

Pismo uredništvu/Letter to the editor

# PREDPISOVANJE ZDRAVIL ZA PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE OSTEOPOROZE

*Jurij Fürst*

Oddelek za zdravila, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana

## Uvod

Slovenija se na številnih področjih hitro približuje državam EU in vse bolj prevzema njihove standarde. V zdravstvu je vpetost v evropski prostor že dolgo samoumevna. Na področju zdravstva si delimo skupne težave zaradi vse večjih potreb in omejenih ekonomskih zmožnosti. Pomembne pa so tudi demografske spremembe, saj se delež starejše populacije povečuje. Razumljivo je torej, da se izdatki za zdravstvo zvišujejo. Med posameznimi področji izdatkov za zdravstveno varstvo se najhitreje povečujejo izdatki za zdravila.

Osteoporozo sodi med bolezni, ki se jim sodobna medicina vse bolj posveča. Predstavlja družbeni problem, h kateremu je potrebno pristopiti celovito. Osteoporozo je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za zlom kolka. Življenjska ogroženost zaradi zloma kolka začne strmo naraščati po 70. letu starosti. Stopnja hospitalizacije zaradi zlomov kolka pri ljudeh, starejših od 65 let, v zadnjem desetletju narašča predvsem zaradi naraščanja stopnje hospitalizacije pri ženskah (1). Slovenska poraba zdravil za zdravljenje osteoporoze v zadnjih letih močno narašča. Skupni izdatki za specifična zdravila za zdravljenje osteoporoze (difosfonati, kalcitonin) so v letu 2000 znašali 1,3 milijarde SIT, skupaj s hormonskim nadomestnim zdravljenjem pa 1,8 milijarde SIT (tab. 1).

Smernice za zdravljenje osteoporozo so v Sloveniji enake kot v večini drugih držav EU in ZDA (2). Merilo je mineralna gostota kosti pri osebah z več dejavniki tveganja. Osteoporozo opredeljuje znižanje mineralne gostote na hrbtenici ali kolku na manj kot -2,5 standardne deviacije glede na mlade ženske (T vrednost). T < -3,5 pomeni hudo osteoporozo in zajema 28% vseh oseb z osteoporozo (3). Epidemiološki podatki se med seboj zelo razlikujejo. S primerjavo podatkov iz ZDA lahko ocenimo, da ima v Sloveniji osteoporozo med 130.000 in 180.000 žensk (13-18%) (4) oz. po drugih podatkih okrog 340.000 žensk (25% nad 50. letom starosti) (5). Pri moških se pojavlja v 1-6%, odvisno od postavljenih meril. Preračun iz porabe kaže, da zdravimo v Sloveniji s povprečnimi terapevtskimi odmerki omenjenih zdravil okrog 15.000 oseb oz. le 4-11% tistih, ki bi za takšno zdravljenje prišli v poštev. S sedanjo strukturo porabe zdravil bi torej potrebovali za vso zdravljenjano potrebno populacijo vsaj 9-krat večjo vsoto kot sedaj. Ker

imamo visoko rast porabe in ker prihajajo nova draga zdravila (npr. raloksifen), z nacionalnim programom pa tudi spodbujamo preventivne preglede, bodo izdatki za zdravila za osteoporozo brez jasne nacionalne strategije kmalu popolnoma neobvladljivi. Temu pripomore tudi izjemno napadalno farmacevtsko trženje, ki je nasploh značilno za to področje in je, kot se zdi, zelo uspešno.

Najboljšo stroškovno učinkovitost imajo preventivni programi na nacionalni ravni, kamor sodijo spodbujanje telesne dejavnosti, ustrezna prehrana, ne nazadnje pa tudi nadomestno hormonsko zdravljenje, vendar le, če je dolgotrajno. Po farmakoekonomski literaturi so sprejemljivo stroškovno učinkoviti le farmakoterapevtski ukrepi, ki se omejujejo na osebe z visokim tveganjem zlomov. Moderne strategije se usmerjajo na kratkotrajne ukrepe pri najbolj ogroženih osebah (6-8). Le za najstarejšo populacijo so primernejši globalni pristopi z najcenejšimi ukrepi (npr. kalcij in vit. D) (9).

## Hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ)

Predpisovanje HNZ se je v l. 2000 zvišalo za 8% (tab. 1). Najvišji dvig beležijo kombinirani enofazni pripravki. Glede na skandinavske države je predpisovanje HNZ v Sloveniji manj razširjeno (10, 11). Medtem ko je bila slovenska poraba v l. 2000 18,2 definiranih dnevnih odmerkov na 1000 prebivalcev na dan (DDD), je bila danska 31,3 in švedska kar 54,3 DDD.

Prikaz porabe zdravil, namenjenih za HNZ po starostnih skupinah žensk, kaže bistveno razliko med predpisovanjem na Švedskem in v Sloveniji (sl. 1). Vrh predpisovanja je na Švedskem 5 let kasneje. Medtem ko gre v Sloveniji predvsem za simptomatsko zdravljenje perimenopavznih težav, pa ima na Švedskem predvsem vlogo preprečevanja osteoporozo, saj jo predpisujejo celo preko 75. leta starosti (10).

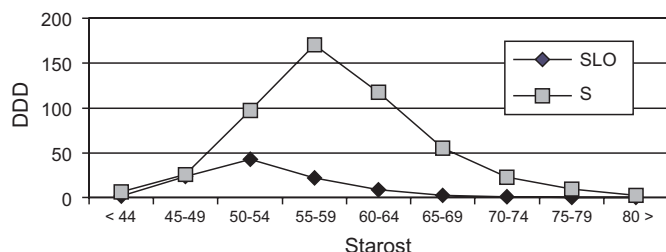
## Difosfonati

Poraba difosfonatov v Sloveniji močno narašča, v l. 2000 kar za 34% (tab. 1). Tudi podatki za prvo polletje 2001 kažejo 36-

Tab. 1. Slovenska poraba zdravil, ki se uporabljajo v preprečevanju in zdravljenju osteoporozo v DDD/1000 preb. na dan in vrednost v SIT v letih 1999 in 2000.

ATC raven	Skupina / zdravilo	Vrednost 1999	Vrednost 2000	Indeks vrednosti	Število DDD 1999	Število DDD 2000	Indeks DDD
G03C	estrogeni	144.497.066	162.735.353	113	6.184.576	6.546.464	106
G03D	gestageni	73.290.928	68.870.824	94	1.531.953	1.504.410	98
G03F	komb. gestagenov in estrogenov	216.275.234	276.495.736	128	4.516.788	5.147.569	114
M05BA01	etidronska kislina	83.856.965	91.512.590	109	253.316	234.724	93
M05BA04	alendronska kislina	432.912.536	697.333.782	161	1.858.080	2.590.476	139
H05BA01	kalcitonin	397.523.853	527.320.578	133	611.669	987.741	161
	Skupaj	1.348.356.582	1.824.268.863	135	14.956.382	17.011.384	114

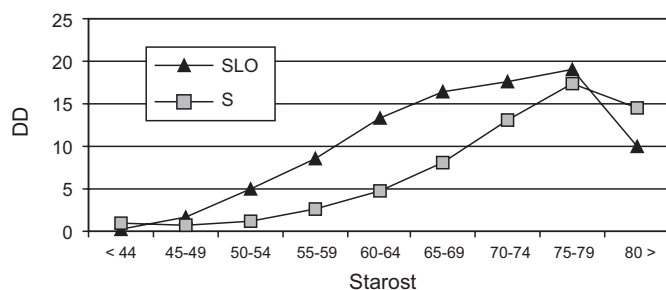
odstotno zvišanje porabe. Narašča le dražji alendronat, medtem ko etidronat upada. Okvirna cena zdravljenja znaša letno za etidronat 24.000 SIT in za alendronat 91.000 SIT. Tab. 2 kaže visoko slovensko porabo glede na skandinavske države (11, 12). Pomembno je poudariti, da na Danskem v nasprotju s Slovenijo prevladuje predpisovanje cenejšega etidronata. Natančnejša primerjava s Švedsko kaže, da se prično difosfonati predpisovati v Sloveniji bistveno bolj zgodaj kot na Švedskem (sl. 2).



Sl. 1. Poraba hormonskega nadomestnega zdravljenja v Sloveniji in na Švedskem v DDD po starostnih skupinah.

Tab. 2. Poraba difosfonatov v DDD/1000 prebivalcev na dan.

Država	Slovenija l. 1999	Slovenija l. 2000	Švedska l. 2000	Norveška l. 2000	Danska l. 1999
Poraba (DDD)	2,9	3,9	1,8	3,7	0,9



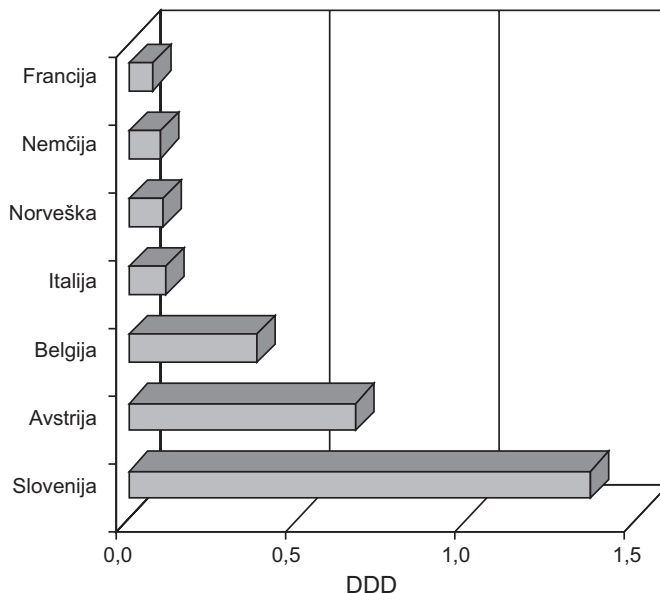
Sl. 2. Predpisovanje difosfonatov v DDD/1000 preb. na dan po starostnih skupinah v Sloveniji in na Švedskem. V obdobju 50–74 let so razlike statistično značilne.

## Kalcitonin

V tabeli 1 je prikazana poraba kalcitonina v Sloveniji in izdatki zanj. V letu 2000 je poraba narasla kar za 61%, narašča pa tudi v letu 2001 (v prvem polletju za 27%). Cena zdravljenja s kalcitoninom znaša letno 235.000 SIT, zato naj bi bil rezerviran le za bolnike, pri katerih so vse druge možnosti zdravljenja izčrpane. V Skandinaviji, Veliki Britaniji in Nizozemski ga ambulantno ne predpisujejo. V tistih državah, kjer je predpisovanje možno v breme zdravstvenega zavarovanja, pa so večinoma omejitve v smislu kratkotrajnega zdravljenja po osteoporotičnih zlomih. Slovenija ima porabo na prebivalca dvakrat višjo kot najbližja Avstrija (sl. 3).

## Sklep

V desetletju, posvečenem boleznim gibal, se bomo v Sloveniji intenzivneje posvečali tudi osteoporozi, ki sodi med najpogostejše bolezni razvitega sveta (13). Ob nujnosti celovitega pristopa s poudarkom na preprečevanju osteoporoze pa ne sme-



Sl. 3. Poraba kalcitonina v DDD/1000 prebivalcev na dan v Sloveniji in nekaterih državah EU.

mo zanemariti diagnostike in zdravljenja. Izdatki za zdravljenje so visoki in kot kaže, bodo že kmalu neobvladljivi. Zato je nujno, da sprejmemo nacionalni program, ki bo določil okvire za diagnostiko in terapevtske smernice. Oblikovan pa mora biti tako, da bo usklajen z ekonomsko močjo naše družbe.

## Literatura

1. Rok-Simon M, Komadina R. Bolezni in poškodbe gibal v Sloveniji – posnetek stanja in strategije NAN Slovenije. Zbornični akti (Desetletje gibal). Isis 2001; 10: 5–10.
2. Anon. NIH Consensus development panel on osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001; 285: 785–95.
3. Pressman A, Forsyth B, Ettinger B, Tosteson ANA. Initiation of osteoporosis treatment after bone mineral density testing. Osteoporos Int 2001; 12: 337–42.
4. Looker AC, Orwoll ES, Johnston CC Jr, Lindsay RL et al. Prevalence of low femoral bone density in older U.S. adults from NHANES III. J Bone Miner Res 1997; 12: 1761–8.
5. Iqbal MM. Osteoporosis: Epidemiology, diagnosis and therapy. Southern Medical Journal 2000; 93: 2–18.
6. Ankjaer-Jensen A, Johnell O. Prevention of osteoporosis: cost-effectiveness of different pharmaceutical treatments. Osteoporos Int 1996; 6: 265–75.
7. <http://www.mgp.ltd.uk/eguidelines/guidelines.../compston-osteo-oct00.ht>
8. Ebeling PR. Bisphosphonates – clinical applications in osteoporosis. Austr Presc 2000; 23: 133–6.
9. Kanis JA, Dawson A, Oden A, Johnell O, de Laet C, Jonsson B. Cost-effectiveness of preventing hip fracture in the general female population. Osteoporosis Int 2001; 12: 356–61.
10. Anon. Svensk läkemedelsstatistik 2000. Stockholm: Apoteket AB, 2001: 141–4.
11. Danska poraba zdravil: <http://www.medicinpriser.dk/docushare/dscgi/ds.py/View/Collection-154>.
12. Anon. Drug consumption in Norway 1995–1999. Oslo: Norsk Medisinaldepot ASA, 2000: 135–43.