

## Lijekovi

Josip Čulig

### KAKO DO RACIONALNE FARMAKOTERAPIJE

Hrvatski BDP raste 3,7% u 2004. godini, odnosno 4,3% u 2003. godini. Prognoze makroekonomskih analitičara predskazuju isti trend rasta (4% u 2005. godini i 4,2% u 2006. godini) pod određenim uvjetima, od kojih je jedan smanjenje javne potrošnje.

Zdravstvena potrošnja je jedan od dominantnih čimbenika s godišnjim izdvajanjem od oko 15 milijardi kuna (proračun HZZO-a i Ministarstva zdravstva). Od toga se za lijekove izdvaja preko 2,5 milijardi kuna (440 milijuna USD). Od toga 80% predstavljaju lijekovi koji se propisuju na recept HZZO-a. Analitičari prognoziraju porast potrošnje lijekova na 500 milijuna USD do 2007.godine. Da li će se to dogoditi unatoč najavljenim mjerama štednje, racionalizacije, kontrole cijena i ostalog, što najavljuju Ministarstvo zdravstva i HZZO?

Podaci o potrošnji lijekova u svijetu pokazuju stalan porast od 7-10% godišnje. Do nedavno se smatralo da su za takav trend odgovorne marketinške aktivnosti farmaceutskih kompanija i kontinuirani porast cijena lijekova zbog troškova proizvođača. Analize kretanja potrošnje lijekova pokazale su da na porast potrošnje najsnažnije utječe porast volumena (više bolesnika zbog boljih dijagnostičkih procedura i novih standarda liječenja, porast broja recepata po jednom bolesniku, nove kombinacije u liječenju), pa tek potom novi lijekovi i inflacija.

Zdravstveni političari i planeri posežu za različitim mjerama kako bi smanjili udio lijekova u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji. U razvijenim državama udio lijekova u zdravstvenom budžetu se kreće od 8 do 15%, a u zemljama istočne Europe 15 do 30%. U Hrvatskoj je taj udio oko 20%, ovisno o tome kako se definira lijek (recept, bez recepta, bolnička distribucija).

Lijekovi su posljednjih decenija imali značajnu ulogu u smanjenju mortaliteta i morbiditeta. Stoga je politika lijekova u svakoj državi osjetljivo pitanje uključujući socijalni faktor. Različite analize pokazuju da je odnos liječnika prema propisivanju ključno pitanje za učinkovitu, ali i racionalnu farmakoterapiju. Liječnik odluku o propisivanju lijeka donosi na temelju postavljene dijagnoze, karakteristika bolesnika (dob, druge bolesti), te na temelju svog znanja i iskustva. Između ponuđenih lijekova bira raspoložive, kvalitetne i pogodnog farmaceutskog oblika. Većina zemalja zahtijeva od liječnika da vodi računa o financijskom aspektu liječenja, propisujući jeftinije alternativne lijekove. Stoga se za uvrštenje u listu lijekova sve više zahtijevaju farmakoekonomske analize prema kojima se određuje cijena lijeka i postotak refundacije troškova. Farmakoekonomske analize uzimaju u obzir ukupne troškove liječenja, rezultate liječenja, kvalitetu života bolesnika i posljedice bolesti. Tako opsežna analiza može pokazati veću korist od skupljeg lijeka! HZZO uglavnom primijenjuje inačicu farmakoekonomske analize koja uzima u obzir omjer cijene dva lijeka u istoj indikaciji. Pri takvoj metodi lijekovi koji utječu na smanjenje ukupnih troškova bolesti i nisu uvijek prepoznati i adekvatno evaluirani.

Farmakoekonomska evaluacija ima tri glavna cilja ( Drummond, 1996)

1. asistira odlučivanju o cijenama i refundaciji
2. oblikuje ukupne troškove
3. osigurava dobivanje adekvatne vrijednosti za uloženi novac

Farmakoekonomska evaluacija ne bi smjela biti važna samo pri određivanju politike zdravstvenih osiguranja, sastavljanju liste lijekova, bolničkih lista. Svaki liječnik bi pri pojedinačnim odlukama pri propisivanju recepata trebao biti svjestan farmakoekonomske evaluacije. Da li je to moguće?

Činjenice pokazuju da odnos liječnika prema izboru lijeka nije ekonomski determiniran. Primjerice istraživanja u Francuskoj (Lancny, 1995) pokazuju da na propisivanje najviše utječe dob ( ! ) liječnika, zatim dob bolesnika. Stoga većina razvijenih zemalja implementira politiku utjecaja na propisivačke navike liječnika. Pri tom dominiraju metode nadzora, razvoja terapijskih smjernica i fiksnih budžeta za potrošnju lijekova. Analize propisivanja koriste se u procesu nadzora i savjetovanja. Terapijske smjernice se primjenjuju u svim zemljama, a razvijaju se u suradnji s profesionalnim liječničkim organizacijama. U pojedinim zemljama poput Francuske i Luksemburga primjenjuju se i negativne liste koje određuju što se ne smije propisivati, uključivši i sankcije. Ograničavanje budžeta je legitimna smjernica, ali uz prethodnu

edukaciju liječnika i pacijenata, te dostupnost i opću prihvatljivost terapijskih smjernica. Nemoguće je provesti racionalizaciju farmakoterapije bez:

1. donošenja farmakoterapijskih smjernica
2. edukacije liječnika, farmaceuta i pacijenata o kvaliteti i učinkovitosti generičkih lijekova
3. suradnje s farmaceutskom industrijom

Terapijske smjernice su ključni čimbenik promjena kliničke prakse, koja nije usklađena sa suvremenim znanjima i činjenicama koje proizlaze iz recentnih kliničkih ispitivanja. Klinička praksa u propisivanju lijekova temelji se na znanju stečenom u medicinskoj školi, lokalnim i povijesnim iskustvima. Stoga kliničku praksu ponekad karakteriziraju nekritične primjene skupih lijekova, nepoznavanje modernih smjernica u liječenju i neznanje zdravstvenih političara i liječnika.

Medicina zasnovana na činjenicama (Evidence-based Medicine) trebala bi omogućiti liječniku dobivanje potrebnih informacija o svim kliničkim promjenama temeljenim na novim istraživanjima. Jednako bi tako morali mijenjati programe na medicinskim učilištima. Naravno mnoge kliničke dileme nemaju odgovor u sadašnjoj bazi podataka. Na ta pitanja treba naći odgovor dogovorom sa profesionalnim društvima. Također se treba nadati da će bilo industrija, bilo drugi čimbenici pokrenuti klinička istraživanja o neriješenim dilemama u kliničkoj medicini. Da li razvijati bazu dokazanih činjenica na nacionalnoj ili internacionalnoj razini?

Najveća baza činjenica je The Cochrane Collaboration On Effective Professional Practice. Koncept medicine zasnovane na dokazanim činjenicama nije savršen. Svaki novo objavljeni klinički pokus može utjecati na promjene stavove, na promjenu rezultata metaanalize, pa je nerealno očekivati od liječnika propisivača da će to svakodnevno pratiti, a odluke o propisivanju donosi svakodnevno. Stoga se mora omogućiti liječnikova adekvatna informiranost. Tada će doći do izražaja farmakoekonomika i mijenjat će se odnosi u zdravstvenoj potrošnji.