

Náklady na léky v České republice – příčiny růstu a návrhy řešení

Z. Zigová^{1,2}

¹ Katedra veřejné ekonomie Ekonomicko-správní fakulty MU Brno, vedoucí katedry doc. JUDr. Ivan Malý, CSc.

² Zdravoní úsek – ředitelství Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE Kladno, ředitel pojišťovny Bc. Vladimír Kothera, MBA

Adam Z et al. Pohled lékaře na změny v léčebných postupech vybraných krevních chorob a na náklady na tuto léčbu. Otázky pro ekonomy a další odborníky. Vnitř Lék 2007; 53(6): 735–749.

Souhrn: Náklady na léky v ČR tvoří velkou část výdajů na zdravotnictví. Tak jako i v dalších segmentech sektoru zdravotnictví v ČR je i u léků evidentní permanentní tlak na růst výdajů bez ohledu na reálný vývoj ekonomiky. Článek reaguje na příspěvek autorů Adama Z et al. *Zlepšování výsledků léčby vybraných krevních chorob a změny nákladů na tuto léčbu. Otázky pro ekonomy a další odborníky* [2]. Dokumentuje vývoj růstu nákladů na zdravotnictví a příčiny tohoto vývoje, se zaměřením na výdaje na drahá onkologická léčiva. Nabízí také možnosti řešení financování onkologických léčiv. Cílem není vyslovit jednoznačné doporučení pro českou zdravotní politiku, nýbrž vyvolat diskusi o možnostech udržitelnosti systému financování české lékové politiky.

Klíčová slova: náklady na léky – výdaje na léky – léková politika – regulace – financování léčiv

Cost of medication in the Czech Republic – causes of growth in costs and solution proposals

Summary: The costs of medication represent a great part of total health costs in the Czech Republic. In the sphere of drugs, as in other segments of the health sector in this country, constant pressure is put on the growth in expenditure irrespective of the actual growth of the economy. The article is a reaction to the paper by Adam Z et al, *Improvement in the results of treatment of selected blood diseases and changes in the costs of such treatment* Issues for economists and other experts. The article presents data on the trend towards a growth of costs in the health sector and the causes of such a trend, with special focus on expenditure for expensive cancer drugs. Also included are proposals for financing options for cancer drugs. Rather than to make a direct recommendation for Czech health policy, the author's intention is to provoke discussion about the options for a sustainable system of Czech drug policy financing.

Key words: drug costs – drug expenditure – drug policy – regulation – drug financing

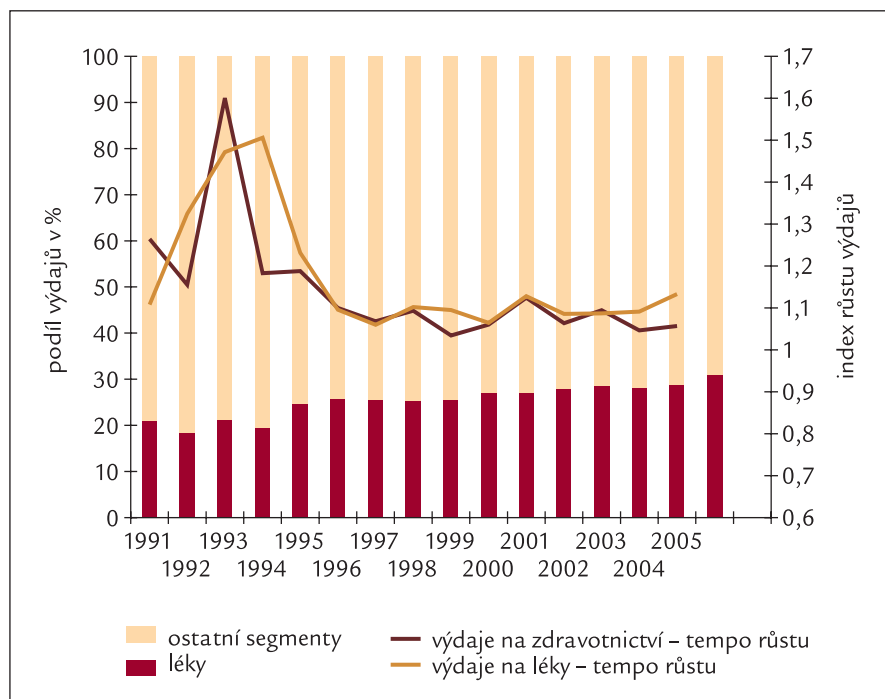
Úvod

Trend rostoucích nákladů na léky není problémem pouze v ČR a nejedná se ani o problém nový. Proč tedy vzniká potřeba celospolečenské diskuse o problémech lékové politiky a financování zdravotnictví obecně právě teď?

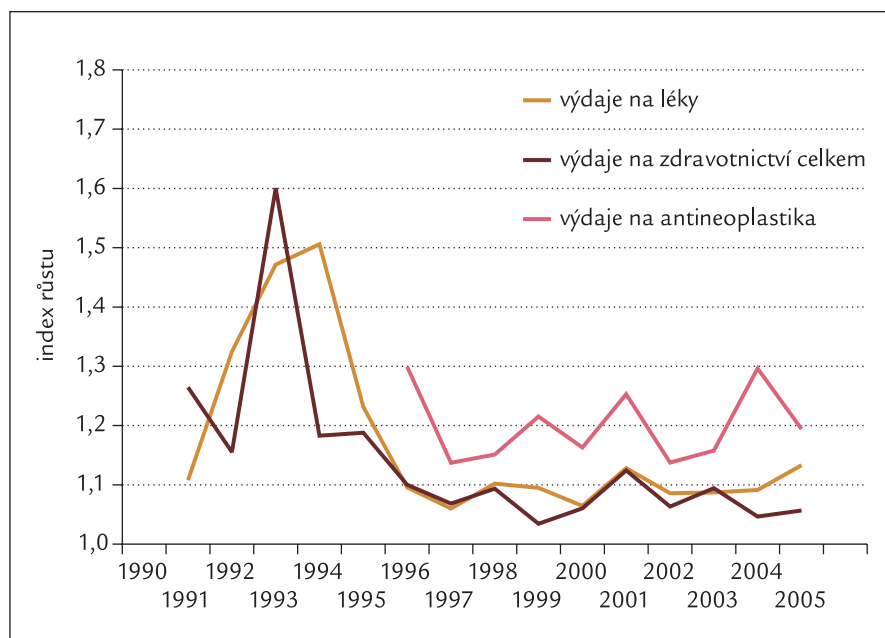
Výdaje na léčiva tvoří téměř třetinu celkových výdajů na zdravotnictví, přičemž podíl těchto výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví má rostoucí

tendenci. Mění se také struktura spotřebovávaných léčiv. Příčinou je jak zvyšující se incidence nemocí, tak růst cen léčiv. To, při daném objemu disponibilních zdrojů a způsobech úhrad zdravotní péče, vytváří tlak na finanční bilanci systému, který není jednoduché vyřešit, a to z důvodu nedostatečného či nepřesného definování rolí jednotlivých aktérů v systému. Příkladem může být omezená funkce zdra-

votních pojišťoven jako nákupcích zdravotní péče, tlak na poskytovatele řešit při poskytování drahé léčby rozpor mezi etickými a ekonomickými hodnotami a proces tvorby a realizace lékové politiky. Stávající stav je důsledkem předchozího vývoje v sektoru zdravotnictví a je možné, že bez dalších změn by systém byl schopen zabezpečovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči pro pacienty – otázkou však



Graf 1. Podíl výdajů na léky na celkových výdajích a indexy vývoje v letech 1991–2005.



Graf 2. Srovnání tempa růstu výdajů na zdravotnictví a na léky v letech 1991–2005.

je, jak dlouho by byl schopen absorbovat tyto distorze a jestli není lepší problémům předcházet než je řešit ad hoc.

S omezeností zdrojů se v současnosti potýkají téměř všechny zdravotnické systémy. Reformy v zahraničí jsou

v posledních letech zaměřeny zejména na zvyšování efektivity, systémy jsou však odolné změnám. Problémy přináší i specifika, resp. selhání trhů zdravotnických služeb, které zejména pacient není schopen kvůli informační asymetrii a tedy nízké vyjednávací síle efektivně řešit.

Následující analýza pojednává o výdajích na léky a lékové politice v ČR jak obecně, tak se zaměřením na drahá léčiva, která jsou v této práci reprezentována antineoplastiky¹, určenými na léčbu hematologických onemocnění². Dokumentuje vývoj růstu nákladů a hledá možné příčiny tohoto vývoje. Nabízí také několik možností změn ve financování, ne s cílem nalezení „optimálního“ řešení, spíše jako východisko pro další diskusi.

Vývoj výdajů na zdravotnictví a na léky v ČR

Výdaje na léky jsou důležitou složkou veřejných i soukromých výdajů na zdravotnictví. Spotřeba léků je ovlivněna úrovní relativního příjmu (HDP na obyvatele) a cen, ale také národní regulací³.

Jak vyplývá z analýzy makroekonomických dat, náklady na léky v ČR vykazují rostoucí trend jak v absolutním tak i v relativním vyjádření. Výdaje na léky vzrostly ze 7,3 mld. Kč v roce 1991 na 64,6 mld. Kč v roce 2005 (graf 1). Vyjádřeno procentním podílem na celkových výdajích na zdravotnictví, jedná se o nárůst z 18,4 % v roce 1991 na téměř 31 % v roce 2005⁴.

Výdaje na antineoplastika vzrostly z 5 % na celkových výdajích na léky v roce 1995 na 13 % v roce 2005, přičemž ale jejich spotřeba dle počtu balení se pohybuje stabilně do 1 % na celkové spotřebě léků. V absolutním vyjádření se jedná o více než šestinásobný růst nákladů. Je tedy zřejmé, že hlavní příčinou růstu nákladů na antineoplastika není vyšší incidence hematologických onemocnění, ale spíše zavádění nových léčebných postupů a poskytování nových, často i několikanásobně dražších druhů léčiv [2].

Při srovnání tempa růstu výdajů na zdravotnictví a výdajů na léky je zřejmé, že zejména do roku 1994 a v roce 1999 se nejedná o jednotný vývoj (graf 2). U výdajů na léky se po počátečním rapidním růstu až o 51 % meziročně v roce 1994 tempo zpomalilo na

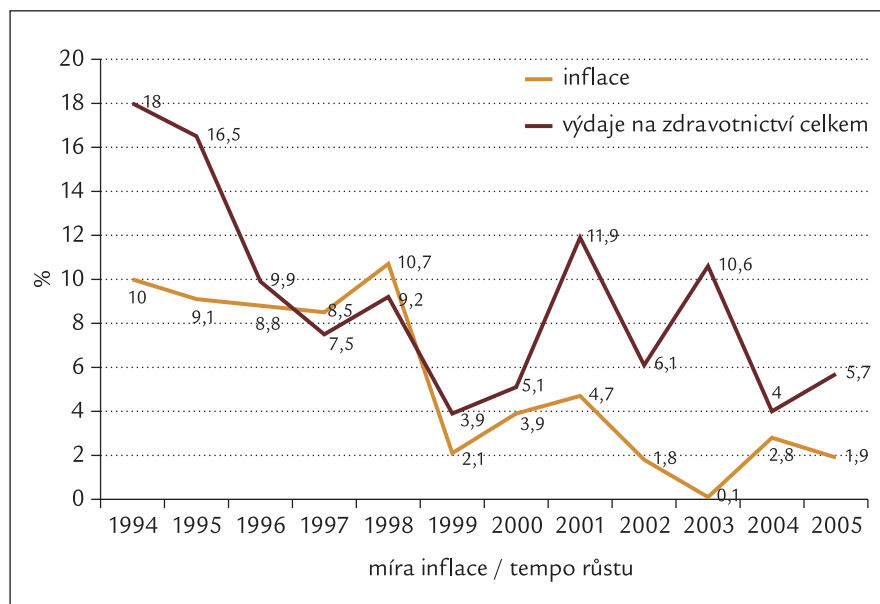
6–13 % meziročně. Graf 3 obsahuje také srovnání výdajů na zdravotnictví a míry inflace, ze kterého je evidentní, že tempo růstu výdajů na zdravotnictví nebylo determinováno pouze růstem cen v národním hospodářství, ale i jinými faktory (mechanizmy financování zdravotní péče, investice, nové technologie apod.).

Pokud srovnáme výši a strukturu výdajů na léky na jednoho obyvatele se zeměmi OECD⁵, zajímá ČR 26. místo z 28 zemí, přičemž soukromé zdroje představují 23 % a veřejné 77 %⁶. Bez srovnání s jinými parametry zdravotnických systémů nelze jednoznačně vyvodit, zda-li je to „málo“ nebo „hodně“. Například při srovnání výkonnosti českého zdravotnictví ve výsledcích poskytování zdravotní péče je na tom ČR lépe než některé země, které vydávají na zdravotnictví větší objem zdrojů.

Srovnání s jinými zeměmi v konkrétních ukazatelích je velmi častým argumentem při identifikaci klíčových problémů a prosazování zájmů některých aktérů ve zdravotnictví. Často se však srovnává nesrovnatelné, bez ohledu na heterogenní povahu zdravotnických systémů. Srovnání například relativní výše výdajů na léky je pouze orientačním indikátorem hodnocení lékové a zdravotní politiky, v žádném případě ještě nepředstavuje imperativ pro jednoduché navyšování zdrojů s jediným cílem – dosáhnout „žádoucí“ úrovně. Zahraniční modely pro nás mohou být určitou inspirací, ne však pouze v kopírování dílčích parametrů, jelikož výsledný stav systému je vždy determinován komplexním souborem parametrů a jejich synergickým působením.

Náklady jako funkce množství a ceny

Náklady na léky jsou výsledkem vztahu dvou proměnných: množství spotřebovávaných (případně distribuovaných) léčiv a cena. Množství spotřebovávaných léčiv je funkcí poptávky po léčivech, částečně může být i funkcí nabídky. Stranu nabídky představují



Graf 3. Srovnání tempa růstu výdajů na zdravotnictví a míry inflace v letech 1994–2005.

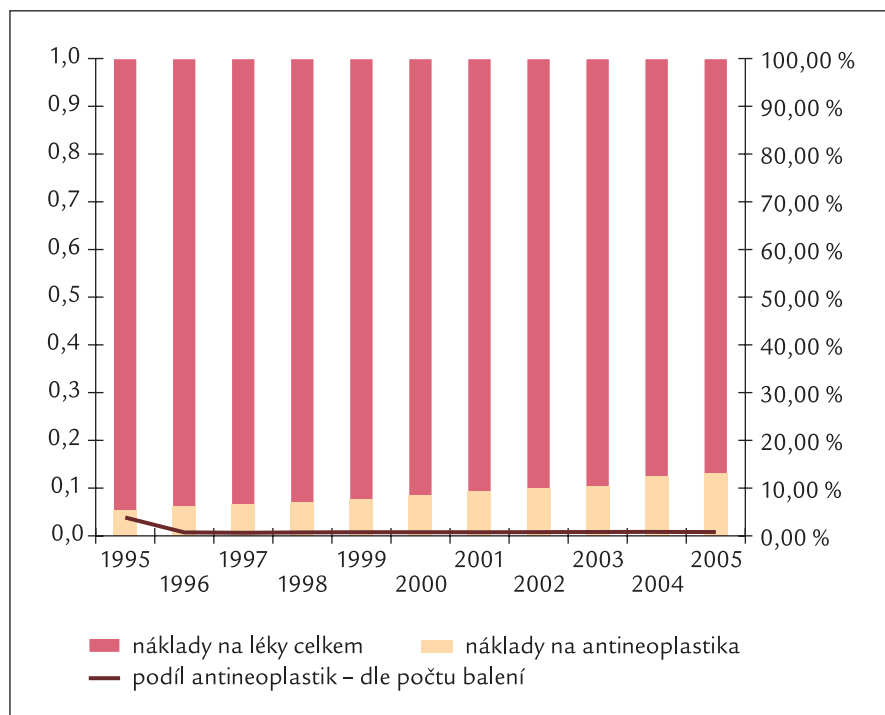
výrobci a distributoři léčiv, přičemž struktura a objem nabízených léčiv a konkrétní cenové relace jsou výrazně ovlivňovány uplatňovanými regulačními mechanismy. Poptávka je determinována zejména objektivní potřebou zdravotní péče, nicméně může být významně ovlivněna i nabídkou léčiv, a to jak na straně laické, tak i odborné veřejnosti. Pacienti i v důsledku informačního boomu požadují tu nejnovější léčbu v domněnku, že je účinnější a kvalitnější. Poskytovatelé mohou poptávat určité léky v dobré víře, že pomůžou pacientovi. Dalším faktorem je způsob financování zdravotní péče – počet a druhy léčiv hrazených z veřejného zdravotního pojištění, preskripční omezení, sdílení nákladů na léčiva apod (viz dále).

Růst nákladů na léky kromě růstu cen ovlivňuje nárůst objemu předepsaných, resp. spotřebovaných léčiv a především poskytování nových, dražších léků. Například mezi lety 2004 a 2005 vrostl objem distribuovaných léčivých přípravků v počtu balení o 8,9 % a v definované denní dávce na 1000 obyvatel až o 12,7 %.⁷ Cena léků je do jisté míry odvozena od nákladů výrobce. Výsledná cena v konkrétní zemi je však ovlivněna právě

možnostmi pronikání na regionální trh a použitou regulací. Dále je otázkou, jestli v centru zájmu tvůrců zdravotní politiky jsou ceny obecně nebo pouze úhrady z veřejného zdravotního pojištění či jiných veřejných zdrojů.

Náklady výrobců na vývoj nových molekul stoupají. K nim se ale přidávají i nemalé náklady na realizaci marketingových strategií. Patentové právo zaručuje patentovou ochranu léčiva po dobu 20 let, přičemž ale cena výrobku musí být stanovena tak, aby zajistila návratnost investice už v prvních letech prodeje z důvodu rychlého morálního zastarávání výrobku v důsledku velké konkurence. Na rozdíl od většiny jiných odvětví, ve farmaceutickém průmyslu se neustále združňují náklady na výzkum a vývoj, a tím se „ospravedlňuje“ vysoká cena. U jiných statků se tyto náklady zakomponují do ceny a „přijatelnost“ dané ceny pro trh řeší nabídka a poptávka bez potřeby trh jakýmkoliv způsobem regulovat. Farmaceutický průmysl má svým způsobem také zvýhodněné postavení vůči národním vládám, kterých cílem je zabezpečit dostupnost léků v souladu s cíli zdravotní politiky.

U léčiv bezprostředně zachraňujících lidské životy je tato logika ještě



Graf 4. Podíl nákladů na antineoplastika na celkových nákladech na léky v letech 1995–2005.

výraznější. Poptávka po drahých léčivech se, na rozdíl od levnějších léků, chová podobně jako poptávka značně cenově neelastická, což je dáno jak prostředím, kdy spotřebitelé a někdy ani poskytovatelé nejsou konfrontováni s náklady, tak etickými důvody. Poptávané množství je tak spíše výsledkem incidence a prevalence nemoci než ceny, je možné ji predikovat, a je tedy relativně stabilní v čase. Výjimkou může být stav, kdy dostupnost drahých, například onkologických, léčiv je tak omezená, že snížení ceny významně ovlivní růst poptávky po nich.

Na druhé straně výdaje na léčiva jsou pružnější a tendují k větším výkyvům, jelikož jsou determinovány vstupem nových dražších léčiv na trh a způsobem financování. To je evidentní i z provedené analýzy (graf 4), kdy objem spotřebovávaných antineoplastik představuje méně než 1 % na celkovém objemu spotřebovávaných léčiv v ČR⁸, přičemž ale náklady na antineoplastika neustále rostou. SUKL uvádí, že ve 4. čtvrtletí roku 2006 byla nejvyšší průměrná cena za jedno balení (2 732 Kč) znamenána právě u ATC skupiny „L“⁹.

U hematoonkologických onemocnění se tedy jedná pouze o velmi úzký segment zdravotní péče. To může vést k tezi, že při daném objemu finančních zdrojů vynakládaných na zdravotní péči je možné financovat spotřebu potřebných léčiv bez jakýchkoliv omezení, protože systém je schopen růst nákladů absorbovat beze zbytku. Tady je ale nezbytné si uvědomit, že hematoonkologická péče není jedinou oblastí zdravotní péče, která čelí finančnímu tlaku při rozhodování o poskytnutí konkrétní zdravotní péče tak, jak ukazují ve své analýze Adam et al [2]. Je pouze špičkou ledovce. A právě to je důležitým indikátorem, signalizujícím potřebu změny pravidel v poskytování a financování nákladné zdravotní péče.

Příčiny růstu nákladů na léky v ČR

Exogenními příčinami růstu nákladů na zdravotní péči, kterým čelí všechny vyspělé země, jsou zejména demografické změny v populaci, růst nákladů na nové zdravotnické technologie a prodlužování života zásluhou medi-

cíny. U léčiv jsou významným faktorem náklady na výzkum, klinické hodnocení a také marketingové kampaně, které se přenášejí do cen léčiv, a patentová ochrana nových přípravků. Vliv má i globalizace, konzumní styl života a přirozený nárůst nákladů.

Příčiny růstu nákladů specifické pro ČR, tj. příčiny endogenní, vyplývají z konkrétní podoby systému zdravotnictví. Ovlivňují jak celkové náklady na zdravotnictví, tak do různé míry i náklady na léky. Jedná se zejména o faktory politické, sociální, legislativní, ekonomické, technologické a etické.

Politické a legislativní faktory

- politicky obtížné prosazování reformních opatření, chybějící koncepce
- zkrácení vnímání stavu a zejména řešení problémů českého zdravotnictví veřejností
- dosavadní systém kategorizace léčiv a stanovování cen a úhrad léčiv, léková politika
- restriktivní opatření jak na straně spotřebitelů, tak na straně poskytovatelů, jsou nepopulární
- někteří politici neakceptují pravidlo omezení zdrojů a diskusi o důsledném respektování ekonomických zákonitostí považují za téměř nepřijatelnou (čím reagují na podobné postoje svých voličů)
- nedostatečná veřejná kontrola veřejné správy
- historická zkušenost s předchozím uspořádáním systému zdravotnictví, kdy byla zdravotní péče poskytována „zdarma“
- výše výdajů na jednotlivé druhy zdravotní péče je v ČR často ovlivňována politickým rozhodnutím.

Ekonomické faktory

- nehodnotí se efektivita poskytované zdravotní péče obecně (tj. poměr mezi medicínskou účinností a náklady)
- u léčiv se nedostatečně využívají nástroje farmakoeconomického hodnocení efektivity

- neanalyzují se možné zbytečně vynaložené náklady (např. léková pochybení včetně non compliance)
- v povědomí lidí se daří žít tzv. fiskální iluzi (tj. že všechno je zdarma respektive náklady hradí někdo jiný)
- systém financování zdravotní péče nereflktuje případný nesoulad mezi nabídkou, poptávkou, subjektivní a objektivní potřebou
- stanovování způsobů úhrad zdravotní péče na principu historických rozpočtů či navyšování úhrad odvozeno od nárůstu výběru pojistného než jiných ukazatelů
- zdravotní pojišťovny jsou spíše redistributorem zdravotní daně než-li nákupčím zdravotní péče pro své pojištěnce
- schopnost zdravotnictví spotřebovat jakékoliv disponibilní množství zdrojů
- občané nemají přehled o výši nákladů protože s ní nejsou přímo ani nepřímě konfrontováni
- postavení spotřebitele – pacienta – je marginální (pacienta jako rozhodujícího se subjektu, nikoliv jako „objektu“ zdravotní péče)

Sociální faktory

- důraz na dodržování univerzální solidarity
- nedostatečná schopnost některých skupin reprezentovat své oprávněné zájmy

Technologické faktory

- zvyšující se informovanost veřejnosti o nových způsobech léčby a tlak na pojišťovny i poskytovatele tuto léčbu zabezpečit

Etické faktory

- hodnota života ve společnosti
- absolutní hodnota oddalování smrti

Výše uvedené příčiny jsou známé, proč je tedy tak problematické daný stav řešit? Největší překážkou jsou právě politické faktory a často nesystémové státní intervence. Protože občané – voliči mají tendenci posuzovat

spíše bezprostřední dopady určitých opatření, mají politici motivaci zvažovat spíše krátkodobé efekty svých rozhodnutí než efekty dlouhodobé. Politici představitelé u nás často odmítají řídit se podle odborných doporučení jak ekonomů, tak lékařů. Respektování reálných ekonomických vztahů ve zdravotnictví často odmítají a priori jako neetické.

Dalším problémem je i absence koncepce zdravotnictví, která by se realizovala kontinuálně bez ohledu na změny politické reprezentace. Je ale potřeba si uvědomit, že i do detailů a na základě objektivních kritérií zpracovaná koncepce zdravotnictví a následné vyhodnocování účinnosti či kvality péče nemůže postihnout celý sektor v jeho komplexnosti a paradoxy, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Příkladem může být poškozování zdravotního stavu v důsledku léčby, nežádoucí účinky léčiv, které nepostihla klinická studie, převládající etický imperativ apod.

Klíčovým zdrojem neefektivnosti je dle mého názoru fakt, že příjemci užítka a v některých případech i samotní poskytovatelé zdravotní péče nejsou až na výjimky konfrontováni s celkovými náklady. Dále, ve snaze zabránit tzv. „dvojkoľejnosti“ systému a zachovat stejnou dostupnost zdravotní péče pro všechny, není možné pro solventnější vrstvy obyvatelstva sjednat si soukromé zdravotní pojištění či připlatit si na dražší zdravotní péči (úmyslně je použitý výraz „dražší“ místo „kvalitnější“, protože mezi cenou a kvalitou zdravotní péče není vždy úplná přímá korelace). Případně, systém veřejného zdravotního pojištění není určen primárně pouze pro financování nákladné zdravotní péče, při paralelní existenci vyšší míře spoluúčasti u „banálních“ onemocnění. V důsledku však toto snižuje dostupnost a kvalitu péče pro všechny obyvatele, jelikož zdroje zdravotního pojištění nejsou v potřebné míře doplňovány soukromými zdroji.

Jakékoliv uspořádání systému zdravotnictví s sebou přináší riziko vzniku

nespravedlnosti, resp. nerovností. V liberálních systémech, založených na metodologickém individualismu, je negativním důsledkem rozdílná dostupnost zdravotní péče pro různé skupiny obyvatelstva. V systémech prosazujících univerzální solidaritu dochází ke snížení dostupnosti pro všechny skupiny obyvatelstva, ale lze se setkat s určitou rovností ve výsledku. To znamená, že neexistují dvě nebo více skupin obyvatelstva, které by se lišily různou mírou dostupnosti zdravotní péče, otázkou ale je, o kolik by se zvýšila průměrná dostupnost zdravotní péče v případě, že by jednotlivci měli možnost ve větší míře legálně použít své soukromé zdroje. V případě ČR se tento objem disponibilních zdrojů přelévá do šedé ekonomiky. Lékaři mohou poskytovat zdravotní péči všem bez rozdílu, nebo jen některou péči někomu, přičemž hlavním faktorem jejich jednání je motivace systémem úhrad. Neustále se zdůrazňuje plnění práva na zdravotní péči, ale jeho pouhým uzákoněním se automaticky nevytvoří potřebné zdroje. Existuje tedy neformální nerovnost, která je horší než nerovnost legitimní.

Problémem je i vnímání reálných cen ve zdravotnictví či dokonce jejich samotné existence. V centrálně plánované ekonomice bylo všechno „zdarma“ a cena nebyla známa; proces akceptace ekonomických zákonitostí se ukazuje být obtížný a pomalý.

Léková politika v ČR

Léková politika představuje široké spektrum procesů, které by měly vést k zajištění účinných, bezpečných a kvalitních léčiv pro celou populaci v objektivně potřebném množství, za přijatelnou cenu a za sociálně přijatelných podmínek [5]. Stát prostřednictvím svých orgánů je odpovědný za tvorbu lékové politiky, legislativní rámec, regulaci a registraci léčiv, stanovení profesních standardů, zajištění přístupu k základním léčivům a podporu racionálního užívání léčiv, přičemž zajištění některé z funkcí může delegovat na další ak-

téry, jako jsou zdravotní pojišťovny, výrobci a distributoři léků, lékárníci, lékaři a pacienti – občané. Odpovědnost za naplnění funkcí však zůstává na státních orgánech. Léková politika jako nedílná součást zdravotní politiky musí odpovídat také obecným cílům zdravotnictví. Cílem zdravotní politiky je uchování či zlepšení zdravotního stavu populace. Pokud tedy stát, zastoupený v tomto případě Ministerstvem zdravotnictví (MZ) i Poslaneckou sněmovnou, má zájem na konkrétních výsledcích, měl by je nejenom garantovat, ale zároveň stanovit, jakým způsobem a prostřednictvím kterých aktérů cíle dosáhnout a vybavit je k tomu potřebnými nástroji. Pokud s tím budou spojená nepopulární opatření, stát se nesmí zbavovat své zodpovědnosti a měl by svoji politiku také komunikovat s veřejností. Nezáleží, do jaké míry stát uplatní princip subsidiarity ve výkonu svých funkcí, důležité je, aby při implementaci konkrétní podoby lékové politiky bylo dosaženo synergického efektu prostřednictvím jasného definování a zodpovědného plnění rolí všech zúčastněných aktérů.

Politická realita často neodpovídá modelu politického cyklu [6], tj. algoritmu počínajícím fází nastolení problému, přes tvorbu politiky, rozhodnutí a implementaci po vyhodnocení politiky. Fáze se překrývají, případně vynechávají tak, jak to odpovídá zájmům a ideologickému přesvědčení aktérů spíše než závažnosti a povaze problémů.

Jednotliví aktéři, kteří se účastní politického procesu, sledují své vlastní zájmy, avšak způsob, jakým jich dosahují a výsledky jejich úsilí, jsou ovlivněny institucionálním rámcem, v němž své požadavky prosazují. Formální institucionální rámec je tvořen legislativou, která neřeší dostatečně všechny vztahy a problémy sektoru a obsahuje četné nekonzistentní ustanovení. Neformální instituce jsou poznamenány celkovou úrovní morálky a hodnotovými principy jednotlivců i celé společnosti.

Vývoj na makroekonomické úrovni

Před rokem 1989 bylo plánování a řízení výdajů na léky centrální a jednodušší ve srovnání s vývojem v období transformace, v prostředí s mnoha novými aktéry. „V transformačním procesu nešlo o to skupinové a individuální zájmy eliminovat, nezbytné však bylo dobrou koncepční prací vytvořit rámec, jehož relativní stabilita a respektování by přinášelo možnost rozvoje všem komponentám zdravotního systému“ [5]. Problémem a zároveň hlavní příčinou současného stavu však bylo nedostatečné vymezení odpovědnosti, povinností a rolí jednotlivých aktérů.

Vstup na český trh s léky byl umožněn všem zahraničním firmám, s cílem zlepšit dostupnost léčiv. Tak jako v jiných segmentech, i u léků došlo okamžitě k několikanásobnému zvýšení výdajů a rychlému srovnání cenové úrovně na úroveň vyspělých států, na což stát reagoval cenovou regulací a ustavením kategorizační komise, která rozhoduje o tom, která léčiva se dostanou do systému a jakým způsobem budou hrazena¹⁰. Otázkou ale je, na základě jakých kritérií rozhodování komise probíhá – podle čeho vybírá léky, které budou v ČR dostupné a zejména které budou plně či částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění¹¹.

Velkým nedostatkem institucionálního vymezení komise je, že poskytuje MZ pouze nezávazná doporučení – samotné rozhodnutí ministra bylo už několikrát v historii v rozporu s doporučeními medicínských a ekonomických odborníků. Od roku 1993 funguje systémem založený na stanovení maximální ceny léčiv a maximální procentuelní přírážky společné pro distributora a lékárníka, což je systém relativně stabilní, ale na druhou stranu neřeší jestli jsou vstupní ceny stanoveny na žádoucí úrovni a nedokáže pružně reagovat na výkyvy směnného kurzu, na pokles cen v zahraničí či pokles cen v důsledku zavádění generik. Nedostatečná rych-

lost registračního řízení u léků nově vstupujících na český trh působí jak na pokles dostupnosti léčiv, tak na růst nákladů, pokud by se jednalo o generika.

Pokusů o změnu systému bylo více. Na straně pojišťoven začala v roce 1997 Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), ve snaze snížit své náklady na léky, vyjednávat sama s výrobci a dovozci léčiv. Na straně politických reprezentantů bylo předložených několik návrhů novelizací stávající legislativy a reformních opatření, zásadní změny se však nepodařilo prosadit – jak z důvodu aktivit zájmových skupin, tak kvůli možné protiústavnosti¹².

Navzdory proklamacím se doposud nepodařilo vytvořit a realizovat takovou lékovou politiku, která by vedla k efektivnějšímu využití dostupných prostředků, odpovídala ekonomickým možnostem státu a zároveň potřebám pacientů. Důvodem je jak nedostatečná analytická podpora pro návrhy řešení, tak nevyvážená reprezentaci zájmů a netransparentnost rozhodovacích a komunikačních procesů.

Léková politika v praxi ČR má za cíl za limitovaný objem financí zabezpečit maximální objem péče. Od května roku 2004 měla být do české legislativy implementována tzv. Transparenční směrnice 89/105/EHS, která upravuje proces kategorizace léčiv. Doposud se tak nestalo a České republice tak hrozí soudní proces před Evropským soudním dvorem, právě z důvodu neprůhledného rozhodovacího procesu o lécích. Vláda na stížnost Evropské komise reagovala příslibem změny zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, novela však nebyla přijata. Transparentní rozhodovací proces představuje uplatňování předem daných objektivních kritérií pro rozhodování, odůvodnění rozhodování, možnost odvolání a dodržování časových lhůt. V ČR se ale vše uskutěčňuje „za zavřenými dveřmi“, v loňském roce navíc tehdejší ministr vyloučil z poradní komise zástupce lékárníků a výrobců léků (i když měli

pouze status pozorovatele bez hlasovacího práva), snížil hlas patientských sdružení a jako nového člena přijal Lékařský odborový klub. V letošním roce jsou novým ministrem avizovány změny v procesu kategorizace, prozatím by ale jejich hodnocení bylo předčasné.

Nález Ústavního soudu ČR, na základě stížnosti skupiny senátorů (včetně současného ministra zdravotnictví) tzv. lékovou vyhlášku zrušil, avšak s účinností až k 31. 12. 2007.

Dalším diskutabilním opatřením bylo zrušení centrálních nákupů léčiv u VZP, které zajišťovaly nemocnicím prostřednictvím velmi nízkých marží výhodnější ceny léků, zejména finančně náročných a určených k léčbě závažných onemocnění.

Naopak od poloviny roku 2006¹³ existuje pro poskytování drahých léčiv nový institut tzv. specializovaných center, kterým úhradu nákladů na konkrétní léky zajišťuje zvláštní smlouva se zdravotní pojišťovnou. Částečně tak došlo k eliminaci duplicit péče a neefektivního využívání kapacit. Na druhé straně, protože se jedná o nový prvek, není ještě zřejmé, nakolik je tato síť center „optimální“ a v jakém rozsahu vede ke zvyšování efektivity poskytování vybraných druhů zdravotní péče.

Mikroúroveň

Na mikroúrovni rozhodují jednotliví poskytovatelé, jakou léčbu poskytnou konkrétnímu pacientovi, přičemž míra jejich konfrontace s náklady na péči je různá v závislosti na typu zdravotnického zařízení (viz dále).

Způsoby regulace

Za účelem kontroly nákladů na léčiva existuje několik druhů regulace [5] – regulace ceny i množství na straně nabídky i poptávky.

Regulace na straně spotřebitelů – pacientů má spíše výchovný charakter než zásadní dopad na efektivitu zdravotnictví a může být značným zdrojem

financí. Jedná se o zavádění, resp. zvyšování spoluúčasti a rozvoj trhu volně prodejných léků, zejména pokud zároveň dojde ke snížení úhrad za tyto léky z veřejného zdravotního pojištění.

Regulace poptávky lékařů může být prováděna zejména systémem úhrad za poskytnutou zdravotní péči – nastavením kapítací, pevných účtů a limitů pro preskripci lze významně ovlivnit strukturu a náklady spotřebovávaných léků. Další účinné mechanismy jsou závazné léčebné postupy pro lékaře, dostupnost výsledků studií o hodnocení účinnosti léčiv, výměna informací, podpora generické substituce či rozvoj trhu generik.

Finální ceny léčiv nabízených lékárníky se ovlivňují různou výší marže.

Na straně nabídky (výrobci léčiv) se uplatňuje například kontrola cen a zisků, omezení výdajů na propagaci, rozvoj trhu generik, rozvoj paralelních soukromých dovozů, systém referenčních cen při stanovování úhrad z veřejného zdravotního pojištění či pozitivní a negativní seznamy jako taxativní výčet léků hrazených či nehrazených z veřejných zdrojů.

Tvorba a ovlivnění cen vychází z podpory cílů obchodní a průmyslové politiky a zdravotní politiky¹⁴. Ceny se mohou odvíjet od medicínské účinnosti, od nejnižších zahraničních cen, průměrných zahraničních cen anebo od nákladů výrobce. Je také možná volná cenotvorba v kombinaci s jiným principem u vybraných skupin léků.

Zdravotnictví je sektorem ekonomiky, které nepochybně musí být do určité míry regulováno. Pokud však jde o cenovou regulaci, tato s sebou přináší rizika nesprávného administrativního stanovení cen, které pak může vyústit v převis nabídky nad poptávkou v konkrétních segmentech, které jsou v důsledku regulací „lukrativnější“. V další fázi, zejména pokud s cenovou regulací nejsou uplatněny adekvátní kontrolní mechanismy, dochází k růstu nabídkou indukované poptávky a je přerušena vazba mezi nabídkou a objektivní potřebou zdravotní péče.

Toto riziko je v ČR redukováno institutem dohodovacího řízení o cenách, stávající systém úhrad je však založený na odvozování úhrad od historických cen a regulačních mechanismů. Neřeší tak možné nespravedlnosti a nerovnováhy mezi jednotlivými segmenty zdravotnických služeb a je pravděpodobné, že ovlivňuje i dostupnost některých druhů zdravotní péče. Významným faktem zůstává i to, že cenová regulace může změnit cenu, nikoliv reálné náklady, a lze jí proto považovat za nespravedlivou (zejména z hlediska poskytovatelů zdravotní péče, pokud by se na ně část nákladů v důsledku cenové regulace měla přesunout).

Je velmi obtížné najít míru uplatňování cenových a množství regulací tak, aby nebyla narušena rovnováha systému. Empirická zkušenost dokazuje, že ve většině případů zavedení jednoho regulačního opatření vyvolá potřebu implementace dalších a může dokonce vyústit v obhajobu potřeby regulací¹⁵. Kromě regulace makroekonomické musí být důsledně uplatňována i regulace na úrovni mikrosystémů prostřednictvím rozpočtů, standardizace, kontroly a zpětné vazby, v neposlední řadě by pak měla být provázána zodpovědnost s kompetencemi.

V ČR neexistuje systém negativních a pozitivních listů, ale seznam všech léčiv se stanovenou maximální úhradou z veřejného zdravotního pojištění, která může být i nulová. Neuplatňuje se ani žádná zvláštní podpora generik, lékaři jsou k nim ale motivováni systémem úhrad. Segmentace trhu léčiv je založená na ATC skupinách, ne na diagnózách [9]. Cenová regulace se uplatňuje administrativním stanovením maximální ceny a maximální úhrady ze zdravotního pojištění, přičemž nejnákladnější léčiva jsou zpravidla plně hrazena pojišťovnou. Více mechanismů je možné vidět u regulace množství. U lékárníků se používá systém maximální procentuální přírůžky, o kterou se dělí s distributory.

Spoluúčast pacientů na úhradách za léky slouží do určité míry i jako re-

gulační opatření, i když stávající podoba systému neslouží primárně k regulaci poptávky.

Na straně poptávky poskytovatelů zdravotní péče se k regulaci používá sledování a regulace objemu preskripce zdravotními pojišťovnami, cenová regulace stanovením maximálních cen, preskripční omezení ve vazbě na odbornost a diagnózu, centralizace preskripce do specializovaných center a konkrétní způsoby úhrad zdravotní péče¹⁶. Je otázkou, nakolik jsou tyto druhy regulací v jejich konkrétní uplatňované podobě zacíleny na zvyšování efektivity a nakolik na pouhé „brzdění“ celkových nákladů.

V průběhu posledních 10 let lze sledovat postupné zpřísnování opatření. Například u nemocnic se do roku 1997 veškerá poskytovaná zdravotní péče včetně léků hradila výkonovým způsobem, bez uplatnění jakýchkoliv regulačních ze strany zdravotních pojišťoven. První regulační prvek v úhradách se objevuje v roce 1997, kdy nemocnice začínají být hrazeny paušální sazbou, léčiva však samostatně regulovány nebyly. Až v roce 1999 dochází ke stanovení výše srážky při překročení nebo naopak doplatku z úspory při nedokročení objemu poskytnutých léčiv v referenčním období. Od roku 2001 se začíná uplatňovat regulace nákladů na průměr (tzv. unikátní rodné číslo), později se systém vrací ke srážkám za překročení celkového objemu nákladů. V současnosti jsou nemocnice hrazeny paušální sazbou či výkonově, spotřeba léčiv je započtena v tzv. lékovém paušálu či ZULP. Preskripce je sledována pojišťovnou a v závislosti na platném způsobu úhrad do určité míry regulována. Problém je, že i když je nemocnice jako subjekt ekonomicky motivována k účelné preskripci a spotřebě léčivých přípravků, je obtížné tuto zodpovědnost přenést na jednotlivé lékaře, kteří péči poskytují – jednak z důvodu menší motivace jednotlivců, jednak kvůli neúplnosti či absenci informací v okamžiku spotřeby.

Regulace na „rodné číslo“ se v posledních letech uplatňuje i u ambulantních specialistů, pro praktické lékaře se regulace na léky plošně uplatnily až v roce 2005. Poskytovatelé s právní formou OSVČ jsou s náklady na léčiva konfrontováni přímo. Na preskripci léčiv existuje systém regulací, kterých uplatnění ale z velké míry závisí na posouzení účelnosti preskripce daného zdravotnického zařízení pojišťovnou.

Uplatnění či dokonce pouhá „hrozba“ regulací je však lékařskou obcí vnímáno velmi negativně, jako jakýsi postih za to, že dodržují zákon léčbou „lege artis“. Domnívám se, že systém regulací nemá za cíl „trestat“ lékaře za odpovědnou a kvalitní léčbu, pouze identifikovat poskytovatele s atypickými preskripčními návyky, kteří v důsledku poškozují celý systém veřejného zdravotního pojištění. Regulace nikdy nebyly zacíleny na úhradu nákladné léčby. Její financování bylo zabezpečeno jednak přerozdělením vybraného pojistného, jednak zdravotní pojišťovny poskytnutí takové léčby zpravidla individuálně zohledňovaly.

Možnosti řešení

Při návrhu opatření bychom primárně měli vycházet z disponibilního objemu zdrojů a až následně hledat zdroje dodatečné. Nejdříve je potřeba definovat, co od zdravotnictví požadujeme a pak vyčíslit potřebné zdroje a způsoby jejich zabezpečení.

Cílem je to, co stanoví hospodářská politika státu, například dostupnost zdravotní péče pro všechny. Ekonomie potom může usilovat o nalezení způsobu, jak tohoto cíle dosáhnout. Ani vysoká míra státní redistribuce však nemůže zabezpečit tu nejlepší technicky možnou úroveň pro všechny, s rozvojem technologií se mohou rozdíly mezi zaručenou a možnou péčí ještě zvětšovat [10].

Je tedy otázkou, jestli zaručit jakousi „průměrnou“ úroveň péče pro všechny nebo špičkovou pro jednoho (normativní hledisko). Omezení nákladů

na drahou nebo „marnou“ zdravotní péči je jednou z cest zvýšení efektivnosti, jde však o problém etický. Dle Sagnera [11], „na rozdíl od přírodních věd, etická rozhodnutí nejsou založena na objektivní pravdě, ale na kvalitě a objektivnosti argumentů a souhlasu s nimi“. V každém případě by však ani ekonomie, ani hospodářská politika státu, neměly být pouze věcí názoru [12]. Vyžadují totiž i myšlení „za“ bezprostřední následky rozhodnutí směrem k dlouhodobým efektům. Principy ekonomie zůstávají stejné, ale pravděpodobnost jejich aplikace v nezměněné podobě se zmenšuje, protože politici mají vlastní principy rozhodování¹⁷.

Cíle WHO [13] v oblasti lékové politiky, které bychom při návrzích řešení měli respektovat, se týkají zajištění kvality, bezpečnosti, dostupnosti a účinnosti léčiv, zainteresovanosti všech aktérů na tvorbě a realizaci lékové politiky a také racionálního nákladově efektivního užívání léků.

Otázek kolem podoby českého zdravotnictví se i v kontextu předchozích odstavců nabízí hodně. Následující část bude věnována pouze možností změn financování a poskytování léčivých přípravků, i když si je autorka vědoma toho, že oblast lékové politiky nemůže (respektive neměla by) být reformována *ceteris paribus*.

Při rozhodování o budoucí podobě lékové politiky bychom si měli v první řadě vyjasnit odpověď na několik otázek: jakou péči chceme poskytovat, zda-li si takovou péči můžeme dovolit a jak co nejhospodárněji zabezpečit vybraný způsob poskytování v praxi. Jiné hledisko je distribuce pravomocí a zodpovědnosti – kdo rozhoduje, kdo vykonává, kdo platí, kdo a jak nese náklady špatných rozhodnutí. Je také možné změnit systém stanovení cen léků a výše úhrad ze zdravotního pojištění.

Všem dle jejich potřeb

– pro všechny druhy péče

Dle Listiny základních práv a svobod, čl. 31, má každý občan právo na

ochranu zdraví a na základě účasti v systému veřejného zdravotního pojištění i právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon¹⁸. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, však navzdory četným upozorněním na tento nedostatek, obsahuje pouze taxativní výčet několika málo výkonů, které nejsou hrazeny, z čehož vyplývá, že veškeré další druhy zdravotní péče hrazeny jsou, včetně nových diagnostických a léčebných metod.

Ideální podoba takového systému pak spočívá v poskytnutí té nejlepší disponibilní léčby všem dle objektivní potřeby, přičemž zdravotní pojišťovna v každém případě léčbu uhradí. Z tabulek, které ve svém článku uvádí Adam et al [2] je ale evidentní, že pokud problému růstu nákladů čelí více odborností poskytovatelů, takový finanční tlak stávající systém není schopen unést bez restriktivních opatření v rámci jiných druhů péče či nalezení dodatečných zdrojů financování. Jelikož nelze očekávat takové zlepšení zdravotního stavu populace, že by objektivní potřeba drahé léčby byla menší, systém bude neustále inklinovat k zadluženosti. Následně existuje několik možností (tab. 1), jak dluhové břemeno přesouvat na jednotlivé aktéry systému (pacienti, poskytovatelé, pojišťovny, stát). Dotčená skupina aktérů pokaždé uplatní nějaký druh restrikce či regulace a ve výsledku se nejlepší možná péče nedostane všem a už vůbec ne dle jejich potřeb.

Všem dle jejich potřeb – jiný způsob alokace financí v rámci systému veřejného zdravotního pojištění

Je možné přijmout model, kdy se z disponibilního objemu finančních prostředků vyčlení neomezené množství prostředků na financování nákladné péče a zbytek se rozdělí mezi ostatní druhy péče. Protože se nedomnívám, že by poskytovatelé jiné než nákladné péče přistoupili na snížení úhrad za své služby, vyžadoval by tento model

Tab. 1. Léčiva s nejvyšším podílem na nákladech VZP.

	2003		2004	
	pořadí	náklady v mil. Kč	pořadí	náklady v mil. Kč
Mabhtera	13	109,2	2	197,6
Cellcept	4	160,2	4	183,5
Glivec	12	111,3	5	181,8
Taxol Pro	11	112,4	12	138
Arimidex	x	x	16	128,1
Femara	15	108,4	17	126,7
Taxotere	x	x	20	111,2

Zdroj: ÚZIS ČR

aplikaci opatření k získání dodatečných zdrojů (spoluúčast, připojištění, vyšší pojistné atd – viz dále). Problémem by byla i omezená možnost plánování zdrojů a pravděpodobně velká fluktuace cen práce poskytovatelů.

Alokace zdrojů ve stávajícím systému úhrad je založena převážně na principu historických rozpočtů a historických nákladů. Problém je, že i kdybychom dokázali „spravedlivě“ ocenit práci jednotlivých poskytovatelů, náklonnost české společnosti k medializaci a populizmu odborných problémů by zneumožnila jakoukoliv realokaci zdrojů. Jediný výsledek, který by mohl mít šanci na úspěch, by bylo dorovnání ceny práce některých poskytovatelů vůči jiným. Větší pravděpodobnost si ale troufám přiřadit možnosti, že s navyšováním ceny práce jednomu segmentu by ostatní segmenty prosadily minimálně stejné zvýšení všech úhrad, s odvoláním se na procentní nárůst výběru pojistného. Bohužel mnozí poskytovatelé neberou v úvahu to, že procentní nárůst výběru pojistného nemůže být roven navýšení ceny práce – to by bylo možné pouze pod podmínkou zachování stejného objemu zdravotní péče.

Připojištění na „běžnou“ léčbu

Pokud bychom připustili vznik předchozího modelu, nákladná léčba by byla finančně krytá, ale u ostatních služeb by vznikl tlak na pokles úhrad. Pro pacienty by tedy přicházely v úva-

hu dvě možnosti: přímé platby za výkony v čase jejich spotřeby nebo připojištění na „běžnou“ léčbu (v závislosti na definování obsahu tohoto pojmu). Jako přijatelnější se jeví alternativa přímých plateb v čase spotřeby, jelikož lze očekávat averzi pojištěnců vůči pojištění úhrad výkonů s vysokou pravděpodobností výskytu (nejednalo by se o pojištění, spíše o „předplatné“) a naopak preferenci připojištění úhrady méně pravděpodobných, zato velmi nákladných událostí.

Připojištění na nákladnou léčbu

V úvahu připadají dvě alternativy – povinné a dobrovolné připojištění. Povinné by zřejmě bylo akceptovatelné pouze při zachování stejné výše celkové sazby – část pojistného by tedy adresně šla na „účet nákladné léčby“. Otázkou je, jak by se zvýšily transakční náklady na správu takového účtu a také jestli by byl možný přesun prostředků mezi „úcty“ v případě dysbalance mezi zůstatky.

U dobrovolného připojištění je v podmínkách ČR vnímán jediný problém, a to vznik rozdílného přístupu ke zdravotní péči. Domnívám se, že je to spíše otázka technického charakteru, tj. jestli by připojištění apriori znamenalo snížení dostupnosti péče pro pacienty bez připojištění. Dalším faktorem by byla samotná výše pojistného, respektive jestli by byla pro převážnou většinu obyvatelstva ekonomicky nedostupná či nikoliv.

Tab. 2. Všem je jejich potřeb – pro všechny druhy péče.

• jaká péče	nejlepší pro všechny
• finanční zdroje – stávající systém	nejdou a nebude možné je dlouhodobě kumulovat
• o poskytnutí rozhoduje	lékař
• hradí	pojišťovna
• dluh hradí	stát, zdravotnické zařízení, pojišťovna
• potřebná změna financování	vyšší pojistné, vyšší státní dotace, spoluúčast
• efekt	míra růstu nákladů nebude kompenzována stejnou mírou zlepšení zdravotního stavu
• rizika	generování deficitu, přesun dlouhého břemena, regulace množství

Tab. 3. Všem dle jejich potřeb – jiný způsob alokace financí v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

• jaká péče	nákladná péče pro všechny
• finanční zdroje – stávající systém	možné získat transferem z jiných segmentů
• o poskytnutí rozhoduje	lékař
• hradí	pojišťovna
• dluh hradí	stát, zdravotnické zařízení, pojišťovna
• potřebná změna financování	přesměrování financí z jiných segmentů, tj. snížení úhrad na jiné druhy péče
• efekt	finanční udržitelnost
• rizika	tlak ostatních segmentů na navýšení zdrojů, sociální a politická neudržitelnost

Tab. 4. Připojištění na „běžnou“ léčbu.

• jaká péče	nákladná péče pro všechny
• finanční zdroje	připojištění na běžnou léčbu
• o poskytnutí rozhoduje	lékař
• hradí	pojišťovna
• dluh hradí	stát, zdravotnické zařízení, pojišťovna
• potřebná změna financování	zvýšení podílu soukromých zdrojů na běžnou péči
• efekt	finanční udržitelnost, zlepšení dostupnosti nákladné péče
• rizika	malá pravděpodobnost zavedení, sporné jestli by platby byly adekvátní péči

Spoluúčast

Při diskusi o výši a vůbec existenci spoluúčasti je potřeba rozlišovat zvyšování stávajících forem spoluúčasti (např. doplatky za léky, úhrada za

specifikované výkony) a legalizaci dalších forem spoluúčasti, které mají nyní podobu plateb spadajících do sféry šedé ekonomiky. Ve druhém případě by nešlo o zavádění nových převratných

mechanismů a druhů plateb – pouze by poplatky, které se dnes mohou ve vztahu pacient – poskytovatel (– pojišťovna) vyskytovat, byly povolené a jejich dnes odhadovaná výše by byla předem známá. Jedinou překážkou pro aplikaci takového opatření je převládající názor české společnosti, která nepřipouští jakoukoliv formální nerovnost ve spotřebě zdravotní péče na základě jiných než zdravotních kritérií.

Upřednostnění ekonomického imperativu před etickým

Velmi obtížně diskutovatelné a citlivé téma, nicméně je potřeba ho zmínit jako jednu z variant úhrad nákladné péče. Medicína není exaktní věda. Výsledek poskytnutí či neposkytnutí zdravotní péče není předem úplně zřejmý, navíc na zdravotní stav působí mnoho jiných faktorů než zdravotní péče poskytnutá v konkrétním čase, na konkrétním místě konkrétnímu pacientovi. Je proto velmi problematické stanovit pomocí matematických analýz pravidla, kdy a jakou péči jakému pacientovi poskytnout. Nástrojem pro rozhodování o poskytnutí nákladné léčby by mohla být analýza QALY (Quality Adjusted Life Years)¹⁹, nicméně i tato s sebou přináší negativa, jako například upřednostňování mladších lidí a „perspektivních“ pacientů s cílem dosáhnout úspory.

Matematicko-statistický aparát může být pomocným, ne však jediným kritériem rozhodování. Příklady problémů s *měřením účinnosti a ekonomické efektivity*:

- jak už bylo zmíněno, zdravotní péče se podílí z pouhých 10–20 % na zdraví populace
- stav zdraví jednotlivce na začátku léčebného procesu a prognóza
- biologické variace mezi pacienty
- ostatní nemoci
- dostupné způsoby léčby
- vybavení a složení pracovníků pracoviště
- spolupráce pacienta
- disponibilní zdroje

Tab. 5. Připojištění na nákladnou léčbu.

připojištění	povinné	dobrovolné
• jaká péče	nákladná péče pro všechny	„dvojkolejnost“ systému × v průměru zvýšení dostupnosti péče
• finanční zdroje	od obyvatelstva, ALE otázka sociální únosnosti	od jednotlivců
• o poskytnutí rozhoduje	lékař	lékař a pojišťovna
• hradí	pojišťovna	pojišťovna
• dluh hradí	stát, zdravotnické zařízení, pojišťovna	pacient navýšením pojistného, pojišťovna
• +potřebná změna financování	a) snížit stávající platby univerzálního pojistného, zavést „adresní“ pojistné b) navýšit stávající pojistné o připojištění	legitimizovat nerovnost, umožnit vznik nových pojistných produktů
• efekt	finanční udržitelnost a dostupnost péče	finanční udržitelnost, nový zdroj financí, zachování až zlepšení dostupnosti péče
• rizika	sociální neudržitelnost u varianty b) a transakční náklady u varianty a)	obtížná komunikace principů veřejnosti, zvýšení transakčních nákladů

- výkon činností, které nezanechají „hmotnou“ stopu
- léčba nemusí přinést efekt okamžitě
- efektivnost ovlivňují i faktory mimo poskytovanou zdravotní péči

Domnívám se, že žádoucím cílovým stavem by byla volnost v rozhodování lékaře, ideálně dosažení konsensu několika lékařů ohledně léčby, přičemž by částečně byli konfrontováni i s náklady tohoto rozhodnutí²⁰.

Sdílení nákladů na léčbu mezi pojišťovnou, poskytovatelem a případně i pacientem

Jak už bylo naznačeno v předchozím bodě, při poskytování jakékoliv, nejenom nákladní, léčby by mělo být zohledněno i ekonomické hledisko – nikoliv jako primární, pouze jako podpůrný nástroj při rozhodování o výběru nejlepší možné varianty řešení (z medicínsky účinných postupů je potřeba vybrat ekonomicky nejvýhodnější). Pokud platí vztah, že každá neúčinná a nepřínosná zdravotní péče je ekonomicky neefektivní, není možné odvodit, že každá přínosná zdravotní péče je efektivní [15].

Všichni aktéři v systému – tedy nejenom poskytovatelé a pojišťovny, ale

také pacienti a politici, by si měli uvědomit, že z veřejného zdravotního pojištění v ČR nelze zajistit veškerou péči na špičkové úrovni a všichni by měli být zainteresováni na účelnosti a hospodárnosti léčby. Což neznamená nezbytně dosahovat absolutní úspory, ale při chovat se tak, aby při stejných nákladech na zdravotní péči (objem zdrojů ze zdravotního pojištění) bylo dosaženo vyšší „přidané hodnoty“²¹. To je však často narušováno rozdílnými zájmy: pacienti preferují účinnost (zejména pokud nejsou konfrontováni s náklady), poskytovatelé vyhledávají postupy, které poskytují naději na lepší výsledky bez ohledu na cenu a očekávají neomezený přístup k technologiím, pojišťovny preferují úspornost a politici znovuzvolení do funkce.

Sdílení nákladů mezi pojišťovnou a poskytovatelem v určitém, byť „symbolickém“ poměru, může poskytovatele zainteresovat na účelném používání nákladných léčiv, ale pouze za splnění následujících podmínek:

- při úhradách lékovým paušálem
- u větších zdravotnických zařízeních
- pokud management takového zařízení tuto politiku efektivního poskytování drahých léčiv dostatečně komunikuje,

- zdravotní pojišťovny budou v případě nákladné péče dále uplatňovat individuální přístup

Pacient do sdílení nákladů může (ale nutně nemusí²²) být vtažen prostřednictvím některé z výše popsaných metod (různé formy připojištění, spoluúčast).

Změny regulace

Z výše uvedeného textu vyplývá, že v ČR se nevyužívá celé spektrum nástrojů k ovlivňování cen a tedy i nákladů na léky. Ještě před zavedením jakéhokoli opatření je však nezbytné říct, zda-li chceme snížit cenovou úroveň léků, úhrady ze zdravotního pojištění anebo změnit strukturu spotřeby léčiv. V každém případě je nezbytné posílit analytickou činnost týkající se jak nákladovosti tak účinnosti léčby (například analýzy CUA, CBA)²³. Na základě výsledků pak v rozhodování upřednostnit taková léčiva, kde z vynaložených prostředků získáme maximální prospěch. Výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění pak stanovit prostřednictvím systému referenčních cen. U nejvíce nákladných léků by také byla možnost jejich financování z jednoho centrálního

Tab. 6. Spoluúčast.

• jaká péče	„dvojkolejnost“ systému × v průměru zvýšení dostupnosti péče
• finanční zdroje	navýšení zdrojů, přesun z šedé ekonomiky
• o poskytnutí rozhoduje	lékař, pacient
• hradí	pojišťovna + pacient
• dluh hradí	stát, zdravotnické zařízení, pojišťovna, pacient
• potřebná změna financování	legalizace možnosti „dobrovolné“ spoluúčasti, tj. možnosti výběru mezi „dražší“ a „levnější“ péčí
• efekt	dodatečný zdroj, adresnost, zachování nebo zlepšení dostupnosti péče
• rizika	bez sociální klauzule může dopadnout na některé skupiny populace

Tab. 7. Upřednostnění ekonomického imperativu před etickým.

• jaká péče	levná anebo poskytnutí vázáno na prodloužení života (doby dožití)
• finanční zdroje	hranice by se určila dle aktuálně disponibilního objemu zdrojů
• o poskytnutí rozhoduje	zdravotnické zařízení, pojišťovna
• hradí	pojišťovna
• dluh hradí	stát, zdravotnické zařízení, pojišťovna, pacient
• potřebná změna financování	stanovení stropů úhrad nákladné péče, ev. v návaznosti na další kritéria než jen diagnózu
• efekt	zmenšení tlaku na finanční udržitelnost
• rizika	snížení dostupnosti zdravotní péče, stagnace českého zdravotnictví, zanedbání morálního hlediska

fondu, který by byl tvořen prostředky veřejného zdravotního pojištění, státních dotací případně i soukromého připojištění – v závislosti na tom, jaká by byla léková politika a jakými nástroji by se realizovala. Naopak léky, které jsou volně prodejné, by v žádném případě neměly být zároveň hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a jejich cena nemusí nutně být regulována.

Funkci kontrolora by z velké části plnily zdravotní pojišťovny. Pro redukci často zbytečné administrace by kontrolu preskripce zefektivnil přístup do společné aktuální databáze dat o spotřebě léčiv. Pro usnadnění orientace poskytovatelů v systému regulací by

mohly být nápomocné například smluvní pozitivní listy, doporučené postupy a systémy bonifikací podle komplexního hodnocení nákladů.

Regulace cen:

1. zavést referenční systém úhrad léčiv
2. stanovit a zachovat poměr mezi cenou originálních léků a generik
3. rozvíjet systém degresivních marží nebo jednotného poplatku za distribuci léčiv
4. podporovat výběrová řízení či centrální nákupy, tj. všechny nástroje vedoucí k nižší nákupní ceně pro poskytovatele zdravotní péče
5. častější revize počtu ATC skupin a léků v nich obsažených

Regulace poskytování léčivých přípravků, změna pravidel preskripce:

1. pokračovat v centralizaci nákladné péče
2. zpracovat modelové analýzy jako podklad pro rozhodování při výběru modelu financování (viz výše), aby bylo možné určit například které druhy léků nebo do jaké ceny vyjmout ze systému veřejného zdravotního pojištění – regulace na straně poptávky
3. konsenzus mezi poskytovateli a pojišťovnami o potřebnosti postihovat neodůvodněně atypické preskripční chování – regulace na straně nabídky

Závěr

Z analýzy vývoje výdajů na léčiva a definování příčin permanentního růstu nákladů na zdravotní péči je evidentní, že se jedná o velmi komplexní problém. Cílem práce nebylo najít „optimální“ model zdravotnictví v ČR. Byly nastíněny možné budoucí podoby systému zdravotnictví, které by změnou uspořádání vztahů a případným nacházením nových zdrojů řešily problém dostupnosti a financování nákladné péče. Při analýze dat se objevovalo mnoho skrytých vztahů a závislostí, které není možné v práci tohoto rozsahu vyřešit. Je to však signálem pro to, aby tato problematika byla řešena na celospolečenské úrovni, za účasti všech aktérů lékové politiky a pokud možno objektivně, bez emocí a zbytečných politických proklamací.

PŘÍLOHA

Vývoj HDP, výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 1990–2005

Následující část dokumentuje vývoj výdajů na zdravotnictví ve srovnání s růstem hrubého domácího produktu ČR (HDP) od roku 1990.

Do roku 1996 zaznamenával růst HDP²⁴ vysoké tempo přesahující 10 % meziróčního nárůstu. V dalších letech

se tempo růstu poněkud zpomalilo, nicméně (s výjimkou roku 1994) dosahovalo hodnot 5 % a více.

Výdaje na zdravotnictví²⁵ vykazují rovněž strmější růst do roku 1996, pak následuje mírné zpomalení, tempo růstu se pohybuje (s výjimkou roku 1999) v intervalu 5–12 %.

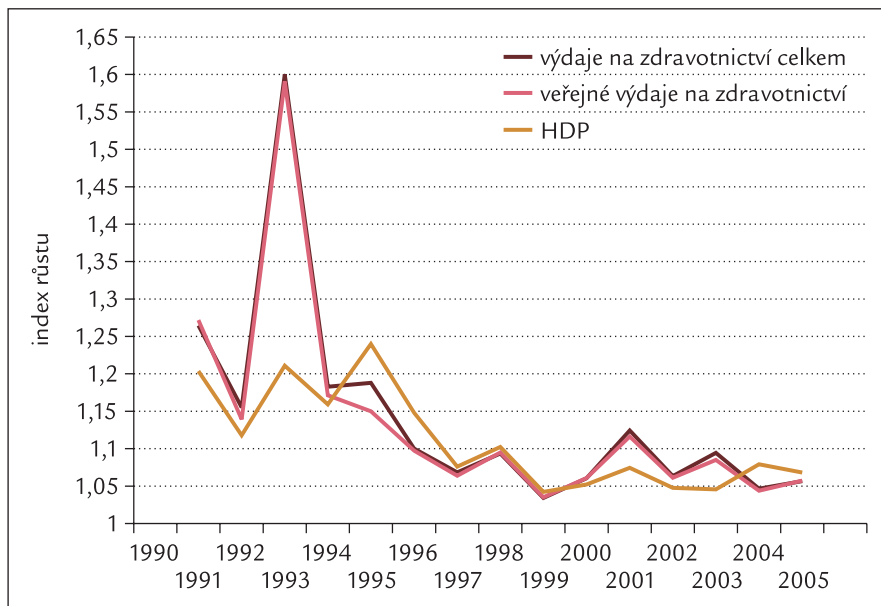
Ve srovnání s tempem růstu HDP je zřejmé, že do roku 1994 výdaje na zdravotnictví předbíhaly růst HDP, v letech 1995–1999 bylo tempo růstu HDP vyšší, přičemž se ale rozdíl postupně snižoval (z 5 procentních bodů na 1 bod). V letech 2000–2003 rostly výdaje na zdravotnictví rychleji (rozdíl 1–5 procentních bodů), v letech 2004 a 2005 se jejich růst oproti růstu HDP opět poněkud zpomalil.

Veřejné výdaje na zdravotnictví v podstatě kopírují tempo růstu celkových výdajů na zdravotnictví, s výjimkou roku 1995, kdy rostly pomaleji (o 4 procentní body).

Z grafu 5 je zřejmé, že nejvyšší tempo růstu výdajů na zdravotnictví je zaznamenáno v roce 1993, kdy dochází k zásadní systémové změně ve financování zdravotnictví (přechod na veřejné zdravotní pojištění, navýšení objemu zdrojů plynoucích do zdravotnictví).

Změna způsobu financování je patrná i z grafu 6, který demonstruje vývoj podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP. Do roku 1993 měl tento podíl hodnotu asi 5,3 %, od roku 1993 se pohybuje nerovnoměrně v intervalu 6,56–7,34 %. V letech, kdy tento podíl dosahoval nižších hodnot z daného intervalu, však tempo růstu HDP bylo vyšší než tempo růstu výdajů na zdravotnictví a naopak v letech růstu podílu předbíhalo tempo růstu výdajů na zdravotnictví růst HDP (jak dokládá předchozí graf 5 a tab. 1).

Protože hodnoty tempa růstu výdajů na zdravotnictví jsou v nominálním vyjádření, je potřeba je srovnat s mírou inflace pro vyjádření jejich reálného vývoje. Jak vyplývá z následujícího grafu 3, pouze v letech 1997



Graf 5. Tempo růstu HDP a výdajů na zdravotnictví v letech 1991–2005.



Graf 6. Výdaje na zdravotnictví jako procento z HDP v letech 1990–2005.

(–1,5 procentního bodu) a 1998 (–1,7 procentního bodu) byla míra inflace vyšší než tempo růstu výdajů na zdravotnictví. V ostatních letech tedy rostly výdaje na zdravotnictví rychleji než míra inflace, tj. tempo růstu nebylo determinováno pouze růstem cen v národním hospodářství, ale i jinými faktory (výdaje odvozené od tvorby příjmů, úhrady za poskytovanou zdravotní péči, nové technologie, investice apod).

Výdaje na léky v ČR v letech 1990–2005

Velikost podílu výdajů na léky na celkových výdajích na zdravotnictví (tj.

veřejných i soukromých) a srovnání tempa růstu výdajů na léky s celkovými výdaji na zdravotnictví jsou evidentní z grafu 1. Pokud jde o podíl nákladů na léky na celkových nákladech, lze zobecnit, že do roku 1993 včetně byl tento podíl na úrovni asi 20 %, v letech 1994–1998 asi 25 % a od roku 1997 se postupně zvyšoval z 27 % na 30,8 % v roce 2005.

Při srovnání tempa růstu výdajů na zdravotnictví a výdajů na léky je zřejmé, že zejména do roku 1994 a v roce 1999 se nejedná o jednotný vývoj. Pokud jde o samotné výdaje na léky, po počátečním rapidním růstu (až o 51 % meziročně v roce 1994) se tempo zpo-

malilo a ustálilo na úrovni kolem 10 % meziročně. Zajímavá je zejména situace v letech 2004 a 2005, kdy se růst výdajů na zdravotnictví zpomalil, ale růst výdajů na léky nikoliv (rozdíl 4 procentních bodů v roce 2004 a až 7 procentních bodů v roce 2005).

U antineoplastik (graf 4) se dle níže uvedených dat jedná o ATC skupinu, která na celkovém počtu balení distribuovaných léků nemá velký podíl (s výjimkou roku 1995 se tento podíl stabilně drží na úrovni 0,7–0,8 %). Pokud ale analyzujeme podíl nákladů na tuto ATC skupinu na celkových nákladech na léky, je zřejmé, že za posledních deset let dochází k růstu z 5,25 % v roce 1995 na 13,12 % v roce 2005, což při absolutním vyjádření nákladů představuje více než 6násobný nárůst nákladů při stejném podílu ATC skupiny na celkovém počtu balení distribuovaných léků.

Z tab. 1 pak vyplývá zastoupení konkrétních léků dané ATC skupiny v pořadí prvních 20 nejnákladnějších léčiv v letech 2003 a 2004 (pouze z dat VZP).

Pokud bychom použili údaje z grafu 1 a doplnili je o výdaje na antineoplastika (časová řada až od roku 1995, resp. 1996), je evidentní, že tempo růstu výdajů na antineoplastika výrazně převyšuje tempo růstu jak celkových výdajů na zdravotnictví, tak výdajů na léky. Meziroční nárůsty se pohybují v intervalu 14–30 %. Rozdíl oproti tempu růstu výdajů na léky se nachází v intervalu 5–21 procentních bodů a rozdíl oproti tempu růstu celkových výdajů na zdravotnictví dosahuje hodnot 6–25 procentních bodů.

Závěrem tedy lze konstatovat, že podíl výdajů na léky na celkových výdajích na zdravotnictví v České republice je významný (asi 1/4 až téměř 1/3 při stávajícím trendu). Antineoplastika svým objemem tvoří méně než 1 % objemu distribuovaných léčiv, nicméně z pohledu nákladů dochází k neustálému zvyšování podílu antineoplastik na celkových nákladech na léky – za posledních 10 let rostly tyto

náklady více než 6násobně na 13,12 % z celkových nákladů na léky.

Dle údajů MAFS došlo v roce 2006 k meziročnímu poklesu spotřeby léčiv o 4,1 %²⁶ v počtu balení a o 0,5 % ve finančním vyjádření, přičemž ale celkové výdaje na zdravotnictví rostly (asi 11 % za první pololetí roku 2006). Důvodem byly pravděpodobně restriktivní úhradové mechanismy v oblasti preskripce a snížení úhrad z veřejné zdravotní pojištění pro některá léčiva. Mírný nárůst spotřeby ve 4. čtvrtletí roku 2006 může být způsoben také nízkým porovnávacím základem v předchozím období. MAFS argumentuje, že celosvětový trh s léky je rostoucí (asi 6 %), v ČR rostou také mzdy, a tím i výběr pojistného. Odhaduje, že i když na trh nevstupují nové léky, prodlužování délky života a nasazování účinnější léčby způsobuje 5procentní meziroční nárůst výdajů na léky²⁷.

Úhrady z veřejného zdravotního pojištění sice klesly, MAFS ale uvádí 7% nárůst výdajů domácností na léky, nejvíce u domácností důchodců (včetně invalidních).

Vývoj spotřeby léků v roce 2006 dle mého názoru nelze chápat jako změnu trendu – stagnace spotřeby byla důsledkem restriktivních úhradových mechanismů, z velké části se jednalo pouze o odloženou spotřebu a nejsou zatím k dispozici data o případné změně struktury spotřeby léčiv, tj. na „úkor“ kterých skupin léčiv spotřeba stagnovala.

Vysvětlivky

¹ Léky protinádorového zaměření, ATC skupina „L“ [19]

² Jiné nákladné ATC skupiny nejsou předmětem analýzy z důvodu zjednodušení interpretace dat.

³ Podíl výdajů na léky je také relativně vyšší v zemích s nižším relativním příjmem [1]

⁴ Celkové výdaje na léky dle ÚZIS zahrnují celkové náklady na léčiva, tedy i léčiva volně prodejná. Pro hodnotové vyjádření je použita vždy jednotná maximální možná obchodní přírážka distributora a lékárny. Faktická finanční hodnota vydaných léčiv se tedy může mírně lišit směrem dolů. Zdroj: www.uzis.cz

⁵ Srovnání v USD dle parity kupní síly. Dostupný na <http://www.oecd.org/dataoecd/5/24/36984917.pdf>

⁶ Průměr zemí OECD je 39 % výdajů na léky na jednoho obyvatele ze soukromých zdrojů a 61 % ze zdrojů veřejných (<http://www.oecd.org/dataoecd/49/18/35618198.pdf>).

⁷ Ve 4. čtvrtletí roku 2006 došlo k mírnému poklesu DDD/1 000 obyvatel/den, což ne zcela odráží vývoj počtu distribuovaných balení v ČR ve 4. čtvrtletí roku 2006, kde došlo k nárůstu o 3,1 %. Tuto situaci je možné vysvětlit relativním vzestupem prodeje balení s nižším obsahem léčivé látky. Zdroj: www.uzis.cz, www.sukl.cz

⁸ Data pro analýzu spotřeby vyjádřené v DDD/1 000 obyvatel/den nebyla pro zkoumanou ATC skupinu k dispozici.

⁹ Cytostatika a imunomodulační látky.

¹⁰ Zajištění toho, aby se do systému dostala pouze bezpečná a účinná léčiva, je v kompetenci SÚKL.

¹¹ V ČR je plně hrazeno velké množství léčiv s nedostatečnými důkazy účinnosti a naopak léčiva s dobrými důkazy účinnosti jsou hrazena nedostatečně s poukazem na jejich vysokou cenu, aniž by byly provedeny odpovídající farmakoekonomické analýzy. Cena je regulována Ministerstvem financí u více než 8 000 kódů léčivých přípravků, z nichž asi 90 % je hrazených, z toho 2 500 plně a 1 500 s tzv. dohodnutou nejvyšší cenou mezi výrobcem a VZP (DNC). Asi 900 má stanovenou cenu, ale není předepisováno [7].

¹² Nálezem Ústavního soudu č. 206/1996 Sb. byla totiž stanovena potřeba vymezit rozsah poskytovaných služeb přesně zákonem, nicméně některé pokusy o novelizaci směřovaly tyto kompetence ze sféry legislativní do sféry výkonné. Na druhou stranu lze ale oprávněně předpokládat, že některé výkonné složky jako např. SÚKL či Kategorizační komise při MZ mají pro posuzování tak odborných záležitostí větší kapacitu než Poslanecká sněmovna [5].

¹³ Vyhláška č. 368/2006 Sb. o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely.

¹⁴ Na straně nabídky jsou dvě skupiny zemí – s farmaceutickým průmyslem (podpora výzkumu a vývoje a vysokých cen) a bez tohoto průmyslu [1].

¹⁵ Tzv. „logika intervencionizmu“ dle L. von Misese [8]

¹⁶ upraveno zejména vyhláškami MZ o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní

lékařské účely a o výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, a cenovými věstníky Ministerstva financí

¹⁷ popsáno v teorii veřejné volby

¹⁸ účastník systému veřejného zdravotního pojištění nemusí být nutně občanem ČR, viz zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů

¹⁹ Metoda srovnává náklady na léčbu a kvalitu a počet let života po poskytnutí léčby. Rok života v plném zdraví má hodnotu 1 bodu, rok života s nemocí hodnotu přiměřeně nižší. Smrt má hodnotu nula, rok utrpení horšího než smrt hodnotu zápornou. Přednost dostane léčba, která přinese při nejnižších nákladech nejvíce bodů QALY (Pace News 1/2002).

²⁰ Např. sdílením nákladů na drahou léčbu mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením v poměru 80–20 %, tj. neveskerá nákladná péče by byla vyjmuta z paušální úhrady.

²¹ V souvislosti s výslednou účinností je potřeba zabývat se i procesem zdravotní péče.

²² Některé výzkumy prokázaly, že více než regulace na straně poptávky, tj. pacienta, systém ovlivňuje způsob úhrad zdravotní péče.

²³ Současný analytický aparát, který je k dispozici, sice nedokáže úplně exaktně vyčíslit účinnost, je však důležitou pomůckou ve strategickém rozhodování.

²⁴ v běžných cenách, dle údajů ČSÚ

²⁵ dle údajů ÚZIS ČR

²⁶ Spotřeba léčiv v ČR trvale klesala od října roku 2005 ve čtyřech po sobě jdoucích čtvrtletích: ve 4. čtvrtletí roku 2005 meziročně o 3,4 %, v 1. čtvrtletí roku 2006 o 10,6 % (z 88 milionů prodaných balení na 79) a ve 3. čtvrtletí o 3,6 % (ze 75 milionů prodaných balení na 72). Trh s léky klesal v roce 2006 také ve finančním vyjádření, a to celkově o 0,5 % z 39,805 mil. Kč na 39,602 mil. Kč. Pokles byl nejvýraznější v 1. a ve 3. čtvrtletí, a to meziročně o 2,3 %, resp. o 1,8 %. Ve 2. a 4. čtvrtletí byl mírně rostoucí (+0,7 % a +1,3 %). Pro srovnání, v roce 2005 trh ve finančním vyjádření meziročně vzrostl o 7,7 % oproti roku 2004. Trh byl výrazně rostoucí také v předchozích letech: +6 % v roce 2001, +9 % v roce 2002, +11 % v roce 2003, +14 % v roce 2004.

²⁷ Nové léky mají často potenciál pouze mírně zlepšit výsledky léčby za cenu několikanásobně vyšších nákladů.

Literatura

1. Jacobzone S. Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals. In: Labour Market and Social Policy – Occasional Paper No. 40. Paris: OECD [on-line] 2000. Dostupný na [www: http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c125685b0057c558c12568c400331a1e/\\$FILE/00075948.PDF](http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c125685b0057c558c12568c400331a1e/$FILE/00075948.PDF)
2. Adam Z, Kořístek Z, Vorlíček J. Zlepšování výsledků léčby vybraných krevních chorob a změny nákladů na tuto léčbu. Otázky pro ekonomy a další odborníky. Vnitř Lék 2007; 53: 735–749.
3. OECD: Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition. Paris: OECD 2005. Dostupný na [www: http://www.oecd.org/dataoecd/49/18/35618198.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/49/18/35618198.pdf)
4. SÚKL. Přehled o spotřebě léčiv v České republice za 4. čtvrtletí a za rok 2006. Praha: SÚKL 2007. Dostupný na [www: http://www.sukl.cz/cs38spotreba-lec/cs38spotreba-lec.htm#rok2006](http://www.sukl.cz/cs38spotreba-lec/cs38spotreba-lec.htm#rok2006)
5. Durda L. Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice. Kostelec nad Černými lesy: IZPE [on-line] 2004. Dostupný na www.izpe.cz
6. Háva P et al. Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad. Kostelec nad Černými lesy: IZPE [on-line] 2003. Dostupný na www.izpe.cz
7. Židek I. Základní teze lékové politiky. Euro Forum, červen 2004. Dostupný na [www: www.euro-forum.cz/prezentace/Zidek_prezentace04.pdf](http://www.euro-forum.cz/prezentace/Zidek_prezentace04.pdf)
8. Bradley RL. A Typology of Interventionist Dynamics. Houston: Institute of Energy Research [on-line] 2003. Dostupný na [www: www.mises.org/journals/scholar/Bradley.pdf](http://www.mises.org/journals/scholar/Bradley.pdf)
9. Directorate for Financial, Fiscal and Enterprise Affairs: Competition and Regulation Issues in Pharmaceutical Industry. Paris: OECD [on-line] 2001. Dostupný na <http://www.oecd.org/dataoecd/35/35/1920540.pdf>
10. Šťastný D, Šťastná R, Kokešová I. Zdravotnictví trochu jinak. Praha: Liberální institut [on-line]. Dostupný na: <http://www.libinst.cz/etexts/zdravotnictvi.pdf>
11. Saner M. Ethics Codes Revisited: A New Focus on Outcomes. In: Policy Brief No. 20, June 2004. Ottawa: Institute On Governance 2004. Dostupný na <http://www.iog.ca/publications/policybrief20.pdf>
12. Sowwell T. Thinking Betone Stage One. New York: BasicBooks 2004.

13. WHO: Medicines Strategy (Countries at the Core) 2004–2007. Geneva: WHO, 2004. Dostupný na WWW: <WHO http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf>.

14. Farmakoeonomika. In: Pace News 1/2002. Praha: Apotex ČR, s.r.o. 2002. Dostupný na <http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

15. Gladkij I, Heger L, Strnad L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1999.

16. Medicina.cz: Nejhlubší propad ve spotřebě léčiv za posledních pět let. Praha: MAFS 2007. Dostupný na <http://www.mafs.cz/cz/clanek-detail.php?clanek=126>

17. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2000–2005 [on-line]. Dostupný na http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomické%20informace®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

18. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví 1999–2003 [on-line]. Dostupný na http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=finančních%20ukazatelů®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

19. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2004–2005 [on-line]. Dostupný na http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=národní%20ekonomiky®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

20. Ministerstvo zdravotnictví: Věstníky 1998–2007, kterými se vydávají vyhlášky, které stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro dané období [on-line]. Dostupný na <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=3>

21. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

22. Vyhláška 368/2006 Sb. o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely.

Ing. Zuzana Zigová

www.zpma.cz

e-mail: zuzana.zigova@zpma.cz

Doručeno do redakce: 12. 3. 2007

Přijato po recenzi: 22. 4. 2007