

## FLASH č. 140 – květen 2016

### **Plánované akce AIM v červnu 2016**

- 1.6. 2016 Výbor pro Afriku a Střední východ  
Výbor pro Latinskou Ameriku
- 2. 6. 2016 Valná hromada a představenstvo AIM, Haag
- 3. 6. 2016 Konference AIM o ekonomických aspektech prevence, Haag
- 27. 6. 2016 Pracovní skupiny pro evropské záležitosti, kanceláře AIM

### **AIM a vy**

Rozhovor s Franzem Ledermüllerem (SVB's CEO): Dojmy ze studijní cesty 2. a 3. 5. 2016  
AIM zorganizovala studijní cestu do Vídně s cílem získat informace o rakouském zdravotním systému jako celku. Po zkušenostech se Sozialversicherung der Bauern (SVB's) zodpověděl jeho ředitel Franz Ledermüller na otázky AIM:

*Jaké jsou podle vašeho názoru hlavní silné stránky rakouského systému zdravotní péče?*

Více než 99 % rakouského obyvatelstva je chráněno solidárním systémem zdravotního pojištění. Drtivá většina služeb v našem systému zdravotní péče je poskytována jako věcné dávky. Pojištěný nemusí provádět žádnou finanční zálohu. Ve srovnání s mezinárodními standardy jsou sdílené náklady nízké. Zdravotní péče je zaručena na celostátní úrovni. Pojištěnec má svobodnou volbu poskytovatele zdravotní péče.

*Co se týká vaší organizace SVB's, jaká je jeho konkrétní role v systému?*

Správa sociálního zabezpečení farmářů pokrývá všechny oblasti sociálního zabezpečení rakouských zemědělců a jejich rodin. Letos jsme zodpovědní za celkový rozpočet ve výši 3,3 mld. EUR na důchodové pojištění, zdravotní pojištění, úrazové pojištění, peněžitou pomoc v mateřství a příspěvek na péči. Podíl rozpočtu na zdravotní pojištění je 593 mil. EUR. Výhody pro naše členy jsou poskytovány prostřednictvím smluv s poskytovateli zdravotní péče. Úroveň výkonu zdravotního pojištění zemědělců odpovídá úrovni všech ostatních zdravotních pojišťoven v Rakousku. V oblasti podpory zdraví a prevence nemocí máme speciální nabídky, které berou v úvahu konkrétní fyzickou a psychickou zátěž zemědělského obyvatelstva.

*Jaké jsou hlavní výzvy, kterým bude muset čelit v příštích letech? Jak hodláte řešit tyto záležitosti?*

Hlavní výzvou v nadcházejících letech je zajistit financování stávající úrovně výkonnosti a finanční náročnosti lékařského pokroku. Prioritou pro naše skupiny pojištěnců je zajištění primární zdravotní péče ve venkovských oblastech. Snižující se ochota praktických lékařů, přijmout smlouvu, a to zejména v okrajových oblastech, je klíčovou výzvou pro venkovské obyvatelstvo a jejich zdravotní pojištění. Kromě jiných věcí je také potřeba přijímat nové modely zdravotní péče v různých odbornostech.

*Jaká byla hlavní zjištění, která získali členové AIM ze studijní cesty?*

Myslím, že studijní cesta AIM do Rakouska ukázala, že máme velmi diferencovaný systém zdravotní péče ze strany profesních skupin a regionů, s komplexními strukturami financování. Pro pojištěnce je zajištěna vysoká celková úroveň lékařské péče. Rakousko je ale na špičce Evropy, pokud jde o počet hospitalizací a délky těchto pobytů. Jedná se o závažný problém

našeho systému zdravotní péče. Dalším problémem, stejně jako v téměř všech ostatních evropských zemích, jsou náklady na další rozvoj zdravotního systému, zejména v oblasti léčiv. Pokud jde o venkovské skupiny pojištěnců, myslím, že studijní cesta přinesla dobrý náhled do zvláštních služeb SVB's v oblasti podpory zdraví a prevence nemocí.

*Jaká jsou poučení vaší organizace z této mezinárodní výměny?*

Podle mezinárodního srovnání má Rakousko komplexní organizační a finanční model ve zdravotním pojištění, který vznikl po dlouhou dobu. Poučení, které vyplynulo z diskusí v rámci naší akce, je, že pro Rakousko je třeba uvažovat o jednodušší a transparentnější formě financování a organizace. Ve srovnání s ostatními zeměmi se domnívám, že rakouský systém povinného pojištění má dobrý právní základ a pracuje v zájmu pojištěného. Abychom potlačili trend růstu nákladů u léčiv, musíme posílit evropskou a mezinárodní spolupráci.

*Který zdravotní systém byste chtěli ještě poznat a proč?*

Zkušenosti z Belgie a Holandska týkající se reformy nemocničního systému se mi zdají být přínosem zejména pro Rakousko, které má v této oblasti nadměrnou nabídku. Mohlo by nám to pomoci v našem úsilí o reformu nemocničního systému.

Belgická občanská společnost proti transatlantickým smlouvám

*Belgická občanská společnost včetně vzájemných pojišťoven vyjadřují ve svém společném prohlášení, že existují rezervy v dopadech transatlantických dohod na občany, spotřebitele, zaměstnance a jejich zdraví a vyžadují hlubokou demokratizaci evropské obchodní politiky. Dokument zdůrazňuje, že Všeobecná hospodářská a obchodní dohoda (CETA) mezi Evropskou unií a Kanadou, nemůže být schválena ve svém současném znění, neboť nerespektuje evropské zásady. Pokud jde o Transatlantické obchodní a investiční partnerství (TTIP), jeho jednání nemůže pokračovat v manipulaci tak, jak je nastaveno, ale mělo by spíše spoléhat na demokratický a transparentní proces. Jako první jasný politický krok je, že toto prohlášení požádá belgické politiky, aby nepodepisovali nebo ratifikovali CETA ve svém současném znění.*

## Evropské instituce

### Evropská komise (EK)

EK uspořádala konferenci zúčastněných stran k prevenci a zvládnutí chronických chorob  
*Konference zúčastněných stran o chronických a nepřenositelných onemocněních byla využita jako příležitost k formálnímu zahájení činnosti nově formulované platformy zdravotní politiky EU, což je nástroj pro zúčastněné strany k využití zkušeností jednotlivých stran.*

Během konání této akce Komise zdůraznila své přesvědčení, že podobné akce směřující k prevenci chronických a nepřenositelných nemocí by mohly nejen zlepšit veřejné zdraví, ale také mít pozitivní dopad na zaměstnanost a hospodářský růst. Ve svém úvodním projevu, komisař Andryukaitis zdůraznil důležitost udržení hlavních zásad - prevence, podpory a ochrany. Komisař věří, že většina nákladů na zdravotní péči je výsledkem snah průmyslu vydělat peníze na rizikových faktorech a používané nástroje by měly být využity s cílem minimalizovat dopady těchto rizik. Podle něj by se EK měla zaměřit nejen na tato rizika, ale také na podporu zdravého životního stylu a zajištění účinnosti a funkčnosti zdravotních systémů členských států. Na závěr vyzval komisař zúčastněné strany o pomoc ke zvýšení povědomí občanů a tvůrců vnitrostátních politik o těchto problémech.

## Evropský parlament (EP)

Evropský parlament se chystá navrhnout iniciativy pro zlepšení přístupu k lékům  
*Výbor Evropského parlamentu pro zdraví a životní prostředí byl požádán, aby ze svého vlastního podnětu připravil zprávu o možnostech EU pro zlepšení přístupu k lékům.*  
První návrh této zprávy připravuje španělský poslanec Soledad Cabezón Ruiz. Tato zpráva by měla být přijata na plenárním zasedání v prosinci 2016. Pro informaci, zprávy EP z vlastní iniciativy (INI) jsou politickým nástrojem pro Evropský parlament k vyjádření svého postoje jako reakci na sdělení Evropské komise. To může otevřít cestu k novým legislativním návrhům, ale ta nejsou závazná pro Evropskou komisi. Ta zůstává jediným orgánem, který může v EU iniciovat legislativní návrhy.

## Zdraví

### Léčiva a zdravotnické prostředky

#### Mohou regulační orgány ovlivnit dostupnost léků?

*V nedávném článku diskutovali zástupci Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) a zástupci národního orgánu o možných regulačních zásazích k řešení problému vysokých cen léčiv a jejich dopady na udržitelnost systémů zdravotní péče.*

Regulační orgány jsou ochotny hrát svou roli při řešení problému raketového nárůstu cen léčiv a usnadnit tak trvalý přístup pacientů k bezpečným a účinným lékům. I přesto, že stanovování cen léků je zjevně mimo jejich kompetence, regulační medicína může přispět k finančně dostupné zdravotní péči, vysvětlují autoři. Podle nich existují způsoby, jak evropské regulační orgány mohou pomoci:

- Povolit rychlé schvalování generik a biosimilarů;
- Ujistit se, že již schválené srovnatelné léky přicházejí na trh za účelem snížení cen prostřednictvím zvýšené konkurence;
- Podněcovat podniky k provádění klinických zkoušek, které splňují požadavky regulačních orgánů, jakož i subjekty posuzující zdravotní technologie;
- Podporovat vyšší efektivitu výzkumu a vývoje v oblasti léčiv.

#### Rakovina: Stojí váš život za další rok léčby?

*Susan Gubar píše o svém životě s rakovinou vaječníků v "The New York Times", odtajňuje osobní a finanční náklady z pohledu pacienta.*

Zmatena nedostatkem informací o nákladech na její léčbu, Susan Gubar kritizuje nedostatek komunikace ze strany zdravotnických pracovníků nebo pojišťoven s onkologickými pacienty. Tvrdí, že nikdy nebyla předem informována o nákladech na konzultace, na postupy zdravotnických zařízení nebo o cenách léčiv nebo co by mělo být kryto pojištěním. Pacient není schopen spočítat svoje výdaje, které jeho léčba představuje, jeho nemoc neumožňuje žádné „papírování“. Ve svém článku považuje za štěstí a je vděčná, že díky své profesní situaci nemusela čelit žádné finanční krizi vyplývající z vysokých nákladů na léčbu rakoviny. Takovou šanci mnozí jiní nemají. Náklady, které jsou účtované chirurgy nebo onkology (mimo jiné) někdy vyšplhají nad „krytý strop“, pak jsou také přemrštěné poplatky, ztráta mzdy související s nemocí, náklady na cesty do nemocnice, nutnost najmout někoho na péči o děti, úklid nebo asistenci pro starší pacienty. Všechny tyto náklady mohou být ohromující. Susan kritizuje (někdy neodůvodněné) vysoké náklady na léky, zejména když chybí jejich přidaná hodnota. Nakonec dospěla k závěru, že je nemožné odhadnout roční náklady a pokud by takový odhad existoval, stejně by se u různých lidí lišil. Je ale eticky nevhodné odhadovat,

kolik stojí rok života onkologicky nemocného pacienta a rozhodovat, zda jeden rok jeho života stojí za náklady na léčbu.

### **Vývoj systémů zdravotní péče**

Ženevské Health Forum: cenově dostupné a udržitelné inovace ve zdravotní péči  
*AIM se zúčastnilo v Ženevě zdravotního fóra, jehož cílem je sdružovat odborníky ve zdravotnictví z různého prostředí a z celého světa, k podpoře výzkumu a rozvoje kapacit ve zdravotnictví.*

Hlavním tématem ženevského fóra byly cenově dostupné a udržitelné inovace ve zdravotnictví. Sešlo se cca 1300 účastníků - zdravotnických pracovníků, lékařů, ekonomů, výzkumných pracovníků, zástupců vlád a mezinárodních organizací. Plenární zasedání se zabývalo nástupem nových technologií a jejich potenciálu pro zlepšení přístupu ke zdravotní péči. V roce 2016 využívá více než 2,5 miliardy lidí chytré telefony. V roce 2020 se tento počet zvýší na 6 miliard. Sektor zdravotnictví by měl plně využít těchto technologií i pro znevýhodněné skupiny obyvatelstva. Rychlé technologické inovace předběhly vývoj etických a právních norem, proto by měla být vypracována nová pravidla k používání nových technologií ve zdravotnictví v rámci dodržování lidských práv a odpovědností. Výstava v rámci fóra předvedla mnoho cenově dostupných a udržitelných inovací, např. vybavení farmacie k odhalování padělaných léků, levnou high-tech radiologickou jednotku nebo systém mytí rukou v pouze 10 cl vody.

Univerzální zdravotní pojištění: nezanechává nikoho „na holičkách“

*Mnoho vlád z celého světa se rozhodlo rozvíjet univerzální zdravotní pojištění (UHC), aby bylo zajištěno, že všichni a všude budou moci využívat kvalitní zdravotní služby, aniž by tím byli uvrženi do chudoby.*

Univerzální zdravotní pojištění se zaměřuje na poskytování zdravotní péče pro všechny v souladu s potřebami, a to bez finančních těžkostí. To zahrnuje kapitál ve službách, kvalitu zdravotní péče a univerzální finanční ochranu. Podle WHO je výchozí premisou pro provádění UHC popis a analýza stávajícího organizačního a institucionálního uspořádání zdravotních systémů jako základ pro definování dalších kroků, které berou v úvahu určitá omezení (fiskální, hospodářské, správní, politické, geografické, atd.). Vzhledem k tomu, že zdroje jsou omezené, vlády obvykle musí dělat kompromisy, aby bylo možné účinně realizovat toto univerzální zdravotní pojištění. První volba je zaměření na populaci. Ve skutečnosti jsou nejchudší vrstvy obyvatelstva často zcela vyloučeni, protože nejsou registrováni v národním systému zdravotní péče a nikdy nemohou jít do samotných zdravotnických zařízení. Aby byl zajištěn přístup k péči pro všechny, i chudé obyvatelstvo, mělo by být UHC zaměřeno na různé zdroje. Tento přístup může však způsobit roztržité a nepokryté části populace, která sice není velmi chudá, ale ne dost bohatá, aby si dovolila zdravotní péči. Tyto cílené mechanismy mohou používat různé přístupy: geografické zaměření, mechanismy komunitní zpětné vazby. Druhá arbitráž se týká pokrytí: které zdravotní služby jsou kryty pojištěním a nakolik jsou kryty. UHC by také mělo brát v úvahu nefinanční překážky v přístupu k péči, např. vzdálenost mezi pacientem a lékařem. Definice zdravotnického koše může zahrnovat kompromisy např. mezi službami zaměřenými na nemocnost oproti úmrtnosti. U univerzálního pojištění rovněž vyvstává otázka odpovědnosti a financování. Vlády obvykle zvyšují daně na financování státního systému zdravotního pojištění (NZIS), ale ani vláda, ani NZIS přesně neví, kolik bude mít k dispozici finančních prostředků na příští rok. V oblasti financování existuje velká nepředvídatelnost i nedostatečná transparentnost - často není jasné, jak velký příjem je generován ze všech zdrojů financování a kolik se vynakládá na nákup zdravotní péče. Jak uvedla WHO, UHC vyžaduje silný,

efektivní a dobře fungující systém zdravotní péče, včetně přístupu k základním lékům a technologiím a dostatečnou kapacitu dobře vyškolených, motivovaných zdravotnických pracovníků. WHO a EU podporují politický dialog o národních zdravotních politikách, strategiích a plánech v 19 vybraných zemích tak, aby prosazovaly UHC.

#### MSF zpráva: Jak je možné zajistit univerzální přístup ke zdravotní péči?

*Médecin sans Frontières (MSF) vydalo zprávu "Život na hraně: je čas sladit lékařský výzkum a vývoj (R&D) se zdravotními potřebami lidí". Zpráva identifikuje významné rozdíly v dostupnosti zdravotních nástrojů k řešení zdravotních potřeb obyvatelstva, stejně jako strategie k jejich dosažení.*

Zpráva ilustruje dopady biomedicínského výzkumu, který se provádí u zaměstnanců a pacientů po celém světě. Rovněž se promítá do celé řady politik, což podněcuje a inspiruje další vývoj a dostupnost lékařských nástrojů, aktuálně potřebných pro pacienty. Podle MSF, je ale způsob provádění R&D takový, že nepokrývá léčení méně lukrativních nemocí, nežíjí se zdravotními potřebami společnosti, nedodává cenově dostupné produkty a efektivně nevyužívá vědecké a finanční zdroje. Pro R&D je nutné řádně ošetřit, by mohly být využity čtyři hlavní důležité strategie:

- Vlády by měly požadovat transparentnost na vývoj nových léčiv;
- Vlády by měly změnit pobídkové mechanismy, které řídí a financují biomedicínské inovace;
- Vlády by měly stanovit priority, koordinovat úsilí a zajistit udržitelné financování;
- Vlády by měly jednat tak, aby vyhovovaly potřebám pacientů v MSF programech i mimo ně.

#### International

##### Vzájemné společnosti Kamerunu a Tanzanie zakládají moderní systém pro správu pojištění na základě vybavení mobilními telefony

*Vzájemné společnosti v Tanzanii a Kamerunu, jakož i národní zdravotní pojišťovna Nepálu v nedávné době přijaly inovativní nástroje pro podnikání.*

IMIS – IT pojišťovenský řídicí systém je navržen k podpoře obchodních procesů nových či stávajících systémů pojištění. Zvyšuje rychlost operací a zajišťuje efektivní řízení pohledávek a zároveň snižuje možnosti podvodů. Je založen na technologii QR kódu, který je dostupný v mobilních telefonech, které jsou vybaveny fotoaparátem pro přihlášení, obnovení, identifikaci osob nebo pro kontrolu nároků na pojistná plnění. Byl navržen Švýcarským institutem ve spolupráci s partnery v Africe s cílem odpovědět na potřeby zdravotního pojištění v neformálním sektoru (nezávislí pracovníci, řemeslníci, atd.) a dále pro venkovské obyvatelstvo. Systém dnes řídí kolem 400.000 poboček a 950 zdravotnických zařízení.

##### Asie: Integrovaná komunitní péče v Kyrgyzstánu

*Komunitní péče je řešením, které vede ke zlepšení kontinuity péče a systémů primární péče, k boji proti sociální a zdravotní izolaci a na podporu zdravého způsobu stárnutí. Kyrgyzstán rozvíjí ve velkém měřítku integrovanou komunitní pečovatelskou politiku a podněcuje tak občany, aby pečovali o své zdraví.*

Ministerstvo zdravotnictví společně s Červeným křížem rozvíjí partnerství s dobrovolnými zdravotními vesnickými výbory (VHCs), aby podnítily obyvatele analyzovat své zdravotní priority a rozvíjet aktivity na podporu zdraví. VHCs jsou nezávislé, dobrovolné organizace, na komunitní bázi. Přibližně 84% vesnic z Kargisztánu jsou pokryty 1700 výbory složenými z dobrovolníků volených vesničany. Zdravotní akce prováděné VHCs pokrývají širokou škálu témat odvozených z analýzy zdravotních priorit lidí, stejně jako řídí zdravotní prohlídky nebo

protialkoholní iniciativy. VHCs jsou řízeny Národním centrem pro podporu zdraví, které v poslední době vyvinulo také školní zdravotní vzdělávací program zaměřený na pět hlavních témat: brucelózu, osobní hygienu, dentální hygienu, kouření a sexuální reprodukční zdraví.

#### Zdravotní družstva v Africe: adekvátní reakce na naléhavé potřeby

*Mezinárodní Summit družstev v Ženevě zorganizoval workshop moderovaný AIM se zaměřením na vývoj zdravotních družstev v Africe.*

Dr. Soares předložil přehled o historii a vývoji největšího zdravotního družstva na světě UNIMED s 113 tis. spolupracujících lékařů a rozsáhlou sítí zdravotnických zařízení včetně nemocnic a klinik. Unimed vlastní 2800 nemocnic, 20 pohotovostních služeb, 500 laboratoří. Sdružuje 351 zdravotních družstev, které poskytují služby pro 20 milionů lidí. Gabriel Gbedjissokpa z jedné africké konference mluvil např. o Beninese, kde má družstvo nemocnici a poskytuje kvalitní služby za nízkou cenu už 20 let. Nemocnice se rozrostla velmi rychle a přitahuje mnoho lékařů pro dobré pracovní podmínky a vysoké platy. Jean-Pierre Girard prezentoval různé příklady družstev a vzájemných aktivit v oblasti zdraví. Girard připomněl, že vzájemné společnosti a zdravotní družstva jsou schopné vstoupit do jakéhokoli zdravotního systému, a to do systému Beveridge nebo Bismarck nebo i do jiného, a to v případě neexistence strukturovaného systému, který je častý v rozvojových zemích.

#### Guatemala: první Asociace duševního zdraví pro lidi s vážnými poruchami (ALAS)

*Byla založena v roce 2013 a je první asociací duševního zdraví pro lidi s vážnými poruchami a epilepsií v Guatemale. Zaměřuje se na podporu obnovy a začlenění osob postižených těmito nemocemi, a to v rámci komunity a s respektováním jejich kulturu a hodnoty.*

Sdružení usiluje o rovný přístup pro chudší lidi s tím, že všichni lidé by měli mít rovný přístup ke zdravotní péči bez ohledu na pohlaví, věk, národnost, sexuální orientaci nebo etnický původ. Lidská práva jsou klíčem k návrhu, vývoji, monitorování a hodnocení jejich činností. Podpora ALAS má za cíl poskytnout komplexní, koordinovanou a udržitelnou podporu pacientům a jejich rodinám. To zahrnuje vzdělávání, školení, sociální podporu a rehabilitaci.

### **Plánované akce**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 1. – 3. 6. 2016   | Building the Future of Health, University Medical Center Groningen, Groningen, Nizozemsko                                   |
| 7. 6. 2016        | EuroHealthNet pořádá konferenci o udržitelných společnostech: Zdravotní a sociální investice v Evropské unii.               |
| 8. – 10. 6. 2016  | eHealth Week 2016, Amsterdam  |
| 14. -16. 6. 2016  | eHealth360 ° International Summit, Budapest   |
| 23. – 24. 6. 2016 | Den otevřených dveří Evropské sítě pro řešení podvodů a korupcí (EHFCN), Lisabon  |
| 28. 6. 2016       | World Congress v oblasti aktivního stárnutí 2016, Mezinárodní koalice pro stárnutí a fyzická aktivita, Melbourne, Austrálie |
| 8. 7. 2016        | Info Day, Horizont 2020 - "Zdraví, demografická změna a dobré životní   |

podmínky", Brusel

Měsíční AIM Flash je sestaven Romain Chave a Jessica Carreno Louro.

Zpracování a překlad: Ing. Alena Frolíková, MBA                      ZP MV ČR

Praha 13. 6. 2016