

## הפנקס פתוח, וחברת התרופות עוקבת

מאת אבינעם רכס

**איך זה שחברות הפרמצבטיקה יודעות בדיוק איזה מרשם רושם כל רופא?**

לפני כמה חודשים נפגשתי בבית החולים שבו אני עובד עם שני נציגים בכירים של חברת תרופות רב-לאומית גדולה ומוכרת. האחד היה המנכ"ל בישראל של אותה חברה, והשנייה היתה "מנהלת מוצר", האחראית לשיווק של תרופה מסוימת. השיחה נסבה, בין היתר, על מקומה ומעמדה של התרופה מול תרופות מתחרות. לפתע התריסה בפני מנהלת המוצר: "אבל אתה לא רושם מספיק מרשמים של התרופה שלנו".

קשה לתאר את מידת ההפתעה והכעס שחשתי באותו רגע. התברר לי לתדהמתי כי חברת התרופות יודעת כמה מרשמים של אותה תרופה אני נותן לחולים הנמצאים בטיפול. שפת הגוף של מנהלת המוצר היתה של מבוכה רבה. היא ניסתה לחפות על הטעות שעשתה מתוך חוסר זהירות או טיפשות, אך האווירה נותרה מתוחה והשיחה הגיעה לסיומה במהירות.

לחברות התרופות יש עניין כלכלי רב ב"התנהגות המרשמית" של הרופאים. החברות מעוניינות לדעת דרך קבע כיצד מתנהל שוק התרופות, ומאחר שהרופאים הם "סוכני המכירות" העיקריים בשוק זה, הן אוספות ביעילות רבה מידע רב ומתוחכם על שכיחות המרשמים הרפואיים השונים הניתנים על ידם. מרבית הרופאים אינם יודעים כלל כי הם נתונים למעקב כזה, ושהחלטותיהם הרפואיות הן שקופות וחשופות בפני אנשי השיווק של תעשיית התרופות.

### כורים מידע

מאז שנות ה-50 התפתחה בארה"ב ובקנדה תעשיית מידע העוסקת באיסוף, ניתוח ועיבוד של נתונים על מרשמים רפואיים, ומכירת מידע זה לתעשיית התרופות תמורת כסף רב. תעשייה זו אף זכתה לכינוי ייחודי המאפיין אותה, "כריית מידע ממרשמים רפואיים" (Prescription Data Mining). כמה חברות פועלות בתחום זה, והבולטת שבהן היא חברת "IMS health". בסיסה בקונטיקט שבארה"ב, ושפועלת בכמה מדינות, לרבות ישראל.

החברה עוקבת אחר כ-70% מהמרשמים הניתנים בארה"ב. ב-2005 דיווחה חברה זו על רווחים של 1.75 מיליארד דולר ממכירת מידע רפואי. עיקר רווחיה נבע ממכירת נתונים המשמשים ל"הגברת יעילות כוח השיווק". מאחורי מלים רכות אלה מסתתרת טכנולוגיית איסוף מידע רחבת היקף המחייבת דיון ציבורי גלוי ופתוח.

כך, לדוגמה, אוספת חברת IMS בקנדה מידע ממוחשב ב-4,500 בתי מרקחת מתוך כ-7,000 בתי מרקחת הפועלים במדינה. האיסוף נעשה באופן ממוחשב, על ידי תוכנות ייעודיות המושתלות במחשבים של בתי המרקחת. הדבר נעשה בתוקף הסכמים מסחריים עם הנהלות הרשתות הגדולות של בתי המרקחת שם. בתי המרקחת גובים תשלום עבור המידע היוצא מהם.

המידע, לפי הנטען, אינו כולל את זהות המטופל, אך הוא מכיל מידע חלקי על הרופא שכתב את המרשם, לרבות מספר הרישיון הרפואי שלו. כאשר מצליבים את המידע החלקי הזה, לדוגמה, עם מרשם התושבים הקנדי, ניתן לשחזר בקלות את זהותם של כ-70% מהרופאים. לכל רופא יש בדו"ח הקנדי של IMS מספר זיהוי אישי (FINDr), המאפשר למעשה מעקב ממוחשב ורצוף, יום-יומי, על כמות המרשמים שניתנו על ידו ועל סוג התרופות שהוא משתמש בהן. מידע זה מועבר אוטומטית ובאופן שוטף לחברת איסוף המידע, וממנה הוא מועבר תמורת תשלום לחברות התרופות.

המצב בארה"ב אינו טוב יותר. שם, למרבה הפלא, משתפת ההסתדרות הרפואית האמריקאית (AMA) פעולה עם חברות איסוף המידע ומוכרת להם נתונים דמוגרפיים על הרופאים ממסד הידע שלה תמורת כ-45 מיליון דולר בשנה.

המידע העובר לחברות התרופות חושף את הרופאים למאמצי שיווק מתוחכמים. כאשר נפגש נציג מכירות של חברת תרופות גדולה עם רופא מסוים, הוא מחזיק בידו, במחשב כף היד, מידע מפורט על סוג וכמות המרשמים הניתנים על ידי אותו רופא, מבלי שזה יהיה מודע לכך. כך יכול סוכן המכירות להפעיל "תגמול" או "עונש" מידיים בתגובה להתנהלותו המקצועית של הרופא, ובהתאם לאינטרסים הכלכליים של חברת התרופות שהוא מייצג. באמצעים אלה ניתן לתפור "חליפת שיווק" אישית לכל רופא, ולעקוב בדיוק נמרץ על ההשפעה שיש לשיווק זה על התנהגותו.

סקרים שנערכו על ידי ארגוני הרופאים בקנדה ובארה"ב הראו, כי חלק גדול מהרופאים שם אינו מודע כלל לעובדה כי מידע הנאסף אודותם, שחושף את התנהגותם המקצועית, משמש סחורה רבת ערך בשוק המידע הרפואי. הרוב המוחלט של הרופאים, באותם סקרים, הביעו התנגדות נחרצת להמשך חשיפה זו, הנעשית שלא בידיעתם ובלא הסכמתם המפורשת. רובם גם התנגדו לעשיית רווחים ממידע הנאסף אודותם.

קנדה, למיטב ידיעתי, הקדימה בדיון הציבורי את מרבית מדינות העולם בנושא זה. במחוז קולומביה הבריטית "כריית" מידע פרטני נאסרה בחוק והכללים האתיים של איגוד הרוקחים שם אוסרים מכירת מידע כזה לחברות התרופות. הבסיס לאיסור שנקבע הוא הטענה כי זו חדירה לא ראויה לפרטיות הרופא, וכי חדירה כזאת אינה משרתת את האינטרס הציבורי. ניתן עם זאת לאסוף "מידע מלוקט" מהמחוז כולו, ברשת ממוחשבת שנבנתה לצורך כך, מבלי שניתן יהיה לבודד מידע על רופא מסוים.

ההסתדרות הרפואית הקנדית (CMA) התייחסה לעניין בנייר עמדה מפורט מ-1997. עמדה זו קובעת כי "כריית" מידע פרטני על רופאים חייבת להיעשות בצורה גלויה ושקופה, לפי החוק ובהתאם לכללי האתיקה. איסוף כזה אפשרי רק אם הוא לא מפר את הסודיות הרפואית של החולה ואינו חודר לחיים הפרטיים של הרופאים. עוד נאמר שם, כי איסוף פרטני של מידע ייעשה רק כאשר מדובר בטובת הציבור ולצורך שיפור הטיפול הרפואי. מידע פרטני כזה, בשימוש ראוי,

צריך לשמש "היזון חוזר" לרופא על הצורה שבה הוא מטפל בחוליו ולצורך שיפור הידע המקצועי שלו.

נייר העמדה קובע, כי יש ליידע את הרופאים על המידע הנאסף אודותם, על זהות החברות המסחריות שאליהן מועבר המידע, וכי יש לקבל מראש ובכתב את הסכמתם לכך. ההסכמה ניתנת לפרק זמן קצוב ולרופא נשמרת הזכות לסרב להעביר חלק מסוים של המידע או את כולו. נייר העמדה קורא לחברות המידע הרפואי להעמיד את המידע הנאסף על רופא מסוים לרשות אותו רופא, יחד עם מידע מלוקט נוסף הרלוונטי לתחום עיסוקו. בכך יכול המידע לשמש אמצעי לימוד ושיפור השירות הרפואי לכלל החברה.

### **ומה עם החיסיון**

הדאגה להשפעה אפשרית על טוהר המרשמים של הרופאים חצתה לאחרונה את הגבול בין קנדה לארה"ב. בתמיכת איגודי הרופאים, עמותות החולים והצרכנים, היתה מדינת ניו המפשייר הראשונה בארה"ב לאשר, ביוני 2006, חוק האוסר על חברות פרטיות "לכרות" מידע מרשמי על רופאים. החוק מתיר איסוף כזה רק לרשויות המדינה ולצרכים של בריאות הציבור וניהול מדיניות רפואית בלבד.

חברות איסוף המידע רפואי, ובראשן IMS, עתרו מיד לבית המשפט בטענה כי החוק מפר את החוקה האמריקאית בדבר חופש הדיבור והמידע. בית המשפט פסק באפריל השנה לטובת חברות המידע וקבע כי המידע אינו אישי "על הרופא", אלא תוצאה של עבודתו המקצועית, וככזה אין עליו כל חיסיון. נציגי המדינה הודיעו בתגובה כי בכוונתם לעתור לערכה שיפוטית גבוהה יותר נגד פסק הדין.

מדינות נוספות בארה"ב החלו הולכות בעקבות ניו המפשייר ובשנה האחרונה התקבלו חוקים דומים המגבילים את "כריית" המידע על רופאים גם במדינות ורמונט ומיין. במדינות רבות אחרות בארה"ב נמצא תהליך החקיקה בשלבי הראשוניים בלבד. הנחת היסוד של המחוקקים באותן מדינות היא, כי מעקב כזה חושף את הרופאים ללחצים והשפעה לא ראויה של תעשיית התרופות וכתוצאה ממנה הם עשויים לרשום תרופות אתיות חדשות שרובן יקרות יותר מאלה הנמצאות כבר בשוק. בכך תיגרם הוצאה כספית גדולה יותר ויקשה לנהל את מדיניות הבריאות באותן מדינות.

טענה זו מתבססת על העובדה שבעשור האחרון הוכפלה פי חמישה ההוצאה הלאומית בארה"ב על תרופות מרשם. שליש מעלות נוספת זו מייחסים החוקרים לשיפור שחל ביעילות השיווק לרופאים. החברות ל"כריית מידע רפואי" ערות לאיום המתגבש נגדן והמאבק המשפטי שלהן נגד החקיקה במדינות אלה רק בתחילתו.

ההסתדרות הרפואית האמריקאית (AMA) נאלצה לפני כשנה למצוא איזון בין דרישה גוברת של

חבריה לפרטיות ולאוטונומיה מקצועית, לבין האינטרסים המנוגדים של תעשיית התרופות. עמדת ההסתדרות הרפואית האמריקאית נגועה בניגוד אינטרסים מובהק, מאחר שחלק ניכר מהכנסותיה הוא ממכירת מידע ממוחשב על חבריה לתעשיית התרופות.

בנייר עמדה משותף של ההסתדרות הרפואית האמריקאית וחברות התרופות נעשה מאמץ להגיע להגבלה ופיקוח עצמיים באיסוף המידע כדי למנוע התערבות אפשרית נוספת של המחוקק ולבלום ניסיונות חקיקה במספר הולך וגדל של מדינות בארה"ב. לפי "התוכנית לצמצום המידע על הרופאים", שנכנסה לתוקף במאי 2006, רשאי רופא להוציא עצמו ממאגר המידע. יציאה זו אינה שלמה - הרופא רשאי רק לדרוש, כי מידע אישי עליו לא יימסר לנציגי החברה הנפגשים עמו ולא להממונים עליהם, אך הנהלות חברות התרופות עצמן ימשיכו לקבל כמקודם את המידע.

בדיקה שנערכה לאחרונה מראה, כי רק 25% מהרופאים בהסתדרות הרפואית האמריקאית יודעים על תוכנית חדשה זו ורק 1% מהם בחרו באפשרות לקבלת החיסיון. אין פלא שנתונים אלה מעוררים ביקורת רבה נגד ההסתדרות הרפואית האמריקאית בשל כנות כוונותיה.

בישראל לא התקיים עד כה, למיטב ידיעתי, כל דיון ציבורי במסגרת החוקית הראויה שבה צריכות לפעול החברות ל"כריית" מידע רפואי ועל ההשלכות האתיות, החברתיות והכלכליות שיש לפעילות זו. חוק זכויות החולה מבטיח את פרטיותו של החולה, אך מי ישמור גם על פרטיותו המקצועית של הרופא?

אבינעם רכס הוא פרופסור לנוירולוגיה ב"הדסה" ויו"ר הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל

הכתבה פורסמה באתר הארץ

אתר הארץ :

<http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/934913.html>