

Etyka i ekonomika w przypadku leczenia chorób psychicznych

Sarah Byford, Barbara Barrett

Advances in psychiatric treatment (2010), vol. 16, 468–473

Przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych psychiatrzy, podobnie jak lekarze innych specjalności, muszą przestrzegać zasad etyki medycznej. Może również istnieć potrzeba negocjowania kwestii prawnych związanych z umieszczeniem pacjenta w instytucji zamkniętej i leczeniem bez zgody. Dodatkowym utrudnieniem jest wzrost liczby wytycznych i wskazówek opracowywanych przez takie organizacje, jak National Institute for Health and Clinical Excellence. Od lekarzy coraz częściej wymaga się uwzględniania efektywności kosztowej przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, co może stwarzać wrażenie konfliktu z zasadami etyki medycznej. W tym artykule, odnoszącym się przede wszystkim do leczenia chorób psychicznych, podjęto próbę odpowiedzi na dwa pytania: czy ocena ekonomiczna jest nieetyczna oraz czy metody oceny ekonomicznej są niewłaściwym środkiem realizacji celu, jakim jest etyczna dystrybucja dostępnych zasobów.

Przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych psychiatrzy muszą dbać o to, aby ich pierwszą troską była opieka nad pacjentami, zapewniać dobry standard praktyki i opieki, podmiotowo traktować pacjentów, szanować ich godność i autonomię, a także współpracować z nimi.¹ Niekiedy decyzje terapeutyczne muszą być podejmowane równoległe z rozważaniem kwestii prawnych związanych z umieszczeniem pacjenta w instytucji zamkniętej i leczeniem bez zgody, co wymaga od psychiatrów balansowania na cienkiej linii między leczeniem a przymusem.² Tę i tak już złożoną sytuację dodatkowo komplikuje to, że od lekarzy coraz częściej wymaga się podejmowania decyzji dotyczących wykorzystania dostępnych zasobów, co może stwarzać wrażenie konfliktu z podstawowymi zasadami etyki medycznej.

Wykorzystanie zasobów a efektywność kosztowa

Decyzje dotyczące wykorzystania zasobów na podstawie dowodów dotyczących względnej efektywności kosztowej różnych sposobów leczenia są trudne do uniknięcia zarówno w państwowej służbie zdrowia (National Health Service, NHS) w Anglii i Walii, jak i w innych systemach zdrowotnych na całym świecie, w szczególności w Australii,³ Kanadzie⁴ i Nowej Zelandii.⁵ W Anglii i Walii zadanie dostarczania ogólnokrajowych wskazówek dotyczących promocji do-

brego zdrowia oraz prewencji i leczenia złego stanu zdrowia spoczywa na Narodowym Instytucie Zdrowia i Doskonałości Klinicznej.⁶ Opracowując zalecenia, NICE ma obowiązek uwzględniać dowody dotyczące zarówno skuteczności klinicznej, jak i efektywności kosztowej. Nie formułuje on zaleceń wyłącznie na podstawie efektywności kosztowej,⁷ ale często to właśnie względna efektywność kosztowa danej interwencji lub jej brak jest tym, co najbardziej przyciąga uwagę środków masowego przekazu i nierzadko można w nich spotkać takie nagłówki, jak „lek przeciwbólowy został uznany przez NHS za zbyt drogi”.⁸

Przejrzystość, z jaką NICE realizuje swoje zadania, a także uświadomienie sobie, że pacjenci mogą zostać pozbawieni skutecznego leczenia ze względu na jego koszt, powoduje, że NICE stale budzi duże zainteresowanie mediów i napędza starą debatę na temat etyki w ekonomii. Dzieje się tak, chociaż dowody wskazują na to, że NICE jest być może zbyt pobłażliwy w tych kwestiach. W przeglądzie obejmującym pierwsze dwa lata oceny technologii medycznych przez NICE Raftery⁹ zauważył, że NICE opowiedział się przeciwko stosowaniu zaledwie trzech z pierwszych 22 technologii medycznych, dla których wydano takie wskazówki (14%), chociaż stosowanie niektórych technologii zostało ograniczone. W późniejszym przeglądzie obejmującym lata 1999–2005 stwierdzono, że NICE sformułował negatywne zalecenia w przypadku 22 spośród 86 oce-

nianych technologii (19%), a prawie dwie trzecie z tych negatywnych rekomendacji wynikały z niedostatecznych dowodów skuteczności, a nie z niemożliwej do zaakceptowania efektywności kosztowej.^{9,10}

Pierwsze lata działalności NICE

Chociaż utworzony w 1999 roku, pierwotnie pod nazwą National Institute for Clinical Excellence, NICE niemal od razu zaczął budzić zastrzeżenia ze strony instytucji opieki medycznej, przemysłu technologii medycznych i środków masowego przekazu, minął jeszcze pewien czas, zanim debata na temat etyki i ekonomii zaczęła dotyczyć również dziedziny leczenia chorób psychicznych. Pierwsza ocena technologii medycznej z zakresu leczenia chorób psychicznych ukończona przez NICE została opublikowana w 2000 roku i dotyczyła stosowania metylfenidatu u dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD).¹¹ Wskazówki NICE nie były szczególnie kontrowersyjne, jeżeli chodzi o efektywność kosztową, ponieważ zalecono stosowanie metylfenidatu w tej populacji, ale ograniczono możliwości przepisywania tego leku, pozostawiając je w gestii lekarzy specjalistów. Później oceniano różne świadczenia z zakresu leczenia chorób psychicznych, w tym stosowanie atypowych leków przeciwpsychotycznych w leczeniu schizofrenii,¹² komputerowej terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu

Sarah Byford jest wykładowcą ekonomiki zdrowia w King's College w Londynie. Specjalizuje się w ekonomicznej ocenie leczenia chorób psychicznych u dzieci i nastolatków oraz u dorosłych. Barbara Barrett jest wykładowcą ekonomiki zdrowia w King's College w Londynie. Specjalizuje się w ekonomicznej ocenie świadczeń z zakresu psychiatrii sądowej.

Adres do korespondencji: Sarah Byford, Centre for the Economics of Mental Health, Box 24, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, Wielka Brytania. e-mail: s.byford@iop.kcl.ac.uk

Potencjalne konflikty interesów: brak.

depresji i lęku,¹³ a także programów szkolenia i edukacji rodziców dzieci z zaburzeniami zachowania.¹⁴ Ogólnie, te zalecenia były korzystne i niekontrowersyjne, nie wywołując zbyt wielu zastrzeżeń wśród klinicystów lub pacjentów, chociaż wzbudziły pewne zaniepokojenie osób kontrolujących wydatki na leczenie.

Być może pierwszą kwestią, w której przedstawienie wyników oceny dokonanej przez NICE mogło wywołać wśród psychiatrów obawy dotyczące negatywnych następstw kierowania się ogłoszonymi wskazówkami, było stosowanie atypowych leków przeciwpsychotycznych w leczeniu schizofrenii. Koszt leczenia atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi sięga 2000 GBP rocznie, leki te są więc znacznie droższe niż typowe leki przeciwpsychotyczne, które kosztują mniej więcej 100 GBP rocznie. Gdyby NICE miał za zadanie racjonowanie środków w celu oszczędzania pieniędzy, te drugie leki powinny zostać uznane za środki pierwszego wyboru. Te obawy były jednak nieuzasadnione. NICE zalecił, aby lekarze rozważali przepisywanie atypowych leków przeciwpsychotycznych u osób z nowo rozpoznaną schizofrenią. U chorych, którzy przyjmują już jeden ze starszych leków przeciwpsychotycznych, zalecono zamianę tego leczenia na atypowy lek przeciwpsychotyczny, jeżeli lekarz prowadzący i pacjent wspólnie uznali, że działania niepożądane dotychczasowego leczenia są niemożliwe do zaakceptowania. Wszystko skończyło się więc dobrze.

Ta sytuacja zmieniła się w 2007 roku wraz z ogłoszeniem wskazówek dotyczących stosowania inhibitorów acetylocholinoesterazy w leczeniu choroby Alzheimera.¹⁵ NICE zalecił stosowanie donepezylu, galantaminy i rywastygminy, ale tylko w leczeniu choroby o umiarkowanym nasileniu, odmawiając refundowania tych leków pacjentom we wczesnych stadiach choroby, z mało nasilonymi objawami, a także pacjentom z bardziej zaawansowaną chorobą Alzheimera. Chociaż wskazówki dotyczące stosowania tych leków były mniej restrykcyjne niż wcześniejsze wersje,¹⁶ te zalecenia zostały źle przyjęte i stały się przedmiotem oceny przed Sądem Najwyższym. Sąd opowiedział się za stanowiskiem NICE w pięciu spośród sześciu ocenianych kwestii i NICE musiał zweryfikować swoje wskazówki.¹⁷ Złożono jednak apelację i sąd uznał argumenty zainteresowanych firm farmaceutycznych, orzekając, że NICE powinien udostępnić publicznie model z zakresu ekonomiki zdrowia, którym posłużono się jako uzasadnieniem wskazówek. Zgodnie z tym orzeczeniem w listopadzie 2008 roku NICE udostępnił ten model zaangażowanym stronom w pełni wykonawczej postaci. Od tamtego czasu NICE rozważył uwagi zainteresowanych stron i doszedł do wniosku, że

niedokładności techniczne, na które zwrócono uwagę, są niewystarczające, aby zmienić pierwotne wnioski zawarte we wskazówkach.¹⁸ Od czasu opublikowania tych wskazówek w 2007 roku kilku komentatorów, w tym zwłaszcza autorzy z Alzheimer's Society,¹⁶ opublikowało odpowiedzi, w których zwrócono uwagę na zarówno etyczne, jak i metodologiczne zastrzeżenia do procesu oceny dokonanej przez NICE.

Odnosząc się konkretnie do kwestii wykorzystywania zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej do leczenia chorób psychicznych, autorzy rozważają, czy ocena ekonomiczna w ramach współczesnego systemu NHS jest nieetyczna, a także czy metody oceny ekonomicznej są niewłaściwym środkiem realizacji celu, jakim jest etyczna dystrybucja dostępnych zasobów.

Czy ocena ekonomiczna jest nieetyczna?

Ekonomika zdrowia jest stosunkowo młodą dyscypliną, mającą mniej więcej 40 lat, która już w początkowym okresie rozwoju była przedmiotem bardzo ostrej krytyki etycznej. Być może najczęściej cytowane zastrzeżenia wyraził Loewy,¹⁹ twierdząc, iż „lekarz, który zmienia swój sposób praktykowania medycyny z powodu kosztów, a nie kwestii czysto medycznych, wkracza na grząski grunt zagrożeń etycznych i niezdecydowanych priorytetów”. Ponad dekadę później Williams²⁰ napisał równie ostrą odpowiedź, wyrażając pogląd, że nieetyczne jest właśnie ignorowanie kosztów decyzji terapeutycznych. Debata ta przyczyniła w drugiej połowie lat 90. XX wieku, ale odżyła w obecnej dekadzie.

Ocena ekonomiczna jako praktyka etyczna

Być może najlepszym początkiem obrotu oceny ekonomicznej jako praktyki etycznej jest dokonanie rozróżnienia między kosztami definiowanymi księgowo a kosztami definiowanymi ekonomicznie. Księgowość dotyczy pieniędzy, natomiast ekonomika odnosi się do zasobów. Dla ekonomisty pytanie „ile to będzie kosztować?” nie oznacza „ile pieniędzy musimy na to przeznaczyć?”, ale raczej „co trzeba będzie poświęcić w zamian?”.²¹ Środki przeznaczane na opiekę zdrowotną są z natury rzeczy ograniczone. W danym momencie w systemie opieki zdrowotnej pracuje jakaś maksymalna liczba psychiatrów, psychologów i innego personelu zajmującego się problemami zdrowia psychicznego, jest ograniczona liczba łóżek szpitalnych na ograniczonej liczbie oddziałów psychiatrycznych, a budżet przeznaczany na leki psychotropowe i inne świadczenia tera-

peutyczne również jest ograniczony. Potrzeba rozważenia, co musi zostać poświęcone, jeżeli bierze się pod uwagę koszty, jest tym, co ekonomiści nazywają „kosztem alternatywnym” (opportunity cost) – czyli korzyściami utraconymi w wyniku niewybrania jakiegoś alternatywnego rozwiązania.²² Na przykład koszt alternatywny związany z sesją psychoterapii przeprowadzoną przez psychologa klinicznego to utracone korzyści, które można by uzyskać, gdyby w tym samym czasie ten psycholog zrobił coś innego, na przykład prowadził leczenie grupowe, szkolił lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub leczył inną osobę. W systemie opieki zdrowotnej dysponującym ograniczonymi środkami każda decyzja o sfinansowaniu świadczenia lub leczeniu danego pacjenta wiąże się ze stratą i to właśnie ta strata albo koszt alternatywny jest przedmiotem zainteresowania ekonomiki.

Ocena ekonomiczna jest systematyczną próbą identyfikacji, zmierzenia i porównania kosztów oraz wyników alternatywnych decyzji o alokacji środków.²³ Jej metody są oparte na teorii ekonomiki dobrobytu (welfare economics) – dziedziny, w której bada się zależności między decyzjami o alokacji środków a dobrostanem poszczególnych osób w społeczeństwie – natomiast przyjmowaną perspektywą oceny jest punkt widzenia całego społeczeństwa. Innymi słowy, ekonomika dotyczy wyników danego działania w odniesieniu do dobrostanu całego społeczeństwa, a nie tylko bezpośrednio zaangażowanych osób.²⁴ Na przykład, kierowanie do mieszkań socjalnych osób uzależnionych od narkotyków wpłynie nie tylko na osoby korzystające z tych usług oraz świadczeniodawców tych usług, ale również na rodziny i przyjaciół osób otrzymujących świadczenia, system opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, wymiar sprawiedliwości oraz całe społeczeństwo. Te następstwa mogą być zarówno negatywne (koszty), jak i pozytywne (korzyści), a celem jest zadbanie o to, aby łączne korzyści uzyskiwane przez społeczeństwo przeważały nad łącznymi kosztami, co spowoduje poprawę ogólnego dobrostanu całego społeczeństwa. Najważniejszym zadaniem jest więc maksymalizacja korzyści uzyskiwanych przez społeczeństwo poprzez przeznaczanie środków na te świadczenia, które generują najwięcej korzyści efektów w stosunku do dostępnych zasobów.

Biorąc pod uwagę te koncepcje strat i poprzednich sposobności, leczenie pacjentów bez zwracania uwagi na koszty oznacza również leczenie bez zwracania uwagi na sprawiedliwość, ponieważ takie postępowanie wiąże się z ignorowaniem możliwych niekorzystnych konsekwencji podejmowanych działań w odniesieniu do innych osób (np. tych, które byłyby leczone, gdyby środki zostały wykorzystane gdzie indziej w systemie opieki zdro-

wotnej). Berghmans i wsp.²⁵ w krytyce analiz efektywności kosztowej i wytycznych uwzględniających dane ekonomiczne słusznie podkreślili, że to utylitarne podejście powoduje, że ukierunkowany na jednostki sposób realizacji świadczeń medycznych staje się podrzędny w stosunku do rozważań zbiorowych. Można argumentować, że trudno jest tego uniknąć w ogólnokrajowym systemie opieki zdrowotnej finansowanym zbiorowo z podatków oraz że w takim samym stopniu dotyczy to ocen klinicznych i wytycznych opartych wyłącznie na dowodach skuteczności lub efektywności. Bądź co bądź, próby kliniczne stanowią próbę określenia „przeciętnego” wyniku leczenia w badanej grupie, aby można było formułować zalecenia dla szerszej populacji.

Konflikty etyczne

Nie ulega wątpliwości, że etyczna zasada sprawiedliwości wchodzi w konflikt z innymi rozważaniami etycznymi w medycynie, zwłaszcza zasadami dobroczynności i autonomii, które koncentrują się na jednostkach. Niektórzy komentatorzy wyrażali pogląd, że w psychiatrii ten konflikt jest większy niż w innych dziedzinach opieki zdrowotnej. Berghmans i wsp.²⁵ podkreślają bardzo ukierunkowane na pacjenta podejście do leczenia chorób psychicznych, a także znaczenie uwzględniania wartości i preferencji jednostki przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Graber²⁶ uznał, że to twierdzenie jest uzasadnione, ale wyraził również pogląd, że kładzenie zbyt dużego nacisku na autonomię pacjenta, a w szczególności dostarczanie leków oryginalnych w odpowiedzi na żądanie pacjenta może nie tylko pozostawać w konflikcie ze sprawiedliwością, ale również zwiększać szkody ponoszone przez pacjentów. Co więcej, należy podkreślić siłę presji finansowej, która jest wywierana na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego^{27,28} i zwiększone zapotrzebowanie na decyzje o alokacji środków, które muszą być sprawiedliwe. Mimo iż ekonomiści będą zawsze dążyć do popierania takich decyzji o alokacji środków, które będą zwiększać ogólny dobrostan społeczeństwa, te pragnienia byłyby mniejsze w systemie dysponującym nieograniczonymi zasobami. Im większe ograniczenia zasobów, tym większe dążenie do zapewnienia, iż dostępne zasoby są wykorzystywane do uzyskania maksymalnego efektu, co wymaga uwzględnienia w tych rozważaniach nie tylko tych, którzy zyskują (leczonych pacjentów), ale również tych, którzy tracą (przede wszystkim innych pacjentów, którzy mogliby odnieść korzyść z innego wykorzystania danych zasobów).

Zapewne niewielu ekonomistów musiało- by tłumaczyć się z opowiedzenia się za kwe-

stiami sprawiedliwości. W praktyce większość ekonomistów zgadza się jednak, że ocena ekonomiczna jest jednym z narzędzi ułatwiających podejmowanie decyzji, które powinno być brane pod uwagę razem z innymi dowodami, w tym kwestiami równości, możliwości uogólniania, jakości badań oraz polityką zdrowotną lub preferencjami społeczeństwa. Można to dostrzec w procesie oceny dokonywanej przez NICE (tab. 1).

Czy metody oceny ekonomicznej są niewłaściwe?

Przekonanie, iż teoria oceny ekonomicznej jest właściwa pod względem etycznym, nie zwalnia z krytyki praktyki oceny ekonomicznej (zresztą podobnie jak oceny klinicznej). Analogicznie, przejrzystość procesu oceny dokonywanej przez NICE nie gwarantuje dokładnej lub rzetelnej oceny. Ograniczenia metod i dostępności danych powodują, że wyniki ocen ekonomicznych, ocen klinicznych oraz analiz dostępnych dowodów są podatne na błędy. Dokonanie idealnej oceny jest dodatkowo utrudniane przez sprzeczne dowody, sprzeczne preferencje, złożone i biurokratyczne procedury, a także nierównowagę wiedzy i umiejętności lobbingu między różnymi grupami interesów. Teoretycznie rzecz biorąc, aby ocenić łączny wpływ wywierany na społeczeństwo przez decyzję o alokacji środków, ocena ekonomiczna wymaga identyfikacji i zmierzenia wszystkich istotnych kosztów i wyników danej interwencji w porównaniu z następnym najlepszym alternatywnym wykorzystaniem tych środków.²³ W praktyce oceny ekonomiczne często nie pozwalają na zrealizowanie tego celu.

W szczególności w ocenach ekonomicznych często nie udaje się uwzględnić wszystkich istotnych kosztów i wyników interwencji. Jeżeli chodzi o koszty, częste są wąskie perspektywy, które mogą prowadzić do nieefektywnej alokacji środków, ponieważ nieważne uwzględnienie wszystkich istotnych kosztów

może zmieniać wnioski uzyskiwane w badaniu.²⁹ Bodźcem do ocen dokonywanych przez firmy farmaceutyczne jest potrzeba przekonania instytucji rejestracyjnych oraz nabywców o korzyściach ze stosowania oferowanych produktów, co zwykle prowadzi do wąskiego skoncentrowania się na jedynie bezpośrednich kosztach świadczeń medycznych. W ramach przedkładania danych ocenianych następnie przez NICE zachęca się do przyjmowania nieco szerszej perspektywy, z uwzględnieniem wszystkich kosztów zdrowotnych i indywidualnych kosztów opieki społecznej. Ta perspektywa jest jednak wciąż wąska, ponieważ ignoruje koszty z zakresu innych sektorów, takich jak koszty kształcenia i mieszkań, koszty ponoszone przez pacjentów i ich rodziny, a także koszty ponoszone przez gospodarkę w wyniku utraty produktywności. Niezależne analizy ekonomiczne mogą być równie złe, ponieważ ich perspektywa jest często wąska z powodu ograniczeń dotyczących czasu lub środków. Świadczenia dla pacjentów z problemami z zakresu zdrowia psychicznego są często realizowane przez wiele instytucji i skoncentrowanie się tylko na kosztach leczenia i opieki społecznej prowadzi do zignorowania kosztów mieszkań, zatrudnienia, edukacji i szkoleń, kosztów ponoszonych przez wymiar sprawiedliwości, a także kosztów, którymi obciążeni są pacjenci i ich rodziny. Knapp³⁰ nazwał te koszty „ukrytymi kosztami chorób psychicznych”. Siedem lat później powiedzielibyśmy, że te koszty nie są wcale ukryte, tylko ignorowane.

Ocena wyników leczenia

Ocena wyników leczenia często skupia się na wąskich wskaźnikach choroby, takich jak objawy kliniczne. Dotyczy to zwłaszcza prób klinicznych, w których ocenia się leki. Natomiast metody oceny dokonywanej przez NICE wymagają uwzględnienia wśród również wskaźników ekonomicznych, wyraża-

TABELA

Ocena ekonomiczna w procesie oceny przez NICE

Koncepcja oceny ekonomicznej jako jednego z wielu dostępnych narzędzi jest uwzględniona na wielu poziomach w procesie oceny dokonywanej przez NICE i obejmuje:

- proces konsultacyjny wykorzystywany podczas wyboru tematu oceny, ustalania zakresu oceny oraz formułowania treści wstępnej wersji oceny
- zakres organizacji zaproszonych do udziału w procesach konsultacji i oceny (producenci lub sponsorzy technologii, krajowe organizacje zawodowe, krajowe organizacje pacjentów, agendy rządowe [Department of Health i Welsh Assembly Government], odpowiednie organizacje NHS w Anglii i lokalne wydziały zdrowia w Walii)
- całość uwzględnionych dowodów (skuteczność kliniczna, efektywność kosztowa oraz dane przedkładane przez konsultowane instytucje)
- możliwość odwoływania się przez konsultowane instytucje od ostatecznych decyzji zawartych w dokonanej ocenie

(National Institute for Clinical Excellence 2004)

nych w zyskanych latach życia skorygowanych o zmianę jego jakości (quality-adjusted life-years, QALY), niezależnie od tego, o jaką chorobę chodzi, i najlepiej opartych na ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem za pomocą kwestionariusza EQ-5D.³¹ Wybór generycznego wskaźnika wyników leczenia jest podyktowany chęcią umożliwienia porównań między różnymi chorobami. Jest to niewątpliwie szersze podejście od skoncentrowania się na określonej chorobie, ale ta perspektywa wciąż nie jest idealna, ponieważ skupia się na jakości życia związanej ze zdrowiem, a nie łącznej użyteczności (dobrobyt/dobrostan), a także ignoruje wszelkie korzystne wyniki leczenia odnoszące się do grup interesu, a nie pacjenta. Kwestionowano wartość kwestionariusza EQ-5D i innych wskaźników wyników leczenia opartych na użyteczności w odniesieniu do złożonych zagadnień, takich jak leczenie chorób psychicznych, ponieważ te wskaźniki koncentrują się zwykle na funkcjonowaniu fizycznym, a nie psychicznym i mogą nie być wystarczająco szerokie, aby uchwycić pełne wyniki leczenia chorób psychicznych.³² W rezultacie generyczne wskaźniki wyników leczenia są rzadko wykorzystywane w badaniach naukowych dotyczących świadczeń z zakresu leczenia problemów zdrowia psychicznego,³³ co stawia tę dyscyplinę w niekorzystnej sytuacji, jeżeli rozważa się przedkładanie danych do oceny przez NICE.

Wąskie perspektywy mogą więc być problematyczne, kiedy dokonuje się oceny wyników leczenia dotyczącego złożonych aspektów zdrowia, takich jak zdrowie psychiczne. Jedno z głównych zastrzeżeń do oceny leczenia choroby Alzheimera dokonanej przez NICE dotyczyło niedoszacowania korzyści odnoszonych przez opiekunów oraz wyłączenia i niedoszacowania pewnych kosztów, w tym zwłaszcza kosztów innych jednocześnie stosowanych leków oraz kosztów opieki w pełnym wymiarze godzin.¹⁶ Podobnie, problemami metodologicznymi związanymi z ekonomicznymi ocenami leczenia ADHD przez NICE, na które zwrócili uwagę Griffin i wsp.,³⁴ jest potencjalne niedoszacowanie korzyści z leczenia poprzez wyłączenie jego wpływu na rodziny, a także niedoszacowanie kosztów poprzez wyłączenie istotnych kosztów związanych z edukacją, przestępczością i produktywnością. Problemy te można rozwiązać tylko poprzez powrót do teorii ekonomicznej i zwrócenie uwagi na wszystkie koszty i korzyści na poziomie całego społeczeństwa.

Drugim źródłem zastrzeżeń metodologicznych dotyczących ocen klinicznych i ekonomicznych oraz syntezy dowodów jest poleganie na dowodach z randomizowanych, kontrolowanych prób klinicznych. Jest wiele niezależnych i randomizowanych ocen efek-

tywności, których jakość jest dobra, ale często większą uwagę przyciągają gorszej jakości badania służące ocenie skuteczności leczenia, zwykle próby kliniczne z użyciem leków, z krótkim czasem obserwacji w wyselekcjonowanych grupach pacjentów, niekoniecznie reprezentatywnych dla ogólnej populacji chorych. Należy pochwalić doskonalenie naukowej jakości dokonywanych ocen, ale trzeba pamiętać o tym, że randomizowane badania kontrolowane niekoniecznie muszą oznaczać dobrą jakość, a dominacja prób klinicznych z użyciem leków może zafałszować oceny na niekorzyść interwencji nefarmakologicznych, które są często podejmowane w takich dziedzinach, jak leczenie problemów z zakresu zdrowia psychicznego.²⁵ Trzeba zatem nadal zwracać uwagę na jakość randomizowanych badań kontrolowanych, a celowi temu służą decyzje redaktorów czasopism naukowych i takich organizacji, jak Cochrane Collaboration, aby opracowywać i rozpowszechniać przeglądy systematyczne, które wymagają ścisłej oceny jakości badań.³⁵

Chociaż nie jest to ograniczenie metodologiczne *per se*, dodatkową trudnością, która często pojawia się w procesie oceny technologii, jest brak odpowiednich danych, zwłaszcza odnoszących się do oceny ekonomicznej. W połowie z pierwszych 22 ocen technologii dokonanych przez NICE, które przeanalizował Raftery,⁹ stwierdzili oni, że przybliżony koszt w przeliczeniu na QALY był bardzo trudny lub niemożliwy do oszacowania, głównie ze względu na brak danych na temat wpływu na jakość życia pacjentów. Było to jedno z głównych ograniczeń oceny dotyczącej leczenia choroby Alzheimera.¹⁶ Najczęściej preferowanym rozwiązaniem jest opieranie decyzji dotyczących alokacji środków na modelach decyzyjnych pełnych założeń i opinii ekspertów. Nie tylko znacznie zwiększa to margines błędu, ale również czyni ocenę niepewną i sprawia, że staje się ona łatwym celem krytyki, co wcale nie musi być takie złe.

Podsumowanie

Chociaż niewiele negatywnych rekomendacji NICE wynikało z niedostatecznej efektywności kosztowej, wystarczy jedna taka negatywna ocena, aby pojawił się problem etyki w ekonomii. Pomimo oczywistego nastawienia na korzyść etycznej zasady sprawiedliwości ekonomiści będą zdecydowanie twierdzić, że w rzeczywistości nieetyczne jest ignorowanie rozważań dotyczących kosztów podczas alokacji ograniczonych zasobów opieki zdrowotnej, ponieważ oznacza to ignorowanie wpływu, jaki decyzje terapeutyczne wywierają na innych pacjentów leczonych w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Dziedzina etyki medycznej jest o wiele bardziej złożona, niż wynikałoby to z tego artykułu. Wszystkie oceny i konstrukcje filozoficzne, na których oparte są decyzje o alokacji środków, są pełne dorozumianych założeń i dylematów etycznych. Autorzy przedstawili punkt widzenia, który, chociaż powszechny, może być oczywiście przedmiotem dyskusji i interpretacji. Twierdzą jednak, że szereg zastrzeżeń „etycznych” wysuwanych przez niektórych komentatorów w stosunku do ekonomicznej oceny technologii zdrowotnych: 1) odnosi się w tym samym stopniu do oceny efektywności klinicznej co oceny efektywności kosztowej; 2) dotyczy bardziej rozbieżności między teoretycznie właściwą oceną ekonomiczną a oceną ekonomiczną w praktyce niż etyki. Zdaniem autorów oceny ekonomiczne są etyczne w teorii, ale problematyczne metodologicznie w praktyce. Tę sytuację utrudniają dodatkowo wskazówki metodologiczne takich organizacji jak NICE, odbiegające od teoretycznych podstaw, na których oparta jest ocena ekonomiczna.

Nawet gdyby oceny ekonomiczne były teoretycznie i metodologicznie idealne, pozostałyby pewne problemy. Przeznaczanie środków na wszystkie świadczenia, dla których wykazano efektywność kosztową, ma dwa ważne ograniczenia. Po pierwsze, fundusze mogą zostać zużyte, zanim wszystkie efektywne kosztowo świadczenia zostaną zrealizowane, jeżeli tych świadczeń jest dużo, są one szczególnie kosztowne lub potrzebne dużej części społeczeństwa. Po drugie, społeczeństwo może preferować sfinansowanie świadczenia, które jest mniej efektywne kosztowo, jeżeli takie świadczenie spowoduje bardziej sprawiedliwą dystrybucję zasobów. Między innymi te uwarunkowania są ważnym powodem, dla którego ocena ekonomiczna nie powinna być rozważana w izolacji, kiedy podejmuje się decyzje o alokacji środków.

Te wnioski odnoszą się do wszystkich dziedzin opieki zdrowotnej, ale mogą być szczególnie problematyczne w bardziej złożonych dziedzinach, takich jak leczenie chorób psychicznych. Złożoność chorób psychicznych, metod leczenia problemów z zakresu zdrowia psychicznego oraz metod oceny wyników leczenia wymaga bardziej skomplikowanych ocen klinicznych i ekonomicznych, co zwiększa możliwość błędu w wyniku trudności metodologicznych i innych ograniczeń. Jeżeli nie weźmie się pod uwagę tych kwestii i nie uwzględni ich w pełniejszej perspektywie w celu uniknięcia zafałszowania wyników ocen ekonomicznych na niekorzyść pewnych dziedzin opieki zdrowotnej, przygotowanie niewłaściwych i nieefektywnych kosztowo wytycznych dotyczących leczenia chorób psychicznych będzie bardzo realne.

From the Advances in psychiatric treatment (2010), vol. 16, 468-473. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- General Medical Council (2006) *Good Medical Practice*. GMC.
- Welsh S, Deahl MP (2002) Modern psychiatric ethics. *Lancet* 359:353-5.
- Duckett SJ (2008) Drug policy down under: Australia's pharmaceutical benefits scheme. *Health Care Financing Review* 25:55-67.
- McMahon M, Morgan S, Mitton C (2006) The Common Drug Review: a NICE start for Canada? *Health Policy* 77:339-51.
- Braae R, McNee W, Moore D (1999) Managing pharmaceutical expenditure while increasing access: the Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) experience. *Pharmacoeconomics* 16:649-60.
- National Institute for Clinical Excellence (2003) *A Guide to NICE*. NICE.
- Rawlins MD, Culyer AJ (2004) National Institute for Clinical Excellence and its value judgements. *BMJ* 329: 224-7.
- Hawkes N, Elliot F (2007) Pain relief drug ruled too costly for the NHS. *The Times* 2 August.
- Raftery J (2001) NICE: Faster access to modern treatments? Analysis of guidance on health technologies. *BMJ* 323: 1300-3.
- Raftery J (2006) Review of NICE's recommendations, 1999-2005. *BMJ* 332: 1268.
- National Institute for Clinical Excellence (2000) *Methylphenidate for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. *Technology Appraisal Guidance* 13. NICE.
- National Institute for Clinical Excellence (2002a) *Guidance on the Use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia* (NICE Technology Appraisal Guidance 43). NICE.
- National Institute for Clinical Excellence (2002b) *Guidance on the Use of Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety and Depression* (NICE Technology Appraisal Guidance 51). NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Parent-training/education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders* (NICE Technology Appraisal Guidance 102). NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) *Donepezil, Galantamine, Rivastigmine (Review) and Memantine for the Treatment of Alzheimer's Disease (Amended)*. *Technology Appraisal Guidance* 111. NICE.
- Ballard C, Sorenson S, Sharp S (2007) Pharmacological therapy for people with Alzheimer's disease: the balance of clinical effectiveness, ethical issues and social and healthcare costs. *Journal of Alzheimer's Disease* 12:53-9.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008a) NICE Response to Judicial Review Appeal Proceedings. NICE (<http://www.nice.org.uk/media/3DD/3E/2008027JRAppealAPP.pdf>).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Fact Sheet: Alzheimer's Judicial Review. NICE (<http://www.nice.org.uk/newsroom/factsheets/alzheimersjudicialreview.jsp>).
- Loewy EL (1980) Cost should not be a factor in medical care. *New England Journal of Medicine* 302:697.
- Williams A (1992) Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics* 18:7-11.
- Williams A (1991) The role of health economics in clinical decision-making: is it ethical? *Respiratory Medicine* 85:S3-5.
- Rutherford D (1995) *Routledge Dictionary of Economics*. Routledge.
- Drummond M, Sculpher M, Torrance GW, et al (2005) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3rd edn). Oxford University Press.
- Arrow K (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53: 941-73.
- Berghmans R, Berg M, van den Burg M, et al (2004) Ethical issues of cost effectiveness analysis and guideline setting in mental health care. *Journal of Medical Ethics* 30:146-50.
- Graber MA (2006) "Can I have that drug I saw on TV?" Justice, cost-effectiveness, and the ethics of prescribing. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* 19:48-9.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2006) *Under Pressure: The Finances of Mental Health Trusts in 2006*. SCMH.
- Rose D (2010) NHS cuts 'threaten talking therapies for psychiatric patients'. *The Times*, April 19.
- Johannesson M (1995) A note on the depreciation of the societal perspective in economic evaluation of health care. *Health Policy* 33:59-66.
- Knapp M (2003) Hidden costs of mental illness. *British Journal of Psychiatry* 183:477-8.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008b) *Guide to the Methods of Technology Appraisal*. NICE.
- Chisholm D, Healey A, Knapp M (1997) QALYs and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32:68-75.
- Gilbody SM, House AO, Sheldon TA (2002) Outcomes research in mental health: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 181:8-16.
- Griffin SC, Weatherly HLA, Richardson GA, et al (2008) Methodological issues in undertaking independent cost-effectiveness analysis for NICE. The case of therapies for ADHD. *European Journal of Health Economics* 9:137-45.
- Higgins JPT, Green S (2008) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 5.0.0, updated February 2008). The Cochrane Collaboration (www.cochrane-handbook.org). National Institute for Clinical Excellence (2004) *Guide to the Technology Appraisal Process*. NICE.
- Suwalska A, Glenn T, Bauer M, et al. Zastosowanie programu ChronoRecord u pacjentów z zaburzeniami nastroju. *Psychiat Pol.* 2004;38(3):261.
- Bauer M, Rasgon N, Grof P, et al. Do antidepressants influence mood patterns? A naturalistic study in bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* 2006;21(4): 262-269.
- Sachs GS. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(422): 7-17.
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression*. Second edition. Oxford, New York 2007.
- Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, et al. Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord.* 1983;5(2):115-128.
- Frye MA, Gitlin MJ, Altschuler LL. Unmet needs in bipolar depression. *Depress Anxiety.* 2004;19(4):199-208.
- Seemuller F, Riedel M, Dargel S, et al. Bipolar depression: Spectrum of clinical pictures and differentiation from unipolar depression. *Nervenarzt.* 2010 Apr 1.
- Benazzi F. Testing predictors of bipolar-II disorder with a 2-day minimum duration of hypomania. *Psychiatry Res.* 2007;153(2):153-162.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 57

Komentarz

Dr n. med. Katarzyna Prot
Centrum Zdrowia Psychicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Artykuł Sary Byford i Barbary Barrett jest ważnym głosem w związku z wejściem w życie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Realizowanie zaleceń Programu oznacza bowiem udział psychiatrów w Radach Ochrony Zdrowia Psychicznego, które będą decydować o priorytetach rozwoju, a więc także finansowania psychiatrii w danym regionie.

Mimo wielu lat od publikacji, także w polskim piśmiennictwie,^{1,2} prac podkreślających konieczność całościowego badania kosztów, decyzje płatnika pozostają związane z „księgowym”, a nie ekonomicznym rozumieniem kosztów (rozdzielenie auterek). Całościowe mierzenie kosztów oznacza uwzględnianie zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich kosztów opieki. Koszt bezpośredni związany jest z wysiłkiem włożonym w redukcję ostrych objawów choroby, zaś pośredni stanowi miarę niesprawności pacjenta (utrata zarobków, opieka rodziny, pomoc socjalna).³⁻⁵ W tym sensie obciążenie rodziny może być uważane także za koszt straconych możliwości zarobkowania.⁶ Badania dotyczące obciążenia rodziny wpisują się w typową dyskusję dotyczącą kosztów rozumianych całościowo – czy ograniczenie hospitalizacji jest prostym przeliczeniem kosztu

szpitala na rodzinę i czy intensywna opieka środowiskowa może redukować obciążenie rodziny.⁷⁻⁹

Podobnie jak w przypadku opieki rodziny bierzemy pod uwagę koszt wynikający z zaangażowania w opiekę, a nie w inną pracę, w przypadku świadczącego usługę – lekarza bądź psychologa bierzemy pod uwagę koszt alternatywny („opportunity cost”) mówiący o tym jak jego czas mógłby być lepiej wykorzystany. Ten koszt wydaje się szczególnie niezauważany, gdy wysoko wyspecjalizowani pracownicy są obciążeni zadaniami biurowymi. Powstaje pytanie: czy system stać na to, żeby lekarz dużą część swojego czasu przeznaczal na wypełnianie historii chorób lub mechaniczne czynności mające na celu rozliczanie się z płatnikiem?

Ważne jest mówienie wprost o etycznym wymiarze konieczności wyboru. W Polsce dyskusja nad wyborem sposobu leczenia w psychiatrii często ogranicza się do leków i praw różnych grup pacjentów do niższych opłat za poszczególne grupy leków. Rządziej myślimy o każdorazowym wyborze przyjęcia tego (a nie innego) pacjenta, zdecydowaniu o psychoterapii indywidualnej (a nie grupowej). Może idąc za myśleniem płatnika, nie cenimy wystarczająco naszego czasu i naszej pracy, odnosimy się przede wszystkim do „wymiernego” (księgowego) rozumienia kosztów?

Im więcej wpływu na decyzje, tym trudniejsza może być konfrontacja z nieidealną rzeczywistością, w której osoby uczestniczące w Radach Ochrony Zdrowia Psychiczne-

go będą musiały decydować – ważniejszy jest program profilaktyki w szkole czy przeciekający dach w szpitalu?

Imponujące jest jak szeroko NICE konsultuje swoje decyzje biorąc pod uwagę nie tylko zdanie specjalistów, ale także pacjentów. W sytuacji przekazywania władzy w ręce Rad warto pamiętać o tak rozumianej demokracji, żeby nie powtórzyć błędu historii.

Piśmiennictwo

1. Prot-Herczyńska K. Badanie kosztów schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 1998;3:307-318.
2. Piotrowski P. *Oszacowanie kosztów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w oparciu o model analizy koszt – skuteczność*, praca doktorska, 2008.
3. Andrews G., Hall W., Goldstein G., Lapsley H., Bartels R., Silove D. The economic costs of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985;42:537-543.
4. Capri S. Methods for evaluation of the direct and indirect costs of long term schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:80-83.
5. Rymaszewska J, Dziełak K, Kiejna A. Niezdolność do pracy oraz świadczenia rentowe osób z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Polska* 2007;2:171-180.
6. Clark R. Family costs associated with severe mental illness and substance use. *Hosp Comm Psychiatry* 1994;45:808-813.
7. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. Skuteczność leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2001;10:289-299.
8. Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer MC. The impact of caregivers' characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:363-74.
9. Prot K, Pawłowska M. The effectiveness of community care for people with severe mental disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2009;4:43-50.