

✖ Iwona Schymalla, 2021-11-17 10:00

POChP: Jak poprawić jakość opieki?

✖

Światowy dzień POChP to okazja, by uświadomić wszystkim jak wielkim i globalnym problemem staje się ta choroba, również dla systemu ochrony zdrowia i co można zrobić, by poprawić jakość opieki nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

W debacie wzięli udział:

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko

Prof. Paweł Śliwiński

Dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska

Iwona Schymalla: Mówimy, że POChP to globalny problem. Ale czy wiemy, jaka jest jego skala? W Polsce mamy ok. 2 milionów chorych, ale nie mamy rejestru pacjentów i wydaje się, że liczba ta jest niedoszacowana. Jak to więc jest w rzeczywistości?

Prof. Paweł Śliwiński: Rejestru nie było, nie ma i prawdopodobnie szybko nie będzie. Nigdy też ta choroba nie doczekała się badań epidemiologicznych. Liczba 2 mln. jest pochodną częściowego epidemiologicznego badania, które ponad 20 lat temu przeprowadzono w Polsce na wybranej grupie pacjentów, u których badano częstość występowania obturacji dolnych dróg oddechowych. Okazało się, że w populacji osób powyżej 40 roku życia obturacja jest obecna u około 10 procent. Stąd liczba 2 miliony. Kilka lat temu z udziałem pani doktor Czajkowskiej-Malinowskiej były opracowywane tzw. mapy potrzeb zdrowotnych m.in. dla POChP. Wówczas, według danych z NFZ, okazało się, że chorych jest zarejestrowanych więcej, bo około 4 miliony. Ale niezależnie od tego jaka to jest liczba, to ewidentnie POChP jest jedną z najczęstszych chorób internistycznych. Plasuje się na równi z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą i astmą. Jej znaczenie społeczne jest bardzo istotne, dlatego że jest w kręgu „popularnych” chorób.

Iwona Schymalla: Dlaczego mimo takiej liczby pacjentów, mimo że choroba ta jest przyczyną powikłań i zgonów, jest tak mało znana wśród decydentów i społeczeństwa?

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Jest kilka przyczyn, związanych ze stygmatyzacją. Najczęstszym powodem POChP jest nieakceptowane teraz palenie tytoniu. Wynika to również tego, że są to osoby starsze, w piątej, szóstej, siódmej dekadzie życia. Istotnym problemem jest fakt, że rozpoznanie stawiane jest bardzo późno, kiedy choroba jest zaawansowana i istotnie upośledza aktywność życiową chorego. Krótko mówiąc, ci chorzy nie mają czasu i siły, by walczyć o siebie. Być może świadomość wśród lekarzy jest zbyt mała. Późna diagnostyka to nie tylko wina chorych. To również wina małej aktywności na etapie diagnostyki, wykonania nieskomplikowanej, taniej, ogólnodostępnej spirometrii. Nie musi jej wykonywać specjalista, może to być lekarz POZ. Nie ma ograniczeń, ani w Polsce ani na świecie, które uniemożliwiałyby lekarzowi POZ prawidłowe rozpoznanie choroby, zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi i prawidłowe leczenie. Do tego dochodzi stan świadomości decydentów, organizacji. Z tym powinniśmy się zmierzyć i podjąć działania.

Iwona Schymalla: Pamiętam raport Uczelni Łazarskiego z 2014 roku, w który wiele pracy włożył Pan Profesor, i jego rekomendacje co pilnie powinno się zmienić, żeby ścieżka

pacjenta z POChP była poprawiona, żebyśmy się szybko z tym problemem mogli realnie mierzyć. Co się wydarzyło przez te lata, skoro spotykamy się dzisiaj w 2021 roku i sygnalizujemy podobne kwestie?

Prof. Paweł Śliwiński: Uplętnęło siedem lat i nic się nie zmieniło. Wiemy, że brakuje lekarzy, że jest powszechna niechęć wśród lekarzy POZ, do wykonywania spirometrii, ale do wykonania tego badania w ogóle nie jest potrzebny lekarz. Może je robić dobrze przeszkolona pielęgniarka czy technik. Lekarz ewentualnie powinien ocenić poprawność techniczną i odpowiednio zinterpretować wynik. Przede wszystkim musimy uświadomić społeczeństwo, że taka choroba jak POChP istnieje, jakie są czynniki ryzyka, jej podstawowe objawy, jak na nie zareagować i kiedy zgłosić się do lekarza. Raport z 2014 mówił o tym, że takich działań nie ma, że jest jakaś niezrozumiała niechęć do wykonywania badania spirometrycznego. Być może jest to przyczyna finansowa. Choć w tej chwili nie sądzę, by był to główny argument. Może ze strony administracji rządowej, NFZ, powinny być w końcu podejmowane działania na rzecz odpowiedniego propagowania szeroko rozumianej profilaktyki w kierunku chorób oddychania, rozumiane przez wykonywanie badań spirometrycznych. Gdyby to faktycznie funkcjonowało należycie na poziomie lekarza POZ, to pewnie późnych rozpoznań z komplikacjami byłoby mniej.

Iwona Schymalla: Mówimy o dofinansowaniu procedur i profilaktyki. Pani Doktor analizowała dane z NFZ dotyczące POChP. Czy możemy powiedzieć o głównych wnioskach z tego opracowania?

Dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska: Wyniki były dla mnie samej zaskakujące. Ale pokazują, że to co robiliśmy przez lata ma sens. Kiedy zaczynałam, 20 lat temu, mówiliśmy, że w Polsce ma rozpoznaną chorobę zaledwie 30 procent chorych. Ostatnie badania pokazują, że mamy w publicznej ochronie zdrowia zarejestrowanych milion 300 tysięcy osób. Jeśli więc przyjmujemy, że w Polsce chorują, w dużym uproszczeniu, 2 miliony, to mamy ponad 66 procent chorych w publicznej ochronie zdrowia. Zmieniła się też, co było dla mnie zaskoczeniem, struktura płci chorych na POChP. Od 2014 roku obserwujemy zmianę struktury płci – kobiety zaczynają dominować, co wynika z epidemii palenia. W latach 70. u.w. paliło około 70 proc. mężczyzn, potem procent stopniowo zmniejszał się. A kobiety zaczynały palenie później. Stąd pewnie też wzrost palenia wśród kobiet przełożył się na wzrost chorób tytoniozależnych. Obserwujemy zatem od 2014 roku, że kobiety coraz częściej zaczynają pojawiać się w systemie. 30 proc. chorych z POChP wśród mężczyzn to osoby poniżej 60 roku życia, a 20 proc. to kobiety poniżej 60 roku życia. Są to więc osoby w wieku produkcyjnym. Jest to choroba prowadząca do niepełnosprawności. Przeanalizowaliśmy wykonywanie badań spirometrycznych. Niestety, wśród chorych na POChP zaledwie 60 procent miało wykonaną spirometrię. Podzieliliśmy naszych pacjentów na tych, którzy byli diagnozowani przez specjalistów chorób płuc i alergologów, którzy byli na oddziałach chorób płuc. I okazało się, że grupa chorych, która miała kontakt z lekarzem pulmonologiem, miała wykonaną co najmniej raz lub więcej spirometrię (ponad 80 procent), w przeciwieństwie do około 16 proc. wykonywanych badań wśród osób, które nie miały kontaktu z lekarzem pulmonologiem. I to jest kluczowe, dlatego że kontakt ze specjalistą przekłada się na efekty związane z chorobowością, zaostrzeniami i śmiertelnością. Wykazaliśmy, że pacjenci, którzy byli pod opieką pulmonologa mieli o 11 proc. mniej zaostrzeń, niż pacjenci, którzy pod opieką specjalisty nie byli. Ryzyko hospitalizacji w okresie 5 lat było trzykrotnie mniejsze u tych osób leczonych przez pulmonologa. Co ważne umieralność jest mniejsza wśród chorych na POChP jeżeli są objęci opieką specjalistyczną. Nie jest powiedziane, że POChP powinni zajmować się tylko pulmonolodzy. Ale działania Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, aktywność naszego środowiska, przełożyło się na większą wiedzę i świadomość. Może pulmonolog powinien być głównym konsultantem, który czuwa nad pacjentem z POChP.

Iwona Schymalla: Wróćmy do kwestii diagnozy POChP, bo bardzo często objawy tej choroby są ignorowane i traktowane jako objawy infekcji. Na poziomie POZ często pacjent

jest w ten sposób diagnozowany. Mijają lata i pojawiają się zaostrzenia, bagatelizowane też przez samego pacjenta. Co zrobić, by w tej kwestii usprawnić system?

Prof. Paweł Śliwiński: Jak powiedziałem, przewyciężyć niechęć POZ do wykonywania spirometrii. Jeżeli zbierzemy krótki wywiad, dowiemy się, że osoba, która zgłosiła się do nas po poradę pali papierosy, kaszle, wykrztusza, ma zaostrzenia to mamy wskazania do spirometrii. Jestem przekonany, że lekarze rodzinni, POZ, doskonale wiedzą co to jest POChP, tylko z jakiegoś powodu trudno jest od nich wyegzekwować wykonywanie badania. Jeśli dobrze zrozumiałem wypowiedź dr Czajkowskiej, to właśnie stwierdziła, że 1/3 chorych na POChP nie miała spirometrii. Co oznacza, że nie mieli poprawnie zdiagnozowanej choroby. Pytanie zatem do NFZ, dlaczego refunduje leki wypisywane takim pacjentom, skoro diagnoza była źle postawiona?

Iwona Schymalla: Jest też kwestia braku obiegu informacji o pacjencie, który jest w POZ. To tam padają nietrafione diagnozy. Potem on jednak trafia do pulmonologa, ale nie ma dostępu do wcześniejszej informacji o badaniach i robi się błędne koło.

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: To jest bardzo duży problem. Z punktu widzenia pulmonologa pracującego w leczeniu otwartym, to wiedza na temat tego co się wcześniej działo z pacjentem jest kluczowa, pozwala lepiej zrozumieć jego historię. Nie tylko dotyczącą chorób układu oddechowego, ale także chorób współistniejących. Przecież to cała sfera chorób metabolicznych, układu krążenia. To niezwykle istotne dla decyzji jak chorego leczyć. Ważna jest wiedza jakie leki stosowano, o zaostrzeniach, które miały miejsce, chociaż w perspektywie roku czy dwóch lat. To są informacje, bez których bardzo trudno podjąć optymalne decyzje terapeutyczne, ale i diagnostyczne. I rzeczywiście, muszę to powiedzieć - obieg informacji, jaki mamy w tej chwili nie daje nam szansy, by leczyć skutecznie.

Iwona Schymalla: Może rozwiązaniem będzie IKP albo stworzenie oddzielnej platformy, która umożliwiłaby synchronizację?

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Myślę, że dobre wykorzystanie systemu informatycznego, gdzie kardiolog, diabetolog, hipertensjolog i my pulmonolodzy mielibyśmy możliwość zajrzenia i spożytkowania informacji, było by niezwykle pomocne.

Iwona Schymalla: Mówimy, że konieczna jest edukacja lekarzy POZ jak i społeczna. Ale jak wygląda świadomość samych pacjentów jeśli chodzi o tę chorobę? Problemem jest to, że pacjent bagatelizuje objawy i nie przekazuje często lekarzowi właściwych informacji. Jak to wygląda z Pani perspektywy?

Dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska: Wydaje mi się, że pacjenci chorujący długo czy mający stosowaną tlenoterapię są zorientowani i znają swoje zaostrzenia, bo mają kontakt z lekarzem specjalistą. Natomiast większość chorych rzeczywiście nie rozpoznaje zaostrzenia, nie wie co to jest i nie potrafi określić go na wizycie, bo zwraca uwagę na zupełnie inne objawy. Traktuje to najczęściej jako zapalenie oskrzeli, a nie zaostrzenie choroby, którą ma od lat. To samo dotyczy stosowania leków w zaostrzeniu, przyjmowanie antybiotyków czy steroidów bez kontaktu z lekarzem, inaczej niż zostały przypisane. Świadomość pacjenta wymaga więc ciągle poprawy. I to byłoby kluczem do właściwego prowadzenia chorego.

Iwona Schymalla: Weszła Pani Profesor w skład Internationale Respiratory Coalicion, czyli koalicji, która ma zwiększyć znaczenie pulmonologii, świadomości o chorobach płuc. Jakie cele stawia sobie ta koalicja? Czy są plany konkretnych działań, ważnych także dla Polski, albo realizowanych tu w Polsce?

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Faktycznie, jestem członkiem komitetu sterującego. Ta światowa koalicja na rzecz chorób układu oddechowego narodziła się w związku z pandemią. To był

moment, który nam uświadomił w jak trudnej sytuacji jest pulmonologia, nie tylko w Polsce. Lekarze pulmonolodzy na całym świecie byli na pierwszej linii walki. A równocześnie nasi chorzy z przewlekłymi chorobami i nowotworami układu oddechowego de facto zostali bez opieki. I to był bodziec, który spowodował, że na forum międzynarodowym podjęto działania. POChP jest jednym z kół napędowych, ale zrzesza organizacje pacjentów z astmą i chorobami układu oddechowego oraz przemysł farmaceutyczny. Myślę, że to wszystko są grupy zainteresowane, żeby rzeczywiście poprawić jakość opieki zdrowotnej nad chorymi. Ten projekt jest na wstępnym etapie. Anonsowaliśmy go we wrześniu tego roku w trakcie kongresu Europejskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Łącznie z globalną platformą pacjentów chorych na astmę i choroby układu oddechowego oraz firmami Astra Zeneca i Amgen. To jest ścisła grupa założycielska. To grono szczęśliwie się powiększa. Nasze plany są w tej chwili bardzo szerokie. Jesteśmy na etapie przeprowadzania rozmów, orientowania się, jakie będą potrzeby. Mówimy wręcz o powstawaniu narodowych planów na rzecz chorób układu oddechowego. Dobrym przykładem jest to co się dzieje z chorobami onkologicznymi w tej chwili. Też zaczynaliśmy od narodowych planów, teraz mamy strategię narodową i wieloletnią europejską dla UE. Mamy ambicje dojść w przyszłości do etapu, kiedy będziemy na tym samym poziomie. Proszę pamiętać, że nie będzie postępu w chorobach układu oddechowego bez inwestycji w opiekę zdrowotną, począwszy od podstawowej przez specjalistyczną, ale również badań naukowych. Nie mamy rejestrów chorych, ale też programów epidemiologicznych i badawczych, które dałyby nam dobrą wiedzę na ten temat. To jest bolączka większości krajów Europy. Jeśli popatrzymy na statystyki europejskie, to nakłady na badania obejmujące choroby układu oddechowego są 9-10 razy mniejsze niż na onkologię, 3-5 razy mniejsze niż na kardiologię. Trzeba więc nadać priorytet tej grupie chorób.

Iwona Schymalla: Covid pokazał jak ważnym obszarem są choroby układu oddechowego dla zdrowia publicznego.

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Mam nadzieję, że covid też spowodował zmianę optyki decydentów. W tej chwili bardzo koncentrujemy na ostrej fazie pandemii. A proszę pamiętać, że ona pozostawi po sobie powikłania (longcovid), osoby wymagające stałej opieki pulmonologicznej i rehabilitacji. Bardzo mało mówiliśmy o rehabilitacji a to jest niezwykle efektywne leczenie obok farmakologicznego. Właściwie równoprawna i równowartościowa forma opieki nad chorymi na przewlekłe choroby układu oddechowego.

Iwona Schymalla: Abyśmy mogli mówić o zoptymalizowanej opiece nad pacjentem, to jak powinna wyglądać modelowa ścieżka osoby z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, bo przecież są wytyczne, wiemy jak postępować?

Prof. Paweł Śliwiński: W zasadzie o tym wszystkim powiedzieliśmy. Dodam tylko, że w 2016 roku grupa naszego towarzystwa PTChPS z kilkoma członkami Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej przygotowała zalecenia postępowania z chorymi na POChP dla lekarzy rodzinnych. Nie można więc powiedzieć, że tych zaleceń nie ma. Oczywiście wszystko tam było opisane w prostszej formie, bez komplikacji. Rozpoznanie u większości chorych na POChP powinno być, moim zdaniem, postawione w gabinecie lekarza rodzinnego. Oczywiście w POChP, jak i w każdej innej chorobie jest pewna pula pacjentów z bardziej skomplikowanym przebiegiem choroby. I zapewne tych należałoby kierować do specjalistów, po to by po pierwsze ustalić rozpoznanie, może zmienić leczenie, ustalić wpływ chorób współistniejących na przebieg POChP. Ale na pewno w ogromnej masie chorzy na POChP powinni być diagnozowani na poziomie lekarza rodzinnego. Jeżeli nawet mówimy o milionie czy dwóch milionach chorych na POChP, to nie ma takiej siły, by w racjonalnym przedziale czasu taka liczba chorych została zdiagnozowana przez tysiąc specjalistów chorób płuc, których w Polsce mamy. Oni muszą być taką drugą linią, pracować i funkcjonować jako konsultanci, ewentualnie kierować pacjentami, którzy są skomplikowani, mają np. przewlekłe niewydolności w postaci oddychania czy dołączają się inne powikłania najcięższych, terminalnych postaci POChP. A tak, to chyba wszystko inne mamy, tylko nie do końca to działa.

Iwona Schymalla: Ważne jest też prężne działania organizacji pacjentów, którzy chorują na POChP bądź wspierają pacjentów i ich rodziny. Dlaczego te organizacje nie działają efektywnie w Polsce? Jaka edukacja byłaby tu potrzebna?

Dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska: W przeciwieństwie do innych organizacji pacjenckich np. chorych na cukrzycę, pacjenci z POChP to osoby mające trudności w poruszaniu się z powodu duszności. I mała świadomość tej choroby też przyczynia się do tego, że te organizacje nie rozwijają się. Mamy kilka organizacji pozarządowych kierowanych do pacjentów chorych na POChP. Ale to są małe organizacje i gdyby nie wsparcie medyków, nie funkcjonowałyby. Ci pacjenci są też praktycznie bierni. Oni właściwie oczekują od nas pomocy, że my będziemy w ich imieniu działać. Rzadko zdarza się, by pacjent z POChP utrzymywał aktywność w organizacji pozarządowej. Myślę, że tak znaczne upośledzenie tolerancji wysiłku uniemożliwia tym pacjentom chodzenie i walczenie o swoje prawa.

Iwona Schymalla: Możemy jednak podać przykłady działań organizacji pacjentów z POChP na świecie. Dlaczego to jest ważne aby ta część systemu opieki, jaką są organizacje pacjentów działa sprawnie?

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Jak mówiłam, jedną z organizacji założycielskich Międzynarodowej Koalicji na Rzecz Chorób Układu Oddechowego jest platforma organizacji pacjentów. I one odgrywają bardzo istotną rolę chociażby w rozmowach z decydentami, politykami, parlamentarzystami europejskimi. Takie organizacje są bardzo często tzw. parasolowymi. I jak powiedziała p. Czajkowska często są to małe organizacje, ale mają tendencje, by łączyć swoje siły i działać wspólnie. A wspólnym celem jest po prostu poprawa jakości opieki, życia osób z chorobą. Takie działania mogłyby być podejmowane chociażby w dotarciu do mediów, polityków czy osób w administracji państwowej zarządzających organizacją opieki w danych krajach. I to się udaje. W związku z czym byłoby wspaniale gdyby naszym partnerem i współgłosem obok lekarzy byli również pacjenci. Znam takie przykłady w Europie (Globalna Platforma Organizacji Chorych z Astmą i Chorych na Choroby Układu Oddechowego) ale taką organizacją jest również European Lung Foundation. To Fundacja powołana obok Europejskiego Towarzystwa Chorób Płuc, która ma wspierać działania pacjentów, koordynować akcje i prowadzić bardzo szerokie działania edukacyjne. Myślę, że nikt lepiej nie dotrze do chorych niż sami chorzy. Chory wyedukowany, który rozumie swoją chorobę jest partnerem w rozmowie z lekarzem. Taki chory po prostu lepiej żyje z chorobą, wie jak reagować, choruje świadomie.

Iwona Schymalla: Mówił Pan Profesor o konieczności badań spirometrycznych. A może one powinny być elementem programu „Profilaktyka 40+”?

Prof. Paweł Śliwiński: Ten projekt stwarza nadzieję. Aż się prosi, by w jego ramach jednym z badań profilaktycznych było badanie spirometryczne przesiewowe i to nie tylko w kierunku przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, ale wszystkich innych chorób układu oddechowego. W sposób pewny możemy za pomocą badania spirometrycznego diagnozować zaburzenia wentylacyjne o typie obturacji, ale też podjąć podejrzenie zaburzeń wentylacyjnych typu restrykcyjnego, które mają zupełnie inny charakter niż POChP. A też są chorobami, które stwarzają ogromne problemy społeczne i finansowe, ponieważ prowadzą do inwalidztwa oddechowego i czasami wymagają kosztownego leczenia. Z punktu widzenia finansowego profilaktyka w tym kierunku bardzo by się popłacała. Mówimy o zaostreniach, a chcę powiedzieć, że podstawą leczenia POChP są leki rozszerzające oskrzela stosowane w inhalacji. I jednym z działań każdego lekarza i pielęgniarki powinno być upewnienie się, że pacjent mając zapisane leki wziewne, potrafi je poprawnie stosować. Bo to kolejny mankament. Zwłaszcza, że inhalatorów jest na polskim rynku kilkadziesiąt. Dostępność do lekarza jest jaka jest, więc często pacjent kolejną wizytę odbywa u innego lekarza. Każdy lekarz ma swoje przyzwyczajenia w związku z tym zapisuje inny lek w inhalator i pacjent się gubi. Mamy dobrą dostępność do leków rozszerzających oskrzela i nieumiejętne ich stosowanie z technicznego punktu

widzenia powoduje, że siłą rzeczy są one mniej skuteczne. Jest to kolejna rzecz, którą powinniśmy starać się szybko poprawić.

Iwona Schymalla: A może np. u pacjentów, u których mamy podejrzenie POChP, powinna być procedura zaproponowana na wzór leczenia onkologicznego DILO?

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Z pewnością wszystkie rozwiązania, które pokażą proces rozpoznania, prawidłowego leczenia i kontrolowanie chorego są dobre. Jeśli tu będą dodatkowe środki, jeśli to będzie program wyposażony w środki dla lekarza rodzinnego, to jestem przekonana, że wtedy będziemy rozmawiać przede wszystkim o kontroli jakości wykonywanych badań spirometrycznych a nie o ich braku. I życzyłabym sobie byśmy ten pierwszy płótek przeszli, bo później będzie to do ogarnięcia. Wierzę w umiejętności kolegów. Patrząc na rozwiązania-modele np. w brytyjskiej służbie zdrowia, gdzie np. wyszczepialność przeciw grypie jest fantastyczna (ponad 10 krotnie wyższa niż w Polsce), dzięki modelowi finansowemu – lekarz rodzinny, który wyszczepi więcej niż określony procent swoich chorych z grup ryzyka (w tym chorych na POChP, astmę oskrzelową) dostaje dodatkowe finansowanie z NFZ.

Iwona Schymalla: Pytanie do prezydenta elekta Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Jakie Pani planuje działania, które zwiększyłyby znaczenie pulmonologii, w tym takich chorób jak POChP, które sprawiłyby, że te choroby stałyby się priorytetem?

Dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska: Przez wiele lat nasze środowisko stara się dotrzeć do decydentów i mówić o chorobach płuc. Powinniśmy kontynuować kampanię mającą na celu zwiększenia świadomości występowania problemów w pulmonologii. Bardzo się cieszę, że powstała koalicja europejska, a Towarzystwo Chorób Płuc, jako towarzystwo narodowe jest jej członkiem. Działania wspólne, bardzo szerokie, długofalowe, mogą spowodować, że nasze oddziaływania medialne będą dużo większe i dotrą do decydentów, środowiska i społeczeństwa, zwiększając świadomość występowania POChP. Kolejny element, który jest bardzo ważny to badania profilaktyczne, które powinny być prowadzone bardzo szeroko. Kampania, która mówi na temat choroby i badania profilaktyczne, które są odpowiedzią na kampanię, muszą być połączone. Kolejny ważny element to kadra. Liczba pulmonologów w skali kraju jest nieduża. Już w 2024 roku znaczna część z nich osiągnie wiek emerytalny, a więc musimy pozyskiwać młodych lekarzy i pokazać, że pulmonologia jest ważna. A także zwiększyć wyceny wielu świadczeń. Pulmonologia jest specjalnością znacznie niedoszacowaną i to w bardzo szerokim zakresie, zaczynając od procedur POChP, świadczeń związanych z leczeniem, hospitalizacją, przez leczenie ambulatoryjne, a także przez tworzenie modelu kompleksowej opieki nad pacjentem. I wreszcie stworzenie w ramach tej kompleksowej opieki z prawdziwego zdarzenia ośrodków rehabilitacji. Te działania muszą być skoordynowane i pokazujące, że specjalizacja pulmonologia jest bardzo ciekawą. Należy zachęcić młodych lekarzy do wykonywania tej specjalności.