

Zdravotnické systémy a léková politika ve vybraných postkomunistických zemích

(Maďarsko, Polsko, Lotyšsko, Litva, Estonsko)

MUDr. Michal Prokeš

Ve všech zemích bývalého tzv. východního bloku byl počátkem 50. let zaveden systém státního zdravotnictví podle sovětského vzoru. Zdraví člověka bylo považováno za obecný statek. Lékař rozhodoval o léčbě a pacient musel být pouze pasivním konzumentem takové péče, jaká mu byla předepsána. Není divu, že po pádu komunistických režimů lidé usilovali též o změnu zdravotnického systému tak, aby získali určitý podíl na rozhodování o tom, jak budou léčeni a kdo je bude léčit. Na druhé straně lékaři toužili po takovém systému, který by lépe odměňoval jejich erudici a iniciativu při hledání optimální léčby pacientů. Obě strany usilovaly o reformu, přičemž hledaly vzor ve zdravotnictví vyspělých západních zemí. V tomto článku si ukážeme, jaké reformy za posledních 15 let proběhly v Polsku, Maďarsku, Lotyšsku, Litvě a Estonsku. Klíčová slova: zdravotnické systémy, léková politika, úhrada léků z veřejných zdrojů, regulace nákladů na léky.

Na začátku kapitoly věnované konkrétnímu státu je uvedena **kupní síla obyvatel** konkrétní země vyjádřená indexem PPS (Purchasing Power Standard) v roce 2005. Průměr 25 evropských států je 100, obyvatelé vyspělých zemí mají vyšší kupní sílu a tedy index je vyšší než 100, a naopak čím chudší země je, tím nižší je hodnota indexu. Hodnota indexu závisí též na cenách vybraných komodit v dané zemi (včetně cen léků). Kupní síla obyvatel nevypovídá pouze o možnostech nákupu potravin a norkových kožichů, ale i o nákupu zdravotní péče včetně léků (i když větší část nákupu provádí za jednotlivé občany zdravotní pojišťovny). Pro srovnání: v ČR je PPS 73,7, ve Finsku 110,7 a v Německu 110,0.

Na začátku každé kapitoly je jako indikátor zdraví obyvatel uvedena **střední délka** života u mužů a žen v roce 2005. Pro porovnání: v ČR jsou tyto hodnoty 72,9 let, respektive 79,1 let, ve Finsku 75,5 a 82,3 let, v Německu 76,2 a 81,8 let (ženy vždy žijí déle). Tato hodnota je ovlivněna zejména novorozeneckou úmrtností, která je v ČR velmi nízká, což zkrusluje pohled na to, co se s námi děje v průběhu života. Zde se projevuje vliv zdravé životosprávy, životního prostředí a menším dílem též kvalita zdravotní péče. Lepším ukazatelem než střed-

ní délka života je v tomto případě průměrná dožití, které můžeme očekávat v den našich 60. narozenin (grafy 1 a 2). Zajímavé je, že ČR se v tomto směru nijak výrazně od ostatních postkomunistických zemí neliší, kdežto v Německu a Finsku jsou na tom šedesátiletí lidé se svými vyhlídkami na dožití významně lépe.

Maďarsko

Maďarsko má 10,8 milionů obyvatel, index PPS je 62,5, střední délka života je u mužů 68,6 let a u žen 76,9 let.

Tak jako v jiných postkomunistických zemích, i v Maďarsku byl zrušen státní systém zdravotnictví a alespoň formálně zaveden systém pojišťovenský. Od roku 1990 existuje jediná národní zdravotní pojišťovna, jejíž příjmy tvoří povinné zdravotní pojištění, které tak jako v ČR částečně hradí zaměstnavatel a zaměstnanec. Občan má volný přístup ke zdravotní péči prakticky bez poplatků kromě léků, které ani za socialismu nebyly pro občany „zdarma“.

V ambulantním sektoru zodpovídají za poskytování sekundární a terciární zdravotní péče městské úřady, krajské úřady a ve vybraných případech vláda. Vláda zodpovídá za poskytování nemocniční péče. V jednotlivých krajích

byly zřízeny Regionální zdravotní úřady, které vytvářejí plány poskytování zdravotní péče.

Primární péče je poskytována samostatně pracujícími soukromými rodinnými lékaři, kteří mají se zdravotní pojišťovnou uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tito dostávají za svou práci odměnu ve formě fixní částky placené za jednoho registrovaného pojištěnce (kapitační platbu).

Ostatní lékaři jsou zaměstnanci s pevným platem. Jejich zaměstnavatelé, většinou veřejná zdravotnická zařízení, mají smlouvu na platbu za výkon podobně jako v ČR. Plnou platbu však dostávají pouze za 98 % objem výkonů, nad toto číslo se platba za výkon snižuje.

Ceny léků

Výrobce má volnost pro stanovení ceny pouze pro volně prodejné přípravky, u nichž pouze cenu nahlásí a tato je vydána zvláštním věstníkem. Pro hrazené přípravky musí výrobce předložit návrh, komise pro tvorbu cen tento návrh posoudí a poté s výrobcem cenu dojedná. Od roku 2001 je zřízena zvláštní odborná komise, která komisi pro tvorbu cen poskytuje odborné stanovisko ohledně bezpečnosti a účinnosti konkrétních léků a návrh na zařazení konkrétního léku do jedné z kategorií úhrad podle typu onemocnění a charakteru léku (viz níže).

Úhrady léků

Žádosti o stanovení úhrad nových léků výrobci předkládají Národní zdravotní pojišťovně, která žádosti konzultuje se svými odborníky jmenované lékařskou komorou. Žádost o úhradu generických přípravků není takto podrobně zkoumána, u této kategorie léčiv stačí, když cena je pro zdravotní pojišťovnu přijatelná.

Národní zdravotní pojišťovna stanovuje s výrobcem cenu hrazených přípravků jedenkrát ročně. Dohodnuté návrhy cen jsou předávány cenové komisi a po schválení vydány ve věstníku.

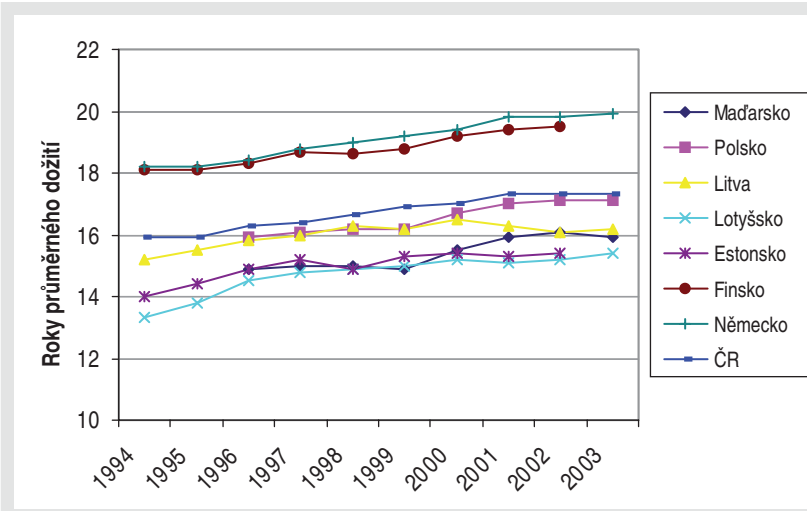
Vyjednávání o ceně léčivého přípravku má dvě části:

- dojednání ceny výrobce pro jednotlivé přípravky,
- zařazení přípravků do jednotlivých kategorií (viz níže).

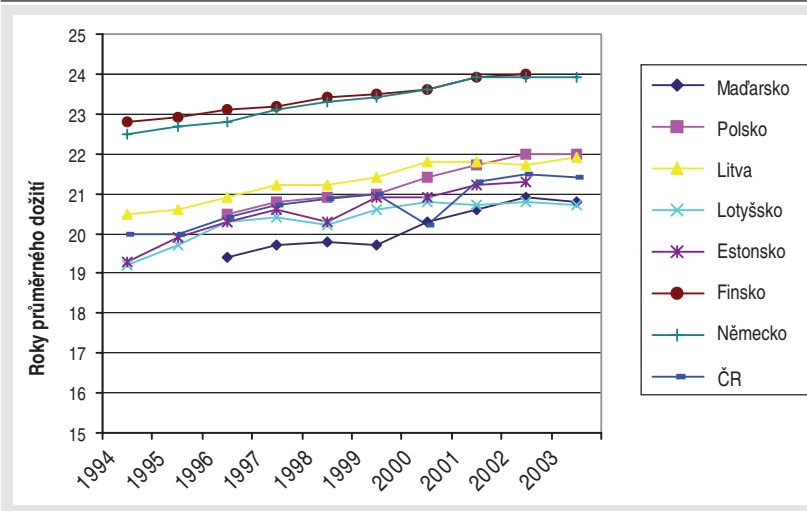
V roce 2004 Národní zdravotní pojišťovna ustanovila Institut pro hodnocení zdravotnických technologií, který posuzuje nákladovou efektivitu nových léků, u nichž výrobce žádá úhradu.

Cenová jednání a klasifikace léčiv probíhají paralelně ve stejnou dobu. Komise porov-

Graf 1. Průměrné dožití mužů ve věku 60 let ve vybraných zemích EU



Graf 2. Průměrné dožití žen ve věku 60 let ve vybraných zemích EU



nává ceny přípravků se zahraničními cenami (Španělsko, Francie) i s cenami podobných produktů v Maďarsku. Pokud výrobce navrhne pro svůj přípravek příliš vysokou cenu, může komise tento přípravek zařadit do nižší úhradové kategorie nebo přípravek vyřadit ze systému úhrad, zvláště když na trhu existuje jiný přípravek s podobným účinkem. Výrobce pak vypracuje nový návrh ceny a předloží další žádost o úhradu.

V Maďarsku existují následující kategorie úhrad léků:

- 100 % úhrada je stanovena pro 23 vyjmenovaných chronických nemocí (např. diabetes, roztroušená skleróza, zhoubné nádory).
- 90 % úhrada je stanovena pro 37 vyjmenovaných chronických nemocí (např. astma bronchiale, epilepsie, revmatoidní artritida).
- Léky určené pro ostatní onemocnění jsou zařazeny do skupiny se 70 % nebo 50 % úhradou.

Chronicky nemocní pacienti, kteří patří do skupiny s nízkými příjmy, mohou požádat o zproštění doplateků. Toto zproštění však platí pouze pro přípravky zařazené na speciální seznam, kam jsou zařazovány zejména levné léky a za podmínek, že lék předepíše příslušný rodinný lékař a lék je vydán v určité lékárně.

V Maďarsku současně existuje systém referenčních úhrad, kdy příslušné procento úhrady je vypočteno nikoli z ceny konkrétního přípravku, ale z nejlevnějšího přípravku určité skupiny.

Cena generických přípravků je stanovována o 20 % níže než činí cena originálního přípravku.

Celkové výdaje na léky v Maďarsku představují 31 % zdravotního rozpočtu, což je považováno za nepřiměřeně vysoké číslo. Proto v roce 2004 vláda provedla 15 % snížení cen léků. Zároveň jsou hledány další možné cesty k obnovení kontroly nad výdaji na léky. Například u drahých léků je zaváděn systém „price-volume agreement“, kdy při jednání s výrobcem je dosaženo určitého kompromisu

ohledně výše ceny léku, ale za podmínky, kdy se výrobce zaváže, že doveze do Maďarska pouze určité množství léku. Součástí takových smluv je i ujednání o vyšší pokutě, kterou výrobce zaplatí při překročení dojednaného množství. Dále jsou zkoumány možnosti ovlivnění preskripce u jednotlivých lékařů.

Distribuční přírázky a DPH

Existuje systém degresivních přírázek, jak pro distributory (5 %–12 %), tak pro lékárníky (18 %–30 %). Nad 3 500,- HUF (cena výrobce) je pro lékárníky stanovena jednotná obchodní přírázka ve výši 360,- HUF.

Ovlivňování preskripce lékařů

Byl vytvořen systém pro monitorování preskripce léků u jednotlivých lékařů. Sledována je zejména preskripce léků se 100 % a 90 % úhradou. V současné době jsou hledány další metody, jak lékaře přimět k předepisování levnějších léků.

Volně prodejné léky

Volně prodejné léky nemají regulované ceny a zdravotní pojišťovny je nehradí, pokud nejsou zařazeny na speciální seznam léků dostupných bez doplateků pro osoby s nízkými příjmy.

Polsko

Polsko je největší postkomunistickou zemí střední Evropy, má 38,5 milionů obyvatel, PPS 49,7, střední délka života u mužů 70,8 let a u žen 79,4 let.

V roce 1999, tedy deset let po revoluci, byl v zemi zaveden systém zdravotního pojištění. Zpočátku existovalo 16 regionálních zdravotních pojišťoven a jedna zdravotní pojišťovna pro ozbrojené složky. V roce 2003 došlo ke sloučení všech těchto pojišťoven do jedné Národní zdravotní pojišťovny (Narodowy Fundusz Zdrowia). Hlavním příjmem této pojišťovny je pojistné, které platí pracující občané. V roce 2004 činilo 8,25 % zdanitelných příjmů jednotlivých osob. Protože peníze nestačí, pojistné je průběžně zvyšováno, pro rok 2007 je plánován 9 % limit. Za vybrané skupiny obyvatel (nezaměstnaní, invalidé a bezdomovci) platí pojistné stát. Od roku 2002 existuje i soukromé dobrovolné pojištění.

Národní zdravotní pojišťovna stanovila jednotlivým regionům Polska pevné finanční rozpočty. Regionální pobočky navazují se zdravotnickými zařízeními smlouvy o posky-



Tabulka 1. Vybrané parametry lékové politiky v Maďarsku, Polsku, Litvě, Lotyšsku a Estonsku

	Obchodní přírážka		Prodej OTC mimo lékárny	Úhrada OTC	Rozbory preskripce lékařů	Finanční rozpočty lékařů	Doplatky pacientů
	distributor	lékárna					
Maďarsko	5–12 %	18–30 %		+	+	–	0, 10, 30, 50 %
Polsko	11–15 %	12–40 %	+		+	–	0, 30, 50 %
Litva	6–15 %	3–20 %	–	+ -	–	–	0, 10, 20, 50 %
Lotyšsko	15 %	10–40 %	–	-	+ -	+	0, 10, 25, 50 %
Estonsko	3–20 %	15–40 %	–	+ -		–	0, 10, 50 %

tování a úhradě zdravotní péče podobně jako v ČR. Péče v nemocnicích je většinou hrazena prostřednictvím rozpočtů, které jsou odvozeny od historických čísel. Většina lékařů jsou zaměstnanci státních, méně pak soukromých zdravotnických zařízení.

Ceny léků

Stanovování cen léků je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví (MZ) a Ministerstva financí. MZ zřídilo Komisi pro management léků. Tato komise zkoumá návrh ceny, který výrobce předkládá, a na základě řady kritérií stanovuje oficiální hodnotu maximální ceny pro tento přípravek. Součástí těchto kritérií je cena výrobku v zemích se srovnatelnou ekonomikou, průkaz účinnosti přípravku, plánovaný objem dodávek na polský trh a další parametry. Pokud výrobce žádá o úhradu, musí prokázat, že se jedná o přípravek levný, že jej lékaři znají a že jeho užívání je nezbytné pro vyléčení pacienta.

Úhrady léků

V Polsku existuje pozitivní seznam hrazených léků. Léky jsou rozděleny do čtyř kategorií:

Seznam A: 100% úhrada zdravotní pojišťovnou je stanovena pro 112 účinných látek (682 léčivých přípravků), které mají charakter „esenciálních léků“ (essential drugs). Pacient platí pouze pevnou částku za jedno balení léku.

Seznam B: 70% úhrada

Seznam C: 50% úhrada

Seznam D: 0% úhrada

Kromě těchto seznamů existuje i seznam chronických nemocí, pro které jsou léky předepisovány bez doplatku pacienta (fixní částka za balení léku však platí i tyto pacienti).

Distribuční přírážky a DPH

Degresivní hodnota distribuční přírážky je stanovena jak pro distributora (11%–15%), tak pro lékárny (12%–40%). Tak jako v ČR i v Polsku se jedná o maximální hodnoty, distributor i lékárna tedy mohou léky obchodovat i za nižší částky.

DPH pro léky registrované v národním seznamu je 7%.

Volně prodejné léky

Volně prodejné léky nemají regulované ceny a zdravotní pojišťovny je nehradí.

Existuje krátký seznam léků, které mohou být prodávány mimo lékárnu. Patří sem např. paracetamol, antacida a vitamin C.

Ovlivňování preskripce lékařů

Lékařům nejsou stanoveny finanční limity na preskripci, generická preskripce není vyžadována.

Komise složené z lékařů a farmaceutů vydávají národní guidelines pro účelné předepisování léků. Dodržování těchto doporučených postupů není povinné, avšak Národní zdravotní pojišťovna začíná monitorovat preskripční návyky jednotlivých lékařů. První takové šetření proběhlo od 1. 1. 2004 do 15. 8. 2004, bylo nalezeno 59 000 receptů se sporným zdůvodněním účelného postupu. Je znám případ lékaře, kterému byla vyměřena pokuta za neodůvodněnou preskripci ciklosporinu ve výši 42 000 Zl.

Pobaltské republiky

Obyvatelé Litvy, Lotyšska a Estonska mají za sebou pohnutou historii a trpkou zkušenost malých „nárázníkových“ národů žijících mezi dvěma velmocemi. V moderní historii vznikly tyto státy po I. světové válce tak jako Československo, avšak prvním okupantem ve II. světové válce nebyli Němci, ale Sovětský svaz. Obyvatelé těchto států byli následně vystaveni ze strany orgánů Sovětského svazu takovému tlaku, o jakém se nám v Československu nezdálo ani v nehorších snech. Osamostatnění se dočkali až v roce 1991, do Evropské unie byly všechny tři republiky přijaty v roce 2004.

Litva

Litva (Lithuania) leží na sever od Polska, její hlavní město je Vilnius. Litva má 3,5 mil.

obyvatel, PPS index je 52,1, střední délka života je u mužů 65,4 let a u žen 77,4 let.

Od roku 1996 v Litvě existuje systém zdravotního pojištění, který je zabezpečen jedinou Státní zdravotní pojišťovnou. Přímé platby občanů a soukromé zdravotní pojištění tvoří asi čtvrtinu celkových výdajů na zdravotní péči. Přímé platby se týkají zejména plateb za léky, v menší míře za stomatologické výrobky a lázně.

Velké nemocnice jsou státními podniky, které jsou přímo nebo nepřímo řízené Ministerstvem zdravotnictví. Řada nemocnic je řízena krajskými správami, některé malé nemocnice městskými úřady. Státní zdravotní pojišťovna platí péči v nemocnicích systémem platby za jeden případ nemoci.

Primární péči provozuje 452 státních a 1 284 soukromých zdravotnických zařízení. Státními zařízeními jsou polikliniky, ambulance praktických lékařů nebo specialistů. Je široce zaváděn systém gate-keeping, ve kterém pacient pro návštěvu specialisty potřebuje doporučení od svého praktického lékaře.

Ceny a úhrady léků

Ceny jsou regulovány pouze u hrazených přípravků. Regulaci provádí Odbor farmacie na Ministerstvu zdravotnictví, kde se tímto zabývá řada expertů z oblasti farmakologie a ekonomie. Rozhodnutí provádí Komise pro úhradu léčiv zřízená MZ. Nový lék je nejprve hodnocen z medicínského hlediska, na základě kterého MZ rozhodne, zda bude zařazen do pozitivního seznamu hrazených léků či nikoli. V kladném případě začíná vyjednávání o ceně přípravku, které provádí Komise pro vyjednávání cen. Konečné rozhodnutí je oficiálně vydáno Výborem povinného zdravotního pojištění.

V Litvě existují dva pozitivní seznamy léků:

1. Seznam A definuje nemoci, pro které jsou léky hrazeny a seznam léčivých látek, které jsou hrazeny. Léky jsou hrazeny z 50%, 80%, 90% nebo 100% v závislosti na charakteru nemoci, kterou léčí. Procentní částka je odvozena od ceny referenčního

přípravku, pokud je předepsán přípravek dražší, pacient navíc doplácí rozdíl. Dětem do 16 let jsou uvedené léky hrazeny ve výši 100 % referenční ceny.

2. Seznam B obsahuje léky, které jsou hrazeny pro sociálně slabé skupiny obyvatel a dětí z 80 %, respektive 100 % referenční ceny.

Referenční systém spočívá v tom, že jsou srovnávány ceny přípravků obsahujících stejnou účinnou látku ve srovnatelné lékové formě. Referenční úhrada je stanovena ve výši 20 % nad cenou nejlevnějšího přípravku v takové skupině. I v případě, že je lék hrazen 100 %, musí pacient doplatit malou částku za výdej léku.

Distribuční přírázky

Oba typy distribučních přírážek mají regresivní charakter s tím, že od určité cenové hladiny existuje fixní odměna za výdej léku. Pro distributora se přírázka pohybuje v rozmezí 6 % až 15 %, pro lékárníka od 4 % do 20 %.

Ovlivňování preskripce lékařů

Některé profesní skupiny lékařů si sestavují vlastní guidelines, ale žádné oficiální doporučené postupy nejsou stanoveny a žádné jiné metody, které by podporovaly účelnou preskripci léků, nejsou v Litvě uplatňovány.

Volně prodejné léky

Ceny volně prodejných léků nejsou regulovány, pokud ovšem konkrétní přípravek není současně zařazen do pozitivního seznamu hrazených léků. V současné době existuje trend nezařazovat nově přicházející volně prodejné léky do seznamu úhrad, ale z dřívějších dob takové přípravky existují. Prodej volně prodejných léků mimo lékárnu není povolen.

Lotyšsko

Lotyšsko (Latvia) leží na sever od Litvy (Lithuania), hlavní město je Riga. Lotyšsko má 2,3 mil. obyvatel, PPS index je 48,0, střední délka života je u mužů 65,6 let a u žen 77,4 let.

V roce 1997 byla zřízena jediná státní zdravotní pojišťovna, a to Agentura pro státní povinné zdravotní pojištění. Zdravotní péči hradí prostřednictvím regionálních (krajských) zdravotních pojišťoven. Zdrojem příjmů Agentury jsou centrálně vybírané daně, z nichž 28 % je určeno na úhradu zdravotní péče. Část nákladů na zdravotní péči však platí občané, kteří se mohou připojit k soukromým pojišťovně. Dalším zdrojem financí zdravotnických zařízení jsou krajské úřady, které vybírají regionální

daně. Záleží ovšem na managementu jednotlivých úřadů, jak s těmito penězi naloží.

Krajské pojišťovny navazují smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními ve svém regionu. Nemocniční péče je hrazena různými způsoby: Platbou za diagnózy, za lůžkovny nebo za výkony. Z hlediska vlastnictví existují tři typy nemocnic: státní (39 %), městské (55 %) a soukromé (6 %).

V rámci primární péče jsou od roku 1999 praktičtí lékaři placeni kombinovanou kapitací platbou, tedy fixní částkou za jednoho registrovaného pojištěnce plus platbou za vybrané výkony. Na rozdíl od ČR však z těchto peněz však musí zaplatit nejen výkony zdravotní sestry, ale i konzultace specialistů a předepsané léky (!). To se podobá systému „fundholding“, který známe z Velké Británie.

Ceny a úhrady léků

Tvorba cen spadá pod pravomoc Ministerstva sociální péče, které zřídilo Agenturu pro stanovování cen a úhrad. Tato agentura komunikuje s pracovníky Ministerstva sociální péče, Státním ústavem pro léčiva (obdobu našeho SÚKLu), s Agenturou pro zdravotní pojištění a s lékařskými organizacemi. Rozhodnutí o cenách i úhradách léčiv vychází oficiálním věstníkem.

Ceny jsou určovány pouze pro léčivé přípravky zahrnuté do pozitivního seznamu léků, které jsou hrazené z veřejných zdrojů.

Rozhodování o zařazení, respektive vyřazení léčivého přípravku z pozitivního seznamu probíhá prostřednictvím dvoustupňového hodnocení z hlediska medicínského a z hlediska ekonomického.

Zkoumá se, jaké nemoci budou lékem léčeny, zda je dotyčná látka vyjmenována v terapeutických guidelines, účinnost léčby, alternativní možnosti léčby, frekvence a závažnost nežádoucích účinků, apod.

Pokud úspěšně proběhne medicínské zkoumání, je nový lék zkoumán z ekonomického hlediska. Při tom jsou porovnávány ceny podobných přípravků v Lotyšsku i v zahraničí, jsou využívána i farmakoekonomická vyhodnocení, ze zahraničních dat je prováděna modelace pro situaci v Lotyšsku. Pokud cena za jeden den terapie převyšuje cenu jiných léků užívaných v téže indikaci, musí být doloženo, že nový lék má zřetelné přednosti. Výrazný vliv má vyjednávání mezi Agenturou pro stanovování cen a úhrad a mezi výrobci léčiv, během kterých se uzavírají i „price-volume agreements“ (viz výše).

Výsledkem procesu je rozhodnutí, zda lék bude hrazen, a v pozitivním případě pak stanovení ceny léku a zařazení léku do jedné z následujících skupin:

Kategorie 1, 100 % úhrada: Léky, bez kterých není možné udržet pacienty naživu.

Kategorie 2, 90 % úhrada: Léky, bez kterých je obtížné udržet pacienty naživu.

Kategorie 3, 75 % úhrada: Léky pro ostatní chronické nemoci, kde léky jsou zapotřebí k navrácení zdraví.

Kategorie 4, 50 % úhrada: Léky pro chronické i akutní nemoci, kde léky jsou zapotřebí pro zlepšení zdraví.

Lotyšsko se potýká s vážnými problémy, jak pro své občany uhradit léky alespoň v základním množství. Soukromé výdaje přitom představují 45 % všech výdajů na léky. V roce 2003 bylo zapotřebí uhradit 27 milionů LVL, ale uhrzeno bylo pouze 17,3 milionů LVL (= 27,2 mil. USD). Existují dvě možnosti, jak řešit nárůst požadavků na úhradu: Vyřadit důležité lékové skupiny ze systému úhrad nebo každoročně přispívat 10 milionů LVL ze státního rozpočtu. Ačkoli je zatím přijímána druhá možnost, je otázkou, zda ve státním rozpočtu vůbec peníze na léky zbudou.

Distribuční přírázky a DPH

Maximální přírázka distributora je 15 %, přírázka pro lékárníka má regresivní charakter od 10 % do 40 %. Navíc lékárník dostává 0,10 LVL (0,16 USD) za každý recept hrazený pojišťovnou. DPH je 9 %.

Lékárník je povinen vydat nejlevnější dostupný generický přípravek, pokud je předepsán lék hrazený pojišťovnou.

Ovlivňování preskripce lékařů

Agentura pro státní zdravotní pojištění sleduje preskripci jednotlivých lékařů a identifikuje odchylky od normy. Profesní organizace lékařů vytváří oficiální guidelines. Tím, že praktičtí lékaři hospodaří s penězi určenými na zdravotní péči o pacienty, jsou vedeni k předepisování levných generických léků.

Volně prodejné léky

Volně prodejné léky nejsou hrazeny pojišťovnami, ceny léků nejsou regulovány. Prodej těchto léků mimo lékárnu není povolen.

Estonsko

Estonsko je nejsevernější z pobaltských republik, hlavní město je Tallin. Estonsko má 1,5



milionů obyvatel, PPS index 59,8, střední délka života je u mužů 67,3 let a u žen 78,1 let.

Od roku 2002 je zřízeno povinné zdravotní pojištění, přičemž existuje jediná Estonská zdravotní pojišťovna, která provozuje zdravotní pojištění pro 94 % obyvatel. Platby této pojišťovny a státu představují 87 % výdajů na zdravotní péči v Estonsku.

Nemocnice jsou placeny na základě smluv se zdravotní pojišťovnou. Základem plateb je seznam výkonů, který vydává Ministerstvo zdravotnictví. Zajímavé je, že soukromí poskytovatelé zdravotní péče mohou navíc od pacientů požadovat doplatky i v případě, že za konkrétní výkon zdravotní pojišťovna řádně zaplatila (přičemž plat lékaře je do úhrady výkonu zahrnut).

Většina lékařů pracuje jako zaměstnanci nemocnic nebo jiných zdravotnických zařízení, praktičtí lékaři se však postupně stávají privátními poskytovateli zdravotní péče. Základem jejich odměny je kapitální platba, která se navyšuje o určité doplatky za speciální zařízení ordinace, za provádění laboratorních testů, apod. Specialisté jsou většinou ještě zaměstnanci poliklinik, avšak i zde probíhá privatizace podobně jako v ČR počátkem pomalu 90. let.

Ceny léků

Cenu léčivého přípravku může výrobce stanovovat libovolně, ale pokud ji stanoví vysoko, bude mít potíže se zařazením do pozitivního seznamu hrazených léků.

O zařazení do seznamu hrazených léků musí výrobce požádat Státní lékovou agenturu, která vykonává též podobné funkce jako náš SÚKL. Podobně jako v ČR i v Estonsku existuje předpis, jaké náležitosti včetně důkazů o účinnosti a potřebnosti léčiva musí výrobce připojit, včetně informace o cenách v zahraničí. V případě, že se jedná o novou léčivou látku, musí výrobce připojit i řádnou farmakoekonomickou analýzu vypracovanou podle Baltického doporučení pro provádění ekonomických hodnocení léků (Baltické moře omývá též břehy Finska i Švédska, kde jsou regulace léků prováděny na skutečně špičkové úrovni). Do 30 dnů od doručení žádosti Státní léková agentura vypracuje hodnotící zprávu, kterou spolu s žádostí předá zdravotní pojišťovně. Pojišťovna doplní hodnocení nákladové efektivity léků, hodnocení nezbytnosti podávání léků a ekonomické možnosti pojišťovny nové léky uhradit.

Cenová komise pak vypracuje rozhodnutí o zařazení léku do pozitivního seznamu, které obsahuje rozvahu o nezbytnosti úhrady nového léku.

Základní kritéria pro stanovení úhrady jsou následující:

- Zda nemocní pojištěnci objektivně potřebují lék k účinné léčbě onemocnění.
- Zda nemocní pojištěnci nemohou lék sami zaplatit.
- Zda neexistuje alternativní léčebná metoda.
- Zda náklady pojišťovny na léky nepřesáhnou 20 % celkových nákladů na zdravotní péči.

Pokud přijde na trh nové léčivo s účinnou látkou, která se již na estonském trhu vyskytuje, cena je automaticky stanovena ve výši nejlevnějšího přípravku s toutéž látkou.

Pokud přijde na trh nové léčivo s látkou, která se na estonském trhu zatím nevyskytuje, výrobce musí s Ministerstvem sociálních věcí dojednat cenu.

Úhrady léků

Existují tyto úrovně úhrad:

- 100 % u léků k léčbě tuberkulózy, AIDS, diabetu a ostatních život ohrožujících nemocí. Prvních 20 EEK však pacient musí u každého balení léku zaplatit.
- 90 % u medicínsky a sociálně významných nemocí jako je hypertenze, astma bronchiální nebo ischemická choroba srdeční. 90 % u vybraných léků ostatních skupin u dětí do 10 let a u osob nad 63 let a u invalidů.
- 50 % pro ostatní léky zařazené do pozitivního seznamu.

U léků hrazených 90 % a 100 % musí pacient z každého balení léku zaplatit prvních 20 EEK, u léků hrazených z 50 % musí zaplatit prvních 50 EEK a každou částku přesahující 200 EEK.

Distribuční přírázky

Distribuční přírázka pro distributora i přírázka pro lékárníka mají degresivní charakter. Pro distributora se přírázka pohybuje v rozmezí 3 % až 20 %, pro lékárníka od 15 % do 40 %. DPH je ve výši 5 % ceny.

Ovlivňování preskripce lékařů

V Estonsku již od roku 1992 existuje oficiální seznam nezbytných léčiv (essential drugs), lékaři jsou zvyklí předepisovat především levná generika, avšak předepisováno je i mnoho nových drahých léků. Od roku 1995 stát vydává publikaci *Pharmaca Estica*, která lékařům poskytuje nezávislé informace a doporučení o užívání jednotlivých léků (podobně jako ve Velké Británii Britská lékařská společnost a Královská

farmaceutická společnost Velké Británie vydává *British National Formulary*). Organizace výrobců léčiv každé dva měsíce vydává *Bulletin* lékařských informací, který je bezplatně distribuován lékařům a lékárníkům. Terapeutická doporučení pro jednotlivá onemocnění pro lékaře existují, avšak projevuje se naléhavá potřeba vytvořit systém takových doporučení a implementovat tyto do každodenní praxe.

Zvláštní rozpočty pro lékaře nebyly v Estonsku zavedeny.

Volně prodejné léky

Obchodní přírázky jsou stejné jako u preskripčních léků. Volně prodejné léky nejsou zpravidla hrazeny, i když určité výjimky existují, pokud tyto léky předepíše lékař. Volně prodejné léky nemůže prodávat jiné zařízení než lékárna. Náklady na volně prodejné léky činí 30 % všech nákladů na léky v Estonsku.

Souhrn a závěr

Úhrada zdravotní péče v Maďarsku, Polsku, Litvě, Lotyšsku a Estonsku je sice jako v ČR založena na povinném zdravotním pojištění, v každém státě však existuje pouze jediná zdravotní pojišťovna. Ceny léků jsou úředně stanovovány pouze u léků hrazených pojišťovnou, přičemž zásady medicínského a ekonomického hodnocení léků jsou definovány víceméně uspokojivým způsobem. Obchodní přírázka distributora a lékárníka (viz tabulka 1) je vždy oddělená a až na jednu výjimku degresivní. Ve všech zemích existuje procentní úhrada léčiv zpravidla kombinovaná se systémem referenčních cen. Doplatky na léky jistě nejsou přijímány s nadšením, sociální tlak je však otupen tím, že pro sociálně slabé vrstvy a pro určitá onemocnění existují výjimky. Obyvatelé těchto zemí ovšem nebyli ani za socialismu hýčkáni poskytováním léků zdarma. V některých zemích je umožněna i záměna léků v lékárně, pokud obsahují stejnou účinnou látku. S různou měrou je uplatňována zásada nehradit volně prodejné léky. Rozbory preskripce jednotlivých lékařů jsou v některých zemích prováděny a existují snahy o edukaci lékařů ve smyslu účelného předepisování léků. Z uvedeného je zřejmé, že Česká republika po osmi letech přeshlapování v lékové politice bude mít od koho opisovat.

MUDr. Michal Prokeš
INFOPHARM a. s.

Hvozdanská 3, 148 00 Praha 4
e-mail: prokes@drugagency.cz