



ASTMA OSKRZELOWA – NOWY MODEL ZARZĄDZANIA CHOROBA NAKIEROWANY NA WZROST WARTOŚCI ZDROWOTNEJ

LUTY 2021

AUTORZY – ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

DR N. MED. PIOTR DĄBROWIECKI

DR N. EKON. MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA

DR N. MED. JAKUB GIERCZYŃSKI, MBA

LEK. MED. JERZY GRYGLEWICZ

EWA KARCZEWICZ

PROF. DR. HAB. N. MED. PIOTR KUNA

DR HAB. N. MED. MACIEJ KUPCZYK

HANNA ZALEWSKA

REDAKCJA NAUKOWA

DR N. EKON. MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA

WPROWADZENIE

Raport obejmuje analizę klinicznych i organizacyjno-finansowych aspektów diagnostyki i leczenia pacjenta z astmą oskrzelową w Polsce oraz w sposób syntetyczny przedstawia rekomendacje dotyczące systemowych zmian, które miałyby służyć poprawie sytuacji osób dotkniętych tą chorobą. Łączy wiedzę gromadzoną przez środowisko kliniczne, pacjenckie, regulacyjne i eksperckie na temat istoty i skali występowania tej choroby oraz sposobu zarządzania nią w polskim systemie. Autorzy raportu mają nadzieję, że wnioski z niego przyczynią się do nadania problemowi astmy oskrzelowej należnego miejsca w priorytetach zdrowotnych, a proponowane rozwiązania wpłyną na poprawę jakości opieki nad pacjentami z astmą oskrzelową w Polsce, przynosząc wymierny wzrost wartości zdrowotnej.

ASTMA – EPIDEMIOLOGIA, OBRAZ KLINICZNY CHOROBY

Astma oskrzelowa jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych układu oddechowego. Etiologia astmy jest wieloczynnikowa, a rozwój choroby zależy od czynników osobniczych, predyspozycji genetycznych oraz od czynników środowiskowych. U podłoża patomechanizmów astmy leży przewlekłe zapalenie dróg oddechowych. Pacjent odczuwa duszność, świsty, kaszel lub ucisk w klatce piersiowej. Choroba ta najczęściej rozpoczyna się w dzieciństwie i trwa przez całe życie chorego, stanowiąc istotne obciążenie dla niego, jego rodziny i systemów opieki zdrowotnej¹. **Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje liczbę chorych na astmę na świecie na ok. 300 mln, a do 2025 r. ich liczba ma wzrosnąć o kolejne 100 mln^{2,3}.** Wzrost zapadalności na astmę wpisuje się w trend epidemii chorób alergicznych. Astma stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Jej przewlekły charakter i uciążliwe objawy rzutują na kondycję fizyczną, stan psychiczny i życie rodzinne pacjentów, obniżają ich jakość życia, ograniczają aktywność społeczną i zawodową. **Według analiz WHO co roku choroba ta zabiera ludziom 15 mln lat w zdrowiu (DALY – disability-adjusted life years)^{4,5,6}, co stanowi ok. 1% obciążenia wszystkimi chorobami. Roczne koszty związane z astmą w UE sięgają 17,7 mld euro^{7,8}.**

Astmę w praktyce klinicznej klasyfikuje się w zależności od etiologii, stopnia ciężkości i poziomu kontroli. Ze względu na etiologię wyróżnia się: astmę alergiczną (zewnątrzpochodną) oraz astmę niealergiczną (wewnątrzpochodną). Praktycznym podziałem klinicznym, który ma implikacje terapeutyczne, jest podział zależny od stopnia kontroli astmy. Według niego astmę dzieli się na: w pełni kontrolowaną, częściowo kontrolowaną oraz niekontrolowaną. Istotne znaczenie ma również wyróżnienie astmy trudnej, w której brak kontroli choroby wynika z czynników modyfikowalnych takich jak: niestosowanie się do zaleceń lekarskich, nieprawidłowa technika inhalacji, brak rozpoznania i leczenia chorób współistniejących utrudniających osiągnięcie dobrej kontroli astmy. Choroba ma zmienny przebieg, z okresami zaostrzeń i remisji. Prawidłowa terapia zwykle umożliwia osiągnięcie dobrej kontroli choroby.

Astma nieleczona lub leczona nieprawidłowo może prowadzić do nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym, inwalidztwa, a nawet zgonu. Z fińskich badań wynika, że leczenie chorych na ciężką astmę jest 13-krotnie droższe niż leczenie chorych z postacią łagodną⁹. Powszechnie uważa się, że astma jest chorobą nieuleczalną. U części chorych obserwowane są okresy długotrwałej remisji (pełnej kontroli choroby), która charakteryzuje się ustąpieniem objawów, prawidłowymi wynikami badań czynnościowych układu oddechowego i ustąpieniem lub złagodzeniem nadreaktywności oskrzeli oraz brakiem zapotrzebowania na leki przeciwastmatyczne. Do remisji częściej dochodzi u dzieci niż u dorosłych. Nawroty w wieku dojrzałym są częste i obserwowane u 30–40% osób z rozpoznaną astmą.

1 Kupczyk M., Kupryś-Lipińska I., Kuna P. Astma oskrzelowa. [w:] Wielka Interna. Pulmonologia. Pod red. A. Antczaka. wyd II. Medical Tribune Polska. Warszawa 2020, 101–158.

2 National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHBLI/WHO workshop. 1995: NIH Publication no. 95–3659.

3 van Moerbeke D. (ed.). European Allergy White Paper: Allergic Diseases as a Public Health Problem in Europe. The UCB Institute of Allergy. Brussels 1997.

4 Ibidem.

5 Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2014. Global Asthma Network, Auckland 2014. http://www.globalasthmareport.org/2014/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf (dostęp: 9 lutego 2021).

6 Williams A.E., Lloyd A.C., Watson L. et al. Cost of scheduled and unscheduled asthma management in seven European Union countries. Eur Respir Rev 2006; 15: 4–9.

7 Ibidem.

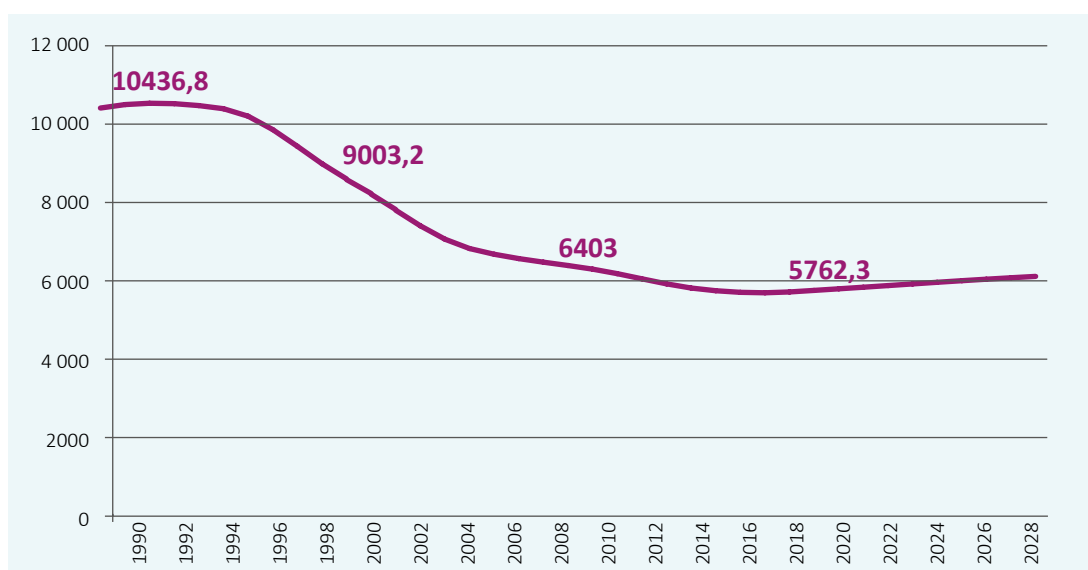
8 Decramer M., Sibille Y. (eds.). European Respiratory Roadmap. Sheffield, European Respiratory Society. Sheffield 2011.

9 Kupczyk M., Haahtela T., Cruz A.A., Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma. Allergy 2010; DOI: 10.1111/j.1398-9995.2009.02265.

W Polsce astma dotyka ok. 6% dorosłych osób. Według szacunków projektu Global Burden of Disease (GBD) w Polsce na astmę chorowało w 2017 r. 1,9 mln osób, czyli 4917 na 100 tys., a wskaźnik umieralności wynosił 12 osób na 1 mln ludności¹⁰. **W statystykach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2019 r. zidentyfikowano 2,17 mln osób, dla których w danym roku lub poprzednich dwóch latach sprawozdano co najmniej jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym astmy (J45, J46 wg ICD-10) i które żyły na koniec danego roku.** Prawie 31,5% stanowiły osoby poniżej 18 r.ż. Szacuje się, że 32 tys. pacjentów cierpi na ciężką niekontrolowaną postać astmy kwalifikującą się do zastosowania leków biologicznych¹¹.

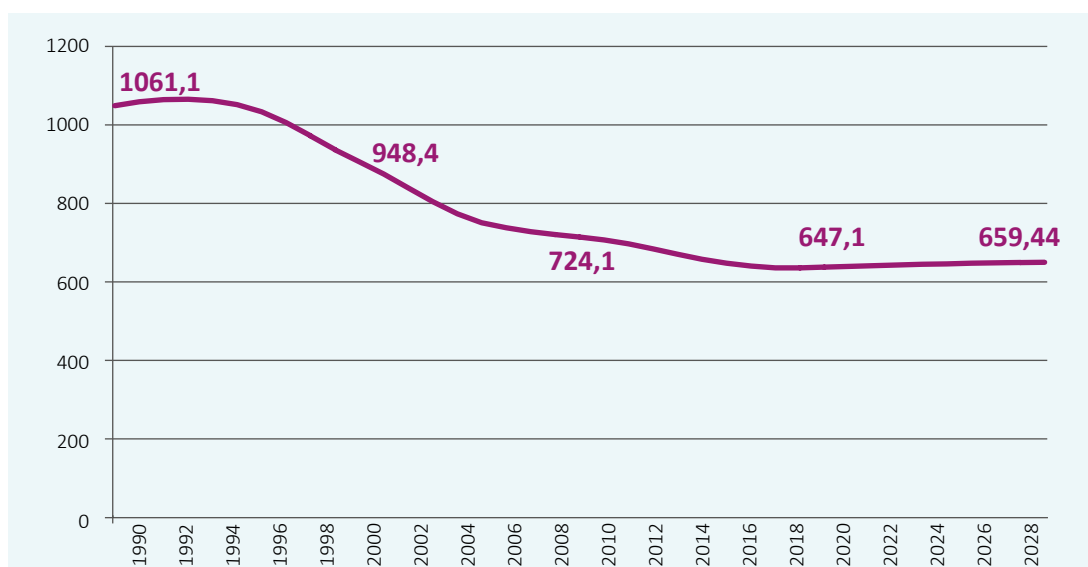
Według danych z Map Potrzeb Zdrowotnych po latach spadków wskaźników chorobowości i zapadalności przewiduje się w perspektywie najbliższej lat nieznaczny, ale jednak wzrost zachorowań na astmę. Szczególnie niepokoi spodziewany wzrost zgonów spowodowanych tą chorobą.

WYKRES 1. **ASTMA: CHOROBYWOŚĆ – WARTOŚĆ WSKAŹNIKA NA 100 TYS. LUDNOŚCI**



Źródło danych: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020 – <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369> (dostęp: 9 lutego 2021)

WYKRES 2. **ASTMA: ZAPADALNOŚĆ – WARTOŚĆ WSKAŹNIKA NA 100 TYS. LUDNOŚCI**

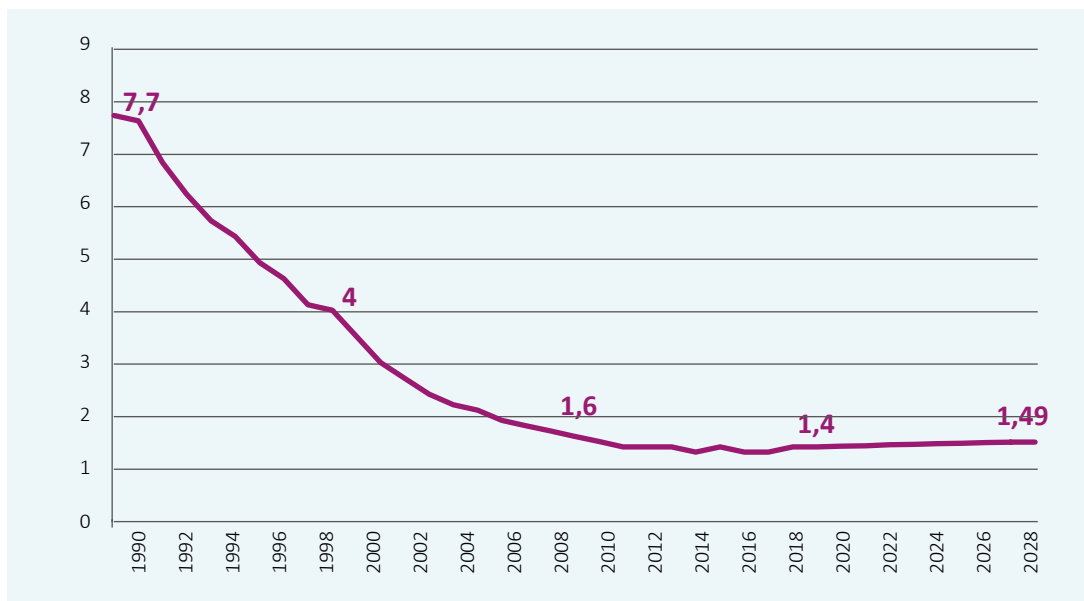


Źródło danych: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020 – <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369> (dostęp: 9 lutego 2021)

10 Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Astma. [raport]. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia – Departament Analiz i Innowacji. Warszawa 2020. Autorzy raportu powołują się na dane: Global Burden of Disease (GBD).

11 Narodowy Fundusz Zdrowia. dz. cyt.

WYKRES 3. ASTMA: ZGONY – WARTOŚĆ WSKAŹNIKA NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło danych: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020 – <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369> (dostęp: 9 lutego 2021)

STAN LECZENIA ASTMY W POLSCE

W myśl idei ochrony zdrowia opartej na mierzalnych wartościach (*value-based healthcare*) system powinien dążyć do zwiększania wartości zdrowotnej poprzez poprawę wyników leczenia i doświadczeń pacjentów w relacji do kosztów, jakie łożymy na osiągnięcie tych celów. Warunkiem tego procesu jest taka organizacja ochrony zdrowia, która zapewnia szybką diagnozę i skuteczne leczenie. Światowym standardem w zakresie diagnozowania i leczenia astmy jest raport Światowej Inicjatywy na rzecz Zwalczania Astmy (Global Initiative for Asthma, GINA), traktowany przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne jako rama postępowania klinicznego w Polsce. W optymalnym leczeniu astmy dąży się do kontrolowania objawów, aby je zminimalizować lub wyeliminować.

Z ANALIZY STANU LECZENIA ASTMY W POLSCE WYNIKA, ŻE:

- W populacji Polski występuje duże niedorozpoznanie astmy. Badanie prowadzone w ramach programu Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) pokazało, że spośród wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do programu, u których lekarze zdiagnozowali astmę, jedynie 30% pacjentów miało ją wcześniej stwierdzoną. Oznacza to, że skala niedorozpoznania może sięgać nawet 70%.¹² Niestety w Polsce pomimo nowych ogólnopolskich zaleceń wielu pacjentów nadal zbyt często nadużywa leków wziewnych SABA¹³.
- Ok. 50% lekarzy w Polsce niepoprawnie ocenia stopień kontroli astmy oskrzelowej (w porównaniu z kryteriami GINA). Wspólnym zjawiskiem jest zawyżanie stopnia kontroli w stosunku do stanu rzeczywistego. Może to skutkować nieoptymalnym dostosowaniem leczenia przeciwzapalnego (podtrzymującego)¹⁴.
- Większość lekarzy uznaje, że stosowanie codzienne SABA (co stanowi w przeliczeniu 3 i więcej opakowań SABA na rok) nie jest jeszcze granicą, gdy konieczna jest reakcja i modyfikacja leczenia.

¹² Ibidem. Autorzy raportu powołują się na publikację Samoliński et al. Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP). *Alergologia Polska* 2014, 10–18.

¹³ Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. [Światowa inicjatywa na rzecz zwalczania astmy. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy]. Aktualizacja: 2020. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf (dostęp: 9 lutego 2021). Kaplan A., Mitchell P.D., Cave A.J. et al. Effective Asthma Management: Is It Time to Let the AIR out of SABA? [Skuteczne leczenie astmy: czy przyszedł czas, aby „spuścić powietrze” z SABA?] *J Clin Med.* 2020; 9 (4): 921.

¹⁴ Gawlik R. et al. Late Breaking Abstract – Overestimation of asthma control and misperception of short-acting β_2 -agonists (SABA) use among physicians in Poland. *European Respiratory Journal* 2020, 56, 958. https://www.researchgate.net/publication/346722490_Late_Breaking_Abstract_-_Overestimation_of_asthma_control_and_misperception_of_short-acting_ss2-agonists_SABA_use_among_physicians_in_Poland (dostęp: 9 lutego 2021).

- Zaledwie 12–27% lekarzy wykazało znajomość kryteriów GINA pod względem częstości stosowania SABA w astmie kontrolowanej.
- Lekarze nie znają ryzyka podkreślonego w najnowszych wytycznych. Duże przyzwolenie na SABA powoduje, iż 46% chorych na astmę stosuje je w schemacie leczenia, a 6% w monoterapii (bez podstawowego leczenia przeciwzapalnego). W konsekwencji 20–48% chorych stosowało 4 i więcej opakowań SABA na rok. Natomiast 5,3% spośród leczonych SABA i innymi lekami zrealizowało recepty na 12 i więcej opakowań SABA na rok (zużycie w astmie kontrolowanej powinno wynosić 0,5 opakowania na rok; granica akceptowalnego zużycia wynosi mniej niż 3 opakowania na rok)¹⁵.
- Nadmierne stosowanie SABA, czyli 12 i więcej opakowań rocznie, silnie koreluje z ryzykiem zaostrzenia astmy, które rośnie 3,23-krotnie. Ryzyko znacznego nadużywania SABA dodatkowo koreluje z: brakiem stosowania leczenia przeciwzapalnego (ICS), starszym wiekiem pacjenta oraz leczeniem przez lekarza POZ¹⁶.
- W analizowanej grupie chorych na astmę (AstmaZero) 6% pacjentów stosowało co najmniej 1 raz w roku kurs doustnej kortykoterapii (OCS)¹⁷.
- Większość chorych stosujących OCS otrzymała recepty na 200–1800 mg leku, co odpowiada 1–5 kursom leczenia zaostrzeń rocznie (w dobrze kontrolowanej astmie zaostrzeń nie powinno być wcale)¹⁸.
- Ryzyko stosowania OCS zwiększały: stosowanie 3 i więcej opakowań SABA na rok (2-krotnie), stosowane ICS w nebulizacji (2,4-krotnie) oraz starszy wiek (1,64-krotnie)¹⁹.
- Zgodnie z danymi NFZ wśród pacjentów, którzy w 2019 r. realizowali recepty na refundowane leki stosowane w leczeniu astmy, największą grupę (ponad 50% wszystkich pacjentów, a 86% w grupie dzieci) stanowili ci, którzy realizowali recepty na leki zawierające glikokortykosteroidy. W przypadku dorosłych najczęściej wykupowanymi lekami refundowanymi w 2019 r. były te zawierające glikokortykosteroid w połączeniu z długo działającym beta2-mimetykiem²⁰.
- Odrębnym, bardzo ważnym tematem jest trudna sytuacja pacjentów z astmą ciężką, którzy mają utrudniony dostęp do leczenia lub kontynuacji leczenia biologicznego w ramach programu lekowego.
- Obraz kliniczny astmy niekontrolowanej, trudnej do leczenia, podejrzenie astmy ciężkiej wymaga uważnej diagnostyki różnicowej oraz oceny potencjalnych czynników, które utrudniają osiągnięcie optymalnej kontroli choroby przed rozważeniem modyfikacji terapii, w tym w szczególności przed kwalifikacją do terapii biologicznej.
- Występowanie astmy ciężkiej szacuje się na około 5-10% populacji chorych na astmę oskrzelową, a 3,7% pacjentów z astmą boryka się z astmą ciężką niekontrolowaną²¹. Tymczasem w Polsce tylko do końca 2019 tylko 988 otrzymywało świadczenie w ramach programu lekowego²².
- Astma ciężka stanowi istotne obciążenie dla pacjenta, jego rodziny i systemu opieki zdrowotnej. Wynika to ze znacznego nasilenia objawów choroby, kosztów leków, istotnego upośledzenia codziennej aktywności, jakości życia i ograniczeniu w pełnieniu ról społecznych oraz pracy zawodowej. Z punktu widzenia systemów opieki zdrowotnej obciążenia wynikają z częstych zaostrzeń, potrzeby hospitalizacji, nieplanowanych, dodatkowych wizyt lekarskich oraz zużycia leków.

15 Kupczyk M. et al. Predictors of excessive short-acting beta2-agonist use and asthma exacerbations: a retrospective analysis of a Polish prescription database. *European Respiratory Journal* 2020, 56, 2638. https://www.researchgate.net/publication/346730457_Predictors_of_excessive_short-acting_beta2-agonist_use_and_asthma_exacerbations_a_retrospective_analysis_of_a_Polish_prescription_database (dostęp: 9 lutego 2021).

16 Ibidem.

17 Barg W. i wsp., dane nieopublikowane, za zgodą autora.

18 Ibidem.

19 Ibidem.

20 Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Astma. [raport]. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia – Departament Analiz i Innowacji. Warszawa 2020. Autorzy raportu powołują się na dane: Global Burden of Disease (GBD).

21 GINA, 2020. Global Strategy for Asthma Management and Prevention URL: <https://ginasthma.org/>.

22 Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Astma. [raport]. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia – Departament Analiz i Innowacji. Warszawa 2020. Autorzy raportu powołują się na dane: Global Burden of Disease (GBD).

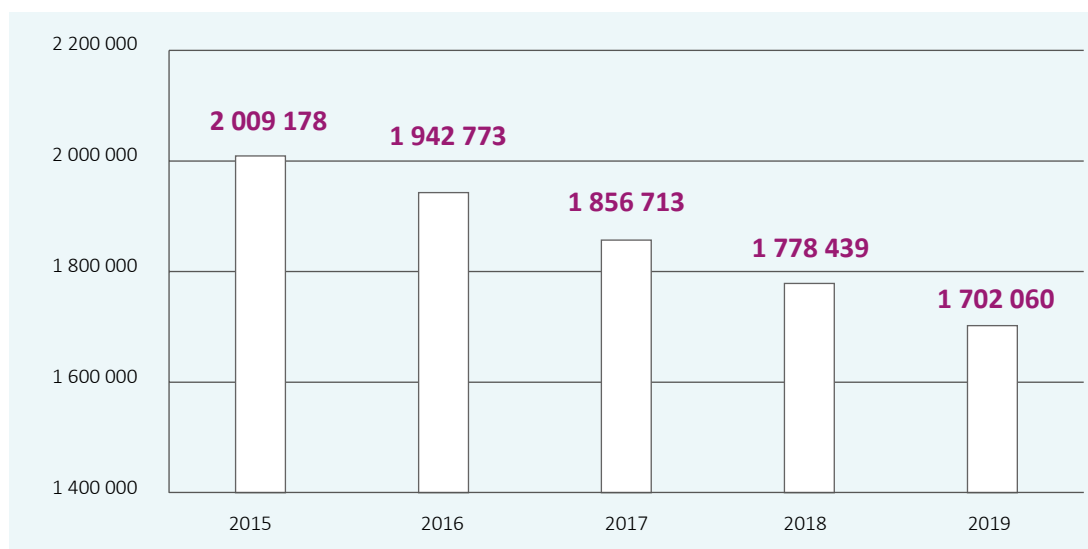
- Warto podkreślić, że w przypadku astmy ciężkiej istotne koszty społeczne związane są z tak zwanymi kosztami krótko i długotrwałej niezdolności do pracy oraz kosztami pośrednimi wynikającymi ze zmniejszenia produktywności wywołanej chorobą.

ORGANIZACJA OPIEKI NAD PACJENTEM Z ASTMĄ

Kluczową rolę w systemie leczenia astmy powinna odgrywać podstawowa opieka zdrowotna, która powinna rozpoznawać chorobę oraz zapewniać ciągłą i skoordynowaną opiekę nad pacjentem. Dobrze działający system podstawowej opieki zdrowotnej powinien zapobiegać kosztownym hospitalizacjom, których można uniknąć²³. Według danych NFZ w 2019 świadczenia z rozpoznaniem głównym astmy udzielono 1,1 mln osób (o 5% mniej niż w 2013 r.). Liczba świadczeń udzielonych w 2019 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) wyniosła 1,7 mln, w podstawowej opiece zdrowotnej 1,2 mln, a w lecznictwie szpitalnym (z wyłączeniem programu lekowego) 36,2 tys. W 2019 r. największy odsetek pacjentów stanowiły osoby, którym świadczenia z powodu astmy udzielone zostały wyłącznie w AOS (42,5%).

Na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych w latach 2015–2019 występowało ograniczenie liczby porad specjalistycznych udzielanych pacjentom chorującym na astmę.

WYKRES 4. ASTMA: AOS – LICZBA PORAD



Źródło danych: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020 – <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369> (dostęp: 9 lutego 2021)

Zgodnie z danymi NFZ w 2019 r. rozliczono 21,6 tys. dłuższych niż jeden dzień hospitalizacji pacjentów powyżej 17 r.ż.. 57% stanowiły hospitalizacje w trybie nagłym. Pozytywnie należy ocenić obserwowany w latach 2013–2019 systematyczny spadek liczby tego typu hospitalizacji. W 2019 r. ich liczba była o 5 tys. (19%) niższa niż w 2013 r. Wartość refundacji tego typu hospitalizacji wyniosła w 2019 r. blisko 75 mln zł i była o 6,6 mln zł (9,6%) wyższa niż w 2013 r.

Od 2013 r. NFZ finansuje program lekowy leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE-zależnej (od 2017 r.: B.44. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE-zależnej (ICD-10 J 45.0) oraz ciężkiej astmy eozynofilowej (ICD-10 J 45)²⁴, a od 2019 r. **B.44. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE-zależnej (ICD-10 J 45.0) oraz ciężkiej astmy eozynofilowej (ICD-10 J 82)**)²⁵. W 2019 r. świadczeń w ramach programu z powodu astmy udzielono 988 osobom i była to wartość 2,5-krotnie wyższa niż w 2013 r. Wartość refundacji programu lekowego wyniosła w 2019 r. 42 mln zł, z czego 87% stanowiła refundacja leków stosowanych w programie.

²³ Health at a Glance: Europe 2020. OECD 2020. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_da5bba97-en (dostęp: 9 lutego 2021).

²⁴ <http://www.archiwum.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia/>.

²⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-23-pazdziernika-2019-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-listopada-2019-r>

TABELA 1. ŚWIADCZENIA W PROGRAMIE LEKOWYM LECZENIA CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ (2013–2019)

Rok	Liczba pacjentów	Liczba świadczeniodawców	Liczba świadczeń	Odsetek świadczeń udzielonych w ramach hospitalizacji	Wartość świadczeń (w mln zł)	
					łącznie	Substancje
2013	276	35	2 051	10,5%	8,3	7,3
2014	363	35	4 464	4,9%	20,7	18,4
2015	413	37	4 943	5,7%	22,7	20,2
2016	450	40	5 573	5,6%	25,4	22,6
2017	507	43	6 331	3,2%	28,9	25,6
2018	763	48	7 272	1,1%	30,1	26,3
2019	988	46	10 392	0,9%	42,0	36,4

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

KOSZTY ASTMY Z PERSPEKTYWY ZUS

Leczenie astmy jest długotrwałe i kosztowne. Ze wszystkich chorób alergicznych jest ona najczęstszą przyczyną absencji chorobowej, hospitalizacji oraz długotrwałej niezdolności do pracy. Ma zatem także wpływ na wydatki ubezpieczeń społecznych.

Według zasobów informacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wydatki na choroby układu oddechowego (kody jednostki chorobowej J00–J99) w 2018 r. stanowiły 8,5% wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi chorobami. Kwota ta wyniosła 3144 mln zł. W tej kwocie wydatki związane z astmą oskrzelową (J45) stanowiły 194,7 mln zł, czyli 6,2%. W 2016 r. wydatki spowodowane astmą oskrzelową stanowiły 7,8% wydatków na choroby układu oddechowego, a w 2017 r. 7,1%.

W wydatkach ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną astmą oskrzelową we wszystkich analizowanych latach dominują wydatki poniesione na wypłaty rent z tytułu niezdolności do pracy. Jednak udział tych rent w wydatkach maleje. W 2016 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 70,6%, a w 2018 r. 65,7%. Oznacza to spadek o 4,9 punktu procentowego.

Drugą pozycję w wydatkach stanowią wydatki na absencję chorobową. W tym przypadku udział w wydatkach rośnie. W 2016 r. wydatki na absencję chorobową stanowiły 23,1% ogółu wydatków związanych z astmą oskrzelową, a w 2018 r. 26,8% i była to kwota 52,1 mln zł. W porównaniu z rokiem poprzednim były niewiele niższe – o ok. 1%.

Wydatki na pozostałe świadczenia i na rehabilitację leczniczą stanowiły 7,5% ogółu wydatków.

W 2018 r. w Rejestrze Zaświadczeń Lekarskich KSI ZUS z tytułu chorób układu oddechowego (J00–J99) odnotowano 5,6 mln zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, na 33 mln dni. Podkreślenia wymaga fakt, że liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób układu oddechowego w analizowanym okresie rośnie. W 2016 r. wynosiła 29,2 mln dni. Absencja chorobowa spowodowana astmą oskrzelową utrzymuje się na wyrównanym poziomie i w 2018 r. wynosiła 719 tys. dni.

Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w przypadku astmy oskrzelowej (J45) jest w 2018 r. o 75% wyższa niż przeciętna dla chorób układu oddechowego ogółem. W przypadku astmy oskrzelowej wynosiła 10,35 dnia, a dla chorób układu oddechowego 5,91 dnia. Analogiczna tendencja obserwowana była w latach 2016 i 2017.

KOSZTY POŚREDNIE ASTMY

Wyniki badań przeprowadzonych w Europie wykazują, że koszty pośrednie związane z utratą produktywności chorych stanowią znaczącą część kosztów całkowitych choroby z perspektywy społecznej^{26, 27}. Choroby układu oddechowego stanowią ogromne obciążenie dla społeczeństwa w postaci niepełnosprawności i przedwczesnej śmiertelności, a także bezpośrednich kosztów opieki zdrowotnej, przepisywanych leków i kosztów pośrednich związanych z utratą produktywności. Według Rejestru Zaświadczeń Lekarskich KSI ZUS świadczenia z tytułu absencji chorobowej z powodu astmy oskrzelowej otrzymywało w 2016 r. 13 068 osób, w 2017 r. 12 421 osób, a w 2018 r. 9919 osób.

Największy udział w liczbie lat spowodowanej brakiem aktywności zawodowej z powodu astmy oskrzelowej miała absencja chorobowa (średnio 49,5%), w dalszej kolejności renta (45,5%), a na końcu świadczenia rehabilitacyjne (5%).

Astma oskrzelowa odpowiada za 4102 lata utraconej produktywności chorych w 2016 r., 4179 lat w 2017 r. oraz 3725 lat w 2018 r.

Chorzy na astmę oskrzelową w zależności od przyjętych wariantów metody kapitału ludzkiego szacowania kosztów utraty produktywności generowali koszty pośrednie na poziomie od 198,66 mln zł do 499,17 mln zł w 2016 r., od 214,22 mln zł do 528,93 mln zł w 2017 r. oraz od 204,94 mln zł do 491,82 mln zł w 2018 r. (zob. Tabela 2).

TABELA 2. PODSUMOWANIE WARTOŚCI KOSZTÓW POŚREDNICH UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI CHORYCH NA ASTMĘ OSKRZELOWĄ WEDŁUG CZTERECH WARIANTÓW METODY KAPITAŁU LUDZKIEGO W PODZIALE NA LATA 2016–2018, W MLN ZŁ

Rok	Przeciętne roczne wynagrodzenie brutto mln	PKB per capita mln	PKB na pracującego mln	PKB na pracującego – skorygowany mln
2016	199,21	198,66	499,17	324,46
2017	214,22	216,39	528,93	343,80
2018	204,94	205,11	491,82	319,68

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych ZUS oraz GUS

26 Garattini L., Tediosi F., Ghilardi S. et al. How do Italian pharmacoeconomists evaluate indirect costs?. *Value in Health*, 2000; 3 (4): 270–276 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464191> (dostęp: 9 lutego 2021).

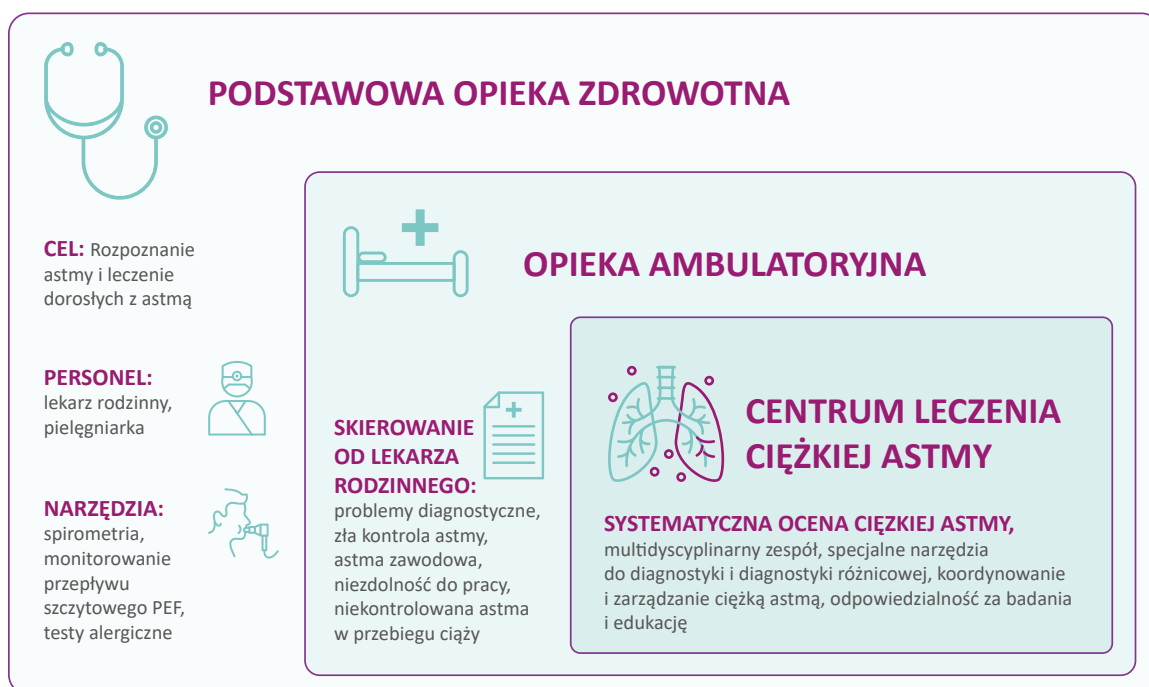
27 Wrona W., Hermanowski T., Golicki D., Jakubczyk M., Macioch T. Koszty utraconej produktywności w analizach farmakoekonomicznych. Przegląd systematyczny. *Przegl. Epidemiolog.* 2011; 65: 147–162 Dostępne: <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/koszty-utraconej-produktywnosci-w-analizach-farmakoekonomicznych-cz-i-przeglad-systematyczny-pismiennictwa?lang=pl> (dostęp: 9 lutego 2021).

DOBRE PRAKTYKI MIĘDZYNARODOWE W ZARZĄDZANIU ASTMĄ

Model zarządzania chorobą według NSAN

Organizacja Nordic Severe Asthma Network (NSAN) zrzeszająca specjalistów zajmujących się problematyką astmy oskrzelowej, wykorzystując dane populacyjne z Estonii, Danii, Finlandii, Norwegii i Szwecji, utworzyła zbiór danych NORDic dla badań aSThMA (NORDSTAR), pobierając dane dotyczące stosowania leków, kontaktów z opieką zdrowotną, śmiertelności, demografii, ekonomii i chorych²⁸. Organizacja opieki nad astmą różni się w poszczególnych krajach skandynawskich. W większości krajów większość dorosłych chorych na astmę jest diagnozowana i leczona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Według NSAN pacjent z podejrzeniem lub potwierdzoną ciężką astmą powinien zostać skierowany do lokalnego ośrodka lub zespołu do spraw astmy. Z uwagi na dużą liczbę pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem astmy proponowany jest model dwustopniowy, w którym lekarz rodzinny może początkowo skierować pacjenta do specjalisty chorób z silnym podejrzeniem lub potwierdzoną ciężką astmą, następnie taki pacjent jest kierowany do ośrodka lub zespołu zajmującego się ciężką astmą – Centrum Leczenia Ciężkiej Astmy. Poniższy schemat przedstawia rekomendowany przez NSAN model opieki.

SCHEMAT 1. MODEL OPIEKI NAD PACJENTAMI Z ASTMĄ WEDŁUG REKOMENDACJI NSAN



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Systematic assessment and management of possible severe asthma in adults, Nordic Severe Asthma Network 2020

Estoński The Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support – EBMEDS

Celem opieki nad pacjentami z astmą oskrzelową w Estonii jest wzrost jakości leczenia i kontroli astmy, a także wzrost liczby skierowań do lekarzy specjalistów z powodu obecnie niskiej wykrywalności astmy oskrzelowej wśród pacjentów lekarzy rodzinnych i braku standardu zarządzania chorobą. Powstał algorytm, który pozwala lekarzom rodzinnym identyfikować pacjentów z astmą oraz zaplanować lub dostosować leczenie, a w razie potrzeby skierować ich do specjalisty. Oczekiwany rezultatem tych działań jest zmniejszenie obciążenia systemu opieki zdrowotnej astmą oraz redukcja zaostrzeń choroby wśród pacjentów z astmą. W maju 2020 r. zintegrowano powstały algorytm identyfikacji pacjentów z astmą z finansowanym przez rząd systemem wspomaganie decyzji dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

²⁸ <https://nordstar-nsan.com> (dostęp: 9 lutego 2021).

SCHEMAT 2. ALGORYTM WSPIERAJĄCY LEKARZY RODZINNYCH W IDENTYFIKACJI I LECZENIU PACJENTÓW Z ASTMĄ W ESTONII

DOCELOWI ODBIORCY: Lekarze pierwszego kontaktu i ich pacjenci z rozpoznaną astmą.



OPIS ROZWIĄZANIA: Algorytm będzie częścią programu wspierania decyzji w zakresie opieki zdrowotnej finansowanej przez rząd. Gdy lekarz rodzinny analizuje historię pacjenta w programie zarządzania pacjentami i jeśli system wykryje nadużywanie leków specyficznych dla astmy (OSC, SABA, wysokie dawki ISC), wyświetla ostrzeżenie i dalsze instrukcje dotyczące prawidłowego postępowania z pacjentem.



PARTNERZY: Estoński Fundusz Zdrowia (EHIF – Estonian Health Insurance Fund), Estońskie Towarzystwo Pulmonologiczne, Estońskie Stowarzyszenie Medycyny Rodzinnej, firma informatyczna, KOL - kluczowi liderzy opinii leków specyficznych dla astmy (OSC, SABA, wysokie dawki ISC), wyświetla ostrzeżenie i dalsze instrukcje dotyczące prawidłowego postępowania z pacjentem.



ZAPOBIEGANIE I PROBLEM ŚWIADOMOŚCI



- Problematyka braku świadomości o liczbie osób z astmą wśród lekarzy rodzinnych
- Nieustalona odpowiedzialność za opiekę w systemie opieki zdrowotnej
- Brak standardów klinicznych leczenia astmy



ROZPOZNIANIE



- Program pomaga w identyfikacji pacjentów z niekontrolowaną astmą, o których lekarz pierwszego kontaktu nie był świadomy



LECZENIE



- Program pomoże lekarzom rodzinnym zauważyć luki w obecnym leczeniu i odpowiednio dostosować leczenie i / lub skierować pacjenta na wizytę u specjalisty



MONITOROWANIE



- Pacjenci z astmą otrzymują optymalne leczenie, a jakość ich życia wzrasta
- Zmniejszenie obciążenia systemu z powodu zaostrzeń choroby
- Wzrost wiedzy lekarzy rodzinnych nt. astmy

Docelowy model organizacji opieki zdrowotnej nad pacjentami z astmą w Polsce

Według opracowania GINA w celu poprawienia opieki nad astmą i wyników pacjentów zalecenia kliniczne oparte na dowodach muszą być rozpowszechnione i wdrożone na szczeblu krajowym i lokalnym oraz zintegrowane z praktyką kliniczną²⁹. Założenia polskiej strategii leczenia astmy powinny być oparte na wielu udanych programach na całym świecie. Wdrożenie strategii powinno angażować środowiska medyczne, zarówno lekarzy rodzinnych, jak i wspierających ich specjalistów, oraz powinno uwzględniać warunki kulturowe i społeczno-ekonomiczne. Należy monitorować efektywność zdrowotną i ekonomiczną wdrażanych programów, aby można było podjąć decyzję o ich kontynuowaniu lub modyfikacji. Każda inicjatywa musi uwzględniać charakter krajowego systemu opieki zdro-

²⁹ Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Prevention, 2019. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf> (dostęp: 9 lutego 2021).

wotnej i jego zasobów (np. ludzi, infrastruktury, dostępnych metod leczenia), ponieważ tylko przy zaangażowaniu wszystkich stron możliwe będzie osiągnięcie celu, jakim jest poprawa jakości opieki, przynosząca wzrost wartości zdrowotnej w tym obszarze.

REKOMENDACJE SYSTEMOWE

- Uwzględnienie leczenia astmy oskrzelowej jako priorytetu polskiego systemu ochrony zdrowia.
- Zaprojektowanie i wdrożenie programu zarządzania chorobą, obejmującego kompleksową opiekę nad pacjentem z astmą, w szczególności koordynację ścieżki pacjenta na styku POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- Wdrożenie mechanizmów w ramach rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, premiujących finansowo właściwe leczenie zgodnie ze standardami klinicznymi i osiągnięcie właściwej kontroli astmy.
- Wdrożenie rozwiązań informatycznych wykorzystujących system e-Recepta, wspierających lekarza w procesie zarządzania chorobą zgodnie z wytycznymi GINA, poprzez informowanie o ryzyku nadużywania określonych grup leków, wykorzystanie funkcjonalności systemu e-Recepta.
- Zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych, w szczególności alergologicznych i pulmonologicznych, które prowadzą terapię dla pacjentów z ciężką postacią astmy.

REKOMENDACJE ŚWIADOMOŚCIOWE

- Opublikowanie w języku polskim przez Towarzystwa Naukowe wytycznych klinicznych GINA oraz ich promocja i upowszechnienie w środowiskach medycznych i pacjenckich.
- Stworzenie platformy zrzeszającej reprezentację organizacji pacjenckich, klinicyстів i środowisk eksperckich w celu budowy dialogu i współpracy na rzecz stałej poprawy systemu diagnostyki i leczenia astmy w Polsce.