

Lyfjamál á krepputímum – tækifæri til umbóta



**Hulda
Harðardóttir**

huh3@hi.is

Höfundur er lyfjafræðingur og meistaranemi í heilshagfræði við Háskóla Íslands.

Upplýst umræða um heilbrigðismál hefur sjaldan verið brýnni en nú þegar fyrir liggur að fjármunir verða af skornum skammti í nánustu framtíð. Umfjöllunin um þennan málaflokk eins og hún birtist í fjölmiðlum og fagtímaritum er nokkuð einsleit. Fullyrðingar eru gjarnan á þessa leið; kostnaður er of hár, hann þarf að lækka, það mun leiða til skertrar þjónustu og öryggis. En er málum í raun þannig hátt að fylgni sé alltaf bein milli kostnaðar og þjónustu og að orsakasamband sé traust milli fullyrðinganna þriggja hér að ofan? Umræða um lyfjamál er athyglisverð í þessu samhengi.

Á vef Lyfjastofnunar má lesa að verðmæti lyfjanotkunar, reiknað út frá smásöluverði í lyfjaverðskrá árið 2008, hafi verið 22,2 milljarðar króna.¹ Í viðtali við lyfjafræðing hjá Sjúkratryggingum Íslands í Lyfjatíðindum nýlega kemur fram að sama ár hafi lyfjakostnaður hafi verið 9,3 milljarðar og hafi vaxið mjög síðastliðin ár.² Samtök framleiðenda frumlyfja greina frá því að útgjöld vegna lyfja hafi lækkað úr 9,01% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála 1998 í 6,83% árið 2007.³ Fyrir þá sem ekki eru kunnugir lyfjamálum geta upplýsingar af þessu tagi verið villandi. Skilgreina má lyfjakostnað á marga vegu og getur hæglega munað milljörðum eins og dæmin sýna. Einnig má líta á meðferðarhaldni, öryggi lyfjameðferða, notkun lyfja og jafnvel undirbúning fyrir flókna lyfjagjöf sem hluta af lyfjakostnaði.

Því miður hefur umræða um lyfjamál snúist of mikið um kostnað og verð í stað þess að rætt sé um gagnsemi lyfja og hverju lyf skila í bættri heilsu og til hagræðingar í heilbrigðisþjónustu. Áhersla yfirvalda á kostnað og verð er skiljanleg þar sem um háar fjárhæðir er að ræða. Þau hafa beint kröftum sínum meðal annars í að lækka lyfjaverð og afnema greiðsluþátttöku ríkisins í dýrum lyfjum með það að markmiði að stýra notkun frá dýrari lyfjum í ódýrari lyf. Á sama tíma er greiðsluþátttökukerfi lyfja á margan hátt neyslshvetjandi, oftast er hagstæðara fyrir sjúkling að fá meira magn afgreitt en minna.

Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands er meira notað af dýrari lyfjum hér en á Norðurlöndunum, ávísunarvenjur íslenskra lækna virðast frábrugðnar venjum kollega þeirra á Norðurlöndum.⁴ Hvað veldur? Læknar bera hag sjúklinga fyrir brjósti og bera ábyrgð á lyfjameðferð þeirra. Eiga læknar einnig að bera ábyrgð á samfélagslegum lyfjakostnaði og ávísa ávallt ódýrasta lyfinu? Eru ódýrari lyf alltaf sambærileg

við þau dýrari? Ekki eru allir sammála um að svo sé og benda á að notkun ódýrari lyfja geti kallað fram kostnað annars staðar í heilbrigðiskerfinu með auknum rannsóknnum og/eða innlögnum á sjúkrahús síðar. Einnig má spyrja hvort stjórnvöld eigi að greiða niður dýrari lyf ef ódýrari lyf eru sambærilega virk? Málið er flókið og viðkvæmt og verður ekki leyst í einni svipan, ráðlegt er þó að Íslendingar noti þær gagnreyndu upplýsingar sem liggja fyrir og fari að ráðum OECD sem meðal annast hvetur til eflingar á kostnaðar- og ábatagreiðingum.⁵ Tímabært er að huga betur að því að nýta þekkingu og samvinnu heilbrigðisstétta til bættrar nýtingar lyfja. Sífellt fleiri og flóknari lyf eru notuð og er mikilvægt að þau skili tilætluðum árangri. Sérþekking lyfjafræðinga getur hæglega nýst við samsetningu lyfjameðferða ásamt því að greina auka- og milliverkanir lyfja og tryggja sem besta nýtingu þeirra.

Lyf hafa ekki alltaf tilætluð áhrif, aukaverkanir geta valdið sjúklingum mismunandi miklum skaða allt frá smávægilegum óþægindum til innlagnar á sjúkrahús sem aftur veldur samfélagslegum kostnaði. Lyfjafræðingar geta í samvinnu við lækna lagfært lyfjalista sjúklinga og komið í veg fyrir aukaverkanir lyfja og þar með komið í veg fyrir þjóningu og samfélagslegan kostnað. Niðurstöður erlendra rannsókna benda til þess að ráðgjöf af þessu tagi skili bæði hagrænum og klínískum ávinningi ásamt því að auka öryggi og þjónustu við sjúklinga.^{6,7}

Tímabært er að kanna hvort ekki megi heimfæra erlendar rannsóknir um klíníska lyfjafræðiþjónustu í meiri mæli á íslenskan veruleika en nú er gert. Þó svo að klisjan um tækifæri í kreppu sé margtuggin þessa dagana felst í henni nokkur sannleikur. Nýta þarf tækifærið til umbóta og finna leynd verðmæti innan kerfisins, auka gæði og lækka kostnað.

Heimildir

1. www.lyfjastofnun.is/Tolfraedi/
2. Í fótspor Norðurlandþjóðanna gagnvart greiðsluþátttöku við lyfjakaup. Viðtal við Guðrúnu Gylfadóttur lyfjafræðing og deildarstjóra á lyfjadeild Sjúkratrygginga Íslands. Lyfjatíðindi 2009; 2: 11-3.
3. Nokkrar staðreyndir um lyf og lyfjamál. Frumtök - samtök framleiðenda frumlyfja
4. www.tr.is/heilbrigdisstarfsfolk/lyfjamal/frettabref_lyfjadeildar/
5. www.oecd.org
6. Westerlund T, Marklund B. Assessment of clinical and economic outcomes of pharmacy interventions in drug-related problems. J Clin Pharm Ther 2009; 34: 319-27.
7. Adams M, Bates D, Coffman G, Everett W. Saving Lives, Saving Money: The Imperative for Computerized Physician Order Entry in Massachusetts Hospitals. The Clinical Baseline and Financial Impact Study. Massachusetts Technology Collaborative and the New England Healthcare Institute, Massachusetts 2008.

Pharmaceutical expenses during Economic Crisis – Opportunity for Reform

Hulda Harðardóttir
M.Sc. Pharm, MS.
Student in Health Economics at the University of Iceland.