

MEDICUL REUMATOLOG ÎN FAȚA PROVOCĂRILOR SOCIOECONOMICE – CE ESTE ȘI CE NU ESTE O EVALUARE ECONOMICĂ?

*The rheumatologist confronted with socioeconomical provocations
– what is and what isn't an economic evaluation*

Dr. F. Berghea

*Centrul de Cercetare în Patologia și Tratamentul Bolilor Reumatice – RCRD,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București*

REZUMAT

Costurile în creștere ale intervențiilor medicale necesită metode din ce în ce mai subtile pentru a selecta cea mai bună opțiune dintre cele disponibile. Studiile clinice care argumentează superioritatea terapeutică a unui medicament în fața altuia sunt pur și simplu insuficiente în zilele noastre. Ele nu spun nimic despre motivele pe care le-ar avea societatea să meargă pe o direcție terapeutică și să renunțe la alte variante. Economia medicală este un câmp puțin explorat de către clinicienii români și, mai mult, este slab înțeleasă. Acest material intenționează să ofere elemente minime de familiarizare a medicilor cu aria economiei medicale și acces spre un nou nivel de cunoaștere – analizele economice medicale.

Cuvinte cheie: economie medicală, intervenții medicale, cost

SUMMARY

The increasing costs of medical interventions require more subtle methods to select the best available option. Clinical trials that support the superiority of one drug over another are simply not enough in our days. This kind of studies say nothing about why the society should follow one direction and abandon the rest. Health economics is a poor explored field for Romanian clinicians and even more is little understood. This paper intends to offer the basic knowledge for doctors not familiarized with ME area in order to gain access to a whole new level of information – health economic analyses.

Key words: medical economy, medical interventions, cost

Medicina este o știință care evoluează – o știm cu toții; de asemenea, știm că medicina costă din ce în ce mai mult, așa încât nu există suficiente fonduri pentru acoperirea serviciilor medicale, pentru accesul tuturor asiguraților la orice procedură sau medicație disponibilă (indiferent de statusul bolii) sau pentru propulsarea în practica curentă a tuturor moleculelor terapeutice identificate în laborator. Consecințele sunt vizibile: bolile rare au dificultăți mari în a-și aduce pe piață molecule eficiente (cine va suporta costul imens al cercetării?), terapiile scumpe (cum sunt cele biologice) sunt accesibile în mod diferit în diferite părți ale Europei (bolnavi cu suferințe identice nu au drepturi identice în ce privește medicația

rambursată) și, în final, satisfacția pacienților diferă în două părți diferite ale Europei chiar dacă se primesc servicii în valoare monetară egală. Din cele de mai sus reiese limpede că medicina este o știință care consumă fonduri și, drept consecință, trebuie să dea valoare acestor fonduri: pacienți tratați mai bine, complet sau mai protejați de apariția dizabilităților și handicapurilor de orice fel. Trebuie să conștientizăm și faptul că rezultatul acțiunii terapeutice are valoare diferită în funcție de *perspectiva* celui ce plătește sau primește serviciul. Putem lua în calcul perspectiva asiguratorului: este mai ieftină terapia biologică în spondilita ankilozantă sau plata unui însoțitor în cazul în care nu tratez pacientul cu terapie biologică

Adresă de corespondență:

Dr. Florian Berghea, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, Bd. Eroilor Sanitari Nr. 8, București
e-mail: berghea@gmail.com

și acesta capătă handicap locomotor? Perspectiva societății poate veni diferit: merită să cheltui 15.000 de euro cu terapia biologică pe an pentru un pacient care produce un PIB de 10.000 de euro? Nu în ultimul rând, perspectiva pacientului este și ea diferită: câtă vreme obțin „gratis” terapia care îmi diminuează durerea cel mai bine de ce să nu beneficiez de acest drept al meu? Cum în ultima vreme sistemele de asigurări sunt puțin capabile să țină pasul cu prețurile mari de pe piața medicală, a devenit limpede că diferențele de prețuri nu pot fi acoperite decât din buzunarul pacienților. Cheltuielile din buzunarul pacienților („off the pocket”) dau o altă perspectivă deciziilor terapeutice dar ridică numeroase probleme de aplicare. Câți pacienți tratați cu terapie biologică am mai avea în România dacă fiecare ar trebui să contribuie cu 10% la acoperirea costului tratamentului (deci aproximativ 1000 de euro/an)? Câți pacienți preferă un AINS ieftin și bun (respectiv unul care combate durerea dar are potență antiinflamatorie minimă) unuia mai scump dar mai eficient ca antiinflamator sau cu potențial mai redus de a produce reacții adverse gastrice?

Interesul pentru evaluările economice în medicina românească a apărut mai târziu față de țările din Uniunea Europeană. Motivele sunt diferite, cel mai ușor de înțeles este lipsa fondurilor pentru dezvoltarea unor proiecte de cercetare în acest domeniu. Competiția pe piața medicală a devenit mai agresivă în ultima perioadă și argumentele în favoarea selectării uneia dintre opțiuni sunt din ce în ce mai subtile; argumentele actuale cel mai folosite în România sunt încă rudimentare, de genul comparațiilor de cost sau a NNT (number needed

to treat). În acest context complicat, articolul de față își propune să introducă unele noțiuni de evaluare economică medicală și să sublinieze problemele ridicate de către acestea cu aplicare particulară în reumatologie.

Este practic unanim acceptat astăzi că evaluările economice în medicină se realizează pe calea a patru tipuri de analize diferite (Tabelul 1).

Trebuie menționată de la început diferența între „cost” și „valoare”: costul fiind reprezentat de suma pe care trebuie să o cheltui pentru a genera un produs sau un serviciu, pe când *valoarea* reprezintă, în termeni monetari, suma pe care cineva este dispus să o plătească pentru a obține produsul sau serviciul respectiv. Dacă în mod normal există o relație relativ lineară între cost/preț și valoare (prețul fiind suma pe care generatorul de bunuri sau servicii o cere pentru ceea ce oferă) nu același lucru se întâmplă și în lumea medicală în care, intervenția asiguratorului distorsionează percepția asupra valorii serviciilor sau produselor medicale (1). Să luăm exemplul terapiei biologice ca fiind cel mai la îndemână: pentru un pacient cu poliartrită reumatoidă activă fără răspuns la terapia remisivă clasică, valoarea terapiei biologice este foarte ridicată (de aceea, înainte de introducerea rambursării 100%, mulți pacienți ne întrebau cât costă pentru că doreau să o folosească). Odată cu introducerea rambursării 100% vedem mulți colegi care se plâng de lipsa de preocupare pentru aderarea la calendarul terapeutic și de evaluare a pacienților tratați cu terapie biologică: răspunsul este unul singur – valoarea acestei medicații (din perspectiva pacienților) este minimă (dar costul și prețul plătit pentru ea rămân constante).

Tabelul 1. Modalitățile de analiză a costurilor și consecințelor în evaluările economice medicale

Tipul analizei	Metoda de măsurare a costurilor în ambele alternative	Identificarea consecințelor	Măsurarea valorii consecințelor
Analiza de cost	Unități monetare	Nu	Nu
Analiza cost – eficiență	Unități monetare	Efect unic, comun ambelor alternative dar obținut la valori inegale	Unități naturale (de ex. cu câți mmHg scade tensiunea arterială în cele două variante)
Analiza cost – utilitate	Unități monetare	Efecte unice sau multiple dar nu sunt neapărat comune celor două alternative	Ani de viață de bună calitate
Analiza cost – beneficiu	Unități monetare	Efecte unice sau multiple dar nu sunt neapărat comune celor două alternative	Unități monetare

Așa cum se observă în tabelul 1, toate analizele economice în medicină au la bază ideea de comparație între două intervenții, în sens mai larg, aceste intervenții pot fi înțelese ca programe de sănătate. Motivația realizării analizelor economice rezidă tocmai din a evidenția superioritatea uneia – desigur, această superioritate trebuie evidențiată în context, frecvent un program este dovedit superior altuia cu ocazia unui tip de analiză pentru a se dovedi inferior, în aceleași condiții, dar în altă analiză. Un exemplu clasic este cel al terapiilor antiresorptive folosite în osteoporoză: în analiza cost-eficiență, produsul A este superior produsului B, deoarece asigură o creștere a Densității Minerale Osoase cu un preț mai scăzut; în analiza cost-utilitate, produsul A este inferior produsului B pentru că nu asigură și diminuarea durerii – aspect important în evaluarea calității vieții. Dacă introducem în această ecuație și perspectiva diferită din care se face evaluarea, realizăm că evaluările economice medicale par să fie un domeniu al nisipurilor mișcătoare: cu cât sunt mai variate, cu atât sunt mai greu de interpretat și de folosit ca argumente în decizia finală – ce program tratament alegem?

Dar nu toate cercetările economice din aria medicală îndeplinesc criteriile pentru a fi considerate analize (evaluări) economice. Fără să însemne aprioric că sunt inutile sau de calitate mai scăzută, există o pleiadă întreagă de cercetări economice (de multe ori la granița cu epidemiologia) care se constituie în adevărate etape pregătitoare ale evaluărilor menționate mai sus. Așa cum am stabilit, analizele economice impun comparația a două sau mai multe alternative de intervenție considerate și necesită evaluarea atât a costurilor, cât și a rezultatelor (consecințelor) acestora: analizele cost-eficacitate, cost-utilitate și cost-beneficiu îndeplinesc simultan aceste două criterii. În cazul în care nu se realizează comparații între două intervenții (strategii medicale, programe etc.) și se analizează numai costurile, avem de-a face cu o analiză descriptivă a costurilor, dacă se analizează numai consecințele, avem o analiză descriptivă a consecințelor; prima menționată este cunoscută în literatură ca analiza „burden of illness“ – foarte utilă în analizele economice complete, căci furnizează argumentația economică; în plus, aceste analize sunt primele care atrag atenția asupra importanței economice a unei probleme medicale (2). Un exemplu foarte bun al rezultatului pe care

analizele de acest tip îl au este cel al conștientizării publicului medical și nemedical asupra importanței diagnosticului și tratamentului osteoporozei – afecțiune practic neglijată în urmă cu 15 ani și care acum reprezintă un consumator important de fonduri. În cazul în care se evaluează numai o variantă de intervenție dar se analizează atât costurile, cât și consecințele, avem de-a face cu o analiză descriptivă cost-outcome. Neajunsul unei astfel de analize rezidă din imposibilitatea factorului de decizie de a alege varianta optimă; frecvent folosită în argumentarea (iată, neștiințifică) unui tip nou de intervenție, această analiză pur descriptivă nu ia în calcul soluțiile alternative sau statu-quo-ul. Un exemplu în acest sens ar fi analiza descriptivă a costurilor și numărului de reacții adverse digestive evitate prin asocierea unui antiacid la terapia cronică cu AINS clasice; o astfel de analiză nu ne poate răspunde dacă nu cumva ar fi mai bine ca în loc de AINS + protector gastric să folosim un coxib – pentru aceasta avem nevoie de o comparație (ceea ce această analiză nu face).

În cazul în care avem analizate două sau mai multe intervenții, dar nu sunt evaluate simultan și costurile și consecințele acestor intervenții, avem de-a face cu *evaluări parțiale* foarte cunoscute lumii medicale. Dacă se analizează numai consecințele mai multor intervenții (clasic sunt analizate două câte două) se obține o *evaluare a eficacității* – grupă în care se află imensa majoritate a studiilor clinice. Acestea compară două sau mai multe alternative terapeutice și concluzionează asupra superiorității sau noninferiorității uneia dintre variante. Pentru că nu sunt luate în considerație și datele legate de costuri, aceste studii suferă frecvent corecții majore în viața de zi cu zi când, terapiile mult mai scumpe, chiar dacă sunt mai eficiente, nu sunt utilizate corect (respectiv nu asigură și o complianță bună) și nu dau aceleași rezultate ca cele din studiile clinice. Exemplul clasic în acest caz este comparația între coxibi și AINS clasice – în studiile clinice, coxibii apar mai eficienți, dar în viața de zi cu zi, problemele de complianță le diluează efectul (3). Dacă se analizează numai costurile diverselor intervenții obținem o analiză de cost frecvent utilizată (cel puțin greșit) în augmentarea superiorității unei intervenții în fața alteia: „produsul nostru este cel mai ieftin de pe piață cu cel mai mic cost per ziua de tratament“ nu spune nimic despre costurile asociate riscurilor de reacții adverse în diversele ipoteze terapeutice, despre

compliantă sau dacă diferențele de preț față de competitori sunt compensate de diferențe de eficacitate.

Nu putem încheia această discuție fără a preciza care sunt primii pași în efectuarea unei cercetări corecte în zona economiei medicale: evaluările epidemiologice și analizele de tipul „burden of illness“. Fără datele oferite de aceste două analize, este practic imposibil de comparat două intervenții (chiar și în cazul în care una dintre ele este intervenția nulă – să nu facem nimic). Care este cursul natural al bolii, ce procentaj din pacienți suferă acutizări în fiecare an (și vor consuma resurse suplimentare), ce procentaj vor deceda, ce procentaj se vor vindeca, care sunt complicațiile posibile și în ce procentaje apar ele anual – sunt date minime care ne permit să avem în față un tablou cât de cât complet asupra costurilor anuale și mai apoi multianuale aferente unei afecțiuni. Atât pentru cei nou veniți în acest domeniu, cât și pentru cei care abordează din punct de vedere

economic o altă arie medicală, aceste studii sunt punctul de pornire pentru a răspunde la întrebarea: care intervenție trebuie aplicată. Dacă unele dintre aceste date pot fi culese din literatura internațională, altele trebuie fără echivoc recoltate din aria geografică în care se face analiza (de exemplu nu vom putea extrapola date privind riscul de fractură osteoporotică de la populația asiatică la cea caucaziană).

Credem că această introducere în analiza economică medicală poate furniza un minim de informație necesar medicului practician pus în fața argumentelor economice sau cu tentă economică; dar, la fel cum multe autorități științifice observă (4), există de foarte multe ori o diferență între ceea ce autorii analizelor economice pretind că fac și ceea ce ei *fac într-adevăr*. Drept care, pentru a nu fi induși în eroare, este foarte util să analizăm mai amănunțit informațiile primite și, pentru aceasta, să cunoaștem mai bine noțiunile de economie medicală.

BIBLIOGRAFIE

1. **Forman HP** – Cost, value, and price: what is the difference and why care? *Radiology*. 2001 Jan;218(1):172-5.
2. **Angela Zink, Katja Thiele, Doerte Huscher, Joachim Listing, Joachim Sieper, Andreas Krause, Erika Gromnica-Ihle, Ulrich von Hinuber, Siegfried Wassenberg, Ekkehard Genth, Matthias Schneider, and German** – Collaborative Arthritis Centres Healthcare and burden of disease in psoriatic arthritis. A comparison with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis *J Rheumatol January 2006 33(1):86-90*
3. **Chan FK, Hung LC, Suen BY, Wu JC, Lee KC, Leung VK, Hui AJ, To KF, Leung WK, Wong VW, Chung SC, Sung JJ** – Celecoxib versus diclofenac and omeprazole in reducing the risk of recurrent ulcer bleeding in patients with arthritis. *N Engl J Med*. 2002 Dec 26;347(26):2104-10
4. **M. Durmmond, M. J. Sculpher, G. Torrance, B. O'Brien, G Stoddart** – Methods for the evaluation of Health Care Programmes, 3rd ed, *Oxford University Press, 2005*.

Vizitați *site-ul*

SOCIETĂȚII ROMÂNE DE REUMATOLOGIE

www.srreumatologie.ro