

Vráťme sa k princípom VII – Lieky a lekárenská starostlivosť

V predchádzajúcich číslach ZdN som sa v sérii článkov o princípoch v zdravotníctve venoval určitému výseku problémov, ktoré sa týkali viacerých oblastí poskytovania a financovania zdravotnej starostlivosti v SR. Prirodzene, aj na liekovú a lekárenskú oblasť sa vzťahujú princípy a zásady, ktoré boli v príspevkoch spomínané. A to platí aj pre problematiku predpisovania liekov podľa generických názvov.

Na jednej strane sú oprávnené výhrady lekárov, že ak konkrétny liek (špecialitu) určí farmaceut, tak nech prevezme aj istú mieru zodpovednosti: určí špecialitu a dá na recept svoje razítko a podpis. Na druhej strane je zrejмый záujem pacienta nielen na účinku lieku, ale aj na jeho cene. Myslím, že tu nie je potrebné nič diktovať, ale principiálne ponechať slobodné rozhodnutie na pacientovi: ak má záujem o čo najnižšiu cenu danej liečebnej substancie, tak sa mu predpíše liečivo generickým názvom, no ak chce zotrvať na pôvodnej špecialite, tak sa mu táto predpíše obchodným názvom. Každopádne by bolo **vhodné mať na generickú preskripciu kvôli rozlíšeniu osobitné recepty**, a to aj kvôli identifikácii farmaceuta a vydanej špeciality. No **nie je dôvodné ani vhodné zavrňovať preskripciu či už pod obchodným alebo generickým názvom**. Generická preskripcia zjavne podporuje trhový princíp, preskripcia špeciality poukazuje na slobodnú voľbu lieku informovaným pacientom.

Postavenie lekárne v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti je do istej miery pasívne. V prípade liekov na predpis je ich výdaj „automatický“ a farmaceut nemá takmer žiadne legálne trhové páky, aby zvýšil výnos lekárne z ich predaja. Okrem atraktivity miesta prevádzky lekárne je to v podstate len kvalita a cena tovaru a služieb pri ostatnom sortimente lekárne, čo môže zvýšiť návštevnosť pacientov aj z dôvodu

liekov na predpis. Súčasne lekárne má garantovanú plnú úhradu zo zdravotnej poisťovne, čo u iných poskytovateľov nebýva zvykom. Otázkou ostáva, či bude v podnikateľskom záujme poskytovateľov lekárenskej starostlivosti ponúkať lacnejšie generické eventuality, keďže ani doteraz tak vo väčšej miere nekonali (§38b ods.8 zák. 140/1998 Z.z. o liekoch).

Iná situácia je u nemocníc, ktoré majú nemocničnú lekárne, pretože lieky prostredníctvom svojich lekárov indikuje aj poskytuje poskytovateľ lôžkovej zdravotnej starostlivosti. Tu snaha o čo najlacnejšie lieky a ŠZM existuje, keďže ich cena je v bližšie neurčenej výške zahrnutá v cene za hospitalizáciu. Avšak túto „šetriacu“ tendenciu nevyhnutne musí principiálne vyvažovať odborný medicínsky názor. Inak, ako sa ukazuje aj v slovenskej realite, tzv. ekonomické správanie môže byť dovedené až ad absurdum, čo môže mať pre pacienta fatálne následky. Takže vidno, že podobne ako u zdravotných poisťovní, aj v prípade nemocníc realizácia princípov nejdennokrát zlyháva, avšak tu v značnej miere ako logický dôsledok porúch v zdravotnom poistení. Je teda nevyhnutné, aby bola v širšom rozsahu osobitne uhrádzaná finančne náročná liečba, bez ohľadu na zmluvu zdravotnej poisťovne s nemocnicou. Indikované predmetné lieky (napr. určené už v rámci DRG systému) v príslušnej dávke by zdravotná poisťovňa bola povinná uhradiť nemocničnej lekární, podobne ako uhrádza vydané lieky verejným lekárniam.

V prípade lekární ekonomická spätná väzba na rozdiel od nemocníc neexistuje (existuje len odborná), pretože liek indikuje lekár – jeden poskytovateľ, pacientovi ho poskytuje farmaceut – druhý poskytovateľ a uhrádza ho tretí – zdravotná poisťovňa, teda nejde z nákladov ambulancie indikujúceho lekára. Z vyššie uvedeného je zrejmé, že do liekovej politiky, hlavne cenotvorby, musí v nemalej miere vstupovať štát. Avšak farmakoekonomiku ani zd'aleka neovplyvňuje len štát. Totiž naordinovanú

liečbu pacientovi od jednotlivých ambulantných špecialistov je potrebné vyhodnotiť aj vcelku. V praxi nie sú až tak výnimočné kombinácie liekov, ktoré môžu byť až antagonistické. A uvedomme si, že v zmysle §24 zák. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti špecialista nemusí mať k dispozícii výpis zo zdravotnej dokumentácie, ak pacient nebol odoslaný všeobecným lekárom, a teda nemusí o ostatných ochoreniach a ich liečbe vôbec vedieť. **A opäť sa dostávame k výmenným lístkom a koordinujúcej úlohe všeobecných lekárov, ktorí môžu do určitej miery korigovať liekovú polypragmáziu.**

Ochranný limit na doplatky za lieky pre dôchodcov a zdravotne postihnutých, ako sociálny aspekt liekovej politiky, mi je osobne sympatický. Je však legitímna otázka, či to samo o sebe v konečnom dôsledku nepovedie k ešte rastúcej spotrebe liekov, keďže limitom na doplatky sa do istej miery potláčajú princípy trhu.

Netreba sa vyjadrovať k postaveniu výrobcov liekov a ŠZM a distribučných spoločností, táto problematika je trocha bokom od problematiky poskytovania zdravotnej starostlivosti v relatívne uzavretom systéme: platiteľ poistného (poistenec) – zdravotná poisťovňa – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (zdravotnícky pracovník) – pacient (poistenec). Výrobcovia a distribučné spoločnosti v podstate fungujú na obdobných princípoch ako ďalší subdodávatelia (energií, potravín, iného tovaru a služieb) do systému zdravotníctva. Tu si dovoľím len jednu poznámku: aj z úst politikov často zaznieva, že slovenským pacientom chcú dať tie najmodernejšie a najlepšie lieky. Trocha sa zabúda na to, že **pacienti s takýmito liekmi, hoci už registrovanými, sa v podstate automaticky stávajú súčasťou rozsiahlych prospektívnych prípadne počas retrospektívnych štúdií**, ktoré môžu o päť či desať rokov priniesť viaceré prekvapivé a neočakávané zistenia, napr. aj čo sa týka účinnosti

lieku a nežiadúcich účinkov – v medicínskej literatúre a odbornom časopisectve je popísaných nemálo takýchto, aj závažných, prípadov. Takže možno by neuškodilo trocha viac zdržanlivosti a liečebného pragmatizmu pre slovenské zdravotníctvo s limitovanými zdrojmi (a s dividendami priamo z verejných prostriedkov).

Chcem zdôrazniť, že politické strany v SR (aspoň navonok) akceptujú princípy trhovej ekonomiky, ako vyplýva z čl.55 Ústavy SR, takže by mali mať tendenciu podporovať pluralizmus a obmedzovať všetko, čo ohrozuje hospodársku súťaž (rôzne oligopoly, siete, reťazce, koncentrácie a spájania a pod.), či v zdravotnom poistení, ako i u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a to určite nielen lekárenskej. Na úplný záver si dovoľím odcitovať z rozsudku Európskeho súdneho dvora v spojených veciach C-171/07 a C-172/07, v ktorom išlo o možnosť vlastníctva lekárne iba farmaceutom: „Pokiaľ ide o prevádzkovateľa, ktorý je farmaceutom, nemožno poprieť, že jeho cieľom je podobne ako u iných osôb snaha o dosahovanie zisku. **Na takúto osobu sa však hľadí tak, že ako profesionálny farmaceut nebude lekáreň prevádzkovať s výlučným ekonomickým cieľom, ale aj so zreteľom na odborné hľadisko. Jeho súkromný záujem na dosahovaní zisku je tak zmierňovaný vplyvom jeho vzdelania, odborných skúseností a zodpovednosti, ktorú nesie, lebo prípadné porušenie zákonných alebo etických pravidiel nielenže znižuje hodnotu jeho investície, ale podryva aj jeho vlastnú profesijnú existenciu. Záujem na dosahovaní zisku nie je u osoby, ktorá nie je farmaceutom, zmierňovaný rovnakým spôsobom ako v prípade nezávislých farmaceutov a podriadenosť farmaceutov ako zamestnancov vo vzťahu k takémuto prevádzkovateľovi by im mohla sťažiť možnosť odporovať pokynom tohto prevádzkovateľa.**“ A to určite neplatí len pre farmaceutov! Takže, skúsme sa vrátiť k princípom.

Miroslav Pavlák, Zdravotnícke noviny – neuverejnené.