

LĒTINĖS OBSTRUKCIINĖS PLAUČIŲ LIGOS AMBULATORINIO GYDYMO KOMPENSUOJAMAJAIS VAISTAIS TVARKOS LAIKYMOŠI VERTINIMAS

Rolandas Zablockis, Edvardas Danila

*Vilniaus universiteto Infekcinių, krūtinės ligų, dermatovenerologijos ir alergologijos klinika,
Lietuvos pulmonologų draugija*

Raktažodžiai: lėtinė obstrukcinė plaučių liga, pulmonologas, paūmėjimas.

Santrauka

Įvadas. Lietuvoje lėtinės obstrukcinės plaučių ligos (LOPL) ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas tvarkos aprašas.

Darbo tikslas. Įvertinti, kaip laikomasi šio tvarkos aprašo. Norėta sužinoti, kokiam LOPL sergančių ligonių skaičiui 2014 m. skirti kompensuojamieji vaistai; kokiai daliai jų šie vaistai skirti pirmą kartą; kaip dažnai kompensuojamieji vaistai išrašyti ligoniui esant stacionare; kokia dalis asmenų, gydomų kompensuojamaisiais vaistais (iš jų – kuriems šie vaistai buvo paskirti pirmą kartą) buvo tais metais konsultuoti pulmonologo. Duomenys surinkti iš prisivalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“.

Rezultatai. 2014 m. 34972 asmenims, sergantiems LOPL, buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui. Iš jų 25,4 proc. ligonių jie skirti pirmą kartą. 45,2 proc. ligonių šie vaistai išrašyti jiems esant stacionare. Pulmonologas konsultavo 47,3 proc. visų asmenų, kuriems buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai LOPL gydyti. Iš jų – 55,3 proc. ligonių, kuriems šie vaistai buvo išrašyti pirmą kartą.

Išvada. Lietuvoje LOPL ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos laikomasi nepakankamai. Ligoniai per retai siunčiami gydytojui pulmonologui konsultuoti. Neretai net pirmą kartą skiriant kompensuojamuosius vaistus ambulatoriniam LOPL gydymui ligonis nenukreipiamas

pulmonologui konsultuoti. Tai, kad didelei daliai ligonių šie vaistai išrašomi jiems esant stacionare, netiesiogiai rodo, kad daugeliu atvejų ligos diagnostika ir (ar) kontrolė yra nepakankama.

Įvadas

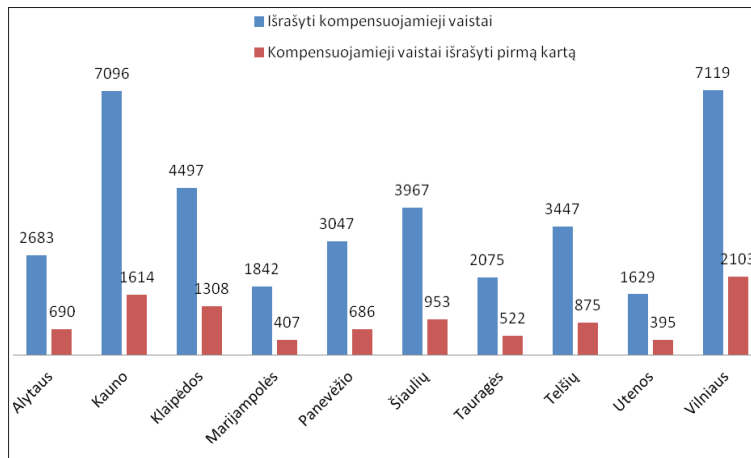
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL) – dažna liga, kurios galima išvengti ir kurią būtina gydyti. Jai būdinga nuolatinė kvėpavimo takų obstrukcija, kuri dažniausiai progresuoja ir yra susijusi su stipresne kvėpavimo takų ir plaučių uždegimine reakcija į įkvėpiamas žalingas daleles ar dujas. Paūmėjimai ir gretutinės ligos pablogina ligonio būklę [1].

2004 m. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, 65 milijonai žmonių serga vidutinio sunkumo ar sunkia LOPL. Daugiau nei 3 milijonai sergančiųjų šia liga kasmet miršta. LOPL yra ketvirta dažniausia mirties priežastis. Prognozuojama, jog 2030 m. ji taps trečia dažniausia mirties priežastimi pasaulyje [2, 3]. Dėl savo paplitimo, lėtinės progresuojančios ligos eigos, LOPL lemia milžiniškas su ja susijusias medicininės ir socialines išlaidas [4, 5]. Nevėluojanti diagnostika, gydymas vaistais, speciali pulmoninė reabilitacija, tinkama paliatyvioji bei gyvenimo pabaigos pagalba yra svarbiausios priemonės, galinčios ne tik pagerinti LOPL sergančių ligonių būklę, bet ir sumažinti šios ligos sąlygojamą ekonominę našą [6].

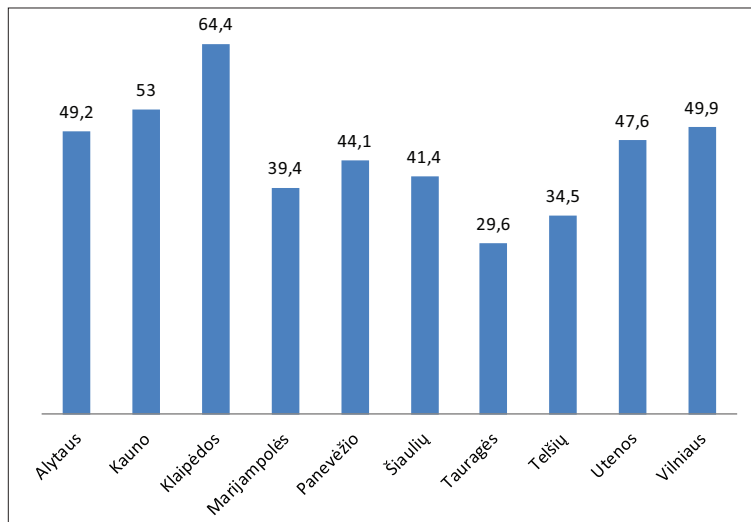
Lietuvoje LOPL ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas tvarkos aprašas. Jame aprašyta LOPL pagal Tarptautinės statistinės ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąją pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) žymimos kodais J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, diagnozavimo, ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais ir gydymo efekty-

vumo vertinimo tvarka [7].

Darbo tikslas – įvertinti, kaip laikomasi LOPL ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo. Buvo nustatyta, kokiam LOPL sergančių asmenų skaičiui 2014 m. paskirti kompensuojamieji vaistai LOPL gydyti; kokiai daliai jų šie vaistai skirti pirmą kartą; kokiai daliai ligonių šie vaistai išrašyti jiems esant stacionare; kokia dalis dėl LOPL kompensuojamaisiais vaistais gydomų asmenų (iš jų – kuriems kompensuojamieji vaistai buvo paskirti pirmą kartą) 2014 m. buvo konsultuoti pulmonologo.



1 pav. Sergančiųjų LOPL asmenų, kuriems buvo išrašyti, iš jų ir pirmą kartą, kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui pasiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis (absoliučiais skaičiais)



2 pav. Sergančiųjų LOPL asmenų, kuriems buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui stacionare, pasiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis (pateikta procentais nuo visų atitinkamoje apskrityje LOPL sergančių ligonių, kuriems 2014 m. buvo skirti kompensuojamieji vaistai)

Darbo metodika

Duomenims surinkti buvo naudota privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema „Sveidra“. Išrinkti duomenys pagal šiuos kriterijus: asmenys, vyresni kaip 18 metų, kuriems 2014 m. dėl LOPL (pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasios pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminių ligų sąrašas“, Australijos modifikacija, TLK-10-AM: J44.0, J44.1, J44.8, J44.9) buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui. Jei tam pačiam asmeniui buvo užregistruoti keli vienodi ar skirtingi ligos kodai, asmuo buvo skaičiuojamas tik vieną kartą. Pulmonologo konsultacijos paieškai naudoti paslaugų kodai: 1608, 1733, 1799, 3358, 3359, 2724, 2755, 1666. Duomenys pateikti absoliučiais ir santykiniais skaičiais bei pateiktas jų pasiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis.

Rezultatai

2014 m. 34972 asmenims, sergantiems LOPL, buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam šios ligos gydymui, iš jų 8881 (25,4 proc.) šie vaistai skirti pirmą kartą. Pasisiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis pateiktas 1 paveiksle.

15809 (45,2 proc. visų asmenų) ligoniams kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui išrašyti jiems esant stacionare. Procentinio santykio nuo visų asmenų, kuriems buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai, pasiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis pateiktas 2 paveiksle.

Per 2014 m. pulmonologas konsultavo 16544 LOPL sergančius ligonius. Tai sudarė 47,3 proc. visų asmenų, kuriems buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam LOPL gydymui. Iš jų pulmonologas konsultavo 4910 ligonių, kuriems kompensuojamieji vaistai išrašyti pirmą kartą. Tai sudarė 55,3 proc. visų asmenų, kuriems dėl šios ligos kompensuojamieji vaistai buvo išrašyti pirmą kartą. Procentinis pulmonologo konsultacijų pasiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis pateiktas 3 paveiksle.

Rezultatų aptarimas

2013 m. suaugusių Lietuvos gyventojų ligotumas kvėpavimo sistemos ligomis užėmė antrą vietą (24,3 proc. visų ligų) po kraujotakos sistemos ligų (28,6 proc. visų ligų). Lėtinųjų ap-

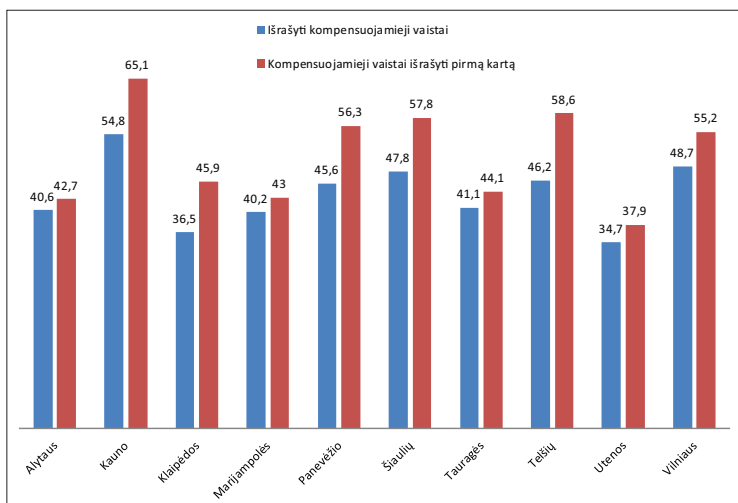
atinių kvėpavimo takų ligų paplitimas per pastarąjį dešimtmetį didėja [8].

Šio darbo metu nustatėme, kad 2014 m. beveik 35 tūkstančiams ligonių dėl LOPL buvo išrašyti kompensuojami vaistai ambulatoriniam gydymui. Didžiausia dalis teko Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių apskrityms. Šių keturių apskričių ligoniai sudarė 61 proc. visų atvejų. Tai galima būtų paaiškinti didžiausiu gyventojų skaičiumi šiose apskrityse. Vilniaus apskrityje yra ne tik daugiausia asmenų, kuriems išrašomi kompensuojamieji vaistai, bet ir didžiausia naujai paskirtų kompensuojamųjų vaistų procentinė dalis (29,5 proc., kai Lietuvos vidurkis – 25,4 proc.). Todėl tikėtina, jog bendras asmenų skaičius, kuriems bus išrašomi kompensuojami vaistai, kitais metais didės.

Didelei daliai ligonių dėl LOPL kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui išrašomi jiems esant stacionare (45,2 proc. visų atvejų). Pasiskirstymas pagal apskritis yra gan įvairus, tačiau didžiausias – Klaipėdos apskrityje. Sergantieji LOPL į stacionarą dažniausiai patenka dėl pablogėjusios būklės, tai yra dėl LOPL paūmėjimo. O dažni paūmėjimai rodo, jog ligos kontrolė yra nepakankama [1]. Yra žinoma, jog paūmėjimai blogina LOPL sergančiojo gyvenimo kokybę, mažina fizinį aktyvumą, skatina plaučių funkcijos blogėjimą, emfizemos progresavimą, didina hospitalizacijų dažnį bei mirštamumą [9, 10]. Tai, kad situacija nėra gera, netiesiogiai rodo ir didelis mirusiųjų dėl LOPL Lietuvoje asmenų skaičius (2013 m. mirė 724 ligoniai), ypač palyginus su mirusiais dėl bronchinės astmos (2013 m. mirė 50 ligonių) [11].

LOPL ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkoje [7] nurodyta, jog „šeimos gydytojas ar kitos profesinės kvalifikacijos gydytojas, pagal savo kompetenciją atlikęs tyrimus ir įtaręs LOPL, pacientą siunčia pas gydytoją pulmonologą patvirtinti diagnozės“. Taigi, LOPL diagnozę visais atvejais turi patvirtinti pulmonologas. Tik 55,3 proc. ligonių, kuriems pirmą kartą dėl LOPL buvo paskirti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui, buvo konsultuoti pulmonologo. Todėl aiškiai matyti, jog reikalavimo, kad pulmonologas turi patvirtinti LOPL diagnozę laikomasi nepakankamai. Skirtumai tarp apskričių gana reikšmingi, tačiau 2014 m. Utenos apskrityje santykinai daugiausia pasitaikė atvejų, kai kompensuojami vaistai LOPL gydyti buvo paskirti be pulmonologo konsultacijos.

LOPL ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkoje [7] taip pat nurodyta, jog šeimos gydytojas siunčia pacientus gydytojo pulmonologo konsultacijai,



3 pav. LOPL sergančių asmenų, kuriems buvo išrašyti kompensuojamieji vaistai ambulatoriniam gydymui (iš jų – ir pirmą kartą), kuriuos konsultavo pulmonologas, pasiskirstymas Lietuvoje pagal apskritis (pateikta procentais nuo visų atitinkamoje apskrityje LOPL sergančių ligonių, kuriems 2014 m. buvo skirti kompensuojamieji vaistai)

„kai skirtas gydymas nepakankamai efektyvus; sunkios ir labai sunkios LOPL atvejais gydymo adekvatumui įvertinti (vieną kartą per metus); vidutinio sunkumo, sunkios ir labai sunkios LOPL atvejais, kai reikia skirti gydymą ilgai veikiančiais bronchus plečiančiais vaistais ir inhaliuojamais gliukokortikoidais; labai sunkios LOPL atveju, kai reikia skirti gydymą geriamaisiais gliukokortikoidais; dėl ilgalaikės deguonies terapijos skyrimo; operacijos (bulektomijos, plaučių tūrį mažinančios operacijos, plaučių transplantacijos) tikslingumui nustatyti“.

Lietuvos pulmonologų 2015 m. atnaujintame „Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos diagnostika ir gydymas“ sutarime nurodoma, kad LOPL sergančiam ligoniui būtina sudaryti ilgalaikės pagalbos planą, pacientą reguliariai stebėti. Ligonio stebėjimo dažnis priklauso nuo LOPL sunkumo bei progresavimo greičio, paūmėjimo dažnio ir kitų veiksnių. Rekomenduojama, kad gydytojas pulmonologas lengva LOPL sergančių ligonių konsultuotų bent vieną kartą per metus; vidutinio sunkumo LOPL – bent du kartus per metus; sergančių sunkia LOPL – bent 3 kartus per metus [6].

Didelių imčių retrospektyvieji tyrimai parodė, jog sunkia LOPL serga apie 31–33 proc. visų LOPL sergančiųjų [12]. Esamoje tvarkoje indikacijų pulmonologo konsultacijai yra daugiau nei vien tik sunki LOPL, tačiau tik 47,3 proc. ligonių 2014 m. konsultuoti pulmonologo. Galima manyti, kad tai yra susiję su nepakankamu pulmonologų skaičiumi apskrityse. Tačiau Kauno, Vilniaus, Klaipėdos apskrityse, kur pulmonologų skaičius yra didžiausias, situacija taip pat nėra gera.

Pirminis LOPL gydymo tikslas yra stabilizuoti ligą ir apsaugoti nuo ligos paūmėjimų [1, 13]. Daugiau nei pusė bendrųjų išlaidų dėl LOPL tenka paūmėjimų gydymui [14]. Kuo liga dažniau paūmėja, tuo didesnės bendrosios gydymo išlaidos. Todėl paūmėjimų prevencija yra svarbi ne tik gerinant ligo būklę, bet ir mažinant su šia liga susijusias išlaidas [15, 16].

Ilgalaikis populiacinis stebėjimo tyrimas atliktas Švedijoje (21361 ligočių, sirgusių LOPL, iš 76 pirminių sveikatos priežiūros centrų) parodė, jog ligočiai gydomi specializuotuose LOPL centruose, palyginus su gydomais pirminėje grandyje, patiria mažiau paūmėjimų, jiems rečiau reikalinga stacionarinė pagalba bei sumažinamos šių ligočių gydymo išlaidos [17].

Manome, kad geresnis LOPL ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos laikymasis galėtų pagerinti LOPL sergančių ligočių priežiūrą bei gydymą, nes juos dažniau konsultuotų pulmonologas. Labai tikėtina, kad pagerėtų ligos kontrolė, sumažėtų ligos paūmėjimų bei hospitalizacijų.

Išvada

Lietuvoje LOPL ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos laikomasi nepakankamai. Ligočiai per retai siunčiami gydytojui pulmonologui konsultuoti. Neretai net pirmą kartą skiriant kompensuojamuosius vaistus ambulatoriniam LOPL gydymui ligočiai nenukreipiamas pulmonologui konsultuoti. Tai, kad didelei daliai ligočių šie vaistai išrašomi jiems esant stacionare, netiesiogiai rodo, kad daugeliu atvejų ligos diagnostika ir (ar) kontrolė yra nepakankama.

Padėka

Valstybinės ligočių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Vaistų kompensavimo skyriaus darbuotojams už pagalbą surenkant duomenis.

Literatūra

- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2013. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
- World Health Organization. The 10 Leading Causes of Death in the World 2000 and 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
- Burney PG, Patel J, Newson R, Minelli C, Naghavi M. Global and regional trends in COPD mortality, 1990–2010. *Eur Respir J* 2015; 45: 1239–1247. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00142414>
- Corsi DJ, Boyle MH, Lear SA, Chow CK, Teo KK, Subramanian SV. Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes Control* 2014; 25 (1): 45–57. <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-013-0307-9>
- Janson Ch, Marks G, Buist S, Gnatiuc L, Gislason T, McBurnie MA. et al. The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *Eur Respir J* 2013; 42: 1472–1483. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00153712>
- Danila E., Sakalauskas R., Zablockis R., Malakauskas K., Bagdonas A., Biekšienė K., ir kt. Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos diagnostika ir gydymas. Lietuvos pulmonologų sutarimas. UAB Eventas", Kaunas, 2015; 64.
- Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-694, 2011.
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos "Sveidra" duomenys, 2013.
- Donaldson G, Wilkinson T, Hurst J, Perera W, Wedzicha J. Exacerbations and time spent outdoors in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 446–452. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200408-1054OC>
- Vestbo J, Lisa D, Scanlon P, Yates J, Agusti A, Bakke P. et al. Changes in forced expiratory volume in 1 second overtime in COPD. *N Engl J Med* 2011; 365: 1184–1192. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1105482>
- Mirties priežastys 2013. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirties priežasčių registras.
- Callado MR, Lambrelli D, Maclachlan S, Khalid JM. Epidemiology, severity, and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in the United Kingdom by GOLD 2013. *International Journal of COPD* 2015; 10: 925–937. [doi.org/10.2147/COPD.S82064](http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S82064)
- Guarascio AJ, Ray SM, Finch ChK, Self TH. The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA. *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 2013; 5: 235–245.
- Patel JG, Nagar SP, Dala AA. Indirect costs in chronic obstructive pulmonary disease: A review of the economic burden on employers and individuals in the United States. *International Journal of COPD* 2014; 9: 289–300. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S57157>
- Punekar YS, Shukla A, Müllerova H. COPD management costs according to the frequency of COPD exacerbations in UK primary care. *International Journal of COPD* 2014; 9: 65–73. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S54417>
- Ornek T, Tor M, Altin R. Clinical factors affecting the direct cost of patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Med Sci* 2012; 9 (4): 285–290. <http://dx.doi.org/10.7150/ijms.4039>

17. Lisspers K, Johansson G, Jansson Ch, Larison K, Stratelis G, Hedegaard M. et al. Improvement in COPD management by access to asthma/COPD clinics in primary care: Data from the observational PATHOS study. *Respiratory Medicine* 2014; 108: 1345–1354.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2014.06.002>

**THE COMPLIANCE ASSESSMENT OF CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE TREATMENT
WITH REIMBURSABLE MEDICINE IN
OUTPATIENT SETTING**

R. Zablockis, E. Danila

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, pulmonologist, exacerbation.

Summary

Background. Treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease with reimbursable medicine in outpatient setting in Lithuania is regulated by the Lithuanian Minister of Health approved Procedure.

The aim of study is to evaluate the compliance with this procedure. The number of patients treated with reimbursable medicine in outpatient treatment per year; which part of these patients were treated for the first time; the proportion of subjects with medication prescribed in hospital are assessed. The percentage of pulmonologist consultations of all individuals treated with reimbursable medicine for outpatient treatment and patients treated for the first time are described also. The data were collected from the health insurance system "Sveidra".

Results. 34972 patients with chronic obstructive pulmonary disease were prescribed reimbursable medicine for outpatient treatment in 2014, 25.4% of them were treated for the first time. 45.2% of patient reimbursable medicine was prescribed in hospital. The pulmonologist consulted 47.3% of all individuals treated with reimbursable medicine for outpatient treatment and 55.3% of patients treated for the first time in 2014.

Conclusion. The compliance of treatment with reimbursable medicine in outpatient setting of patients with chronic obstructive pulmonary disease is insufficient in Lithuania. Patients are rarely consulted by the pulmonologist, even if reimbursable medicine is prescribed for the first time. Large proportion of medication is prescribed in hospital. This is an indirect sign that diagnostics and control of the disease is not well enough in most cases.

Correspondence to: rolandas.zablockis@santa.lt

Gauta 2015-09-01