

Vliv finančních limitů na preskripci léčiv v České republice v roce 2006

Michal Prokeš, Josef Suchopár

INFOPHARM a.s., Praha

Administrativními zásahy Ministerstva zdravotnictví v roce 2006 byli lékaři v ČR nuceni šetřit s penězi na předepisování léků více než v jiných letech. Zatímco v letech 2001 až 2005 činily meziroční nárůsty nákladů na léky v ČR o +9 % a nárůsty spotřeb (počty denních definovaných dávek na tisících obyvatel a den) o +5 %, v roce 2006 byla tato čísla -8,7 %, respektive -7,4 % a v roce 2007 +13,9 %, respektive +22,9 %. Analýzou spotřeb čtyř terapeuticky významných a čtyř méně významných skupin léků bylo zjištěno, že až na výjimky došlo u všech k poklesu spotřeb v roce 2006 a k jejich opětovnému nárůstu v roce 2007. Z toho autoři usuzují, že při rozhodování o předepsání, respektive nepředepsání léku z důvodu úspor terapeutická významnost léku nemá vždy prioritu nebo není vždy správně zhodnocena. Proto by do budoucna bylo vhodné před případným uplatněním přísných finančních limitů lékaře edukovat, které léky mohou být ve finanční tísní z preskripce vypuštěny spíše a které raději ne, aby bylo zabráněno případnému zhoršení kvality preskripce a tedy zhoršení kvality poskytování zdravotní péče.

Klíčová slova: spotřeba léčiv v ČR, regulace nákladů na léky, podpora racionální farmakoterapie.

Effect of drug budgets on drug prescription in Czech Republic in 2006

Administrative interventions issued by Ministry of Health in Czech Republic in 2006 made physicians to save money on drug prescription more than in other years. While yearly growth of drug expenses and drug consumptions (in defined daily doses/1000 inhabitants/day) in 2001–2005 where +9 %, respectively +5 %, in 2006 these numbers where -8,7 %, respektively -7,4 % and in 2007 +13,9 %, respektively +22,9 %. The analysis of four therapeutically important drug groups and four less important drug groups discovered decline of consumption in 2006 and increase of consumption in 2007 in all of them (with a few exceptions). From these findings authors presume that therapeutical importance of drugs is not allways priority (or is not recognised) when physicians decide whether to prescribe or not to prescribe drugs during financial distress. It appears to be advisable to educate physicians which drugs can be easily omitted and which not in order to prevent worsening of quality of prescribing and quality of health care provided to patients before strict drug budgets are to be applied again.

Key words: drug consumptions in Czech Republic, regulations of drug expences, support of rational pharmacotherapy.

Klin Farmakol Farm 2009; 23(2): 90–96

Snahy regulovat spotřebu léků jsou červenou nití spojující aktivity příslušných státních úřadů v Evropě v posledních 30 letech. Předkládaná analýza se snaží rozebrat dopady hrozby finančních postihů zdravotnických zařízení v roce 2006 za překročení lékových limitů, která ve svém důsledku vedla lékaře ke snížení preskripce léků. Spotřeba byla snížena jak u léků, které nemají zásadní význam pro prognózu pacienta, tak i u léků, které zásadní význam na příznivé ovlivnění prognózy nemocných mají. Toto zjištění by bylo možné interpretovat tak, že lékařům se v některých případech nedaří identifikovat léky, které je možno v případě finanční tísně přestat podávat bez negativního ovlivnění prognózy pacienta. Dále je v analýze diskutován vývoj spotřeb definovaných hodnocených lékových skupin, je provedeno srovnání spotřeb těchto léků v ČR s vybranými skandinávskými zeměmi a jsou diskutovány možné příčiny rozdílů.

Od počátku 90. let minulého století je zřejmé, že ani ve vyspělých státech veřejné finanční

zdroje nejsou schopny hradit veškerou zdravotní péči, která je potenciálně pacientům dostupná. To platí především pro úhrady léků z veřejných prostředků, proto jsou přijímána víceméně restriktivní regulační opatření, jimiž je udržován nárůst nákladů na léky v mezích přijatelných pro ekonomiku jednotlivých zemí. V ČR jsou náklady na léky regulovány jednak na centrální úrovni, a to stanovováním cen a úhrad léčivých přípravků z veřejných zdrojů, a jednak na úrovni zdravotnických zařízení (včetně privátních lékařských praxí), a to stanovováním finančních limitů na léky předepsané na recepty a zdravotnické prostředky předepsané na poukazy (dále „lékové limity“). Protože růst nákladů v letech 2001–2005 přesáhl tolerovatelnou hranici (meziroční nárůsty výdajů se pohybovaly v rozmezí 9 % až 13 %, což zřetelně převyšovalo nárůst výběru pojistného), Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále MZ) stanovilo pro rok 2006 výrazné zpřísnění lékových limitů pro jednotlivá zdravotnická zařízení. Tato zařízení mohla bez hrozby finančního postihu „vynaložit“

za léky a zdravotnické prostředky pouze 98 % prostředků vydaných v roce 2005 (1). I když toto opatření bylo v průběhu roku 2006 poněkud zmírněno, po celý tento rok lékaři čelili vážné hrozbě možných finančních ztrát, které mohly ohrozit samotnou existenci jejich lékařských praxí. Na rozdíl od jiných zemí uplatňujících lékové limity nebyli čeští lékaři nijak poučeni, jakým způsobem mají nárůst nákladů na léky omezit nebo zastavit, aniž by přitom co nejméně snížili kvalitu zdravotní péče o své pacienty. Racionální hospodaření s finančními prostředky ve zdravotnictví je potřebné, avšak obtížně dosažitelné, proto vyvstává otázka, jakým způsobem bylo v roce 2006 s léky šetřeno a zda tím nemohla být ohrožena péče o pacienty. Odpovědi mohou přispět k cílenějšímu uplatnění lékových limitů v budoucnosti.

Lékař může snížit náklady na léky v zásadě dvojím způsobem:

■ předepisovat levnější varianty léčivých přípravků, respektive generik (pokud jsou

k dispozici), což se projeví snížením nákladů, avšak nikoliv snížením spotřeby léčiv vyjádřené např. v definovaných denních dávkách (dále jen DDD), nebo,

- snížit předepisování léčivých přípravků, což se též projeví jak snížením nákladů, tak snížením počtu DDD.

Tato analýza se pokouší nalézt odpověď na následující otázky:

- Změnili v roce 2006 lékaři své preskripční zvyklosti ve smyslu snížení nákladů na léky i snížení spotřeby léčiv?
- Pokud ano, u kterých lékových skupin došlo ke snížení spotřeb? Snižovali lékaři spíše preskripci léčiv, která nejsou nezbytná, než léčiv zásadního charakteru?
- Bylo snížení spotřeby a nákladů na léky trvalého charakteru, nebo náklady na léky a jejich spotřeba v roce 2007 opět vzrostla?

Metodika

Údaje o nákladech i spotřebě léčiv byly čerpány z programu AISLP, verze z let 2003 až 2007, který čerpá údaje od Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Náklady jsou uvedeny v Kč, spotřeby v počtu definovaných denních dávek (DDD) na 1 000 obyvatel a den. Vždy se jedná o agregovaná data, ve kterých jsou započteny léky předepsané v ambulantní péči (ambulantními lékaři i lékaři pracujícími v ambulantních nemocnic), volně prodejně léky zakoupené pacienty a léky spotřebované v nemocnicích. Podrobná metodika sběru dat spolu s uvedením možných bias je zveřejněna na www.sukl.cz.

Kromě souhrnných údajů o nákladech a spotřebě všech léků v ČR byly pro detailní sledování vybrány níže definované skupiny léků, jejichž spotřeba má vypovídací hodnotu o kvalitě léčby ve smyslu jednoznačně pozitivním (dále skupiny léčiv typu A) a ve smyslu neutrálním či negativním (dále skupiny léčiv typu B). Vybraná léčiva jsou v převážné většině užívána ambulantně, proto lze předpokládat, že změny jejich spotřeby dobře popisují změny především v ambulantní preskripci těchto léčiv.

Skupiny léčiv typu A

Do této skupiny byla vybrána léčiva zásadního významu pro zdravotní stav pacienta nebo k úlevě jeho utrpení. Snížení spotřeby těchto léčiv může reálně ohrozit kvalitu poskytované zdravotní péče.

1. **Silné opioidy**, které jsou užívány k léčbě silné, jinak neztižitelné bolesti (morfin, hydromorfon, oxykodon, fentanyl, petidin, pentazocin,

buprenorfin). Protože spotřebu jednotlivých účinných látek nelze v letech 2002–2006 z veřejně dostupných údajů SÚKL přesně odlišit, jako marker spotřeby silných opioidů byla stanovena spotřeba celé skupiny opioidů (ATC skupina N01A), od které byla odečtena spotřeba tramadolu (slabý opioid), který v údajích SÚKL odlišen je. Spotřebu dalšího slabého opioidu – dihydrokodeinu – nebylo možno přesně odečíst, protože však jeho podíl na spotřebě přírodních opiových alkaloidů (N02AA) byl v letech 2002–2006 stabilní, trend spotřeb samotných silných opioidů nebyl jeho započtením významně ovlivněn. Pro rok 2007 již lze přesně určit spotřeby jednotlivých léčivých látek, bylo možno mezinárodní srovnávání spotřeb silných opioidů od uvedeného faktoru oprostit. Pro lékaře v ČR jsou pro tuto skupinu léků k dispozici doporučené postupy Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti (2).

2. **Antihypertenziva**: Léky ATC skupiny C02 („klasická“ antihypertenziva), C03 (diuretika), C07 (beta-blokátory), C08 (blokátory kalciových kanálů) a C09 (léčiva ovlivňující renin-angiotenzinový systém). Rozsáhlými studiemi bylo opakovaně prokázáno, že většina těchto léků snižuje počet kardiovaskulárních příhod i počet úmrtí na tyto příhody. Zdálnivě zde existují dva faktory komplikující interpretaci: 1. skupina kličkových diuretik (furosemid), které nejsou k léčbě hypertenze užívány, 2. nebyla odlišena skupina pacientů, kteří užívají uvedená antihypertenziva z jiných důvodů (angina pectoris, srdeční selhání aj.). Ve skutečnosti i tyto indikace splňují kritéria zařazení do skupiny léčiv typu A. Pro lékaře v ČR je pro antihypertenziva k dispozici Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze, verze 2007 (3).

3. **Hypolipidemika ATC skupiny C10AA – statiny**. Rozsáhlými studiemi bylo opakovaně prokázáno, že tyto léky snižují počet kardiovaskulárních příhod i počet úmrtí na tyto příhody. Pro lékaře v ČR jsou k dispozici Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií v dospělosti, vypracované výborem České společnosti pro aterosklerózu (4).

4. **Antiastmatica**, tedy léky ATC skupiny R03A (inhalační sympatomimetika), R03B (zejména glukokortikoidy a anticholinergika), R03C (sympatomimetika pro systémovou aplikaci) a R03D (zejména theofylin a aminofylin, dále zafirlukast a montelukast). Pro lékaře v ČR jsou k dispozici materiály Doporučené postupy

Astma bronchiale. ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře (5) a Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice, ČLS JEP (6).

Skupiny léčiv typu B

Do této skupiny byla zařazena léčiva, která nemají zásadní význam pro výsledek léčby pacienta a/nebo kde existuje tendence k neadekvátně vysokému předepisování.

1. **Periferní vazodilatancia**, ATC skupina C04. Jejich klinický efekt ke zlepšení prokrvení periferních tkání je relativně omezený, dlouhodobě by měly být užívány pouze tam, kde jejich podávání vedlo k výraznému ústupu symptomů a u rizikových pacientů (např. diabetiků). Doporučený postup Chronická arteriální insuficience dolních končetin. ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře (7). Omezený význam léků této skupiny potvrzuje práce Girolamiho a kolektivu z roku 1999 (8).
2. **Kombinace penicilinů s inhibitory betalaktamáz** (ko-peniciliny).

Z textů guidelines je zřejmé, že oblast pro racionální užití těchto léčiv v ČR je značně omezená, z mezinárodních srovnání ESAC (12) vyplývá, že tato léčiva jsou v ČR předepisována nadbytečně, což jednak vede k plýtvání financí a jednak přispívá ke vzniku antimikrobiální rezistence (viz též webové stránky EARSS (13)).

Doporučené postupy odborných společností ČLS JEP jsou k dispozici na <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty> (9, 10, 11).

3. **Centrální myorelaxancia**, skupina M03B. Určeny jsou jednak k léčbě spastických stavů (např. u roztroušené sklerózy) a jednak k ovlivnění funkčních poruch páteře (např. k léčbě lumboschického, respektive vertebrogenního algického syndromu a příbuzných diagnostických jednotek, dále VAS). V ČR převažuje preskripce centrálních myorelaxancií u VAS, kde jsou tyto léky jsou ve značné míře podávány pacientům, jimž zpravidla nepřinášejí zřetelný užitek, zejména pokud jsou tato léčiva předepisována dlouhodobě.

Pro lékaře v ČR jsou k dispozici doporučené postupy Bolesti zad vertebrogenního původu. ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře (14).

4. **Nesteroidní antiflogistika** (dále NSA) jsou léčiva, která mohou některým pacientům významně pomoci, avšak též významně uškodit, a to zejména vznikem nesteroidní gastropatie, zvýšením rizika kardiovaskulárních příhod nebo snížením účinku antihypertenziv.

Pro lékaře v ČR jsou k dispozici Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti (15). Podobné doporučení obsahuje i British National Formulary č. 55 (březen 2008).

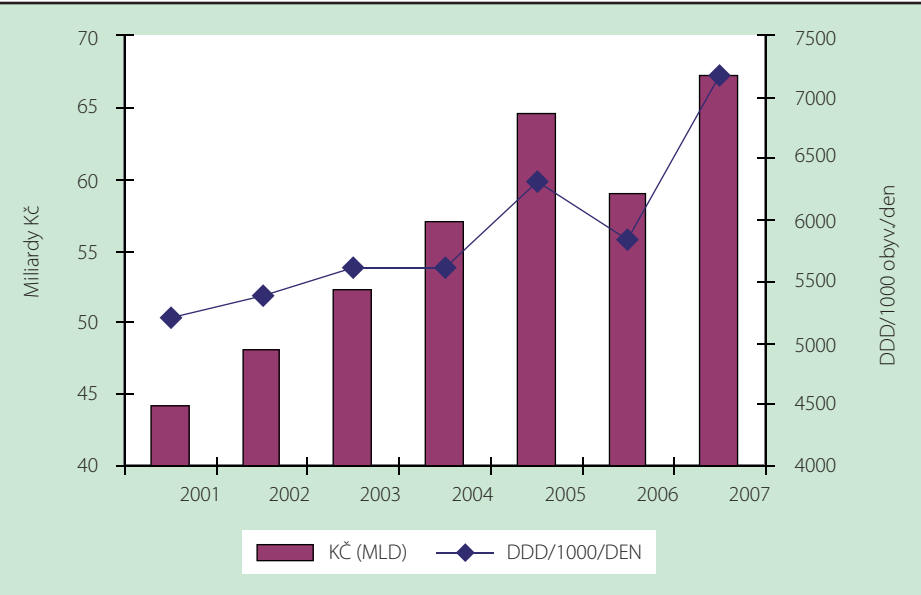
Výsledky

Náklady na léčiva a spotřeby léčiv v ČR v letech 2001–2007 jsou znázorněny v grafu 1. Meziroční nárůsty nákladů, počtu balení a spotřeb DDD/1000 obyvatel/den jsou znázorněny v tabulce 1. Z těchto údajů vyplývá, že v ČR v roce 2006 došlo ke snížení jak nákladů, tak i spotřeby léčiv, a že tento efekt byl časově omezen pouze na rok 2006. V roce 2007 pak došlo k (abnormálně) vysokému nárůstu spotřeb i nákladů na léky.

Tabulka 2 zobrazuje vývoj nákladů na vybrané skupiny léčiv v ČR v letech 2003 až 2007 a tabulka 3 spotřeby těchto léčiv.

Z tabulky 2 je zřejmé, že v roce 2006 došlo k poklesu nákladů u všech skupin sledovaných léků. Z tabulky 3 je zřejmé, že pokles nákladů byl sledován i poklesem spotřeb u 3 ze 4 skupin léčiv typu A (léčiva zásadního charakteru) a stejně tak u 3 ze 4 skupin skupiny léčiv typu B.

Graf 1. Spotřeby a náklady na léčiva v ČR 2001–2007



Tabulka 1. Meziroční nárůsty nákladů, počtu balení a DDD/1000 obyv./den v ČR

	Nárůst nákladů v Kč	Nárůst počtu balení	Nárůst počtu DDD/TID
průměr v letech 2001–2005	9,9%	1,9%	5,0%
2006	-8,7%	-13,3%	-7,4%
2007	13,9%	7,2%	22,9%

Tabulka 2. Náklady na vybrané skupiny léčiv (mil. Kč/rok)

Typ skupiny	ATC skupina	Název	r. 2002	r. 2003	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007	pokles 2006	nárůst 2007
A	N02A*	opioidy kromě tramadolu a složených přípravků	244	308	340	418	401	470	+	+
	C02, 3, 7, 8, 9	antihypertenziva	5 031	5 586	5 889	6 382	6 094	7 112	+	+
	C10	hypolipidemika – statiny	1 456	1 772	2 382	2 318	1 589	1 926	+	+
	R03	antiastmatika	1 624	1 842	2 230	2 775	2 360	2 790	+	+
B	C04	periferní vazodilatancia	747	721	653	623	491	462	+	-
	J01CR	kombinace PNC s inh. betalaktamáz	530	585	571	695	603	649	+	+
	M03B	centrální myorelaxancia	124	136	138	152	127	142	+	+
	M01**	NSA	1 441	1 583	1 566	1 620	1 562	1 752	+	+

*bez ATC tramadolu a kombinovaných přípravků, **bez ATC glukosaminu, diacereinu a dermatan-sulfátu

Tabulka 3. Spotřeby vybraných skupin léčiv v DDD/1000 obyv./den

Typ skupiny	ATC skupina	Název	r. 2002	r. 2003	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007	pokles 2006	nárůst 2007
A	N02A*	opioidy kromě tramadolu a kombinovaných přípravků	1,48	2,32	2,28	2,88	2,05	2,57	+	+
	C02, 3, 7, 8, 9	antihypertenziva	308,65	338,62	356,63	411,15	405,83	476,00	+	+
	C10	hypolipidemika – statiny	20,83	34,23	47,08	69,41	73,22	100,03	-	+
	R03	antiastmatika	33,50	33,25	34,43	38,31	31,22	34,31	+	+
B	C04	periferní vazodilatancia	36,34	35,37	34,92	35,23	25,76	20,62	+	-
	J01CR	kombinace PNC s inh. betalaktamáz	2,73	3,11	2,88	3,99	3,55	4,00	+	+
	M03B	centrální myorelaxancia	3,00	3,12	2,92	2,52	2,87	3,30	-	+
	M01**	NSA	59,84	65,03	61,84	64,83	58,03	65,41	+	+

*bez ATC tramadolu a kombinovaných přípravků, **bez ATC glukosaminu, diacereinu a dermatan-sulfátu

Z těchto tabulek je zřejmé, že v roce 2007 došlo k opětovnému nárůstu spotřeb u všech 4 skupin léčiv typu A a u 3 ze 4 skupin léčiv typu B. Z toho vyplývá, že trendy nákladů i spotřeb ve skupinách typu A i B se v zásadě neliší. Z těchto trendů vybočují následující skupiny léčiv:

- Statiny (typ léčiv A), kde náklady v roce 2006 poklesly, avšak spotřeby v témž roce vzrostly. Tento rozdíl je způsoben výrazným poklesem cen těchto léčiv v roce 2006, kterého bylo dosaženo zvýšenou konkurencí generických přípravků.

- Periferní vazodilatancia (typ léčiv B), kde pokles nákladů i spotřeb v roce 2006 byl následován dalším poklesem nákladů i spotřeb těchto léčiv v roce 2007.

- Centrální myorelaxancia (typ léčiv B), kde v roce 2006 sice došlo k poklesu nákladů, avšak spotřeby vzrostly, přičemž nárůst byl zaznamenán i v roce 2007.

Diskuze

Ze zjištěných údajů je zřejmé, že vliv regulačních opatření přijatých v roce 2006 lze dobře identifikovat, a to jak v celkových nákladech

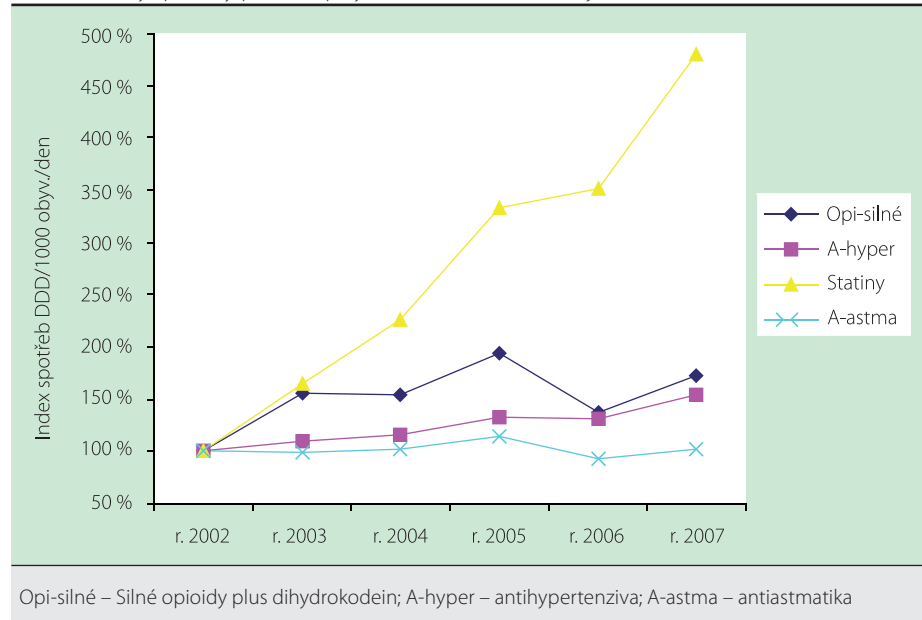
na léky, tak i ve spotřebách léčiv. Snížení nákladů a spotřeb bylo identifikováno u většiny vybraných skupin léků. Otázkou je, zda tyto skupiny byly identifikovány správně a zda bylo správně provedeno i rozdělení na léčiva zásadního významu typu A a na léčiva bez zásadního významu B. Proto byly dále porovnány spotřeby jednotlivých lékových skupin v roce 2007 v ČR se spotřebami v témž roce v Dánsku (16), Finsku (17), Norsku (18) a Švédsku (19). Tyto země byly vybrány proto, že na uvedených webových stránkách poskytují solidní přehledy o spotřebě vyjádřené ATC/DDD systémem a protože v těchto zemích fungují systémy podpory účelného předepisování léčiv. V tomto smyslu lze vyzvednout zejména Švédsko, kde se systematickou podporou racionální farmakoterapie zabývají již od 70. let minulého století. Z grafů 4 a 5 je zřejmé, že léčiva skupiny A (zásadního charakteru) bývají v ČR předepisována zpravidla méně než ve srovnávaných zemích a že léčiva skupiny B bývají v ČR předepisována více. To podporuje správnost použitého dělení léčiv a domněnku, že pro pacienty je lepší snížit spotřebu léků typu B než snížit spotřebu typu A.

Diskuze k lékovým skupinám typu A

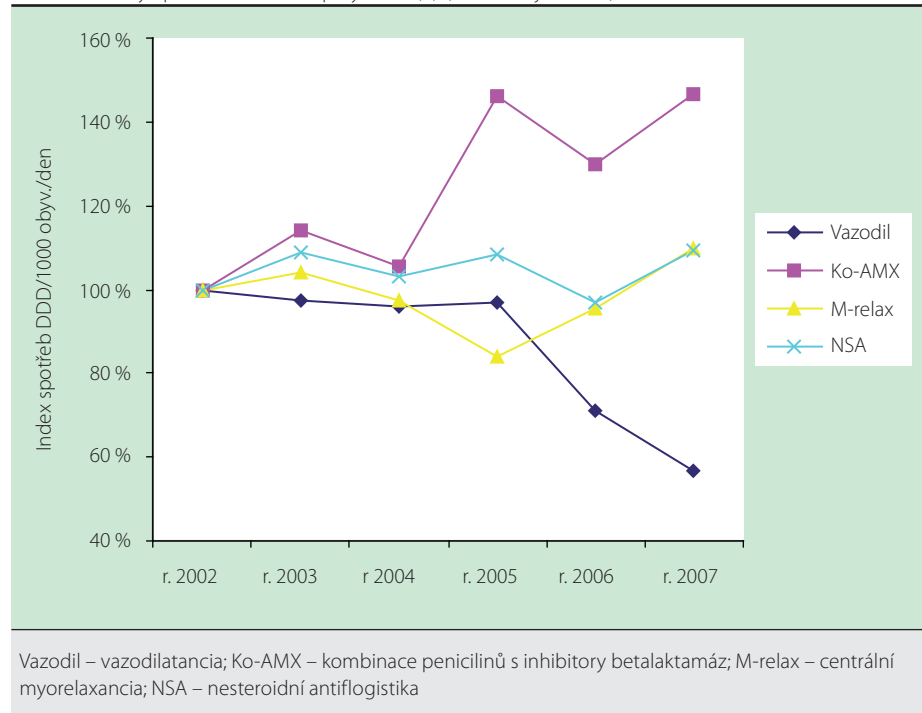
Snížení spotřeb léků ve skupině silných opioidů v roce 2006 lze interpretovat tak, že pacienti s chronickou, jinými způsoby neztížitelnou bolestí nebyli pravděpodobně vždy léčeni adekvátním způsobem. Nutno upozornit, že ČR patří k zemím, kde se v minulosti s opioidy přespříliš šetřilo a kde správná léčba bolesti je postupně prosazována až v posledních letech, mimo jiné i díky Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS J.E. Purkyně. Z podrobnějších rozborů je zřejmé, že v roce 2006 došlo k výraznému snížení spotřeby modernějších transdermálních lékových forem opioidů, aniž by však toto bylo náležitě kompenzováno např. zvýšenou spotřebou perorálních lékových forem.

Snížení spotřeb antihypertenziv též nemůže být hodnoceno pozitivně, i když míra snížení není velká a z mezinárodních srovnání vyplývá, že spotřeby na 1 000 obyvatel jsou v ČR spíše nadprůměrné. Jistě by nebylo možné tvrdit, že v ČR léčíme hypertenzi až příliš intenzivně. Z detailnějšího rozboru vyplývá, že stoupá procento pacientů užívajících ACE-inhibitory i inhibitory receptorů pro angiotenzin II, což je též v souladu s celosvětovým trendem. Pokud bychom však chtěli hodnotit kvalitu preskripce jednotlivých léků, bylo by třeba provést detailní rozbor struktury preskripce jednotlivých skupin antihypertenziv. Ideálním markerem by

Graf 2. Trendy spotřeby první skupiny léčiv (A) v ČR (rok 2002 je 100 %)



Graf 3. Trendy spotřeb druhé skupiny léčiv (B) (rok 2002 je 100 %)



byla míra zachytu hypertenze v populaci a míra poklesu TK u léčených pacientů, získat tyto údaje by však bylo obtížné.

Spotřeba antiastmatik vyjádřená v DDD v roce 2006 přechodně klesla. Současné došlo k přesunu spotřeby na kombinované lékové formy, čímž by mohlo dojít k artefaktu vzhledem k obtížnému stanovování hodnoty DDD u jednotlivých léčiv. K poklesu však došlo i v počtu balení a poklesly i náklady, a to u všech důležitých skupin antiastmatik (viz Metodika), což napovídá, že ke snížené preskripci antiastmatik v ČR skutečně došlo. Ze souhrnných údajů je však obtížné určit, u kterých lékařů a kterých

pacientů byla preskripce snížena a nakolik toto snížení bylo adekvátní zdravotnímu stavu. Pro zjištění kvality preskripce antiastmatik u jednotlivých lékařů by bylo třeba detailnějšího rozboru, přičemž lze využít podílu preskripce krátkodobých betamimetik ze všech antiastmatik: čím nižší je tento podíl, tím je zřejmě kompenzace astmatiků lepší (Haiijer-Ruskamp FM., 2001 (20)). Validitu tohoto markeru však poněkud snižuje fakt, že i u akutních dekompenzací astmatu je nyní možno využít některých kombinovaných antiastmatik. Dále je nutno počítat s tím, že antiastmatika jsou čím dál tím více užívána u chronické obstrukční plicní choroby (CHOPN).

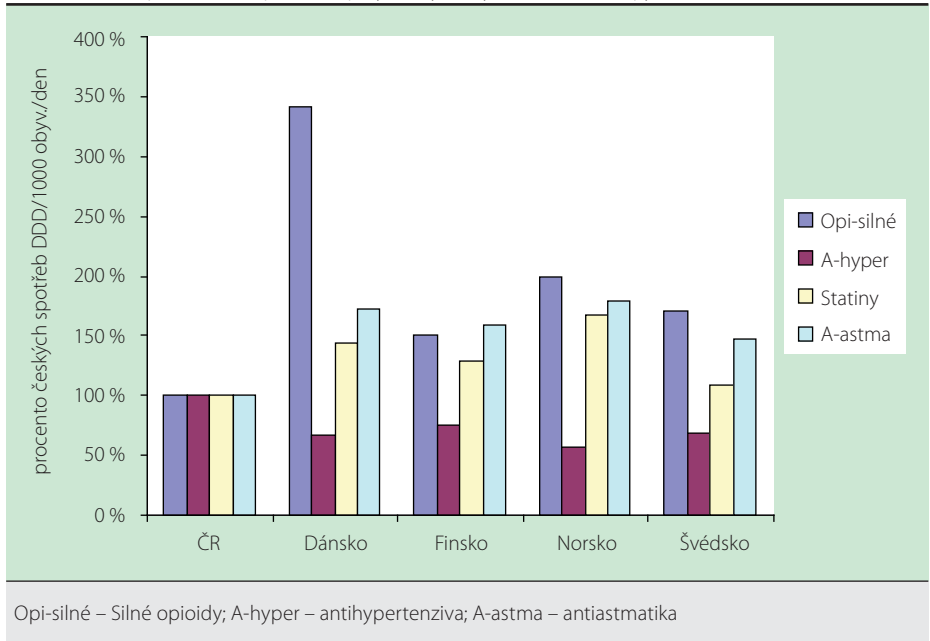
Diskuze k lékovým skupinám typu B

I když snížení spotřeb periferních vazodilatancií zřejmě život ani kvalitu života pacienta příliš neohrozí, v řadě případů mohou tato léčiva více či méně zmírnit některé příznaky, které pacienti obtěžují a v některých případech mohou přinést i objektivní zlepšení. Lékař musí rozhodnout, zda věnuje finanční prostředky na tyto léky nebo na léky s prokázaným vlivem na mortalitu. Důležité je, aby lékař efekt léčby pečlivě monitoroval a v případě nedostatečné účinnosti v léčbě nepokračoval (což je obecné pravidlo účelné farmakoterapie). Snižování spotřeb těchto léčiv i po uplynutí největší finanční tísně je dobrou zprávou o tom, že se lékaři o cílené indikování těchto léčiv opravdu snaží.

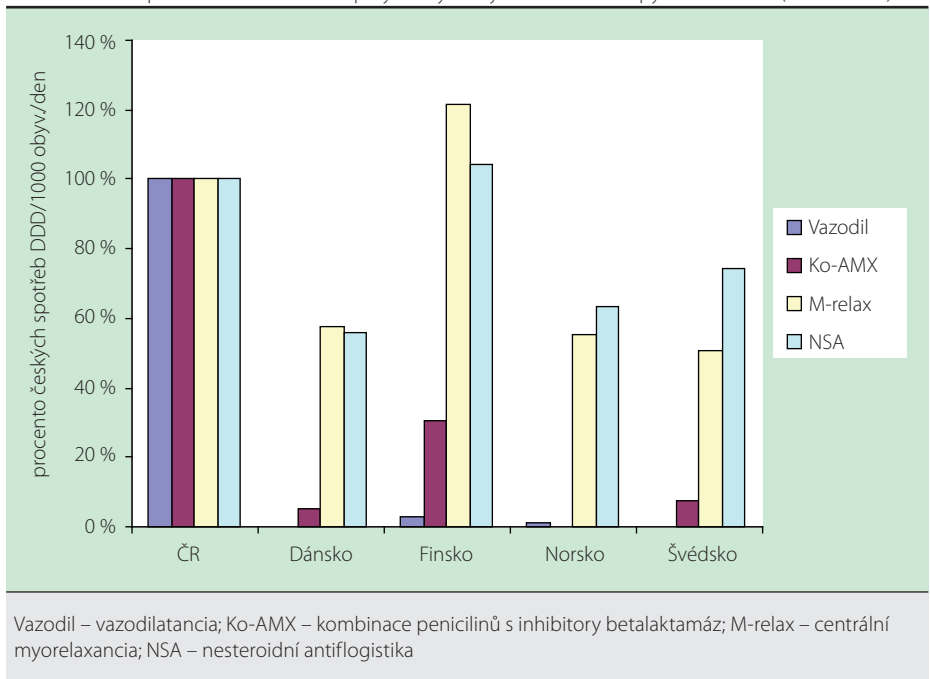
Kombinace penicilinů s inhibitory betalaktamáz v perorálních lékových formách (drtivá většina všech podaných forem v ČR) jsou účinnými antibiotiky, ale obliba jejich preskripce v ambulantní péči je vyšší než skutečná potřeba. Podle konsensu odborných společností ČLS JEP jsou lékem první volby pouze jako profylaxe nebo léčba lokalizované infekce po kousnutí člověkem nebo zvířetem v ambulantní praxi (9). Spotřeba těchto léků ve skandinávských zemích je nepatrná, přičemž epidemiologická situace mikrobů rezistentních k beta-laktamázám není odlišná od ČR takovým způsobem, abychom užívali jiné terapeutické postupy k léčbě komunitních infekcí než ve Skandinávii. Vysoká spotřeba těchto léčiv v roce 2006 i v letech následujících je zřetelným markerem ne zcela racionální preskripce.

Centrální myorelaxancia: Z grafu 5 vyplývá, že spotřeba těchto léčiv je ve Finsku vyšší než v ČR, zatímco v Dánsku, Norsku a Švédsku je zhruba poloviční než u nás. Lze odhadnout, že rozdíly v preskripci jsou založeny spíše na národních zvyklostech než na jedné, obecně uznávané léčebné strategii, neboť nelze očekávat tak výrazný rozdíl např. ve výskytu spastických stavů nebo vertebrogenních algických syndromů v jednotlivých zemích. Lze se domnívat, že vzestup spotřeb těchto léků v době finanční tísně nesvědčí o zcela racionální alokaci finančních zdrojů. Existuje však řada pacientů, kde tyto léky jsou nedílnou součástí péče lege artis (nemocní se spastickou) a kde jejich vysazení by bylo závažnou chybou. Pokud by jednotlivým lékařům měla být podávána zpětná vazba prostřednictvím rozborů preskripce a guidelines, bylo by třeba upozornit nejen na pravděpodobné případy „zbytné preskripce“, ale i na indikace, kdy tato léčiva mají být podávána (což ostatně platí pro všechny léky skupiny B).

Graf 4. Index spotřeb léčiv první skupiny ve vybraných zemích Evropy v roce 2007 (ČR = 100 %)



Graf 5. Index spotřeb léčiv druhé skupiny ve vybraných zemích Evropy v roce 2007 (ČR = 100 %)



Rizika podávání NSA jsou obecně známa: Je to vznik nesteroidní gastropatie, zvýšení výskytu kardiovaskulárních příhod a snížení účinku antihypertenziv. Vše výše uvedené vede potenciálně ke zhoršení zdravotního stavu pacientů, přičemž riziko smrti není zanedbatelné. Protože NSA dokáží přinést rychlou úlevu od bolesti, jsou tyto léky u pacientů velmi oblíbené a je značně obtížné přesvědčit je o nezbytnosti léčbu ukončit (a to i v případech, kdy došlo k recidivám krvácení z horní části GIT, které si opakovaně vynutilo hospitalizaci – vlastní pozorování). Ve studii ve dvou nemocnicích v Merseyside (Pirmohamed, et al, 2004 (21)), sledujících příčiny hospitalizace z důvodů nežádoucích účinků léků bylo zjištěno, že NSA způsobily hospitalizaci nejčastěji. Veškerou spotřebu NSA sice není možno přičítat na vrub lékařům, neboť řadu z nich si pacienti zřejmě koupili sami, většinu však nepochybně předepsali lékaři. Nepříznivý poměr užitek/riziko staví NSA v guidelines k léčbě bolesti až na druhou pozici farmakoterapie, a to za paracetamol, i když analgetický účinek NSA může být vyšší. U řady indikací je však podání NSA nezbytné, vždy je třeba zvážit poměr přínosu a rizika. NSA lze podat i u rizikového pacienta, avšak je třeba chránit žaludeční sliznici např. inhibitory protonové pumpy.

Fakta uvedená v této analýze lze interpretovat tak, že reakce lékařů na stav finanční tísně není vždy optimální ve smyslu zachování kvality zdravotní péče a že vliv čistě administrativních opatření je krátkodobý. Rozdělení léků na skupiny typu A a B má své opodstatnění, avšak při detailnějším rozboru preskripce je třeba užít přesnější indikátory kvality, respektive nekvality zdravotní péče. Ani u léků, které byly zařazeny do skupiny B, není účelné během finanční tísně usilovat o jejich úplné vyřazení z preskripce, je však vhodné lékaře upozorňovat na limitaci jejich účinků a na existující rizika. Bylo by vhodné podporovat implementaci terapeutických guidelines, které jsou i v ČR veřejně k dispozici. V této věci by významně napomohlo rutinní poskytování zpětné vazby lékařům o tom, co předepisují, které je běžnou metodou ke zvyšování kvality zdravotní péče i k regulaci výdajů na léky ve vyspělých zemích (22). Je třeba připomenout, že podpora účelné farmakoterapie je nyní užívána ve všech 15 zemích EU. Při detailních rozbozech preskripce jednotlivých lékařů je možno s výhodou využívat metodiku DU 90 (Perlík, 1999 (23)), nebo její modifikaci DU 75, aby lékaři měli určitou terapeutickou volnost a nemuseli zdůvodňovat každou (byť minimální) odchylku od „standardní terapie“.

Tyto metody jsou v zahraničí především užívány u ambulantních lékařů, zlepšování kvality a účelnosti preskripce lékařů předepisujících léky v nemocnicích je v zahraničí prováděno v rámci ucelených programů zvyšujících kvalitu poskytované zdravotní péče v konkrétních nemocnicích. Klíčovou roli přitom hrají lékové komise, které fungují nyní i u nás v každé větší nemocnici.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, paragrafem 42 ukládá zdravotním pojišťovnám v ČR povinnosti ve smyslu ovlivňování preskripce lékařů, ve skutečnosti však většina pojišťoven nemá chuť, sílu ani prostředky se odborně preskripčními lékaři zabývat. Běžně se lze setkat s názorem, že na podporu účelného předepisování léků je zbytečné z veřejného zdravotního pojištění vynakládat finanční prostředky, neboť ovlivnit preskripční chování lékařů je nesmírně obtížné. Proti tomu mluví fakta uvedená v tomto článku a skutečnost, že výrobci léků neváhají utratit na ovlivňování lékařů značné sumy peněz, což se jim (zřejmě) vyplácí. Jak bylo výše uvedeno, ve spotřebě antihypertenziv jsme se v ČR dostali na čelní místo z vybraných zemí. Podobně během několika let se dramaticky přiblížili k vyspělým zemím v preskripce statinů, výrazně byla zlepšena léčba astmatu, atd. Za to je třeba vyslovit dík našim špičkovým odborníkům, tak i systému postgraduálního vzdělávání lékařů a samotným „terénním“ lékařům. Jak je ale možné, že titíž odborníci, týž systém vzdělávání a titíž terénní lékaři zřejmě mají problémy s rozhodováním, které léky jsou pro pacienty prioritní, je-li systém veřejného zdravotního pojištění ve stavu finanční tísně?

Jsou možná následující vysvětlení:

- Racionální výběr léčiv při stavu finanční tísně je zřejmě věc složitější a méně prozkoumaná než racionální léčba hypertenze nebo dyslipidemie.
- Úspěch postgraduálního vzdělávání lékařů je podmíněn nejen prací špičkových odborníků a učenlivostí „terénních“ lékařů, ale je též finanční podporou tohoto vzdělávání ze strany výrobců léčiv. Přitom výrobci léčiv raději podporují edukační akce, které vedou ke zvýšení preskripce léčiv (např. školení, jak optimálně léčit hypertenzi), naopak žádný výrobce nebude finančně podporovat akce, jejímž účelem bude snížení spotřeb léčiv a tedy i svých potenciálních zisků.

V analyzování důsledků jednotlivých regulačních kroků MZ by mělo být pokračováno,

a to zejména proto, abychom získali odpovědi na otázky, zda je našim pacientům poskytována ta nejlepší možná péče za finanční prostředky, které jsou k dispozici. Je přitom zřejmé, že by se tímto zkoumáním měly zabývat zejména k tomu určené instituce, a to zejména zdravotní pojišťovny, a to v těsné spolupráci s profesními organizacemi lékařů a lékařskými společnostmi. Rozbory preskripce jsou jednou z cest, kterou je možno získat solidní informace, auditu u jednotlivých lékařů by pak mohly odhalit, zda odchylky ve statistice skutečně znamenají snížení kvality péče nebo nikoliv (24). Tyto metody jsou užívány v řadě vyspělých zemích, v ČR bohužel žádný systém podpory účelné (racionální) farmakoterapie neexistuje. Nebylo by vhodné právě teď se snažit o jeho vzkříšení, než se dostaneme do další ještě hlubší finanční tísně, způsobené např. snížením výběru pojistného?

Literatura

1. Vyhláška č. 550/2005, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006; konkrétní opatření jsou uvedena v přílohách této vyhlášky, např. pro praktické lékaře pro dospělé příloha č. 4, písmeno B) Regulační omezení. Regulační náklady na léky pro rok 2007 jsou stanoveny vyhláškou č. 619/2006, např. pro praktické lékaře jsou definovány v příloze č. 2, písmeno D) Regulační omezení.
2. Kolektiv autorů. Metodické pokyny pro farmakoterapii nadzorové bolesti. <http://www.pain.cz/file-content/Metodicke-pokyny-pro-farmakoterapii-nadorove-bolesti.pdf>.
3. Doporučení České společnosti pro léčbu hypertenze. Cor Vasa 2008; 50(1): K22, www.kardio-cz.cz.
4. Kolektiv autorů. Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií v dospělosti, vypracované výborem České společnosti pro aterosklerózu Cor Vasa 2007; 49(11): 106–120.
5. Astma bronchiale. ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře. Garant: Pneumologická a ftizeologická společnost. <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t244.rtf>.
6. Kolektiv autorů. Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Praha 1996. Aktuální informace a odkazy na webové stránky obsahuje například článek Kašák V. ABC léčby astmatu. Medicína po promoci 2008; 5: 22–24.
7. Chronická arteriální insuficience dolních končetin. ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře. Garant: Angiologická společnost ČLS. <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t241.rtf>.
8. Girolami B, Bernerdi E, Prins MH, et al. Treatment of Intermittent Claudication With Physical Training, Smoking, Cessation, Pentoxifylline, or Nafronyl. Arch Intern Med. 1999; 159: 337–345.
9. Kolektiv autorů. Konsensus používání antibiotik I. Penicilinová antibiotika, vypracovaný ve spolupráci se subkomisí pro antibiotickou politiku ČLS JEP. <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>.
10. Kolektiv autorů. Doporučený postup pro antibiotickou léčbu komunitních respiračních infekcí v primární péči. <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>.
11. Kolektiv autorů. Doporučený postup pro antibiotickou léčbu komunitních infekcí ledvin a močových cest v primární péči. <http://www.cls.cz/dalsi-odborne-projekty>.

12. European Surveillance of Antimicrobial Consumption. www.esac.ua.ac.be.
13. European Antimicrobial Resistance Surveillance Systém. <http://www.rivm.nl/earss/>.
14. Müller P, Kacerovský P. Bolesti zad vertebrogenního původu. ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře. Garant: Spondylochirurgická společnost ČLS JEP. <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r074.rtf>.
15. Kolektiv autorů. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. <http://www.pain.cz/file-content/Metodicke-pokyny-pro-farmakoterapii-akutni-a-chronicke-nenadorove-bolesti.pdf>.
16. Danish Medicines Agency, <http://www.medicinpriser.dk>.
17. National Agency for Medicines, <http://www.laakelaitos.fi>.
18. Department of pharmacoepidemiology, Norwegian Institute of Public Health, <http://www.legemiddelforbruk.no>.
19. Apoteket, monopolní distributor léčiv. <http://www2.apoteket.se>.
20. Haijjer-Ruskamp: Measuring effects of interventions to improve prescribing; sdělení na konferenci EURODURG 2001 (Praha, 7.–9. června 2001).
21. Pirmohamed M, et al. Averse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004; 326: 15–19, <http://www.bmj.com/cgi/reprint/329/7456/15>.
22. Vogler S, Habl C, Leopold C, et al. PPRI Report, Comissioned by European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian federal Ministry of Health, Family and Youth, Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG, Vienna, June 2008, ISBN No. 10 3-85159-104-6.
23. Perlík F, Kubica Z, Štika L. Hodnocení spotřeby léků při zavádění pozitivních listů.
24. Prokeš M. Hodnocení kvality preskripce. *Klin Farmakol Farm* 2008; 22(3): 118–122.

MUDr. Michal Prokeš

INFOPHARM a.s.

Hvozďanská 3, 148 00 Praha 4

prokes@drugagency.cz
