiditatea și mortalitatea rămân ridicate. În general, la nivel global, ratele anuale de mortalitate variază de la 6,6% la 26,6%, iar pacienții au o speranță de viață redusă semnificativ în comparație cu populația generală, deoarece jumătate dintre persoanele diagnosticate cu IC decedază la cinci ani de la diagnostic<sup>4</sup>.

4. The HF gap design report | Ferreira JP, et al. (2019), World Heart Federation Roadmap for Heart Failure, Glob.Heart 14, 197 - 214.

## b) Așteptări vs. Realitate

Insuficiența cardiacă este văzută ca la fiind principalul motiv de spitalizare la persoanele de peste 65 ani, dar nu este la fel de cunoscută precum cancerul și diabetul, deși bolile cardiovasculare sunt principala cauză de mortalitate în România. Jumătate dintre respondenți identifică corect definiția și simptomatologia bolii, însă **populația subestimează riscul de a face insuficiență cardiacă, estimându-l la 1 din 10, în loc de 1 din 5 cum este în realitate, conform studiului YouGov Topline Report – Romania - AstraZeneca International Heart Failure Polling, desfășurat în august 2020**



În luna august a anului trecut, YouGov a realizat un studiu de percepție în România pentru a identifica percepția generală asupra bolii și nivelul de cunoaștere a ei, studiul fiind realizat comparativ în mai multe țări din lume<sup>5</sup>.

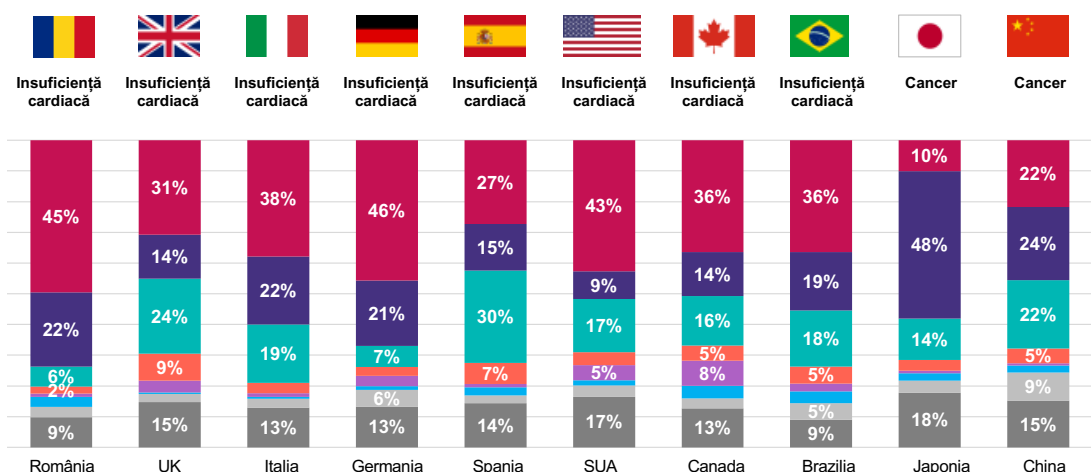
Ca și în majoritatea țărilor analizate, bolile cardiovasculare sunt considerate de jumătate dintre respondenți ca principala cauză de mortalitate din România, iar **insuficiența cardiacă este văzută ca principala cauză de spitalizare pentru persoanele de peste 65 de ani de aproape jumătate din publicul român (45%)**, doar Germania având un procent mai mare de respondenți care crede asta.

### Internările pentru persoane 65 +

Întrebare: Care credeți că este principalul motiv pentru care persoanele peste 65 de ani sunt internate în spital? Vă rugăm selectați un singur răspuns.  
Răspuns corect: Insuficiența cardiacă

#### Cele mai frecvente:

- Insuficiență cardiacă
- Cancer
- Boli respiratorii ( Ex: Astm, BPOC)
- Alzheimer
- Cauze externe (sinucideri, accidente)
- Boala cronică de rinichi
- Altele
- Nu știu/ Nu răspund



Răspunsurile cu mai puțin de 5% nu au fost introduse în grafic

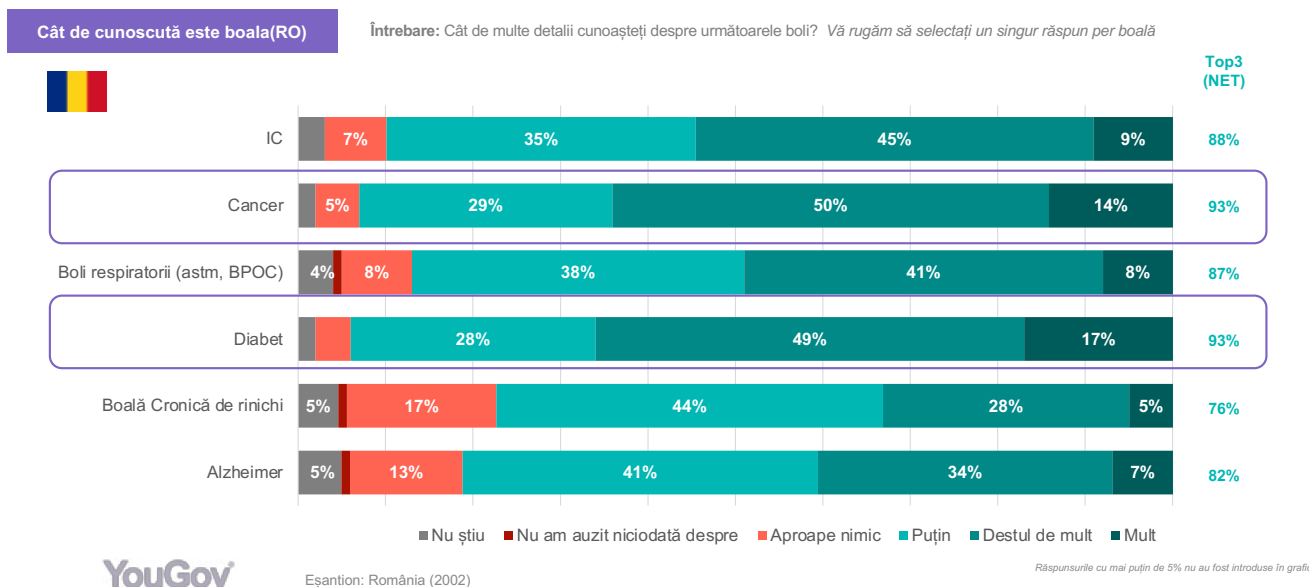
YouGov

Eșantion: Public general(18243), România (2002), UK (2047), Italia (2012), Germania (2057), Spania (2018), SUA (2041), Canada (2013), Brazilia (2018), Japonia (2012), China (2025)

5. Studiul este parte din **AstraZeneca International Heart Failure Polling**; Eșantionul din România a cuprins 2002 persoane – femei și bărbați, diferite categorii de vârstă. Țările incluse în studiu sunt România, Marea Britanie, Germania, Spania, SUA, Canada, Brazilia, Japonia, China

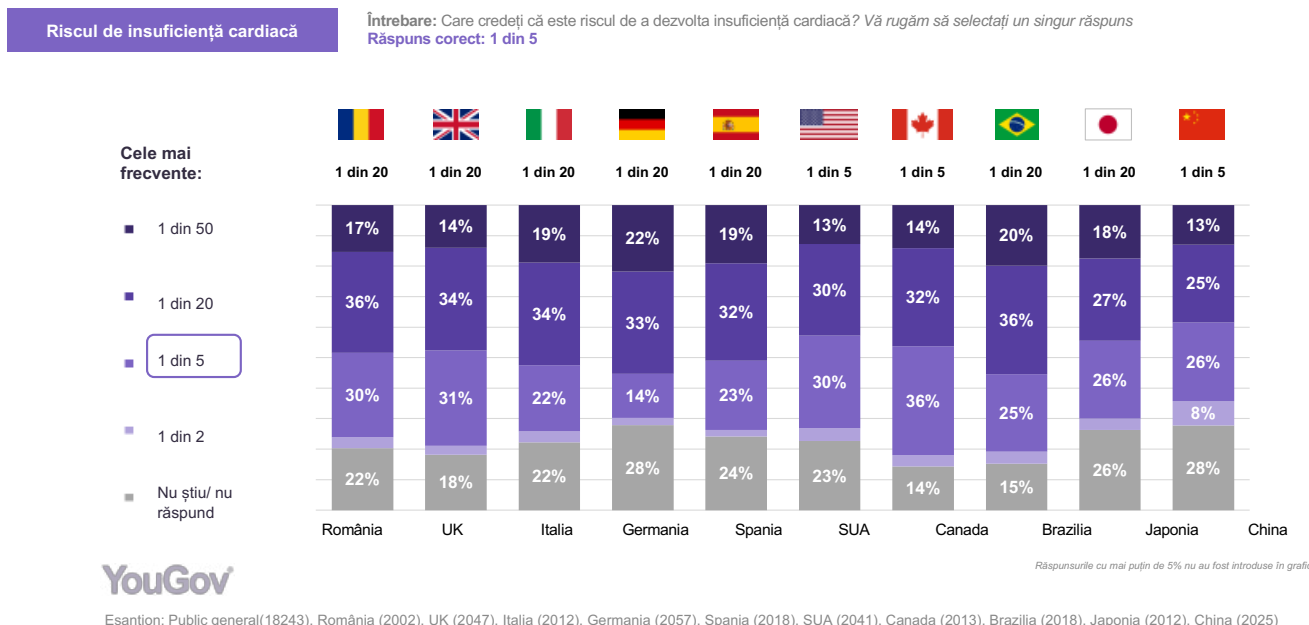
În ceea ce privește cunoașterea bolii, cancerul și diabetul sunt cele mai cunoscute de către publicul român, urmate apoi de insuficiența cardiacă. Această tendință este întâlnită la toate categoriile de vârstă, însă cei peste 65 de ani au cunoștințe mai mari despre insuficiența cardiacă.

Acest aspect este pus în primul rând pe seama faptul că pacientul cu insuficiența cardiacă este un „pacient invizibil”, spre deosebire de pacientul oncologic sau diabetic; cu o rata de mortalitate mai mare decât cancerul (jumătate pot deceda în 5 ani de la diagnostic, iar pentru forme severe pot să moară în primul an de la diagnostic), persoana cu insuficiență cardiacă moare subit, fără a mai fi vizibilă în sistemul de sănătate. În plus, majoritatea campaniilor de conștientizare au pus accent pe patologii cronice precum cancerul și diabetul, lucru care nu s-a întâmplat în cazul insuficienței cardiace.



În ceea ce privește principalul factor pentru internările evitabile, accidentele ocupă locul 1 în percepția românilor (20% dintre respondenți), insuficiența cardiacă fiind pe locul 4 (7% dintre respondenți). În același timp, adulții din România au probabilitate mai mare decât orice altă țară să nu fie de acord că este necesar să se reducă internările în spital în țara lor (29% dintre respondenți, cel mai mare procent din toate țările analizate).

Majoritatea respondenților înțeleg că insuficiența cardiacă poate afecta indivizi de toate vârstele și că procesul de degradare cauzat inimii este ireversibil (54% dintre intervievați). Totuși, **este mult mai puțin probabil să știe că o persoană are un risc 1 la 5 de a dezvolta insuficiență cardiacă, estimând în schimb că statistica este 1 la 20.**

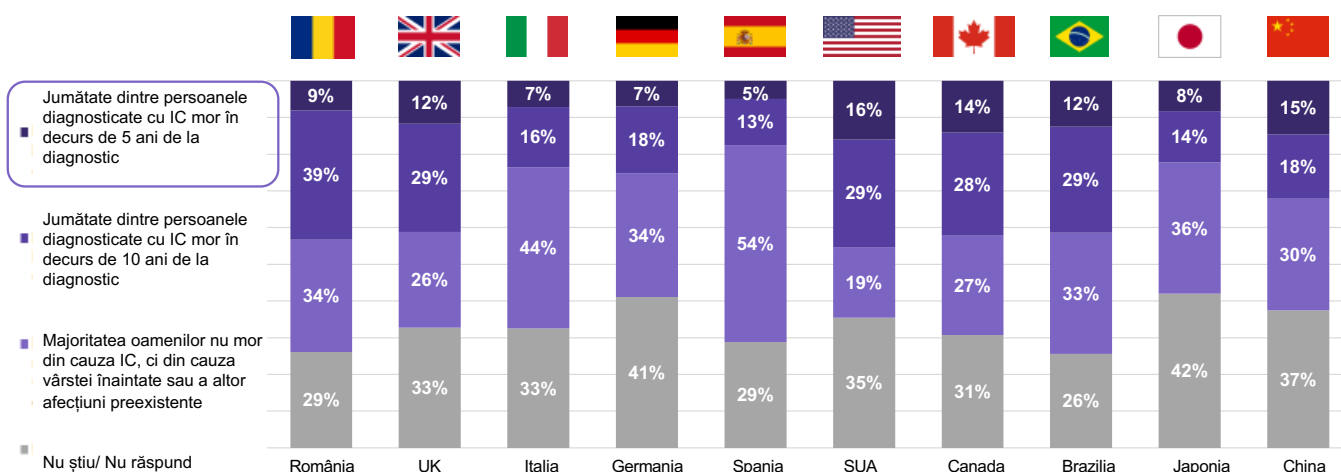


În ceea ce privește comorbiditățile asociate, doar 39% dintre respondenți au făcut legătura dintre insuficiență cardiacă și alte patologii, respectiv diabet, hipertensiune arterială (HTA) și boli coronariene. Dintre simptomele specifice, aproape jumătate din publicul român asociază oboseala neobișnuită cu insuficiența cardiacă.

Ca și în celelalte țări, nu este cunoscut faptul că jumătate din persoanele diagnosticate mor în 5 ani de la diagnostic, cel mai mic nivel de cunoaștere (3%) fiind în cadrul segmentului populațional considerat a fi cel mai la risc (peste 65 de ani).

Percepții despre IC

Întrebare: Care dintre următoarele afirmații despre IC credeți că este adevărată? Vă rugăm să selectați un singur răspuns  
Răspuns corect: Jumătate dintre persoanele diagnosticate cu IC mor în decurs de 5 ani de la diagnostic



YouGov

Răspunsurile cu mai puțin de 5% nu au fost introduse în grafic

32

Eșantion: Public general(18243), România (2002), UK (2047), Italia (2012), Germania (2057), Spania (2018), SUA (2041), Canada (2013), Brazilia (2018), Japonia (2012), China (2025)

Concluzia acestui studiu de percepție este că bolile cardiovasculare se "bucură" de notorietate în rândul românilor datorită faptului că în timp au fost prezentate ca fiind principala cauză de mortalitate. Alte aspecte, precum simptomatologia sau specificul fiecărei boli încadrate în categoria bolilor cardiovasculare sunt mai puțin cunoscute la nivelul publicului general, mai ales în ceea ce privesc riscurile asociate insuficienței cardiace.

Din păcate, simptomatologia nefiind specifică, de foarte multe ori este pusă pe seama înaintării în vârstă și este văzută de pacient și membrii familiei ca ceva firesc.



# IV. Perspectiva medicală | Cu ce se confruntă pacienții și comunitatea medicală

## a) Impactul bolii asupra sistemului de sănătate din România

**Insuficiența cardiacă este o problemă majoră de sănătate publică din perspectiva numărului de persoane afectate și a poverii bolii.** Dacă 70% dintre cazurile din România sunt tratate în ambulatoriu, 30% ajung în spitalizare din cauza agravării bolii.

4,7% din populația adultă<sup>6</sup> din România suferă de insuficiență cardiacă, medicii de familie înregistrând anual aproximativ 44.000 de mii de pacienți noi.

Faptul că numărul de episoade de spitalizare crește exponențial între 45 și 65 de ani ridică probleme majore din perspectiva dizabilității și a mortalității evitabile asociate pentru această sub-populație activă.



La nivel Mondial sunt 64 milioane de persoane afectate de insuficiență cardiacă<sup>7</sup> și alte milioane de persoane nediagnosticsate încă<sup>8</sup>.

Riscul de a dezvolta insuficiență cardiacă este mare la 1 din 5 persoane, iar 50% din persoanele diagnosticate cu insuficiență cardiacă mor în 5 ani de la diagnostic<sup>9</sup>.

De asemenea, insuficiența cardiacă este cauza principală de spitalizare în Europa (1–2% din totalul internărilor), cu de două ori mai multe internări, o rată foarte ridicată de re-internare și o creștere semnificativă a mortalității în cazul pacienților spitalizați<sup>10</sup>. Deoarece IC are o rată mare a reinternărilor, este o mare consumatoare de resurse. Pacienții au nevoie de monitorizare și telemonitorizare permanentă pentru reajustarea dozelor.

Deși România nu are statistici integrate în domeniu, date fiind deficiențele de raportare pe codurile de boală, situația nu poate fi diferită de statisticile europene. Analiza datelor existente și estimările utilizate pentru România ne arată că<sup>11</sup>:

- 70% dintre cazurile din România sunt tratate în ambulatoriu, **30% ajung în spitalizare** din cauza agravării bolii<sup>12</sup>.
- **4,7% din populația adultă din România suferă de insuficiență cardiacă** (jumătate din populația unui oraș precum București, sau populația din Cluj, Iași și Timișoara la un loc)<sup>12</sup>.

6. Macarie C, Chioncel O. Studiul românesc de prevalență a Insuficienței Cardiace în populația arondată medicilor de familie. Progrese în cardiologie, Vol II, 311”

7. Accelerate Change Together – Heart Failure Gap Review, World Heart Federation, iulie 2020

8. Roadmap to Heart Failure, World Heart Federation

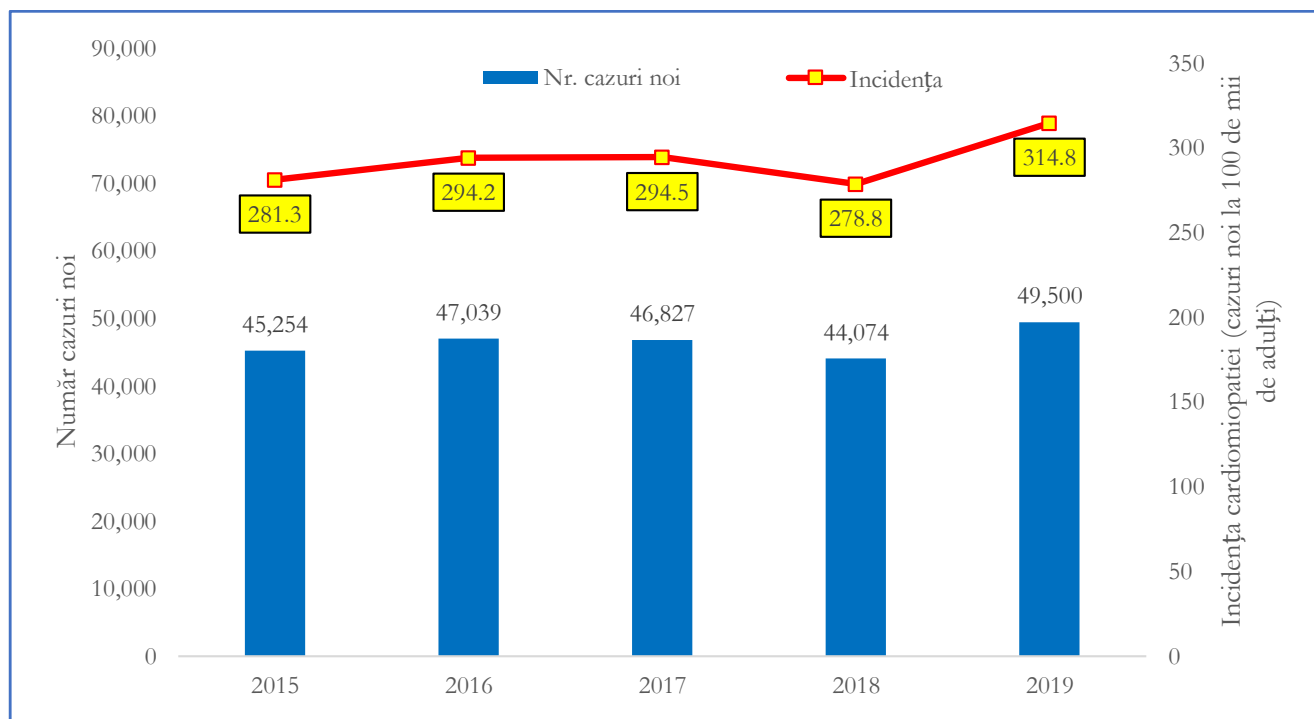
9. Accelerate Change Together – Heart Failure Gap Review, World Heart Federation, iulie 2020

10. Accelerate Change Together – Heart Failure Gap Review, World Heart Federation, iulie 2020

11. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes &Evaluation, Octombrie 2020.

12. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes &Evaluation, Octombrie 2020.

- **În fiecare oră apar 5 cazuri noi de cardiomiopatie raportate de medicul de familie**, iar anual sunt înregistrate aproximativ 44.000 de cazuri noi de insuficiență cardiacă<sup>13</sup> (raportate de medicii de familie pe codul de boală de cardiomiopatie), cu o incidență mai mare în rândul femeilor și în mediul rural.



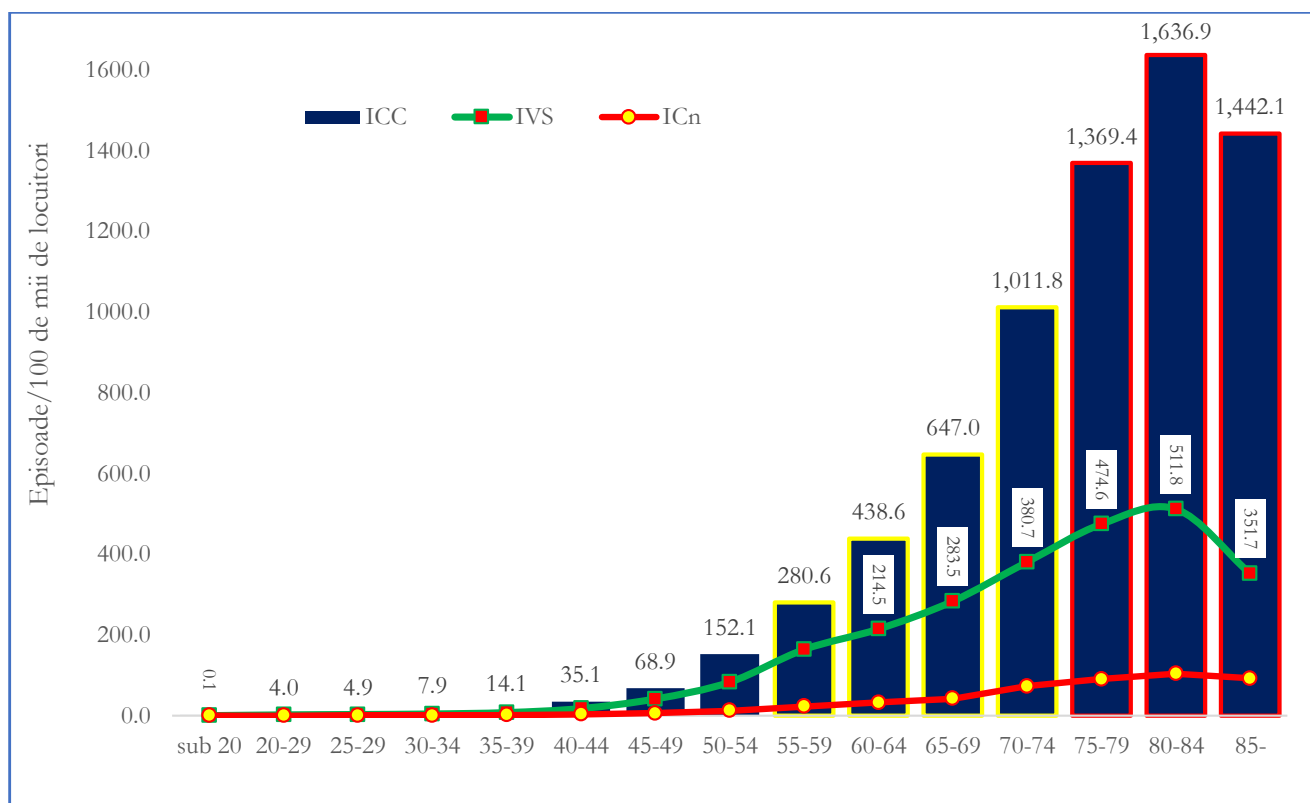
Dinamica numărului de cazuri noi de cardiomiopatie și a incidenței corespunzătoare

- Incidența cardiomiopatiei are o creștere exponențială în raport cu vârsta pe intervalul 20-75 de ani, cu un maxim atins pe grupa 75-79 de ani. Chiar dacă în principal este o boală a persoanelor vârstnice, **incidența cardiomiopatiei se dublează după vârsta de 55 de ani**, după care crește constant până atinge incidența maximă la grupa de vârstă de 75-79 de ani.
- **Spitalizarea pentru insuficiență cardiacă<sup>14</sup> începe să aibă o tendință crescătoare exponențială după vârsta de 40 de ani**, cu valori care aproape se dublează pentru fiecare grupă de vârstă până la grupa de vârstă 70-74 ani. Rata de spitalizare maximă a ICC se atinge la grupa de vârstă 80-84 ani. Faptul că **numărul de episoade de spitalizare crește exponențial între 45 și 65 de ani pentru o afecțiune gravă cum este ICC ridică probleme majore din perspectiva dizabilității și a mortalității evitabile asociate pentru această sub-populație activă**.
- Spitalizarea are o durată de aproximativ 7 zile, 40% dintre cazurile spitalizate prezentând complicații și comorbidități severe sau catastrofale<sup>15</sup>. Marea majoritate a cazurilor externate din spital merge la domiciliu, în lipsa unei structuri de reabilitare / recuperare cardiologică specializată, disponibilă la nivel național, fapt care scade dramatic calitatea vieții pacientului și crește costurile indirecte prin implicarea activă a familiei în procesul de îngrijire.

13. 44.074 cazuri noi la nivelul anului 2018

14. Au fost luate în analiză doar cazurile de spitalizare continuă, nu și cele de spitalizare de zi, de la nivelul secțiilor de cardiologie și medicină internă.

15. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes & Evaluation, Octombrie 2020.



Repartiția ratei de spitalizare a IC în 2019, pe grupe de vârstă

- Rata de deces prin insuficiență cardiacă este estimată la 0,987 la 100.000 adulți, de 2,5 ori mai mare la bărbați decât la femei<sup>16</sup>, fapt ce se poate explica prin numărul și tipul comorbidităților care afectează bărbații spre deosebire de femei, iar pe de altă parte de modalitățile variabile de raportare ale cauzelor de deces.

Lipsa unui sistem unitar de codificare și raportare și, în consecință, absența datelor agregate care să ajute la un calcul al costurilor asociate este ea însăși o problemă de politică publică în managementul eficient al insuficienței cardiace. La momentul actual, **medicii de familie utilizează același cod de boală pentru toate cardiomiopatiile, ceea ce înseamnă că în aceeași categorie sunt incluse și cazurile de IC și cele de fibrilație atrială (FA).**

Traseul pacientului este o necunoscută, de multe ori chiar și pentru medic. În lipsa unor ghiduri clare și a unor algoritmi de urmat, pacientul riscă să se piardă pe traseu, între multiplele specialități medicale implicate în procesul de diagnostic.



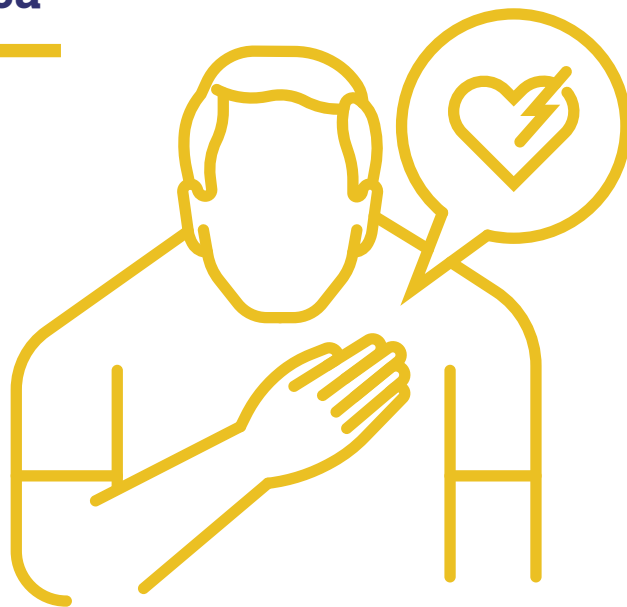
16. În România nu există raportate decese pe codurile de insuficiență cardiacă și nu există un registru dedicat, rata mortalității fiind estimată în baza datelor colectate de alte state din Europa de Est.

## b) Impactul bolii asupra pacienților diagnosticați cu insuficiență cardiacă

Un studiu realizat cu pacienții diagnosticați deja cu insuficiență cardiacă și cu medicii lor curanți<sup>17</sup> arată că atât medicii, cât și pacienții descriu traseul pacienților într-un mod similar, diferența principală fiind că pacienții nu își amintesc întotdeauna întregul traseu în lupta cu boala și tind să se concentreze asupra momentelor cheie cu cel mai mare impact emoțional asupra lor (de obicei, evoluția bolii și prezentarea inițială la urgențe în cazul pacienților cu infarct miocardic).

În schimb, medicii și pacienții au o perspectivă diferită asupra dificultății traseului parcurs în sistemul de sănătate: în timp ce medicii consideră că este un traseu anevoios cu multe obstacole, pacienții nu acordă atât de multă atenție traseului în sine și se plâng în principal de lipsa informațiilor primite de la medici și costul ridicat al medicației.

**Este de menționat faptul că percepția comună atât a medicilor cât și a pacienților este că accesul la investigații este dificil și cu costuri ridicate.**



## c) Principalele provocări

**Insuficiența cardiacă necesită un management eficient al bolii, prin abordare interinstituțională, unificarea sistemului de codificare și raportare, un traseu al pacientului care să permită intervenția în stadii cât mai incipiente.**

Pentru cazurile care ajung în spitalizare, distribuția inegală a resurselor umane și de infrastructură duce evident la o distribuție inegală a poverii bolii.

Lipsa de conștientizare a insuficienței cardiace a fost identificată ca un obstacol major pentru pacienți, familiile acestora și profesioniștii din domeniul sănătății.



Insuficiența cardiacă este o boală care necesită abordare interdisciplinară, iar lipsa unui sistem unitar de codificare și raportare și a comunicării dintre diferitele discipline pune de foarte multe ori probleme în managementul eficient al bolii.

De asemenea, procesul greoi prin care trece un pacient pentru a fi diagnosticat face ca accesul la terapie să fie destul de întârziat. Este nevoie de **regândirea traseului, astfel încât intervenția asupra bolii să se facă în stadii cât mai incipiente, pentru evitarea internărilor și reducerea mortalității asociate**. La momentul actual există 4 mari clase de medicamente, 2 dintre ele fiind de ultimă generație, care au capacitatea de a prelungi semnificativ viața. Sistemul nu pune suficient de mult acces pe prevenție, nici prin campanii de conștientizare a bolii, nici prin acces timpuriu la tratamentele anterior menționate care ar preveni agravarea bolii.

Adițional, distribuția inegală a resurselor umane și de infrastructură duce evident la o distribuție inegală a poverii bolii. La nivel național sunt 2 centre care concentrează un număr mare de pacienți veniți din proximitate și nu numai – București și NV țării, restul centrelor fiind frecventate doar de rezidenții respectivelor județe<sup>18</sup>.

În realitate, nu există centre destinate exclusiv tratării IC – centre dedicate monitorizării și tratării pacienților, în care medicii să aibă un program special pentru pacienții cu IC.

**Insuficiența cardiacă rămâne o provocare majoră în domeniul sănătății. Indiferent de statutul socio-economic, lipsa de conștientizare cu privire la IC a fost identificată în mod recurent ca un obstacol major pentru pacienții cu IC, familiile acestora și profesioniștii din domeniul sănătății.**



17. Heart Failure patients pathway and experience map, ISRA CENTER, august 2020

18. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes & Evaluation, Octombrie 2020.

## V. Perspectiva politicilor publice de sănătate | Cadrul de reglementare

**Cadrul de reglementare pune accentul mai degrabă pe tratamentul pacienților cu un stadiu avansat de boală și nu pe prevenție sau diagnostic precoce.**

Identificarea și raportarea cazurilor noi este îngreunată de lipsa unei codificări unitare a bolii și de lipsa unei politici prioritare în domeniu.

Pe termen scurt, pentru a asigura managementul eficient al pacienților prin accesul la noile clase de medicamente care aduc beneficii semnificative, este nevoie de extinderea acoperirii claselor NYHA din sublista C1-G1 (NYHA II - IV) și realizarea unui plan de îngrijire multidisciplinară și integrată a patologiei cardio-reno-metabolice cu criterii de monitorizare și indicatori specifici de performanță.

Programul de screening al insuficienței cardiace nu este încă implementat, fiind în continuare la nivel de intenție.



**La momentul actual, activitățile prevăzute pentru tratarea insuficienței cardiace sunt prevăzute:**



în cadrul Programului Național de Boli Cardiovasculare<sup>19</sup>. Lipsa unui program național dedicat insuficienței cardiace face ca diagnosticul, tratamentul și managementul pacientului să fie îngreunat, dată fiind lipsa unor indicatori de performanță specifici și a raportărilor neunitare.



în lista serviciilor și tratamentelor decontate prin intermediul Contractului-cadru pentru persoanele asigurate din România<sup>20</sup>, important de remarcat este faptul că se pune accentul mai degrabă pe tratamentul pacienților cu un stadiu avansat de boală (clasele funcționale III-IV NYHA) și nu pe prevenție sau diagnostic precoce.

19. Programelor Naționale de Sănătate pentru anii 2017 și 2018 aprobate prin HG nr. 155 și Normele tehnice de realizare a lor adoptate prin Ordinul MS nr. 245/2017

20. Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 aprobat prin HG nr.140/2018 și Normele metodologice de aplicare a lui aprobate prin Ordinul CNAS/MS nr. Ordinul nr. 397/836/2018

Serviciile preventive specifice ce pot fi oferite de către medicul de familie sunt efectuate fragmentat și extrem de variabil, pe de o parte din cauza alfabetizării medicale reduse a pacientului, iar pe de altă parte din cauza tarifului nestimulativ pentru astfel de activități, comparativ cu serviciile curative, a lipsei personalului auxiliar, cât și a înțelegerii reduse a importanței acordării serviciilor preventive la acest nivel<sup>21</sup>. Cazurile noi sunt raportate de către medicii de familie la nivel național, dar, ca și în cazul prevenției, din cauza faptului că și această activitate nu este remunerată și validată, există o tendință generală la sub-raportare. În plus, practicile de codificare sunt diferite, medicii de familie codificând în general insuficiența cardiacă cu codul de boală cardiomiopatie<sup>22</sup>.

Deși în 2017 a fost anunțată demararea unui program național de screening pentru insuficiența cardiacă, acesta nu este încă implementat. Lacunele și blocajele identificate la nivelul fiecărei verigi – pacienți și medici – duc către crearea unui cerc vicios în care sunt introduse și autoritățile de resort. Astfel, **în lipsa unor date care să reflecte realitatea și în lipsa informațiilor puse la dispoziția pacienților într-un mod facil, care pot face ca aceștia să se prezinte mai rapid la medicul specialist, autoritățile nu pot construi politici publice sustenabile și eficiente.**

## VI. Cum acoperim nevoile?



### a) De ce este nevoie de intervenție

Având în vedere că impactul insuficienței cardiace nu este conștientizat la adevărata lui amplitudine, iar povara bolii este semnificativă la nivelul sănătății pacienților și calității vieții lor, datorită costurilor asociate din sistemul de sănătate, este momentul să scoatem insuficiența cardiacă de sub umbrela bolilor cardiovasculare și să-i oferim un loc bine meritat pe agenda publică care să ducă la politici cu măsuri specifice de îmbunătățire a situației.

Este nevoie să **conștientizăm că această boală poate fi prevenită sau tratată**, iar efectele ei pot fi limitate, beneficiile putând fi cuantificabile pentru fiecare categorie de actori implicați: pentru pacienți schimbările ar aduce o creștere a calității vieții, pentru medici ar presupune o reducere a presiunii, iar pentru autorități – politici de sănătate sustenabile și costuri scăzute (asociate tratamentului și managementului bolii). Concentrarea tuturor eforturilor în direcția prevenției IC este imperios necesară, dat fiind faptul că IC are o rată de mortalitate ridicată, iar costurile implicate pot fi diminuate.



### b) Cine poate contribui

Având în vedere că este nevoie de o inițiativă punctuală și clară în acest domeniu, a fost creat un **NUCLEU DE EXPERTIZĂ, format din principalele societăți medicale reprezentative pentru specialitățile implicate în diagnosticul și tratamentul IC: Societatea Română de Cardiologie (SRC), Societatea Națională a Medicilor de Familie (SNMF), Fundația Română a Inimii (FRI), asociații de pacienți (C.O.P.A.C) și experți independenți** cu rolul de a analiza situația prezentă și a genera direcții strategice și soluții punctuale.

În acest proces de ajustare și îmbunătățire a contextului este nevoie de fiecare persoană care are un rol: pacienți, comunitate medicală, autorități, industrie. Este momentul unei colaborări în care fiecare actor să contribuie la construirea unui nou ecosistem pentru pacientul cu IC.

21. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes & Evaluation, Octombrie 2020.

22. Codul de boală 476 din Clasificarea Internațională a Maladiilor versiunea a 10a sintetică (999 coduri de boală).



### c) Ce urmărim și Cum ajungem acolo?

Scopul acestui demers este de a reduce povara globală a bolii printr-un management integrat și eficient al bolii care să asigure:

- diagnosticarea precoce a IC,
- tratarea cauzei de bază a IC,
- îmbunătățirea stării clinice, a capacității funcționale și a calității vieții pacientului,
- prevenirea internărilor,
- reducerea mortalității cauzate de IC.

Pentru a atinge aceste deziderate, problemele expuse anterior în document au fost supuse dezbaterii și analizei unui nucleu de expertiză care a gândit o serie de soluții sustenabile ce pot fi implementate pe termen scurt, mediu și lung.

**Așadar, dezideratul unui management eficient al IC poate fi atins printr-o serie de măsuri de politică publică. Cele mai importante soluții prioritare agreate de experții consultați sunt:**

## 1 Program Național de insuficiența cardiacă, care să cuprindă:

- \* **Norme/standarde pentru screening, diagnostic și tratament** pentru stadiile incipiente ale insuficienței cardiace;
- \* **Mecanisme de îngrijire multidisciplinară și integrată**, având în vedere particularitățile și complexitatea acestei patologii frecvent asociată cu alte afecțiuni metabolice și renale;
- \* **Măsuri de informare și educare** privind riscul, simptomele și povara IC, adresate atât publicului general, pacienților și aparținătorilor acestora, cât și comunității medicale și autorităților responsabile.

## 2 Pe termen scurt, până la implementarea unui program național de sănătate, este nevoie însă de intervenții punctuale care vizează:

- \* **Inițierea precoce a tratamentului pentru pacienții în stadii incipiente, prin adăugarea clasei funcționale NYHA II pentru insuficiență cardiacă cronică**, încadrată la G1 subsecțiunea C1/sublista C din H.G. nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, în scopul diminuării poverii bolii asupra pacienților și sistemului de sănătate, prin reducerea spitalizărilor, a mortalității și îmbunătățirea calității vieții.
- \* **Elaborarea unui algoritm pentru depistarea precoce** a pacientului cu IC, la nivelul medicinei primare, în vederea emiterii suspiciunii de boală;
- \* **Prioritizarea insuficienței cardiace în strategia de sănătate publică și creșterea nivelului de conștientizare privind riscul, simptomele și povara IC** prin campanii de comunicare adresate publicului general.



Aceste măsuri se vor adauga eforturilor deja începute de către Institutul Național de Sănătate Publică în parteneriat cu Asociația Română pentru Promovarea Sănătății, Societatea Română de Cardiologie, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș, Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara și Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România prin proiectul: „Totul pentru inima ta - Program de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular”, proiect propus a se desfășura pe o perioadă de 4 ani.

Pentru atingerea acestor deziderate prin implementarea soluțiilor identificate, este nevoie de un demers comun pentru ca insuficiența cardiacă să fie inclusă în politicile și planurile naționale privind bolile cardiovasculare.

Este momentul să găsim cu toții, pacienți – medici – autorități, soluții pentru ca procesul de diagnostic, tratament și management al pacientului să fie unul fluid, accesibil și sustenabil.

*“Adevăratul curaj nu e să nu te temi, ci să te arunci cu bărbăție în bătăliile care contează” Winston S. Churchill*

## VII. Anexa – Studiile avute ca referință

1. Accelerate Change Together: Heart Failure Gap Review, World Heart Federation, 9 iunie 2020.  
file:///Users/ileananeamtu/Downloads/HF-Gap-Review-Final%20(1).pdf
2. The HF gap design report | Ferreira JP, et al. (2019), World Heart Federation Roadmap for Heart Failure, Glob.Heart 14, 197 - 214.  
file:///Users/ileananeamtu/Desktop/Clienti%20PPA/AstraZeneca/WHF-Heart-Failure-Roadmap.pdf
3. Insuficiența Cardiacă – Povara bolii în context local, Center for Health Outcomes & Evaluation, Octombrie 2020.
4. Studiu YouGov Topline Report – Romania - AstraZeneca International Heart Failure Polling, august 2020
5. Heart Failure patients pathway and experience map, ISRA CENTER, august 2020