



## Pátá konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě

### ZDRAVOTNICTVÍ – ZÁTĚŽ VEŘEJNÝCH FINANČÍ, NEBO TVŮRCE HODNOT?

#### Klíč pátý: Role dodavatelů léků a techniky

Kontinuální cyklus odborných diskusí Euro forum pokračoval 18. října 2005, už tradičně v kongresovém sále pražského hotelu Pyramida, konferencí s názvem „Zdravotnictví – zátěž veřejných financí, nebo tvůrce hodnot?“, která se věnovala roli dodavatelů léků a techniky. Navázala na předchozí čtyři diskuse hledající odpovědi na klíčové otázky zdravotního systému v České republice: Klíč první: poznání šíře a hloubky problému financování zdravotnictví aneb Jak dlouho je ještě současný systém udržitelný? (duben 2005), Klíč druhý: postavení občana v systému zdravotnictví aneb Reforma zdravotnictví: pacient, nebo občan? (květen 2005), Klíč třetí: Role poskytovatelů zdravotní péče aneb Patří do zdravotnictví slovo „byznys“? (červen 2005) a Klíč čtvrtý: Role zdravotních pojišťoven (září 2005).

Pořadatelem konferencí Euro forum je Institut ekonomických studií (IES) při Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy (FSV UK) v Praze spolu s agenturou Bison & Rose.

Příští konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě se pod názvem „Jak moc potřebujeme stát ve zdravotnictví“ uskuteční 22. listopadu 2005. Závěrečný, šestý klíč se bude věnovat vymezení role státu, krajů a obcí v systému zdravotní péče.

Veškeré informace jsou k dispozici a registrace probíhají na adrese:

[www.euro-forum.cz](http://www.euro-forum.cz) nebo  
[euroforum@bisonrose.cz](mailto:euroforum@bisonrose.cz) nebo  
na infolince: 233 014 035.



hlavní partneři projektu:



mediální partner:



odborný partner:





Dopolední přednáškovou část konference moderoval PharmDr. Josef Suchopár, ředitel a předseda představenstva společnosti InfoPHARM. Kromě toho je členem České farmaceutické společnosti, výboru ČFS, České farmakologické společnosti a České společnosti pro parenterální a enterální výživu. Působí také jako externí učitel na Farmaceutické fakultě UK. Je autorem mnoha článků v odborných časopisech, skript, kongresových sdělení a dalších českých i zahraničních publikací.

## V dopolední části programu vystoupilo pět přednášejících s následujícími příspěvky:

**MUDr. Ivo Židek, Mezinárodní asociace farmaceutických společností (MAFS)**  
Dostupnost léků a zdravotnické techniky

**PhDr. Lucie Antošová, IES FSV UK Praha**  
Zdravotnictví jako součást národního hospodářství

**MUDr. Miroslav Palát, MBA, EUCOMED – Evropská asociace výrobců zdravotnických prostředků**

Pokrok ve zdravotnických technologiích a hodnota, kterou přináší

**Doc. MUDr. Karel Němeček, CSc., VZP ČR**  
Pohled zdravotních pojišťoven na stanovení úhrad léčiv a PZT

**MUDr. Tomáš Szalay, Health Policy Institute**  
Zkušenosti s novým systémem kategorizace léků na Slovensku



## MUDr. Ivo Žídek

V roce 1985 ukončil studia na Fakultě všeobecného lékařství v Praze, do roku 1991 působil jako urolog. O rok později založil v České republice pobočku společnosti Synthelabo a stal se jejím ředitelem. Od roku 1999 působil jako ředitel nadnárodní francouzské farmaceutické firmy Sanofi-Synthelabo v Praze. Vloni se stal členem Expertní pracovní skupiny pro reformu systému zdravotnictví při ministerstvu financí, zaměřuje se na lékovou politiku. Od loňského roku rovněž stojí v čele českého zastoupení společnosti Sanofi-Aventis. V rámci Mezinárodní asociace farmaceutických firem (MAFS) působí jako člen představenstva a spolupředseda Výboru pro vztahy s veřejností.

### Motto: „Registrace léků u nás trvá příliš dlouho“

„Naše asociace není spokojená s úhradou léků,“ prohlásil na úvod MUDr. Ivo Žídek z Mezinárodní asociace farmaceutických společností (MAFS). Na Euro foru přednesl příspěvek na téma Dostupnost léků a zdravotnické techniky.

Dostupnost léčiv je podle něj dána procesem a délkou trvání registrací, fyzickou dostupností na trhu, cenou, výší úhrady z veřejných prostředků, návyky a očekáváním občanů, kupní silou obyvatelstva, systémem poskytování zdravotní péče a v neposlední řadě právními možnostmi v oblasti reklamy.

„V současné době se setkáváme s tím, že proces registrace trvá 80, ale i 120 dní, zatímco podle evropských direktiv by měl trvat 30 dní. Bojuji za to, aby česká vláda konečně vzala na vědomí, že jsme v Evropské unii,“ prohlásil Ivo Žídek.

Z výdajů na zdravotnictví představuje v České republice téměř čtvrtina (23 procent) úhrady za léky. „Podíl celkových výdajů je nicméně mediálně přeceňován. Je to pochybný údaj, protože jde jen o podíl ve vztahu k ceně práce a podobně. Navíc se v tomto ohledu pohybujeme na úrovni Francie, Itálie nebo Španělska,“ domnívá se MUDr. Žídek.

Pokud jde o celkové výdaje na zdravotnictví a osobu v paritě kupní síly, Česká republika je srovnatelná s Maďarskem a Portugalskem, ve výdajích na léčiva se pohybujeme na evropském průměru a „příliš nevybočujeme z řady“.

„Dnešní generika jsou velmi kvalitní,“ podotkl



Ivo Žídek. Zajímavé jsou podle něj údaje o trzích evropských států. Největší počet registrovaných generik vykazují Česká republika, Německo, Velká Británie a Portugalsko. Tato situace je daná historickým vývojem v jednotlivých zemích nebo opatřením vlád. „Česká republika stojí spolu s Dánskem, Velkou Británií a Německem na špičce v počtu balení generik a ve výdajích za ně,“ řekl I. Žídek.

Statistické údaje hovoří o tom, že průměrná cena jednoho balení léčiva se v České republice od roku 1994 ztrojnásobila. „To je sice pravda, ale v médiích se nikdy neuvádí, proč tomu tak je. Ze studie Infopharm vyplývá, že nárůst výdajů tvoří ze 70 procent nová, modernější farmaka. Jsem proto skeptický ke zmrazování výdajů za léky, protože to by znamenalo zajistit, aby nedocházelo ke změnám v objemu a struktuře,“ uvedl doktor Žídek.

Připomněl, že se pacienti podle údajů Českého statistického úřadu v loňském roce z celkové zdravotní péče nejvíce finančně podíleli na úhradě léků bez receptu (37,8 procenta), dále na úhradách léků předepsaných lékařem (22 procent) a léčebných a protetických prostředků (16,4 procenta). Ze statistik také vyplývá, že tyto výdaje jsou na vzestupu. Z jednotlivých sociálních skupin doplácejí na léky nejvíce důchodci. Vloni například průměrně dopláceli za léčiva předepsaná lékařem přes 800 korun a za volně prodejné léky zaplatili bezmála tisícovku.

Vývoj od roku 1999 do loňska ukazuje, že finanční spoluúčast pacientů stagnuje pouze v ambulantní a lůžkové péči. Doktor Žídek proto navrhl, aby se zvážila spoluúčast pacientů i u lůžkové péče. „Bylo by to jedno z možných řešení,“ soudí.

## PhDr. Lucie Antošová

V letech 1999 až 2005 absolvovala magisterské studium v oboru ekonomické teorie na Institutu ekonomických studií fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. V roce 2003 studovala na Katolické univerzitě v Lovani (Université catholique de Louvain) v Belgii. Na jaře 2005 složila na IES FSV UK rigorózní zkoušky a získala akademický titul PhDr. V současnosti je studentkou doktorského programu ekonomie na stejném institutu FSV UK. Specializuje se na oblast veřejných financí se zvláštním zaměřením na ekonomii zdravotnictví.

V roce 2004 byla poradkyní ministra financí ČR a místopředsedy vlády pro strukturální reformy veřejných rozpočtů. Mimo jiné se podílela na činnosti expertní skupiny ministra pro spolupráci se Světovou bankou v oblasti systému veřejného zdravotního pojištění a možnosti jeho reformy v návaznosti na veřejné rozpočty. V současné době pracuje pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR.

## Zdravotnictví je součástí národního hospodářství

Hovořit o zdravotnictví pouze jako o odvětví, které spotřebovává finanční prostředky, by bylo krajně nespravedlivé, uvedla v úvodu svého příspěvku L. Antošová. Samozřejmě že zároveň produkuje hodnoty, potíží je však v tom, nakolik jsou měřitelné.

Mezi zmiňované hodnoty patří v první řadě uspokojování potřeb obyvatel být zdravými – kategorie pohřichu finančně nevyčíslitelná. Leda bychom ji převedli na rovnici, že zdravý člověk může pracovat a tedy se podílet na produkci v jiných hospodářských odvětvích.

L. Antošová nicméně provedla výpočty všech vstupů i výstupů zdravotního systému v ČR a dokázala, že i samo zdravotnictví přispívá k tvorbě hrubého domácího produktu (HDP). Na vstupech spotřebovává podle jejích údajů asi 2,2 % HDP a produkuje cca 5,2 % HDP ročně (bez výdajů za léky a prostředky zdravotnické techniky). Z toho vyplývá, že zdravotnický sektor vytváří přidanou hodnotu v podobě lidské práce a zisků ve výši přibližně 3 % hrubého domácího produktu ročně. Je to hodně, nebo málo?

Než L. Antošová odpověděla na tuto otázku,

připomněla, že se zdravotnictví z národohospodářského pohledu řadí mezi tzv. high-tech odvětví, protože zaměstnává vysoce kvalifikované pracovní síly a využívá nejmodernějších technologií. Podíl vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví činí 21 %. Jen pro srovnání: v bankovníctví a pojišťovnictví je to 24 %, v oblasti nemovitostí a služeb pro podniky (včetně informačních technologií) pak 26 %. Naopak v pohostinství a ubytovacích službách najdeme pouhých 2 % vysokoškoláků, v průmyslu 6 %, v zemědělství 8 %, a ve stavebnictví 9 %. Průměr v ČR je 12 % vysokoškolsky vzdělaných pracovníků v odvětví.

V ekonomice platí, že čím více vysoce kvalifikovaných sil obor zaměstnává, tím je produktivnější. L. Antošová však přepočítala vyprodukovanou přidanou hodnotu na jednoho pracovníka a zjistila, že zdravotnictví se navzdory svým 21 % vysokoškoláků umístilo s přidanou hodnotou



307 725 Kč ročně na pracovníka jen těsně před pohostinstvím a ubytovacími službami. Průmysl, zemědělství, stavebnictví i ostatní obory je v produktivitě výrazně předčí!

Možné vysvětlení vidí L. Antošová mimo jiné v tom, že jednotlivá zdravotnická zařízení i systém jako celek spotřebovávají na vstupu neúměrně mnoho, to znamená, že s prostředky nenakládá efektivně. Příčinou může být i fakt, že český zdravotní systém produktivitu příliš nepodporuje, protože není jeho prioritou. Je to ovšem chyba, protože obor by se mohl jako high-tech odvětví stát naopak konkurenční výhodou České republiky. Aby však stálo za to jeho služby vyvážet, musí začít fungovat poptávka a nabídka zdravotnických služeb a hlavně zde musejí existovat jasně stanovené ceny.

## MUDr. Miroslav Palát, MBA

Narozen v roce 1962. Fakulta všeobecného lékařství UK Praha 1989, MBA Katz Graduate School of Business, Pittsburgh University USA 2002, pracoval jako lékař 9 let nejdříve v Československu, později ve Velké Británii, v Německu. Po návratu do České Republiky vstoupil v roce 1999 do společnosti Johnson&Johnson, sektoru zdravotnických prostředků, ve funkci specialisty ekonomických výstupů. Po postupu na pozici ředitele klinických a ekonomických výstupů pro střední Evropu v roce 2000 se začal více věnovat otázkám úhrad i regulativy zdravotnických prostředků v zemích střední Evropy. Zastával různé pozice v asociaci dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed. Od roku 2002 se angažuje v evropském sdružení výrobců zdravotnických technologií EUCOMED, kde v letech 2003 – 2005 vedl skupinu kandidátských zemí a později nových členských států. V současnosti se angažuje v EUCOMED v pracovní skupině, která se věnuje makro ekonomické hodnotě zdravotnických technologií.

### Motto: „ČR vydává na technologie více než EU a USA“

Přednáškou na téma Pokrok ve zdravotnických technologiích a hodnota, kterou přináší, přispěl na Euro foru MUDr. Miroslav Palát, MBA, zastupující EUCOMED – Evropskou asociaci výrobců zdravotnických prostředků.

Čím se liší léky od zdravotnických prostředků? Kromě odlišného působení vykazují na rozdíl od zdravotnických prostředků menší různorodost a mají dlouhý produktový cyklus. Různorodost se projevuje biotechnologiemi, jemnou mechanikou, lékařskými zobrazovacími a komunikačními metodami apod. Pokrok žene především podnikatelský záměr.

Jak „lehce“ se zdravotnické prostředky dostanou k pacientům? „V různých evropských zemích, které jsou na stejné vývojové úrovni, se léčí velmi odlišnými způsoby,“ řekl MUDr. Palát. Jednoduše platí „co země, to jiný způsob“. Všechno záleží na způsobu financování jednotlivých zdravotnických sektorů, kompetencích účastníků, preferencích místní „školy“ medicíny a množství peněz v systému. „Zachování života má ekonomickou

hodnotu. Prevence je výhodnější, ale jen u jedince, z hlediska společnosti bude vždy dražší než léčba,“ prohlásil M. Palát.

Účastníkům Euro foru rovněž představil údaje o výdajích evropských států a USA na zdravotnictví. Česká republika do něj investuje v přepočtu 4,7 miliardy eur, což je velmi málo. Například počtem obyvatel srovnatelná Belgie má výdaje na zdravotnictví 22,7 miliardy eur, Portugalsko 11,3 miliardy eur, Řecko 12,2 miliardy eur, Rakousko 16,9 miliardy eur, Švédsko 21,3 miliardy eur, avšak Maďarsko pouze 3,9 miliardy eur.

Ve vztahu k hrubému domácímu produktu (HDP) je na tom ČR se svými 7,3 procenta lehce podprůměrně. Na vrcholu stojí Švýcarsko (11,1 %) následováno Německem (10,7 procenta), na opačném konci jsou Lotyšsko a Slovensko



s 5,7 procenta. Pro zajímavost, Spojené státy americké vydávají na zdravotnictví bezmála 14 % svého HDP.

Ovšem pokud jde o podíl výdajů na nové zdravotnické technologie, je na tom Česká republika se 7,9 procenta velmi dobře, dokonce lépe než EU (6,4 procenta) a USA (5,1 procenta). „Částka 10 miliard korun vydaných Českou republikou na technologie znamená stejnou částku, kterou každý z nás zaplatí za prohranou arbitráž ve věci TV Nova nebo jako náš podíl na zemědělských dotacích EU,“ řekl M. Palát.

Upozornil, že pozitivní vztah mezi investicemi do zdravotnických technologií a výstupy péče prokázaly i mikroekonomické studie. „Je potřeba na tyto věci nahlížet věcně, nikoli politicky nebo ideologicky,“ prohlásil.

Každá technologie má pro jednotlivé účastníky



jinou hodnotu. Účastníky se rozumí poskytovatelé (zdravotníci, manažeři), pacienti, pro které je důležitá zejména zvýšená kvalita života, dále plátcí péče, zřizovatelé (zdůrazňují návratnost investic), stát a různé zájmové skupiny.

A co si M. Palát myslí o liberalizaci zdravotnictví? „Trh nevyřeší všechno, ale určité tržní prvky mohou přinést zvýšení efektivity,“ domnívá se.

## Doc. MUDr. Karel Němeček, CSc.

V roce 1977 vystudoval Fakultu všeobecného lékařství na Univerzitě Karlově v Praze, v roce 1981 získal první a v roce 1984 druhou atestaci z vnitřního lékařství. V roce 1990 se stal docentem pro obor vnitřní lékařství a v roce 1992 získal atestaci z nefrologie.

V letech 1977 až 1998 působil ve Všeobecné fakultní nemocnici a na 1. lékařské fakultě UK, od roku 1994 rovněž jako primář hemodialyzačního střediska. Zároveň v letech 1993 až 1998 externě spolupracoval s VZP. Od roku 1998 trvale působí na Oddělení léčiv a PZT ve Všeobecné zdravotní pojišťovně, kde se zaměřuje na účelnou farmakoterapii a kategorizaci léčiv. Od letošního roku je ředitelem odboru politiky léčiv a ZP. Dále je členem Kategorizační komise MZ ČR, předsedou vědecké rady IZPE, členem výboru ČFES a členem hodnotitelské komise nadačního fondu Dr. Paula Jansseny.

### Motto: „Chyba spočívá v maximálních cenách“

Doc. MUDr. Karel Němeček, CSc. z Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) na začátku svého vystoupení uvedl, že cílem lékové politiky zdravotních pojišťoven je zajistit nemocným bezpečné, účinné a kvalitní léky za přijatelnou cenu.

Maximální ceny léků, které jsou hrazeny z prostředků zdravotních pojišťoven, stanovuje ministerstvo financí (MF) s tím, že platí jeden rok. U zahraničních preparátů MF vychází z ceníků firmy a zohledňuje kurzy, u domácí produkce vychází z výrobních nákladů. „Právě v maximálních cenách je chyba,“ prohlásil Karel Němeček.

Jako příklad uvedl jistý nejmenovaný lék pro chronické pacienty, jehož maximální cena byla ministerstvem financí stanovena na 4440 korun za balení. Úhradu pojišťoven MF stanovilo na 1650 korun, zbytek měl doplatit pacient. Vzhle-

dem k tomu, že reálná cena v lékárně pak činila 1700 korun, pacienti doplatili za balení pouhých 50 korun. Náklady VZP za šest měsíců po uvedení přípravku na trh dosáhly 24 milionů korun.

„Chyba byla ve stanovení maximální ceny. Kdyby



se snížila, pro úhradu v lékárně by to nemělo význam,“ prohlásil zástupce VZP. Maximální ceny označil v praxi za nereálné.

Úhrady léků naproti tomu stanovuje ministerstvo zdravotnictví. Číselník VZP zahrnuje celkem 9581 položek, z nichž je hrazených 8751, což představuje 91,3 procenta. Kromě toho existují takzvané dohodnuté nejvyšší ceny (DNC), kterými VZP upravuje maximální cenu stanovenou MF. Tento počet představuje 1917 položek a 43 procent nákladů. „DNC vycházejí vstříc výrobcům. V každé skupině je jeden lék plně hrazený. DNC dále napravují nereálné maximální ceny a umožňují lékařům, aby mohl pacienta informovat o doplatku,“ řekl doc. Němeček.

Problematické je podle něj hledání vztahu mezi účinností a úhradou, tedy „kolik za určité množství peněz nakoupím účinku, efektu“. „Bohužel nemáme definovanou kategorizační politiku. Zadání jsou často nesplnitelná a role zdravotních pojišťoven neodpovídá jejich odpovědnosti,“ uvedl K. Němeček, podle něhož současně neexistuje vědecká metoda, jak penězi vyčíslit terapeutický efekt. Pouhou kategorizací podle něj nelze řešit sociální problémy, racionální farmakoterapii, financování nemocnic a absenci lékové politiky.

„Náklady na léky rostou všude na světě, nikde se je nepodařilo nadlouho snížit. V České republice neroste počet balení, ale zvyšuje se počet spotřebovaných denních dávek léků. To znamená, že se používají čím dál větší balení,“ řekl.

„Ani dramatický pokles ceny ze strany výrobců nemusí pro pojišťovny znamenat snížení



celkových nákladů," prohlásil zástupce VZP. Jedná se o případy, kdy určitý lék začnou mít možnost předepisovat nejen specialisté, ale také praktičtí lékaři.

Karel Němeček souhlasí s reformou, která zajistí racionálnější systém, ale je podle něj nutné začít změnou myšlení. „Celý problém je složitý. Klíčový je pacient, ale tužku drží lékaři. Je potřeba zainteresovat pacienta, aby si nemyslel, že jeho zdraví za něj vyřeší systém," uzavřel.

## MUDr. Tomáš Szalay

Absolvent Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě (1996), s jedním semestrem medicíny na Martin – Luther – Universität v německém Halle.

Byl redaktorem soukromé televize, později ředitelem internetové firmy.

Na Ministerstvu zdravotnictví SR pracoval od roku 2002, nejprve na pozici mluvčího ministra, později jako člen reformního týmu se zodpovědností za přípravu dvou nových zákonů (o zdravotní péči a o rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění)

Od roku 2004 působil jako konzultant Světové banky pro koordinaci projektu kvality.

Od roku 2005 je partnerem občanského sdružení Health Policy Institute, které založili členové reformního týmu po odchodu z MZ SR.

## Na Slovensku krok vpřed, pak zase vzad

Jeden ze spoluvůrců reformy zdravotnictví na Slovensku T. Szalay nejprve shrnul výsledky, kterých se podařilo dosáhnout. Vyjádřil přesvědčení, že reforma je úspěšná. Poté, co byla v roce 2003 přijata první reformní opatření, klesly v následujícím roce výdaje zdravotních pojišťoven o 4,3 procenta. Ve skutečnosti by prý tento pokles byl ještě markantnější, asi 9,3 procenta, kdyby ve stejném roce nedošlo u léčiv k navýšení sazby daně z přidané hodnoty.

Největší podíl na úsporách podle T. Szalaye určitě vznikl stanovením fixních doplatků a také marginálních poplatků 20 korun za recept. Tato částka se dělí v poměru patnáct ku pěti mezi zdravotní pojišťovny a lékárny. Příjem z poplatků však není rozhodující, důležitý je regulační efekt bránící nadměrné spotřebě léčiv.

Pokud jde o fixní doplátky, T. Szalay je pova-

žuje za klíčové opatření při snižování nákladů za léky.

Před jejich zavedením se stávalo, že farmaceutická firma přihlásila ke kategorizaci lék, jehož maximální cena byla stanovena, dejme tomu, na 1000 korun. V žádosti navrhla úhradu ze zdravotního pojištění ve výši 800 korun a doplatek pacienta ve výši 200 korun. Kategorizační komise uznala, že zmíněné dvě stovky jsou dostatečným regulátorem a žádosti vyhověla. Jenže jakmile zmíněný produkt vyšel v seznamu kategorizovaných léků, firma jej začala lékárnám dodávat za 800 korun. Pojišťovny jej tedy plně hradily, pacient nic nedoplácel a bylo po regulaci. To už dnes na Slovensku není možné.

Za „majstrštyk“ celého reformního týmu pak označil kategorizační vyhlášku, která na Slovensku začala platit začátkem tohoto roku. Určovala totiž naprosto přesně a jasně, jak se má kategorizační komise chovat, a v tom podle něj neměla



v žádné evropské zemi obdobu. Až do té doby bylo fungování kategorizační komise zákonem formulováno jen velmi neurčitě. Nikdo nevěděl, co se během rozhodovacího procesu děje za zavřenými dveřmi, a to samozřejmě posilovalo nejrušnější pochybnosti. O korupci při kategorizaci se na Slovensku vyprávěly celé hororové příběhy...

„My jsme se rozhodli vyhláškou určit jasná pravidla stanovení výšky úhrady," vysvětlil T. Szalay. „Rozhodnutí komise bylo tedy poměrně snadno predikovatelné. Když si pak produktový manažer dosadil do rovnice, která byla rovněž vyhláškou zveřejněna, všechny proměnné, mohl si poměrně snadno spočítat, v jaké výši se bude pohybovat úhrada u každého konkrétního produktu. Na základě toho mohl odhadnout, nakolik bude

lék prodejný a v jakých objemech, a mohl proto dopředu plánovat.“

Proměnnými hodnotami dosazovanými do vzorce jsou takzvaná terapeutická a společenská hodnota každého léku, to znamená zohlednění jak odborně medicínského, tak etického hlediska. Terapeutická hodnota zahrnuje pět parametrů: postavení v terapii, tedy zda jde o lék první či další volby, dále účinnost, bezpečnost, zásah do průběhu onemocnění a také farmakoekonomický přínos. Podle toho, nakolik lék vyhověl požadavkům – včetně toho, zda není v dané skupině k dispozici léčivo stejně účinné, ale levnější – získával body.

Podobné bodové ohodnocení obdržel i při hodnocení společenské hodnoty, jejímiž kritérii jsou závažnost onemocnění, rizika onemocnění pro společnost, sociální hodnota léku, riziko zneužívání a vliv na celkové náklady zdravotní pojišťovny.



Nakonec se body v obou skupinách sečtou a vynesou do tabulky. Z ní je naprosto jasné, jak se stanovují úhrady pojišťoven a jak doplatky pacienta. Léky s velmi vysokou společenskou hodnotou a vysokou terapeutickou hodnotou samozřejmě musí být dostupné co nejširší skupině pacientů. Proto jsme se rozhodli limitovat maximální výši doplatku. Naopak léky, které objektivně vykazují nízkou míru terapeutické i společenské hodnoty, pojišťovny vůbec nehradí.

Vzápětí ovšem T. Szalay účastníkům konference sdělil, že vyhláška byla na Slovensku po pouhém tři čtvrtě roce k 15. říjnu zrušena. „Proběhla podle ní jedna jediná kategorizace asi 150 nových léků, která platí od 1. října. To znamená, že nová pravidla kategorizace ani neměla šanci prokázat

svou sílu a životaschopnost. Můj soukromý názor je, že si pan ministr dal mylně do souvislosti existenci vyhlášky a nárůst výdajů za léky v prvních dvou čtvrtletích letošního roku. Jenže za ně nemohla vyhláška (prvně použitá až onoho prvního října), ale zvýšení celkového objemu preskripce.

Ministr se také obával, že by pojišťovnam podle vyhlášky v budoucnu mohlo přibýt množství plně, nebo jen s minimálním doplatkem hrazených drahých léků. Podle mne to však možné není. Každý lék, k němuž existuje levnější alternativa, by se díky svému bodovému ohodnocení propadl mezi ty, které pojišťovna nehradí,“ konstatoval T. Szalay.





## Panelová diskuse

O financování zdravotnictví a zejména o platbách dodavatelům hovořili účastníci konference i v odpolední panelové diskusi. Zúčastnili se jí Prof. MUDr. Jan Švihovec Drsc., z Farmakologického ústav 2. LF UK, RNDr. Danuše Drahotová za ministerstvo zdravotnictví, konkrétně za oddělení zdravotnických prostředků odboru farmacie, Mgr. Tomáš Cikrt z Koalice pro zdraví, MUDr. Milan Kubek za Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů, Doc. MUDr. Karel Němeček, CSc., za VZP ČR, MUDr. Jiří Pekárek zastupující Koalici soukromých lékařů a MUDr. Petr Svoboda z Mezinárodní asociace farmaceutických firem.

V úvodu panelové diskuse se MUDr. Petr Svoboda zastupující mezi panelisty Mezinárodní asociaci farmaceutických firem MAFS vrátil k samotnému zadání tématu konference. Připomněl, že otázka role dodavatelů je bezpochyby zajímavá, potíž je však s definováním druhé části otázky, totiž co je hodnota ve zdravotnictví a kdo je jejím nositelem. V návaznosti na vystoupení PhDr. Lucie Antošové připomněl, že ze statistik podílu vysokoškolsky vzdělaných pracovníků v jednotlivých oborech vyplývá, že v chemickém a farmaceutickém průmyslu je to jen 16 procent.

Otázka P. Svobody tedy zní: není to tím, že se společnost k této oblasti špatně chová a nedoceňuje investice, které v konečném důsledku právě k tvorbě hodnot přispívají?

Aktuální problémy lékové politiky v ČR poté připomněl prof. Jan Švihovec. Akutně chybí definice priorit a tím i alokace zdrojů v kategorizaci a úhradách. Nejsou vypracovány ani systémy objektivního hodnocení přínosů jak v oblasti léčiv, tak zdravotnických prostředků či vyšetřovacích metod. Přidávání peněz do systému v žádné z těchto oblastí nepřinese žádoucí efekt, pokud se kvantitativní pohled na věc nezmění na kvalitativní. Profesor Švihovec připomněl, že je záhodno znovu jasně určit, jaký cíl má mít kategorizace, a připomněl, že již dlouho neproběhla revize hrazených a nehrazených léčiv. Ve skupinách, kam přibyly nové, účinnější a efektivnější léky, je nutno vyřadit ty méně účinné a méně efektivní.

Mgr. Tomáš Cikrt přenesl diskusi z čistě ekonomické i do širší společenské a politické roviny, když zdůraznil, že než v ČR dojde ke skutečné reformě, je nutno zabránit rozkolísání systému. V narážce na čerstvé jmenování prezidenta České lékařské komory do funkce prvního náměstka fakticky řídicího ministerstva zdravotnictví Mgr. Cikrt dodal, že právě v tomto případě, kdy se jeden z vyprofilovaných hráčů stává rozhodčím a zároveň hraje dál, nežádoucí rozkolísání hrozí.



Další z panelistů MUDr. Milan Kubek, předseda Lékařského odborového klubu považuje za nezpochybnitelné, že zdravotnická zařízení jsou výrazným tvůrcem hodnot. Už proto, že v regionech působí jako významný zaměstnavatel a zároveň zákazník pro dodavatele zboží i služeb. „Za 600 eur na občana ročně máme v České republice zdravotní péči srovnatelnou s vyspělými zeměmi,“ připomněl M. Kubek. „To však není důsledek nějakého zázraku, ale dumpingu, zejména dumpingových cen práce lékařů a zdravotníků. Systém potřebuje kultivovat, potřebuje vyšší výdaje než dnešních 7 procent HDP. Rozhodně ale nepotřebuje experimenty, jejichž výsledky nelze nikde jinde ve světě ověřit,“ zakončil svůj diskusní příspěvek odkazem na návrh reformy zdravotnictví připravený týmem soustředěným kolem senátora Tomáše Julínka.

Pojišťovnám poté M. Kubek adresoval dotaz, proč v situaci, kdy výdaje za léky tvoří v jejich rozpočtech druhou nejvýrazněji rostoucí položku, nevyužívají regulačních nástrojů, které mají k dispozici už dnes: tedy institutu revizních lékařů. Ti podle něj zbytečně často schvalují preskripci v kategoriích zvláště účtovaných léčivých přípravků X a Z.

Hozenou rukavici zdvihl docent Karel Němeček, zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny. „Ano, v těchto kategoriích činí náklady třeba na léky pro onkologickou léčbu 20 až 30 procent,“ řekl K. Němeček. „Ale zkuste se vžít do postavení lékaře našeho územního pracoviště, když mu přijde žádanka o schválení léku pro pacientku s rakovinou. Kdo najde odvahu říci v té chvíli ne. V každém případě jde o život! Mějme v systému i drahé léky, ale s jasnými pravidly. V případě onkologických preparátů třeba vázané na existenci specializovaných center, která mohou vykázat erudici a tím i výsledky.“

Diskuse na téma financí se poté přenesla i do obecnější roviny a neomezila se pouze na platby dodavatelům. MUDr. Svoboda například připomněl, že zatímco nákupy léků jsou regulovány už od roku 1992, druhá oblast spotřebovávající ve zdravotnictví největší objemy peněz – zdravotnická, zejména lůžková zařízení – není regulována prakticky vůbec. „Troufnu si říci, že se jejich regulací, to znamená třeba stanovením potřebného rozsahu jejich sítě, nikdo zatím vážně nezabývá,“ uvedl P. Svoboda.

