

Koszty przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Małgorzata Cel, Cezary Głogowski

Celem artykułu jest przybliżenie problematyki obciążeń finansowych dla społeczeństwa, związanych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), na podstawie danych pochodzących z krajów Unii Europejskiej, Ameryki Północnej oraz Polski.

Epidemiologia POChP

POChP jest chorobą, charakteryzującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zwykle o charakterze postępującym, której głównym znanym czynnikiem ryzyka jest palenie papierosów. Objawy POChP, obejmujące postępującą duszność, przewlekły kaszel i odkrztuszanie są przyczyną inwalidztwa i mają istotny wpływ na jakość życia. Podobnie jak astma, POChP stanowi więc poważny problem zdrowotny. Ocenia się, że POChP dotyczy co najmniej 44 mln ludzi na całym świecie. Zgodnie z danymi zawartymi w *Global Burden Disease Study* choroba ta znajduje się na 4. miejscu wśród najczęstszych przyczyn zgonów na świecie (2,7 mln w roku 2000), a w nadchodzących dziesięcioleciach można się spodziewać dalszego wzrostu częstości jej występowania i umieralności (3 miejsce w roku 2020).¹ Występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, średnio 9,4/1 000 mężczyzn i 7,3/1 000 kobiet. Pomimo znacznych obciążeń powodowanych przez POChP, choroba ta pozostaje słabo zrozumiana zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy, decydentów oraz płatników, niedostatecznie zdiagnozowana i co za tym idzie – leczona. Nie bez znaczenia jest tu na pewno fakt, że POChP jest często postrzegana jako choroba w dużej mierze zawniona przez samego pacjenta, z uwagi na jej ścisły związek z nałogiem palenia.

Koszty POChP

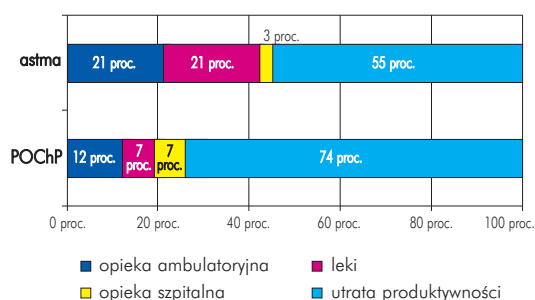
Z uwagi na rozpowszechnienie i przebieg, POChP jest odpowiedzialna za znaczną część wszystkich wizyt lekarskich, interwencji na oddziałach pomocy doraźnej i hospitalizacji, powodując istotne obciążenie budżetów opieki zdrowotnej. W skali europej-

skiej całkowite bezpośrednie roczne koszty związane z leczeniem POChP w warunkach ambulatoryjnych szacuje się na 4,7 mld euro, w warunkach szpitalnych na 2,9 mld euro, zaś leków na 2,7 mld euro. Jednak to koszty pośrednie stanowią najpoważniejsze źródło obciążeń w POChP. Według danych zawartych w opublikowanej ostatnio pod egidą *European Respiratory Society* i *European Lung Foundation European Lung White Book* szacuje się, że w 15 krajach Unii Europejskiej POChP jest źródłem 41 300 utraconych dni pracy na 100 tys. mieszkańców, co odpowiada kwocie 28,5 mld euro rocznie (koszty pośrednie).²

Tab. 1. i wykres pokazują, jak kształtują się koszty POChP w porównaniu z astmą.

W celu oceny skutków POChP z perspektywy pacjentów, systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwa zostało przeprowadzone na przełomie 2000 i 2001 roku pierwsze na tak wielką skalę, międzynarodowe badanie pod nazwą *Confronting COPD*.³ Jego fundatorem była firma GlaxoSmith-Kline. Prowadzono je w 7 krajach w Europie i Ameryce Północnej (Francja, Włochy, Hiszpania, Holandia, Wielka Brytania, USA i Kanada). Łącznie przeprowadzono wywiad z 3 265 pacjentami z POChP i 905 lekarzami, w celu zebrania informacji na temat efektów i praktyki klinicznej, wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej oraz utraty produktywności. Wyniki pokazują, jak duże jest obciążenie z tytułu POChP dla systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa w każdym z 7 krajów uczestniczących w tym badaniu. Średnie roczne koszty bezpośrednie choroby są szczególnie wysokie w USA (4 119 USD/pacjenta) i w Hiszpanii (3 196 USD), a relatywnie niskie we Francji (522 USD) i Holandii (606 USD). Utrata produktywności spowodowana POChP ma szczególnie

Grupa kosztów	POChP		Asthma	
	mln euro	proc.	mln euro	proc.
opieka ambulatoryjna	4 653	12	3 765	21
leki	2 691	7	3 641	21
opieka szpitalna	2 875	7	507	3
utrata produktywności	28 504	74	9 754	55
razem	38 700	100	17 700	100



Tab. 1. Koszty astmy i POChP w Europie (z wyłączeniem kosztów przedwczesnej umieralności i rehabilitacji) wg *European Lung White Book*

silny wpływ na gospodarkę we Francji, Holandii i Wielkiej Brytanii, stanowiąc odpowiednio 67, 50 i 41 proc. ogólnych kosztów choroby. Całkowite koszty POChP z perspektywy społecznej wahają się od 5 646 USD w USA do 1 023 USD w Holandii. W pięciu z siedmiu krajów uczestniczących w projekcie, większość (52–84 proc.) kosztów bezpośrednich związanych z POChP jest spowodowana hospitalizacjami. Ciężkie zaostrzenia POChP są głównym źródłem kosztów, toteż działania, mające na celu zapobieganie im i skuteczne leczenie mogłyby w istotny sposób wpłynąć na zmniejszenie ekonomicznych obciążeń z tytułu tej choroby. We wszystkich analizowanych krajach POChP jest chorobą niedostatecznie zdiagnozowaną i leczoną. Od 3 do 30 proc. pacjentów pozostawało niezdiagnozowanych pomimo występowania objawów POChP, a do 65 proc. pacjentów nie otrzymywało systematycznego leczenia. Pacjenci zgłaszali słabą kontrolę objawów choroby i istotne wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej. A zatem należy przypuszczać, że lepsza diagnostyka i ocena pacjentów z POChP oraz poprawa jej terapii przez lekarzy spowodowałyby zmniejszenie kosztów związanych z POChP. Badanie pokazało także, że koszty z perspektywy społecznej były 14–17 razy wyższe u pacjentów z ciężką niż łagodną postacią POChP. Pacjenci ze współistniejącymi chorobami byli także szczegól-

nie kosztowni dla społeczeństwa. Wyniki badania sugerują, że w celu złagodzenia klinicznych i ekonomicznych obciążeń związanych z POChP w Europie i USA, priorytetowe znaczenie powinny mieć działania, mające na celu opóźnienie postępu choroby, zapobieganie zaostrzeniom oraz zmniejszanie ryzyka wystąpienia chorób współistniejących.

Leczenie POChP

Zgodnie z wytycznymi leczenia POChP zawartymi w GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – Światowa Inicjatywa Zwalczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc*) główną rolę w leczeniu objawowym POChP odgrywają leki rozkurczające oskrzela (beta2-mimetyki, leki przeciwcholinergiczne, metyloksantyny).⁴ Glikokortykosteroidy wziewne powinny być regularnie stosowane u chorych na POChP z udokumentowaną w okresie próbnego leczenia odpowiedzią na glikokortykosteroidy lub nawracającymi zaostrzeniami, wymagającymi stosowania antybiotyków i/lub glikokortykosteroidów doustnych. Antybiotyki powinny być zarezerwowane do leczenia infekcyjnych zaostrzeń POChP. Nie zaleca się też regularnego stosowania leków mukolitycznych, a leki przeciwkaszlowe są przeciwwskazane.

Jak wynika z badania *Confronting COPD*, odsetek pacjentów z POChP regularnie przyjmujących leki waha się od 34,7 proc. (Włochy) do 73,5 proc. (Holandia). Odmiennie są też schematy leczenia stosowane w poszczególnych krajach. Odsetek pacjentów otrzymujących 5 najczęściej przepisywanych grup leków przedstawia tab. 2.

POChP w Polsce

Liczbę chorych na POChP w Polsce szacuje się na ok. 2 mln. Uważa się jednak, że tylko ok. 1/3 spośród tej liczby chorych jest zdiagnozowana. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w wybranych rejonach kraju wykazują, że co dziesiąty Polak powyżej 30. roku życia ma objawy POChP. Zapadalność wynosi 15,9/100 tys. mieszkańców. POChP jest w Polsce częstym powodem hospitalizacji, odpowiada rocznie za 120 tys. przypadków przyjęć do szpitala. Oznacza to, że ogółem 3,6 proc. chorych hospitalizowanych rocznie w Polsce to chorzy na POChP. Stanowi to również 25 proc. wszystkich przyjęć do szpitala z powodu chorób płuc.^{5,6}

Liczba zgonów z powodu POChP i jej bezpośrednich powikłań (serce płucne) waha się między 14–15 tys. rocznie. Jest to 4., po chorobach serca i naczyń, nowotworach złośliwych i zgonach z przyczyn gwałtownych, przyczyna zgonu w Polsce. POChP stanowi też bardzo poważne obciążenie społeczne, powodując przedwczesne inwalidztwo – rocznie przyznaje się w Polsce około 20 tys.

Kraj	Krótko działające beta2-mimetyki	Długo działające beta2-mimetyki	ICS	Leki przeciwcholinergiczne	Teofilina
USA	44 proc.	9 proc.	31 proc.	26 proc.	12 proc.
Wielka Brytania	39 proc.	15 proc.	23 proc.	20 proc.	1 proc.
Holandia	35 proc.	26 proc.	47 proc.	26 proc.	3 proc.
Kanada	33 proc.	9 proc.	38 proc.	21 proc.	4 proc.
Hiszpania	33 proc.	8 proc.	19 proc.	24 proc.	10 proc.
Francja	28 proc.	20 proc.	28 proc.	8 proc.	7 proc.
Włochy	10 proc.	9 proc.	14 proc.	7 proc.	11 proc.

Uwaga: wartości nie sumują się do 100 proc. z uwagi na leczenie skojarzone

Tab. 2. Leki stosowane w POChP jako odsetek pacjentów (wg *Confronting COPD*)

rent inwalidzkich z powodu przewlekłych chorób płuc, a większość z nich to renty z powodu POChP. Renty te przyznaje się często chorym w wieku produkcyjnym, między 50. a 60. rokiem życia.

Szacunkowe informacje na temat leczenia POChP w Polsce możliwe są do uzyskania poprzez analizę danych zawartych w bazie *IMS Medical Dataview*. I tak, z powodu POChP w okresie 12 mies. (sierpień 2002–wrzesień 2003) udzielono 1,7 mln porad ambulatoryjnych, co stanowi 0,7 proc. całkowitej liczby 243 mln wszystkich wizyt zarejestrowanych w kraju i jest liczbą 2-krotnie mniejszą w porównaniu do liczby porad udzielonych z powodu astmy. Tab. 3. przedstawia odsetek pacjentów otrzymujących poszczególne grupy leków oddechowych.

Uwzględniając ilość zaordynowanych leków i częstość wizyt można pokusić się o stwierdzenie, że jedynie ok. 0,3 mln chorych na POChP w Polsce stosuje leki systematycznie.

Biorąc pod uwagę wielkość obciążeń ekonomicznych dla całego społeczeństwa powodowanych przez POChP, jej rozpowszechnienie, wysoką śmiertelność, a jednocześnie sam charakter choroby, której można zapobiec lub uzyskać znaczącą poprawę poprzez eliminację czynnika ryzyka, jakim jest palenie – istnieje w naszym kraju potrzeba przeprowadzenia zakrojonych na szeroką skalę badań nad kosztami i konsekwencjami POChP. Ich wyniki pozwoliłyby być może poprawić świadomość tych zagadnień wśród decydentów, lekarzy i pacjentów, przekładając się w dłuższej perspektywie na środki finansowe potrzebne do leczenia wielu innych, trudnych do uniknięcia i kłopotliwych w terapii schorzeń.

Małgorzata Cel
Cezary Głogowski
Dział Farmakoekonomiki GlaxoSmithKline

Grupa leków	Odsetek pacjentów
metylksantyny	55 proc.
długo działające beta2-mimetyki wziewne	53 proc.
ICS	22 proc.
leki przeciwcholinergiczne	18 proc.
Krótko działające beta2-mimetyki wziewne	10 proc.
leki przeciwcholinergiczne + beta2-mimetyki (preparaty złożone)	6 proc.
beta2-mimetyki doustne	4 proc.
leki przeciwleukotrienowe	1 proc.
inne	3 proc.

Uwaga: wartości nie sumują się do 100 proc. z uwagi na leczenie skojarzone

Tab. 3. Leki rozkurczające oskrzela i ICS stosowane w POChP w Polsce jako odsetek pacjentów (wg *IMS Medical Dataview*)

Przypisy

1. Murray C, Lopez AD, The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, Harvard School of Public Health on behalf of The World Health Organization and World Bank, 1996.
2. ERSJ, European Lung White Book 2003.
3. Dahl R, Lofdahl CG. *The economic impact of COPD in North America and Europe*. Respiratory Medicine 2003, Vol. 97, Suppl C.
4. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Raport NHLBI/WHO. Med Prakt, wydanie specjalne 1/2002.
5. Zieliński J. POChP – niedoceniany problem społeczno-medyczny. Służba Zdrowia 2000, 46-7.
6. Zieliński J, Górecka D, Śliwiński P. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. PZWL 1999.