

**Přístup pacientů
k informacím
ve Spojených státech
a v Evropské unii:
komparativní analýza**

Jeremiah Norris

Helen Mitchell

Tereza Urbanová



Jeremiah Norris, Helen Mitchell, Tereza Urbanová

**Přístup pacientů k informacím ve Spojených státech
a v Evropské unii: komparativní analýza**

Praha 2004

Vydal:

Liberální institut

Spálená 51, 110 00, Praha 1

jako svou 56. publikaci

ISBN 80-86389-33-2

Resumé

Mezi Spojenými státy a Evropskou Unií existují značné rozdíly ve způsobu, jakým je v těchto zemích upravena tzv. přímá reklama pro spotřebitele (*Direct-to-Consumer Advertising* – DTCA). Hlavním a společným problémem, kterému musí obě země čelit, jsou přetrvávající potíže s financováním a poskytováním zdravotních služeb. I když se na financování zdravotnictví v USA podílí stát stále ještě méně než 50 procenty, jsou veškeré služby v tomto sektoru poskytovány výlučně sektorem soukromým. Naproti tomu v EU zůstává financování i poskytování zdravotních služeb stále z velké části v rukou státu. Rozdíl v přístupu k financování a poskytování zdravotní péče mezi USA a EU se významným způsobem podílí na odlišnosti jejich postojů k DTCA.

Snaha snižovat náklady se objevuje v obou systémech. EU však využívá veřejné zdroje i k financování vzdělávání lékařů a jejich zaměstnávání. Tyto dvě oblasti společně představují obrovský podíl výdajů státního rozpočtu. Počet lékařů a zdravotnického personálu se však v Evropě zvyšuje mnohem rychleji než počet obyvatel. Ve Spojených státech je vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, obdobně jako jejich následné zaměstnávání, financováno převážně ze soukromých zdrojů. Počty lékařů a dalšího personálu a počty potenciálních (studujících) lékařů a personálu zde proto daleko více odráží poptávku po zdravotnických službách, která se do značné míry odvíjí od velikosti populace.

Reklama DTCA byla poprvé použita v USA v polovině 80. let a od této doby se tento způsob reklamy rychle

rozšířil. Zpočátku se někteří lidé obávali, že farmaceutická obec bude DTCA používat nevhodným způsobem a že to v konečném důsledku povede k rostoucímu užívání léků. Analýzy, kterých se účastnil i Úřad pro potraviny a léky (*Food and Drug Administration – FDA*), tyto obavy jednoznačně vyvrátily. U politických představitelů EU však tyto obavy nadále přetrvávají. Důvodem pro to jsou spletité politické snahy představitelů EU o zachování výše finančních zdrojů pro zdravotnický personál, a to i přes to, že poměr počtu lékařů (zdravotních sester) ku počtu obyvatel dosahuje stále vyšší – a stále méně smysluplné – úrovně. Jakýkoliv náznak, že by mohlo dojít ke snížení prostředků určených na výplaty zdravotnického personálu, je považován za odklon od základních principů socializovaného zdravotnictví.

Státní orgány se rozhodly vyslat občanům jasný signál, že usilují o snižování nákladů ve zdravotnictví. Hledaly možnost, kde by bylo možné náklady snížit a kde by bylo možné takového snížení dosáhnout s co nejnižšími politickými náklady. Objektem šetření se tak staly nejnovější produkty farmaceutického průmyslu. Na nich se státní představitelé rozhodli demonstrovat, že svůj záměr o snížení nákladů pro veřejné rozpočty myslí vážně. Jejich schopnost přesvědčit veřejnost o úspěchu na tomto poli však stále ubývá na síle. Průzkum Evropské Unie, který na její objednávku provedla společnost *Burston-Marsteller*, totiž odhalil, že soulad jednotlivých legislativ členů EU se zákonem EU zakazujícím reklamu na léky prodávané na předpis se v jednotlivých státech EU významně liší. V některých státech lze DTCA použít v případě, že lék na předpis není uveden na seznamu léků, které daný stát pacientům proplácí. Jinde zase spotřebitelé používají internet, aby jeho pomocí získali po-

třebné informace o lécích. Poté, co jim soukromý lékař lék, který si oni sami na internetu vyhledali, předepíše, si takový lék koupí.

Ať již ale zákony v EU reklamu zakazují nebo ne, systémy EU a USA se časem budou tak jako tak přibližovat. Hnací silou tohoto vývoje bude zejména snaha spotřebitelů vyhledávat informace na internetu.

Přístup pacientů k informacím ve Spojených státech a v Evropské unii: komparativní analýza

Jeremiah Norris, Helen Mitchell, Tereza Urbanová*

Úvod

Jedním z aspektů dostupnosti informací pro pacienty, tj. spotřebitele v oblasti zdravotnictví, je možnost jejich oslovení prostřednictvím reklamy. Tzv. přímá reklama pro spotřebitele (*Direct-to-Consumer Advertising – DTCA*) je konceptem, který výrobcům či distributorům léčiv umožňuje přímé oslovení široké veřejnosti prostřednictvím různých médií. DTCA je ve Spojených státech povolena od poloviny 80. let, ale teprve změna regulačních opatření Úřadu pro potraviny a léky (*Food and Drug Administration – FDA*) v roce 1997 se stala impulsem pro výrazný rozvoj této oblasti, spojený s vysíláním reklam na léky prodávané na předpis a jejich propagaci v tištěných médiích. [1]

USA a Evropská Unie přistupují k DTCA zcela odlišným způsobem. Jejich pojetí odpovídá obecnému přístupu ke zdravotnictví, které vychází z jejich kulturních, politických a ekonomických tradic. V USA se na systém zdravotnictví nahlíží skrze soukromé financování a soukromé poskytování zdravotnických služeb. Dokonce i v případě, že jsou zdravotní služby financovány z veřejných zdrojů, jako

* Jeremiah Norris je pracovníkem Hudson Institute v USA (www.hudson.org), Helen Mitchell a Tereza Urbanová působí v Liberálním institutu (www.libinst.cz).

je tomu v případě programů *Medicaid* a *Medicare*, spočívá samotný výkon zdravotních služeb opět na soukromém sektor, a to ať již se jedná o využívané zařízení či o personál. V EU naopak převažuje státní financování a poskytování zdravotní péče v systémech, které jsou ve své podstatě i ve své funkci značně socialistické. Nemělo by tedy být překvapením, že mezi těmito dvěma systémy existují významné rozdíly i v jejich postoji k DTCA.

Tato studie se skládá ze čtyř částí: Část A popisuje základní rozdíly mezi zdravotními systémy USA a EU. Část B se zabývá socioekonomickými rozdíly, zejména ve vztahu k různým skupinám zdravotnického personálu. Obecně se považuje za pravdivé tvrzení, že nárůst v užívání léčiv je příčinou rostoucích nákladů ve zdravotnictví. Tato obava se zdá být tím nejvýznamnějším důvodem nevole politických představitelů EU legalizovat DTCA.¹ Naše analýza toto tvrzení zpochybňuje a ukazuje, že celkové výdaje na zdravotnictví rostou v důsledku nárůstu zdravotnického personálu v poměru ke klesajícím mírám růstu počtu obyvatel. Část C posuzuje klady a zápory DTCA ve světle zkušeností s fungováním systémů v USA a v EU. Část D uzavírá studii několika hospodářsko-politickými doporučeními.

Část A. Východiska

Přístup ke zdravotnictví v USA vychází z historických zkušeností, formovaných v 18. století, tj. v době, kdy se zdraví považovalo za nejdůležitější věc. Státní intervenci, která nejvíce ovlivnila podobu dnešního systému, představu-

¹ Tím oficiálním důvodem je péče o “veřejné zdraví”, které by mohlo být legalizací DTCA ohroženo.

je zákon *Medicare Act*, který byl schválen v roce 1965 a týká se zdravotní péče o starší občany. Rok nato následovalo schválení zákona *Medicaid Act*, který upravoval poskytování zdravotní péči pro chudé. Vzhledem k tomu, že oba zákony počítaly se soukromým poskytováním zdravotnických služeb, nebyl důvod – v prostředí neomezeného přístupu pacientů k informacím – považovat reklamu DTCA za něco problematického.

Historický vývoj v evropských státech se však již v té době ubíral jiným směrem. Po vzoru bismarckovského Německa, tj. od konce 80. let 19. století, začaly evropské vlády přijímat systém povinného zdravotního pojištění, založeného na odvodech zaměstnanců a zaměstnavatelů. Později, zvláště v poválečném období, se tyto systémy vyvinuly ve státem řízené systémy zdravotní péče, která se poskytovala ve státem vlastněných institucích. Roční rozpočet zdravotnictví určuje stát a součástí tohoto rozpočtu je i rozhodnutí o objemu výdajů na léčiva. Tyto systémy nabízí lidem zajištění zdravotní péče od narození až do posledních dnů jejich života. Jsou velmi oblíbené a těší se široké podpoře v politických kruzích. V současné době však sliby politiků ohledně celoživotní garance zdravotní péče naráží na realitu, která nutí země EU zavádět opatření na snižování nákladů. Jednou z oblastí, na niž dopadá tento střet se skutečností v ekonomikách států EU nejvýrazněji, je farmaceutické odvětví. Důvodem je především to, že vlády zemí EU přímo kontrolují příliv peněz do státních systémů. Za "strašáka" rostoucích výdajů na zdravotnictví si vlády zvolily léčiva, a to i přes to, že jejich spotřeba rostla spolu se zlepšením očekávané délky života. Snaha o snižování nákladů na druhou stranu příliš nedopadla na pracovníky ve zdravotnictví,

zejména lékaře, jejichž počet narůstá navzdory klesajícím mírám růstu populace. Programy na snížení nákladů lze rozdělit zhruba do pěti typů státních zásahů:

- Snížení investic do vybavení zdravotnických zařízení a do farmaceutických odvětví skrze omezení výdajů na výzkum a vývoj. Tento trend bude znamenat, že financování inovací bude závislé na zahraničních zdrojích.
- Cenová regulace zdravotnických produktů.
- Cenová a další zvýhodnění generických výrobků a léků druhé generace. Tento krok likviduje patentované výrobky a nejnovější generace lékových terapií.
- Proplácení léčiv pouze pro nemocniční péči.
- Proplácení léčiv dle předcházejícího bodu zcela podrobit kontrole lékaře, který má zájem na vysokých mírách obsazenosti nemocničních lůžek. Dle této míry je lékařům vyplácena odměna za jejich služby spojené s klinickou péčí. Při snahách zvyšovat obsazenost nemocničních lůžek využívání lékových terapií klesá. Nákladnější léková terapie může dosáhnout včasnějšího propuštění pacienta, čímž ale logicky sníží počet využitých lůžko-dní.

Ve stejné době, kdy se v rámci EU prosazovalo snižování nákladů, výdaje na zdravotnické služby v USA vzrostly. Zatímco EU se při snaze omezit náklady zaměřovala hlavně na farmaceutické produkty, ve Spojených státech existovala kontrola nákladů napříč všemi oblastmi financování i poskytování zdravotní péče. V USA navíc vývoj financování a poskytování zdravotní péče odpovídal mírám růstu populace.

Jelikož tyto rozdíly nevznikly přes noc, může být zajímavé podívat se na ně v historických souvislostech, a odhalit tak vztah mezi farmaceutickými vstupy a počtem zdravotnických pracovníků, včetně jejich vlivu na podobu politiky a snižování nákladů.

Část B. Klíčové socioekonomické ukazatele: poměr lékař ku počtu obyvatel a poměr výdaje na jednoho obyvatele

Nejvýznamnější roli mezi USA a EU na poli socioekonomických ukazatelů hrál rozdíl v mírách růstu počtu obyvatel v kombinaci se skutečností, že v EU je očekávaná délka života výrazně vyšší než v USA. Ve všech společnostech rostou s věkem jednotlivce i náklady spojené s jeho zdravotní péčí. Starší lidé většinou potřebují zvláštní lékařské zákroky v nemocnicích a podobných institucích, případně velmi nákladnou dlouhodobou péči v posledních letech svého života.

S tím, jak míry růstu počtu obyvatel v zemích EU klesaly, počet lékařů v relaci k velikosti populace rostl. V důsledku toho se vzedmula vlna budoucích dluhů veřejných financí. Tento vývoj můžeme zpětně vysledovat v následujících státech EU (údaje do roku 1970 pro Velkou Británii nejsou k dispozici):

Tabulka 1: Počty obyvatel a lékařů v letech 1960 a 1987 [2]

Stát	1960		1987	
	Počet obyvatel	Počet lékařů	Počet obyvatel	Počet lékařů
Itálie	50 mil.	22.655	57 mil.	63.000
Španělsko	30 mil.	35.685	39 mil.	133.000
Francie	46 mil.	44.600	56 mil.	139.000
Rakousko	7 mil.	9.573	7,5 mil.	14.512
Německo	56 mil.	79.350	61 mil.	172.009
Nizozemí	11 mil.	12.809	14,6 mil.	34.573
Švédsko	7 mil.	7.130	8,4 mil.	22.485
Norsko	3,6 mil.	4.260	4,2 mil.	9.600
Portugalsko	9 mil.	7.075	10,3 mil.	26.381
Belgie	9,2 mil.	11.380	9,9 mil.	31.718

Tabulka 2: Procentní nárůst mezi rokem 1960 a 1987

Stát	Počet obyvatel	Počet lékařů
Itálie	14 %	182 %
Španělsko	30 %	272 %
Francie	22 %	211 %
Rakousko	7 %	52 %
Německo	11 %	117 %
Nizozemí	33 %	170 %
Švédsko	20 %	220 %
Norsko	17 %	125 %
Portugalsko	14 %	273 %
Belgie	7 %	179 %

Rozdíly mezi vysokými počty pracovníků ve zdravotnictví a nízkými mírami nárůstu počtu obyvatel pokračovaly až do dnešní doby, jak je zřejmé z údajů z roku 2002:

Tabulka 3: Počty obyvatel a lékařů v roce 2002

Stát	Počet obyvatel	Počet lékařů
Itálie	57,4 mil.	252.886
Španělsko	41,2 mil.	119.480
Francie	59,7 mil.	193.314
Rakousko	8 mil.	26.757
Německo ²	82,5 mil.	272.205
Nizozemí	16,2 mil.	41.987
Švédsko	8,9 mil.	26.775
Norsko	4,5 mil.	15.429
Portugalsko	10,4 mil.	33.216
Belgie	10,3 mil.	33.216

Počet obyvatel Francie se v roce 1960 pohyboval okolo 46 miliónů. O 42 roků později má Francie 59.7 miliónů obyvatel, tj. o 30 % více. Ve stejném období narostl počet lékařů o 333 %: z 44.600 v roce 1960 na 193.314 v roce 2002.

V procentním vyjádření k HDP vzrostly ve Francii celkové výdaje na zdravotnictví ze 3,8 % v roce 1960 na 9,7 % v roce 2002, zatímco v USA ve stejné době vzrostly z 5,0 % na 14,6 %. [3]

Míry růstu počtu obyvatel ve Spojených státech rostly a rostou. Počet lékařů se mezi lety 1960 a 2002 sice zvýšil více než populace, avšak jeho růst nepřevyšoval růst populace nijak výrazně. Konkrétně, počet lékařů se zvýšil z 259 400 v roce 1960 na 691 692 v roce 2002, tj. o 166 %. Počet obyvatel se za stejné období zvýšil ze 173 miliónů na 291 miliónů, neboli o 68 %. Nejlépe o tomto vývoji vypovídá ukazatel počtu lékařů na tisíc obyvatel. V USA je tento hod-

² Zahrnuje i data za Východní Německo od roku 1992.

nota tohoto ukazatele 2,4, zatímco v EU se pohybuje mezi 2,9 a 4,5. [3]

Pokud se podíváme na poměr počet sester pracujících ve zdravotnictví na tisíc obyvatel v roce 2002, zjistíme, že rozdíly mezi USA a EU jsou ještě větší:

Tabulka 4: Počet zdravotních sester na 1000 obyvatel [3]

Stát	Zdravotní sestry na 1000 obyvatel
Irsko	15,3
Nizozemí	12,8
Norsko	10,4
Německo	9,9
Dánsko	9,7
Rakousko	9,3
Velká Británie	9,2
Finsko	9

V USA dosahuje počet sester pracujících ve zdravotnictví v přepočtu na tisíc obyvatel hodnoty 7,9. I tyto poměry je navíc třeba vidět v kontextu klesajících měr růstu populace a značně socializované struktury zdravotnictví EU a rostoucích měr růstu populace a převážně soukromé povahy trhu zdravotní péče v USA.

Výrazné rozdíly rovněž existují ve výdajích na obyvatele, ve zdrojích těchto výdajů a dále ve faktorech, které tyto dva údaje ovlivňují, jako jsou např. míry růstu populace, očekávaná délka života a počet lékařů v poměru ke každému z těchto údajů. Například v roce 2002 činily výdaje na jednoho obyvatele v Rakousku 2.220 USD, v Belgii 2.515 USD, v Dánsku 2.580 USD, ve Francii 2.736 USD, v Německu 2.817 USD, v Irsku 2.367 USD, v Nizozemí 2.643 USD a v Itálii 2.166 USD.[4] Je zajímavé, že mezi výdaji na

jednoho obyvatele ve zmíněných zemích neexistují větší rozdíly.³ Naproti tomu výdaje na zdravotnictví v USA v přepočtu na jednoho obyvatele činí 5.267 USD, neboli dvojnásobek průměru států EU.

Podíváme-li se na povahu těchto výdajů, zjistíme, že v zemích EU pochází převážně z veřejných zdrojů. Zde tvoří vládní výdaje na zdravotnictví v průměru 75 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Toto procento je nejvyšší v Nizozemí, kde vládní výdaje tvoří 100 % celkových výdajů na zdravotnictví a v České republice, kde je to 92 %.

A v tom právě tkívá největší rozdíl. V USA vládní výdaje na zdravotnictví představují pouhých 44 % celkových výdajů na zdravotnictví. Zbývající větší část tvoří srážky ze mzdy jednotlivých zaměstnanců, které slouží k placení programu *Medicare* a programu všeobecného sociálního pojištění. Ačkoli *Medicare* je povinný program, na který musí přispívat všichni zaměstnanci a zaměstnavatelé srážkami ze mzdy, člověk jej může využít teprve až dosáhne věku 65 let.

Co se týče očekávané délky života, členské země EU se pohybují mezi 72-78 lety u mužů a 79-83 lety u žen. Nejlépe si mezi nimi stojí Švédsko, Itálie a Španělsko. U nově přistoupičších států je očekávaná délka života o něco nižší. Naproti tomu – a na tomto místě ve prospěch zemí EU – je průměrná míra dožití při narození v USA 66 let. Mnozí ekonomové tvrdí, že toto je velmi slabým výsledkem vysokých výdajů na zdravotnictví na obyvatele. Ovšem je třeba si uvědomit, že způsob, jakým USA počítá své výdaje se liší

³ Výdaje všech nedávno přijatých států do EU, mezi nimiž je i Česká republika, se pohybují pod 315 USD na obyvatele. Jelikož tyto státy jsou relativně novými členy EU, jejich vliv na DTCA bude zmíněn jen okrajově.

od evropského výpočtu. Zdravotnická zařízení jsou například z daňových důvodů odpisována v průběhu pětiletého období a na zrychlené odpisy přístrojů se nahlíží jako na výdaje. Náklady na reklamu a marketing jsou rovněž započítávány do podnikatelských výdajů subjektů ve zdravotnictví. Naproti tomu výdaje na obyvatele v zemích EU žádnou z těchto z těchto položek ve svém výpočtu nezahrnují.

Co se týče roční míry růstu počtu obyvatel, existují mezi oběma porovnávanými oblastmi rovněž zřetelné rozdíly. Ve všech zemích EU tyto míry v průběhu posledních tří desetiletí strmě klesaly. Ve větších zemích jako je Francie, Německo, Španělsko, Itálie a severské země se tyto míry v průměru pohybují pod 0,3 %. V České republice je tato míra dokonce negativní: -0,1 %. Tato skutečnost se odráží ve stárnoucí populaci, která potřebuje více zdravotní péče, je náročná na služby spojené s nákladnými chronickými chorobami, jako jsou cukrovka, rakovina či kardiovaskulární onemocnění. Při takovýchto nemocích pacient často v posledních šesti měsících života spotřebuje více lékařské péče než za celý svůj předcházející život.

Naproti tomu v USA se roční míra růstu populace pohybuje okolo 1 %. Skutečné přírůstky obyvatel mohou být ještě vyšší, a to proto, že oficiální statistiky nezahrnují přistěhovalce, kteří překročili hranice ilegálně. I tito lidé ovšem mohou k financování zdravotní péče využívat program *Medicaid* a čerpat ostatní veřejné služby poskytované místními a oblastními nemocnicemi a klinikami.

Hlavní rozdíly ve zmíněných údajích spočívají v následujících faktorech:

- Rostoucí náklady na zdravotnictví jsou v EU z velké části kryty z veřejných zdrojů. V USA jde naopak

o kombinaci různých zdrojů, které mají převážně povahu soukromých výdajů.

- Následující tři oblasti představují pro veřejné rozpočty zdravotnictví hlavní zátěž: a) státní financování zdravotnických škol, b) výplaty mezd z veřejných prostředků a c) dávky financované z veřejných zdrojů, např. na vybavení zdravotnických zařízení, na pomocný zdravotní personál, na zdravotní péči, na důchody a na dlouhodobou péči.
- S tím, jak roste počet osob pracujících ve zdravotnictví, hledají vlády EU obětího beránka, kterého by označily za příčinu rostoucích nákladů. Kdyby se při svém hledání obrátily proti jedné z nejprestižnějších profesí v Evropě, znamenalo by to pro ně politickou prohru. Lékaři mají navíc značný vliv v zákonodárných orgánech, které mají pod kontrolou rozpočty veřejných prostředků na zdravotnictví. Snadným objektem snahy nalézt viníka rostoucích nákladů se pak stávají léky, jejich sortiment a cena.
- Na rozdíl od EU si lékaři v USA sami tvoří mzdový systém, sami platí nájem za své ordinace, vyplácí pomocný personál. Dále jsou to lékaři, kteří se rozhodují o terapiích, pojistných i penzijních plánech.

Význam těchto údajů pro přístup pacienta k informacím

Zmíněné faktory jsou důležité pro analýzu přístupu pacienta k informacím, a to hned z několika důvodů:

- V zemích EU si lékaři – namísto založení soukromé praxe – musí hledat zaměstnání převážně ve veřejném sektoru. Tím ovlivňují míru veřejných výdajů, které nejsou určeny pro pacienta.

- Lékaři si v EU vytváří svůj vlastní trh. Ač jsou zaměstnání ve státním sektoru, snaží se tento post využít k osobnímu prospěchu, nebo mají ještě jedno zaměstnání v soukromém sektoru, což se projevuje existencí šedé ekonomiky.
- S růstem poměru lékařů ku počtu obyvatel EU rostou tlaky na veřejné rozpočty týkající se výše vyplácených mezd, důchodů a financování dlouhodobé péče.
- Jelikož v souboji o malé množství pacientů si konkuruje velké množství lékařů, informovaný pacient představuje pro postavení lékaře na trhu hrozbu.
- Evropské vlády si nedokáží představit zavedení jiného než socializovaného zdravotnictví. Jsou přesvědčeny, že tento typ zdravotnictví je tou nejméně nákladnou variantou při stále rostoucích výdajích širokých vrstev obyvatelstva na zdravotnictví.
- Dokud budou vlády financovat a poskytovat zdravotnické služby, budou usilovat o snižování nákladů takovým způsobem, který bude z politického pohledu nejméně nákladný.
- Z různých možností snižování nákladů je hlavní důraz kladen na oblast léků. Umožnění přístupu pacientů k informacím o lécích vidí ti, kteří mají zdravotnický trh pod kontrolou, tj. lékaři, jako proniknutí do jejich – státem chráněného – území.

Nicméně i přesto, že socializované lékařství tlačuje výdaje EU na zdravotnictví dolů pomocí stanovování výše ceny, kterou bude stát u ekvivalentních léků proplácet, a zvýhodněného proplácení 2. generace léků (např. tím, že cena generik je proplácena v plné výši), podílejí se veřejné

zdroje na financování léčiv mnohem méně, než tvoří jejich podíl na celkovém financování sektoru. V roce 2002 pocházelo 76 % výdajů na léčiva v Německu ze soukromého sektoru, ve Španělsku to bylo 81 %, ve Francii 69 %, v Rakousku 80 % a v Irsku 83 %. [3]

Ať se ztráta úplné kontroly nad financováním léčiv tvůrcům zdravotních systémů v EU líbí či ne, probíhá tento vývoj stále více a stále větším tempem mimo jakoukoli jejich kontrolu. Tím, kdo platí za léčiva, jsou totiž soukromé subjekty, a to prostřednictvím plateb v hotovosti. Tento vývoj je důsledkem vládních reforem z roku 1986, 1990 a 1991. Každá z těchto reforem zavedla opatření, jež omezovala proplácení léčiv, např. pouze pro hospitalizované pacienty. [4]

Všeobecně se však stále věří tomu, že oblast léčiv těchto zemí je socializovaná. To posiluje mýtus, který panuje mezi tvůrci politiky, že výdaje na léčiva představují nepřipustné veřejné výdaje, které je potřeba kontrolovat.

Takový pohled zamlžuje skutečnost, že skutečný růst veřejných výdajů na zdravotnictví je způsoben zaměstnáváním lékařů a ostatních přidružených profesí ve veřejné sféře v míře, která se vyvíjí opačným směrem, než jakým se vyvíjí počet obyvatel. Lékaři potřebují sestry, společně pak potřebují sanitáře. Manažeři pracující ve zdravotnictví potřebují účetní a účetní potřebují sekretářky. Zubaři potřebují zdravotnické odborníky... lékárníci potřebují někoho, kdo by psal předpisy a tímto způsobem se nároky na personál šíří celým odvětvím. Nicméně dnes, v době rozkvětu internetu, je pravděpodobné, že se budou občané EU snažit hledat lékové terapie, a to nezávisle na snahách svých vlád o

omezení prodeje léků omezením DTCA a tedy i informací o lécích.

Část C. Předložení důkazu: konfrontace názorů

Spojené státy americké

V USA bylo v roce 2000 vydáno na DTCA přibližně 2,6 miliardy USD. Tato suma představuje zhruba 2 % celkových výdajů na léky vydávaných na předpis, které se odhadují na 312 miliard USD [5]. Mnozí lidé jsou přesvědčeni, že výdaje na DTCA se vynakládají na úkor výzkumu a vývoje nebo že se ve skutečnosti utrácí za DTCA více než za výzkum a vývoj. V roce 2001 dosáhly celkové výdaje na výzkum a vývoj 30,3 miliardy USD, zatímco reklama DTCA dosáhla pouze jedné desetiny tohoto čísla, neboli 2,8 miliardy USD, s nepatrným nárůstem oproti roku 2000. [6]

Výdaje na ambulantní předpisy léků rostou ročně o 15 %. Některé studie zjistily, že zhruba tři čtvrtiny tohoto nárůstu byly způsobeny rostoucím užíváním novějších léků a vůbec obratem k novějším a více účinným lékům. Cenové navýšení se na tomto růstu podílelo pouze z jedné čtvrtiny. [7]

Tyto dvě skutečnosti naznačují, že pokud reklama DTCA způsobila nárůst cen, nebyl tento efekt nijak výrazný jednoduše proto, že celkové nárůsty cen léků byly malé. Nicméně není vcelku důvod očekávat, že DTCA nějakým významným způsobem ceny zvýší. Výzkum došel k obecnému závěru, že reklama ceny spíše snižuje, než zvyšuje, především proto, že na trh přivádí více konkurence. [8]

DTCA se soustředí na několik terapeutických tříd. Týkají se jednak prostředků na léčbu nemocí, jejichž sym-

ptomy dokáže spotřebitel sám jednoduše rozeznat (jako je artritida, sezónní alergie a obezita), a poté prostředků na léčbu chronických nemocí, jejichž diagnóza není často určena (jako je vysoký cholesterol, osteoporóza a deprese). Podle odhadů *American Diabetes Association* žije v Americe například přes 5 miliónů lidí s nediagnostikovanou cukrovkou. Jedná se o necelá 2 % americké populace, ale zároveň 15 % celkových výdajů na zdravotnictví. V případě programu *Medicare* je toto procento ještě vyšší, jelikož 1 z 5 lidí ve věku nad 65 let má cukrovku. Celá čtvrtina nákladů *Medicare* je spojena s cukrovkou. Většina těchto výdajů se vykládá na potíže spojené s cukrovkou, potíže, které přivedou pacienta do nemocnice nebo na chirurgický stůl, či způsobí trvalou invaliditu pacienta. V roce 2002 se v amerických nemocnicích provedlo 52.000 amputací, z nichž ve většině případů šlo o důsledek komplikací spojených s cukrovkou.

American Heart Association považuje cukrovku za hlavní riziko pro kardiovaskulární choroby. [9] Mnozí občané USA trpí oběma nemocemi, ale ani jedné z nich si nejsou vědomi – nebyla u nich diagnostikována. Pokud se podaří americkému systému zdravotnictví dostat cukrovku pod kontrolu, může to ovlivnit hlavní příčinu úmrtnosti USA – kardiovaskulární choroby – a ušetřit životy i peníze. Klíčové je diagnostikovat obě nemoci v raném stádiu a co nejrychleji a nejúčinněji je léčit. DTCA pomáhá lékařům dosáhnout tohoto důležitého cíle tím, že prostřednictvím různých médií upozorňuje na cukrovku a kardiovaskulární choroby ty, kdo jimi mohou být postiženi. Lidi, kteří mají cukrovku nebo kardiovaskulární choroby v rodině nebo kteří se cítí neobvykle unaveni, může shlédnutí takové reklamy přimět k ná-

vštevě svého lékaře, který je schopen nemoci řádně diagnostikovat. Lidem, u nichž již nemoc zjištěna byla, zase reklama připomíná, že se jedná o chronické onemocnění a že pacient musí v užívání svých léků pokračovat.

Jaké jsou náklady neléčených nemocí? To je nejlépe vidět ze studií, které se zabývaly preventivními účinky vakcín. Jak lze očekávat, jsou náklady na vakcinaci nižší než kumulativní náklady léčby, hospitalizace, ušlých pracovních dní a produktivity. Překvapivá je však míra účinnosti, s jakou prevence celkové náklady snižuje. Bylo například spočítáno, že každý dolar vydaný na vakcínu proti příušnicím, spalničkám a zarděnkám, ušetřil více než 21 USD v přímých nákladech lékařské péče. [10]

K tomu, aby se spotřebitelé dokázali lépe rozhodovat a orientovat ve složitém systému zdravotní péče, musí mít snadno dostupné, správné a včasné informace a musí je umět používat. Toto je důležité si uvědomit, obzvláště v době existence řízené péče v USA. V řadě případů se již lékaři nemohou chovat jako pacienti obhájci. V organizacích podpory zdraví (*Health Maintenance Organizations – HMO*) je lékař často tlačěn do nepříjemné pozice pacientova soupeře, neboť čím méně péče pacientovi poskytne, tím větší zůstane jeho výdělek. Ačkoli léky mohou pomoci vyhnout se komplikacím spojeným s cukrovkou a v dlouhém horizontu jsou tak zdrojem úspor, organizace HMO se zaměřují na krátký horizont, na čistý zisk v běžném období.

V takovém prostředí potřebuje pacient veškeré rady ohledně nemoci a možností léčby, které může získat. Pacient, který je takovými informacemi vybaven, je pak schopen lépe proplouvat spletitou sítí HMO a spíše tak získat potřebnou léčbu. DTCA je výborným zdrojem takových informací.

Pacienti, kteří viděli reklamu na léky na cukrovku, jsou informovaní a je s nimi snadnější spolupráce. Vědí, že léčba této nemoci může změnit kvalitu jejich života. Jsou ochotní brát nové léky, které jim mohou pomoci vyhnout se komplikacím, jež jsou s cukrovkou spojeny.

Celonárodní telefonický výzkum, kterého se zúčastnilo 3.000 dospělých lidí, zjistil, že celé čtvrtině z těch, kdo navštívili lékaře po shlédnutí reklamy DTCA, byla stanovena nová diagnóza. Nejčastějšími problémy, které doktoři objevili, byly: vysoký cholesterol, vysoký tlak, cukrovka a deprese. [11]

Podle Centra pro kontrolu a prevenci chorob (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) se počet těch, kteří trpí astmatem, mezi lety 1980 a 1998 více než zdvojnásobil. *American Lung Association* odhaduje, že přímé náklady na léčbu astmatu přesáhly 7,5 miliardy USD za rok se ztrátou produktivity představující dalších zhruba 3,8 miliard USD.

DTCA přináší 17 miliónům Američanů, kteří astmatem trpí, informace o možnostech léčby a vyzývají je, aby byly v těsné spolupráci se svými lékaři a dosáhli tak optimální kontroly nad touto nemocí. Podle společnosti Scott-Levin, zabývající se výzkumem ve zdravotnictví, byla DTCA hodnocena jako užitečný 44 % dotázaných pacientů trpících astmatem.

Ze studie z roku 2001 [12], provedené nadací *Kaiser Family Foundation* a sledující, zda reklama pomáhá diagnózám, vyplývají následující poznatky:

- Značná převaha těch, kteří právě DTCA shlédli, řekli, že reklama je výborným nebo dobrým způsobem informovala o nemocích, k jejichž léčbě je lék určen (84 %),

o potenciálních výhodách léku (72 %) a o tom, kdo by měl lék užívat (66 %).

- Reklama na lék vydávaný na předpis přiměla mnoho lidí, aby si se svým lékařem o tomto léku promluvili.
- U lidí, kteří zdravotní péči nejvíc potřebují, tj. u starších lidí a lidí, kteří své zdraví označili za přiměřené nebo špatné, je ještě větší pravděpodobnost, že si se svými lékaři o lécích “z reklamy” pohovoří, ačkoli není pravděpodobnější, že by na tento lék skutečně předpis dostali.

S nástupem zdravotního systému zaměřeného na pacienta pomocí DTCA, který byl do značné míry ovlivněn rozvojem HMO, se dostalo většího významu tržním silám. Důvodem růstu cen produktů nemusí být existence reklamy na tento produkt, ale naopak její neexistence. Není to vědomost pacientů, ale daleko spíše jejich neznalost, která způsobuje jednotlivcům a společnosti dlouhodobé náklady. [13] DTCA nepodněcuje k větší konzumaci léků. Naopak DTCA může snížit náklady na zdravotní péči, v případě, že léková terapie zamezí potřebě ostatních, nákladnějších terapií. [14]

V roce 2003 publikoval časopis *Prevention Magazine* výsledky šestiletého výzkumu, který byl vyvinut ve spolupráci s FDA a týkal se účinků DTCA. Průzkum provedla společnost *Princeton Survey Research Associates* v prosinci roku 2002 [15]. Uvedme si některé z výsledků:

- Reklamou na alespoň jeden lék, kterého se výzkum týkal, zaregistrovalo 98 % spotřebitelů, odhadem 196 miliónu dospělých lidí.

- Se svými lékaři si o léku na předpis v důsledku shlednutí DTCA promluvilo přibližně 65 miliónů amerických spotřebitelů.
- V důsledku shlednutí DTCA si *poprvé* se svým lékařem promluvilo o svém zdravotním stavu přibližně 30 miliónů spotřebitelů.
- Se svým lékařem si po shlednutí DTCA o svém zdravotním stavu promluvilo:
 - 34 % dotázaných se středoškolským vzděláním
 - 31 % dotázaných s ročním příjmem pod 25.000 USD
 - 19 % z těch, kteří nemají zdravotní pojištění.
- DTCA přiměly mnohé spotřebitele k hledání léčby svých zdravotních problémů, o kterých do té doby nemluvili s žádným odborníkem. Např. 91 % spotřebitelů si uvědomilo, že existuje lék na poruchy erekce.
- 38 miliónů spotřebitelů potvrdilo, že hledalo na internetu nebo si reklamu vytisklo, nebo že volalo na uvedená telefonní čísla, aby získalo dodatečné informace o inzerovaném léku.
- Internet považuje za zdroj užitečných informací o lécích vydávaných na předpis 96 % spotřebitelů, kteří se průzkumu zúčastnili.
- Na otázku, zda reklamy DTCA poskytují informaci, že spotřebitelé musí se svým lékařem probrat rizika a přínosy propagovaných léků, odpovědělo 68 % dotázaných kladně.

DTCA na léky na předpis je dnes nedílnou součástí amerického reklamního trhu. Objevuje se prakticky na všech televizních kanálech, v rádiích, časopisech i v novinách. Dle dostupných průzkumů si potřebitelé informací, které DTCA

přináší, cení. Celých 84 % lidí si myslí, že reklama lidem přinese informace o nových možnostech léčby; 80 % Američanů si myslí, že je DTCA upozorňuje na příznaky onemocnění, které by mohli mít, a 83 % se domnívá, že reklama přiměje lidi k tomu, aby si zjistili více informací o zdravotním stavu, k jehož léčbě jsou propagované léky určeny. Více jak dvě třetina spotřebitelů je navíc přesvědčeno, že je reklamy informují o tom, aby si se svými lékaři promluvili o rizicích, která jsou s užíváním propagovaných léků spojeny, a prakticky tentýž podíl spotřebitelů si myslí, že je reklama vybavuje informacemi, které potřebují, aby si mohli pohovořit o přínosech propagovaných léků. [15]

Evropská unie

Jak jsme si ukázali výše, ve Spojených státech je zájem spotřebitelů o vlastní léčbu silný a stále roste. Jak si ukážeme níže, začínají se objevovat signály, že tento zájem je stejně tak silný v EU. Rostoucí zájem se v Evropě objevil i přes oficiální politiku, jejímž důsledkem je omezení přístupu pacientů k nejnovějším inovacím léků a lékovým terapiím. V EU je propagace léků vydávaných na předpis pomocí reklamy nezákonná. Článek 88 evropské směrnice 2001/83/EC zakazuje poskytování informací přímo pacientovi ohledně lékařských produktů, které jsou vydávány na předpis nebo které obsahují psychotropní či omamné látky. V důsledku tohoto zákazu nemají mnozí pacienti přístup k informacím o nejnovějších možnostech léčby svých nemocí.

V březnu 2000 se v Lisabonu setkali hlavní představitelé evropských vlád a dohodli se na reformním ekonomickém programu, jehož záměrem bylo dosáhnout strategického cíle: „vystavění vysoce konkurenceschopné a

dynamické ekonomiky, založené na světových znalostech, schopné trvalého ekonomického růstu, s větším množstvím lepších pracovních míst a větší sociální kohezí“. Farmaceutický průmysl má potenciál k tomu, aby velkým dílem k dosažení lisabonských cílů přispěl. V následující zprávě o evropských vyhlídkách, které se těchto cílů týkají, bylo stanoveno, že léčiva „jsou rozsáhlým, vysoce růstovým, globalizovaným a silně inovativním oborem. Jeho produkty – léky - jsou určeny k uspokojení potřeb spotřebitelů v oblasti zdravotnictví, což má pro společnost zásadní význam. Zdravotnictví a léčba patří mezi nejzávažnější témata při vymezování konceptů veřejné prosperity a demokracie v novém století.“ [16]

Na začátku roku 2001 byla založena skupina zabývající se inovací a poskytováním léků na vysoké úrovni. Byla nazvaná Lékovou skupinou G10 (*G10 Medicines Group*). V únoru roku 2002 vydala tato skupina zprávu, která obsahovala 14 doporučení o tom, jak zlepšit konkurenceschopnost farmaceutického průmyslu. Na konci roku 2003 převzala Rada ministrů závěry ze zprávy Skupiny G10, a to jak do svého odboru konkurenceschopnosti, tak do odboru zdraví. Jedním z doporučení bylo lépe informovat pacienty, věnovat více pozornosti výběru léků a více sledovat jejich relativní účinnost v rámci členských států. Dále zpráva dospěla ke závěru, že silný a konkurenceschopný farmaceutický průmysl v Evropě může značně přispět ke zlepšení celkového zdraví obyvatelstva. [17]

Jmenujme některá významná doporučení této zprávy, která souvisí s předmětem naší studie:

- Měl by existovat soubor ukazatelů (licence, oceňování a systém proplácení), který bude vymezovat vztahy mezi

různými regulačními opatřeními EU a členských států a který usnadní dostupnost a příjem léčiv.

- Členský stát EU by měl jednat v souladu s principem, že jeho oprávnění regulovat ceny v EU se vztahuje pouze na léky, které tento stát kupuje či proplácí. V případě léků, které stát neproplácí, by se tržní konkurence neměla porušovat.
- Zákaz reklamy na léky vydávané na předpis by měl zůstat zachován.
- Evropské instituce by spolu se všemi investory měly věnovat pozornost funkčnímu odlišení mezi reklamou na léky vydávanými na předpis a mezi poskytnutím obecné informace v médiích, která by pacientům umožnila aktivní sebevzdělávání ohledně jejich zdravotní péče. Měly by být určeny normy, které by takové odlišení zajistily.
- Dále by se Rada měla rozhodnout, zda poskytne základní finanční kapitál evropským sdružením pacientů a umožní jim tak nezávislou účast v debatě a rozhodovacím procesu ohledně zdravotních záležitostí EU.

Jaké výsledky však přinesly všechny tyto informace o podobě politiky EU a vyjádření záměrů vlád EU? V únoru 2004 byla pověřena společnost *Burson-Marsteller*, aby zahájila mapování situace s cílem vyhodnotit, do jaké míry se jednotlivým státům podařilo zavést doporučení Skupiny G10 do praxe. Zpráva skupiny G10 byla vydána před dvěma lety. Mělo by být tedy možné zjistit, k jakému vývoji v této oblasti k roku 2004 došlo. Zde jsou výsledky zjištění [17]:

- Evropské instituce ve většině případů o změnách pouze hovoří. K zavádění doporučení do praxe však nedochází.
- V Rakousku není dovolena reklama na léky vydávané na předpis a na léky bez předpisu, mají-li shodné obchodní jméno a zaměřují-li se na jednu určitou nemoc. Reklama na volně prodejné léky je dovolená. Za reklamu se nepovažují letáky pro pacienty či přehledy léků, které obsahují informace o vlastnostech produktu. Obecné informace o nemocech jsou povolené do té doby, dokud nezvyšují ceny jednotlivých produktů.
- V Belgii odpovídá maximální cena, kterou stát proplácí, ceně generika, které je ekvivalentem propláceného léku na trhu. Tyto ceny odpovídají nejnižším cenovým úrovním v EU. Obecně panuje názor, že tato vládní politika cenového omezování nebere v úvahu hodnotu inovace. Pravidla týkající se reklamy vláda přísně vynucuje. Neexistují databáze s informacemi o lécích a neexistuje partnerství soukromého a veřejného sektoru na tomto poli.
- V České republice jsou generika plně proplácena vládou, zatímco na ostatní léky musí pacienti doplácet. Vláda klade důraz na snižování nákladů. Je možné poskytovat informace o jednotlivých nemocech a možnostech jejich léčby, ale není dovoleno uvést jména konkrétních produktů. Internet slouží ve velké míře jako zdroj informací pro pacienty a webové stránky týkající se jednotlivých nemocí mají kvalitní úroveň. Využití informačních technologií je značné.
- V Dánsku se často stává, že vláda odmítá proplácet nový produkt kvůli jeho vysoké ceně. Vláda vyvinula řadu

ukazatelů, pomocí nichž kontroluje náklady na léčiva, a to včetně zavedení dočasných cenových stropů a vyšších doplatků pacienta. Na léky používané v nemocnicích se nedoplácí. Ceny generik nejsou regulované. Stát zcela reguluje a kontroluje informace pro pacienty. Vláda se obává, že jakékoli uvolnění zákazu reklam by vedlo k obrovskému nárůstu reklam na léky vydávaných na předpis. Zákony týkající se informací pro pacienty jsou velmi restriktivní a jejich fungování v praxi je přísně vynucováno.

- Ve Finsku existuje zákaz reklamy na léky na předpis v souladu se zákony EU. Nicméně Finsko je ve výkladu těchto poměrně zákonů liberální a dovoluje farmaceutickým firmám, aby ve spolupráci s organizacemi pacientů šířili své informační materiály. Mnoho občanů používá jako zdroj informací internet.
- Ve Francii přijala vláda jako součást širšího plánu na snížení rozpočtového deficitu některá opatření snižující výdaje na léčiva. Tato opatření neregulují pouze celkové výdaje na léky, ale rovněž prodeje jednotlivých firem, výdaje na propagaci, prodeje jednotlivých léčebných postupů a prodeje zvláštních zdravotních produktů. Co se týče informací o lécích, je Francie jednou z nejméně regulovaných zemí. Vláda se obává, že jakékoli zmírnění omezení informací pro pacienty bude znamenat obrovské množství reklam na léky na předpis.
- Německo spoléhalo na kontrolu lékařů s cílem snížit prodej léčiv. Pouze pacienti, kteří lékaře výslovně požádají o novější, zlepšené produkty, je mohou dostat. Ti, kteří je výlovně nevyžadují, dostanou předpis na starší, méně účinné léky. Pouze 12 % pacientů spadají-

cích do státního systému nemocenské a sociální podpory dostávají nejnovější inovace léků, zatímco u soukromých systémů je to 48 % pacientů. Reklama na léky vydávané bez předpisu je povolena.. Vláda uvažuje o zavedení internetové databáze léků.

- V minulosti mívala vláda Irska daleko konzervativnější přístup k užívání léků na předpisy. Tento postoj se v poslední době mění, z velké části díky vlivu internetu. Farmaceutický průmysl se stal vládním partnerem v různých snahách o posílení informovanosti veřejnosti a v iniciování veřejných kampaní o zdraví. Farmaceutické společnosti připravily "elektronickou příručku" s informacemi pro pacienty a spolu s organizacemi pacientů pracují na vydání společných publikací.
- Itálie se cíleně snažila omezit propagační aktivity farmaceutických společností. V roce 2003 vláda zavedla novou daň na nákup propagace firmami a řada regionálních orgánů se pokoušela přímo regulovat možnost komunikace farmaceutických společností s italskými lékaři o nových výrobcích. Snižování nákladů se na politickém programu objevuje na jednom z předních míst a vláda se velmi skepticky dívá na přínos inovací farmaceutického průmyslu. Neevropské společnosti jsou v Itálii spíše diskriminované, a to bez ohledu na jejich přínos pro zdraví pacientů.
- V Nizozemí fungují jakási samostatně se regulující Pravidla chování v oblasti informací pro pacienty. Jedná se o společný výstup soukromého a veřejného sektoru. Farmaceutické firmy mohou na internetových stránkách a v dalších médiích informovat pacienty o produktech, včetně uvedení jejich jména. Vládě se daří zabezpečo-

vat „velmi dobře fungující strukturu samoregulace“ informací pro pacienty. Má se za to, že povolením veřejně dostupných informací se na pacienty přesouvá více zodpovědnosti za svou vlastní zdravotní péči. Vláda zjistila, že lze jen ztěžít kontrolovat většinu informací, převážně ty, které přichází ze Spojených států nejčastěji prostřednictvím internetu.

- V Portugalsku mohou firmy dělat reklamu lékům na předpis, avšak jen pro lékaře. Informace o lécích na předpis přímo pro zákazníka jsou zakázané a na dodržování tohoto zákazu se přísně dohlíží. Dovolena je pouze reklama na volně prodejné léky.
- Veřejní představitelé Španělska prohlašují, že „snižování nákladů musí být vyváženo přidanou hodnotou léčby“. Reklama není dovolena na léky, které stát proplácí, a firmy nemohou o takových lécích podávat žádné informace. Neproplácené léky je možné propagovat v televizi a v novinách. Internetová reklama není oficiálně povolená, ale dle slov španělské vlády je obtížné kontrolovat dodržování tohoto zákazu v praxi.
- Ve Švédsku je zcela dovolená reklama na volně prodejné léky. Existuje tady systém známý jako FASS. Jedná se o internetový seznam, kde si mohou pacienti najít informace o lécích s obchodní značkou i o generikách (spolu s odkazy na firmy, které je vyrábí).
- Ve Velké Británii je přímá reklama pro pacienty zakázaná (ačkoli anglické zákony nemusí být, v přesném slova smyslu, v souladu s legislativou EU) a není dovolené používat internet k přímé komunikaci s pacienty. Vláda se však začíná přiklánět k větší svobodě v přístupu pacientů k informacím. Snaží se přimět pacienty, aby

oni sami převzali iniciativu nad vyhledáváním informací o léčích.

Pomocí zmapování postojů jednotlivých zemí EU k inovacím a přístupu pacientů k informacím zjišťujeme, že zde existuje značná míra nekonzistentnosti dodržování zákona EU. Ten totiž výslovně zakazuje pouze reklamu na léky vydávané na předpis, či na léky obsahující psychotropní či omamné látky.

Dokonce i ty země, které jednají v souladu se zákonem EU, udělují výjimky reklamě na volně prodejné léky či reklamě na neproplácené léky (např. léky, které nejsou na seznamu ministerstev zdravotnictví), na léky s nenulovým doplatkem pacienta, či na léky prodávané v soukromé sféře. Všechny země zjistily, ať tím či oním způsobem, že internet jako médium zcela mění přístup pacienta k informacím, bez ohledu na předpisy Evropské Unie.

K doplnění výše uvedených výsledků studie uvedme nedávné výroky vedoucích představitelů zdravotní sféry a médií, jež ilustrují rozpor v názorech na přístup pacientů k informacím mezi vládními představiteli a představiteli soukromé sféry:

Těžko uvěřit, že spotřebitelé, kteří tak pečlivě shání veškeré potřebné informace před tím, než si koupí auto, si pak od svého lékaře vezmou recept jako králik, který si bere mrkev.

Ředitel německé Komise lékařů pro otázku léčiv, 2000

Paternalismus, který dovoluje lékařům dělat si, co chtějí, a nechává pacienty v temnotách, začíná ustupovat před rostoucí silou pacientů.

Více informací znamená vyžadování více možností volby. Navíc spíše bude zvolen účinný léčebný postup v případě, kdy jsou lékaři nuceni naslouchat svým pacientům a pacienti vědí dost na to, aby se ptali na správné otázky a chtěli znát pravdivé odpovědi.

The Economist, 3. února, 2002

S pacienty, kteří mají dostatek kvalitních informací a více pravomocí, je možné ušetřit náklady. Komplexní informace pro pacienta představují základní pilíř zdravotnictví.

Prezident první německé konference pacientů, Lipsko 2000

Každý může napsat cokoli o léčbě nějaké nemoci na internetové stránky. Jen farmaceutické firmy ne.

The Lancet, 28. března, 1998

Každý člověk musí být vybaven schopnostmi, které mu umožní žít a pracovat v dnešní nové podobě informační společnosti.

Závěrečná řeč prezidenta, Lisabonská rada, březen 2000

Důležité je, aby nové informační technologie vyzbrojily obyvatele EU a posílily jeho schopnost hrát aktivní roli v nakládání se svým zdravím, a podpořily tak celkovou kvalitu zdravotní péče.

Zpráva Evropského parlamentu o programu společných aktivit na poli veřejného zdraví, duben, 2001

Část C. Závěry pro politiku

Všechny vlády napříč EU se usilovně snaží o snižování nákladů ve zdravotnictví. V mnohých případech toto úsilí absolutně opomíjí hodnotu inovace. Inovace je však očividným přínosem pro pacienta. V roce 1999 utratily evropské farmaceutické společnosti 59 % celosvětových výdajů na výzkum a vývoj, což je pokles oproti 73 % v roce 1990. Ten, komu tento pokles přinesl největší prospěch, byly Spojené státy. Pravdivost tohoto tvrzení nejlépe ukazuje skutečnost, že z deseti nových léků, které vstoupily na globální světový trh a které se nachází nejvyšších příčkách prodejnosti, pochází osm z USA a pouze dva z EU. V investicích do výzkumu a vývoje, vyjádřeno procenty hrubého domácího produktu, jsou světovým vůdcem Spojené státy s 53 %, následovány Francií s 9 % a Německem s 8 %. [18]

V přístupu k poskytování informací pacientům se však začínají objevovat trhliny, které se zvětšují a tlačí tak na změnu více směrem k DTCA. V současnosti je takovým iniciátorem změn především internet. Rostoucí daňová zátěž obyvatelstva, jejímž cílem je financovat stále rostoucí počet pracovníků ve zdravotnictví ve vztahu k počtu obyvatel, brzy přestane být účinným prostředkem k získávání financí a priorita se plně přenesla na úsilí o snížení nákladů. I přes to, že počet lidí pracujících ve zdravotnictví roste rychleji než počet obyvatel, seznamy těch, kdo čekají na poskytnutí zdravotních služeb, narůstají. Nárůst zdravotnických pracovníků jednotlivých specializací se sčítá a prodlužování čekacích seznamů je omezovalo arbitrárními kvótami. Tyto dva trendy vytváří napjatý politický mix, který pravděpodobně vyústí v situaci, kdy se pacienti rozhodnou vzít věci pevněji do vlastních rukou.

Tento vývoj je již dnes patrný z podílu soukromých zdrojů na financování léčiv: Německo – 76 %, Španělsko – 81 %, Francie – 69 %, Rakousko – 80 % a Irsko – 83 %. Samozřejmě, že vlády si tohoto trendu rovněž povšimly, jelikož změna poměru celkových výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP byla mezi roky 1997-2002 minimální (např. 0,2 % v Německu, 0,3 % ve Francii, 0,1 % v Rakousku a 0,1 % ve Španělsku). Jelikož se jmenovitě jedná o státy se socializovaným zdravotnictvím, tyto nárůsty pravděpodobně představují finanční podporu státem zaměstnávaného zdravotního personálu, především na krytí rostoucích životních nákladů.

Neexistují empirická data, která by potvrdila názor, že v důsledku DTCA dochází k celkovému nárůstu užívání farmaceutických produktů, nebo že je přímou příčinou růstu výdajů na zdravotnictví. Na druhé straně však *existují* empirická data svědčící o tom, že regulační politika Úřadu pro potraviny a léky (FDA) týkající se DTCA:

- Zlepšuje veřejné zdraví.
- Zlepšuje vztah mezi pacientem a lékařem aniž by zasahovala do samotné lékařské praxe.
- Nevede k nesprávnému či nadměrnému předepisování léků.
- Přiměřeně upozorňuje na rizika.

Svým působením proto politika FDA přispívá k dosažení cíle tohoto úřadu, kterým je ochrana veřejného zdraví [19].

Časem nejspíš dojde v otázce DTCA ke sblížení podmínek v USA s podmínkami v Evropě. V EU bude tento vývoj poháněn, i když pomalým tempem, snahou veřejnosti

aktivně se účastnit péče o vlastní zdraví. Ze všech forem mediálních prostředků dostupných veřejnosti, je tím, který nejspíše a nejrychleji změní postoj EU vůči DTCA, internet. Rozhodne-li se totiž pacient toto médium využít, jsou vlády prakticky bezmocné mu v tom jakkoliv zabránit.

Reference:

1. Auton, F.: „The Advertising of Pharmaceuticals Direct to Consumers: A Critical Review of the Literature and Debate“, *International Journal of Advertising*, 2004.
2. Přehled financování zdravotní péče, Příloha pro rok 1989, *International Comparisons of Health Care Financing and Delivery: Data and Perspectives*, Úřad pro financování zdravotní péče, oddělení zdravotních služeb, prosinec 1989, str. 121-150.
3. OECD Health Data 2004, 1. vydání.
4. „The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries“, *Health Policy Studies* č. 2, OECD, Paříž, 1992.
5. Adams, C.: „FDA plans to review policy allowing direct-to-consumer drug ads for TV“, *The Wall Street Journal*, 28. březen, 2002, str. B1.
6. „Pharma Trends in 2001 Year in Review“, *NDC Health*, 8. březen, 2002.
7. Dubois, R. a kol., *2000 Rx Health Value*, 2001.
8. Calfee, J.: Zápis z vystoupení před Výborem pro záležitosti spotřebitelů, zahraniční obchod a turismus a Komisi pro obchod, vědu a dopravu, Senát USA, 24. červen, 2001.
9. Raymond, S. a kol.: *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, 1. leden, 2004.
10. Masignani, V. a kol.: *The Value of Vaccines*, Elsevier Science Ltd., 2003, str. 110.
11. Weissman, J. a kol.: „Consumers Report on the Health Effects of DTCA“, *Health Affairs Web Exclusive*, 26. únor, 2003.

12. *Understanding the Effects of Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising*, The Henry J. Kaiser Foundation, listopad 2001.
13. „Who’s Afraid of Pharmaceutical Advertising“, *Policy Report* 155, Institute for Policy Innovation, květen 2001.
14. Haselne, W.A.: „Genomics: The Path for Science, Medicine and Society“, *Brookings Review*, Brookings Institution, zima 2001.
15. „Consumer Reaction to DTC Advertising of Prescription Medicines“, 6. ročník výzkumu, *Prevention Magazine*, 2002/2003.
16. Gambardella, A. a kol.: *Global Competitiveness in Pharmaceuticals: A European Perspective*, Diane Publishing Copany, listopad 2000.
17. Burston-Marsteller: „Improving the Competitiveness of the Pharmaceutical Industry in Europe: Implementing the G10 Process“, zpracováno pro evropskou pracovní skupinu PhRMA, Brusel, srpen 2004.
18. Stav farmaceutického průmyslu v roce 2004, „Focus on Innovation: New Medicines. New Hope“, PhRMA, 2004.
19. Boggs, P., LLP, *Názory koalice Freedom to Advertise*, vystoupení před FDA, „Empirical evidence: Effects of direct-to-patient information in the United States“, 13. září, 2002, str. 30-31.