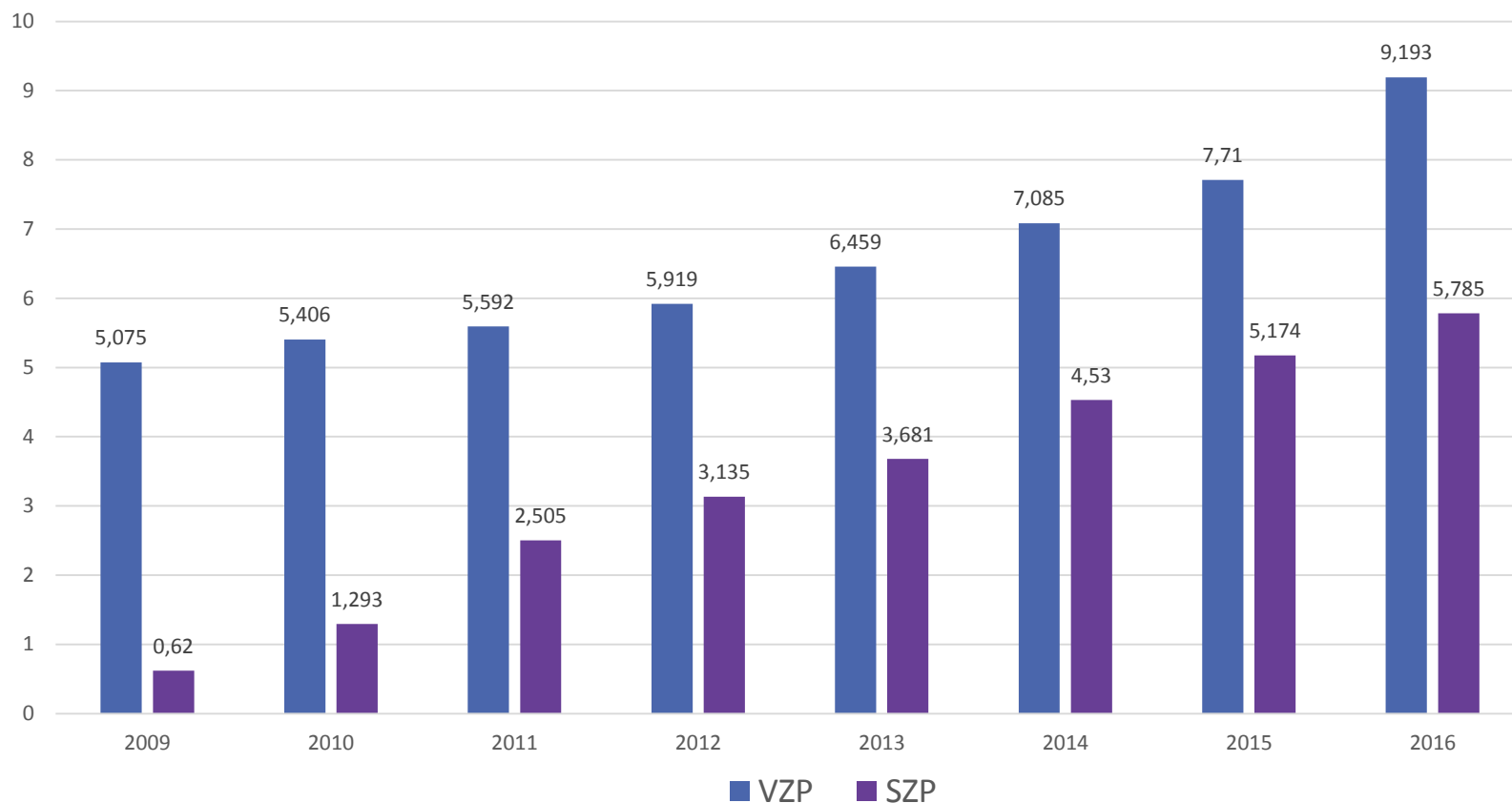


CO ROZHODUJE O TOM JAKÝ DOSTANEME LÉK V CENTRU?

Tomáš Doležal

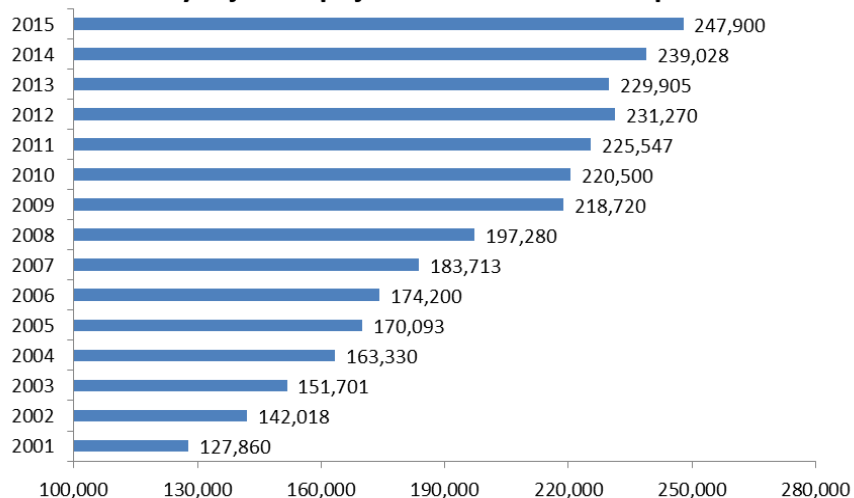
NÁKLADY NA S/CENTROVÉ LÉKY (2009-2016)



cca 6% z výdajů ZP

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ 2001-2015

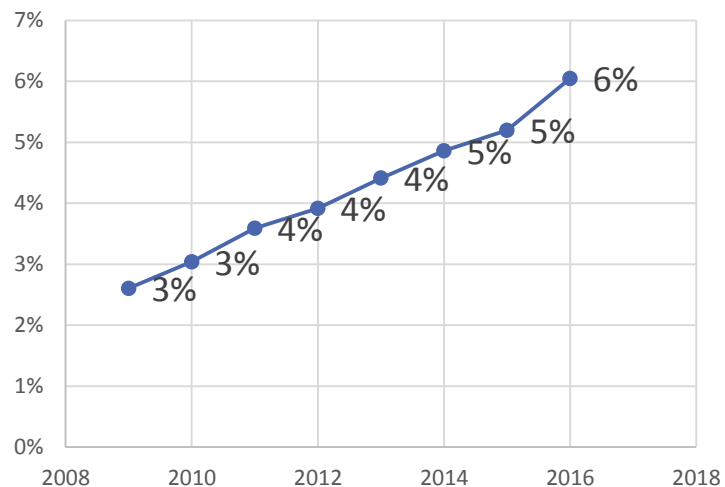
Výdaje zdr. pojišťoven na zdravotní péči



Zdroj: ÚZIS

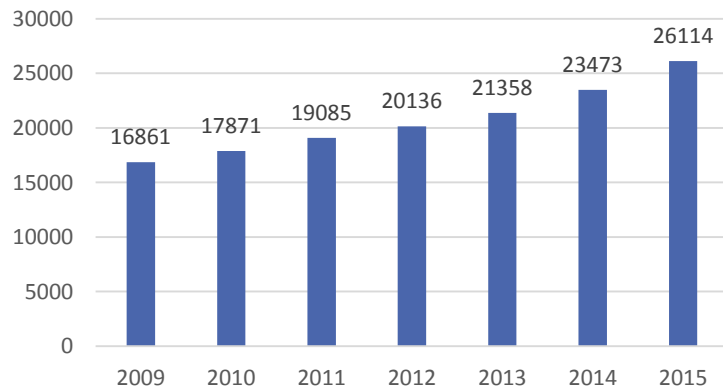
Rok 2016 - 258 mld. Kč

Podíl S-léčiv na výdajích zdravotních pojišťoven

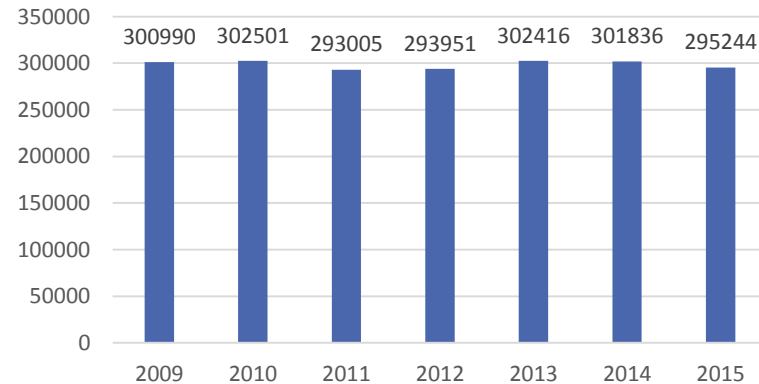


VZESTUP NÁKLADŮ NA CENTROVÉ LÉKY JE ZPŮSOBEM RŮSTEM POČTU PACIENTŮ (VZP)

- Mezi lety 2009/2015 se zvýšil počet léčených pacientů v centrech o 50%, náklady zůstávají konstantní, přestože jsou nové léky nákladnější



Počet léčených pacientů centrovou léčbou (VZP)

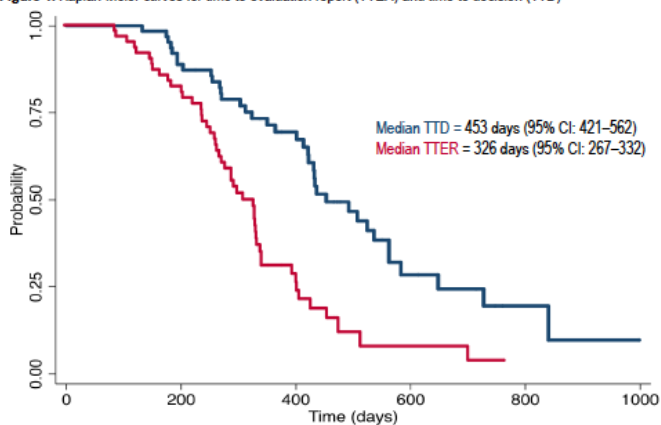


Průměrné náklady na jednoho pacienta (CZK) v centrech nákladné léčby

POMALÝ PROCES PŘÍSTUPU PACIENTŮ K NOVÝM LÉKŮM

- ČR má jeden z nejdelších časů od registrace nového léku k jeho zpřístupnění pacientům

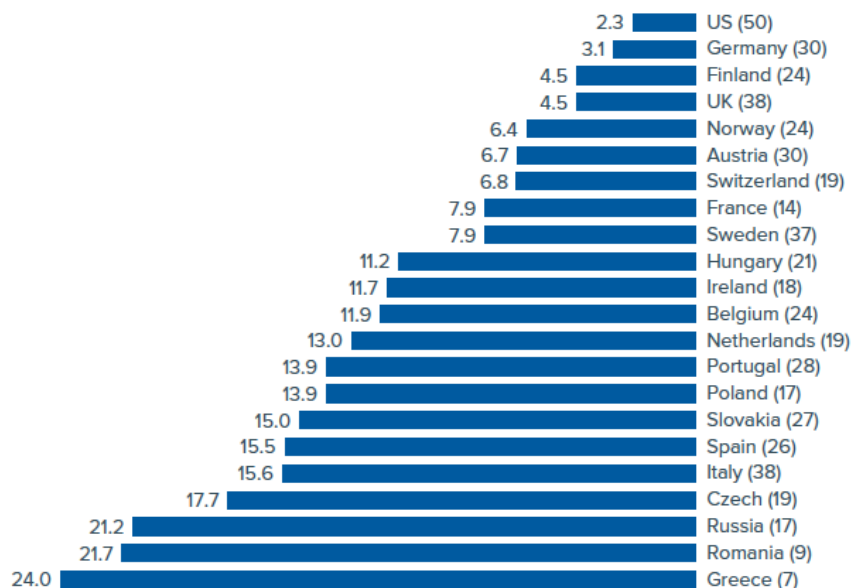
Figure 1. Kaplan-Meier curves for time to evaluation report (TTER) and time to decision (TTD)



ISPOR 2016

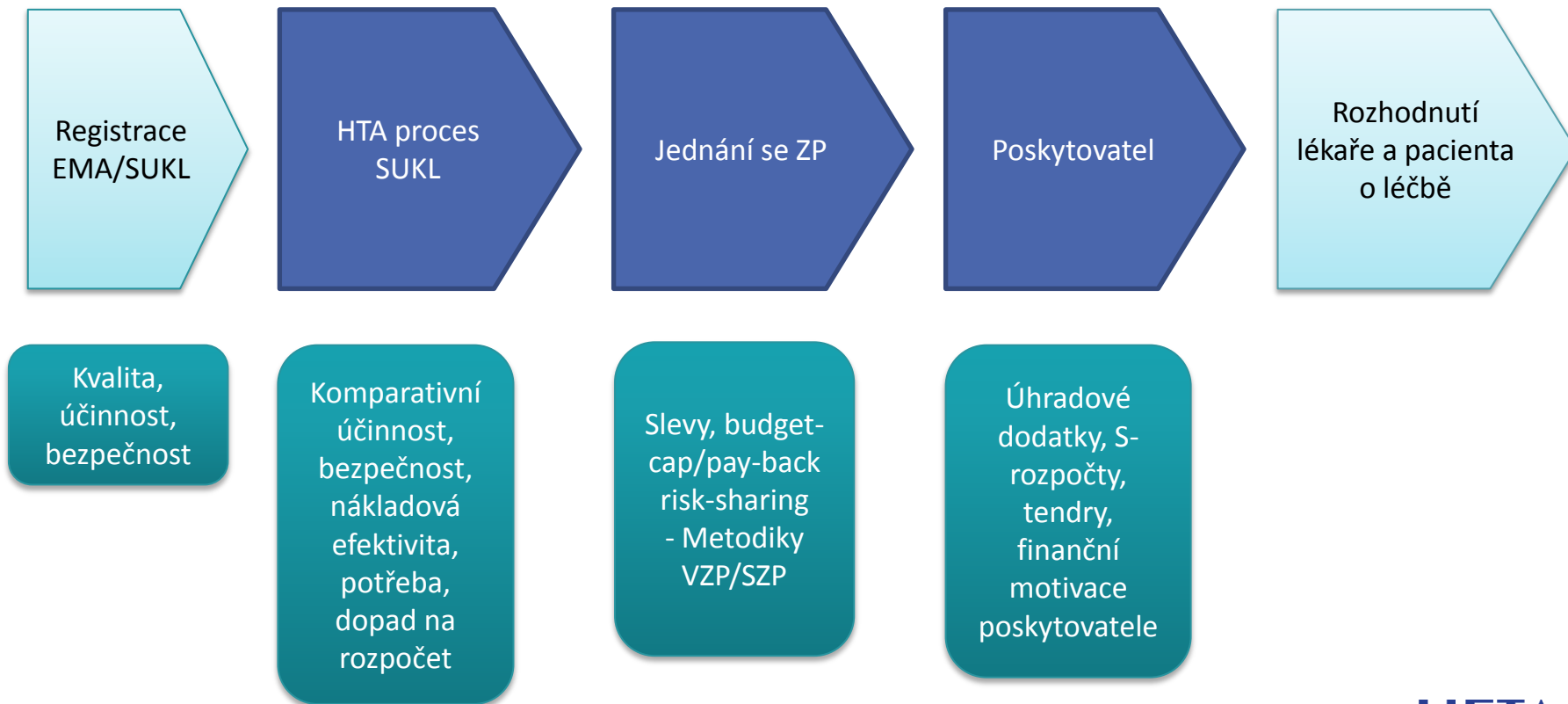
QuintilesIMS 2017

Figure 4. Average time (months) from regulatory approval to first sales 2015



Source: QuintilesIMS Consulting Services analysis

JAK SE DOSTANE LÉK K PACIENTŮM

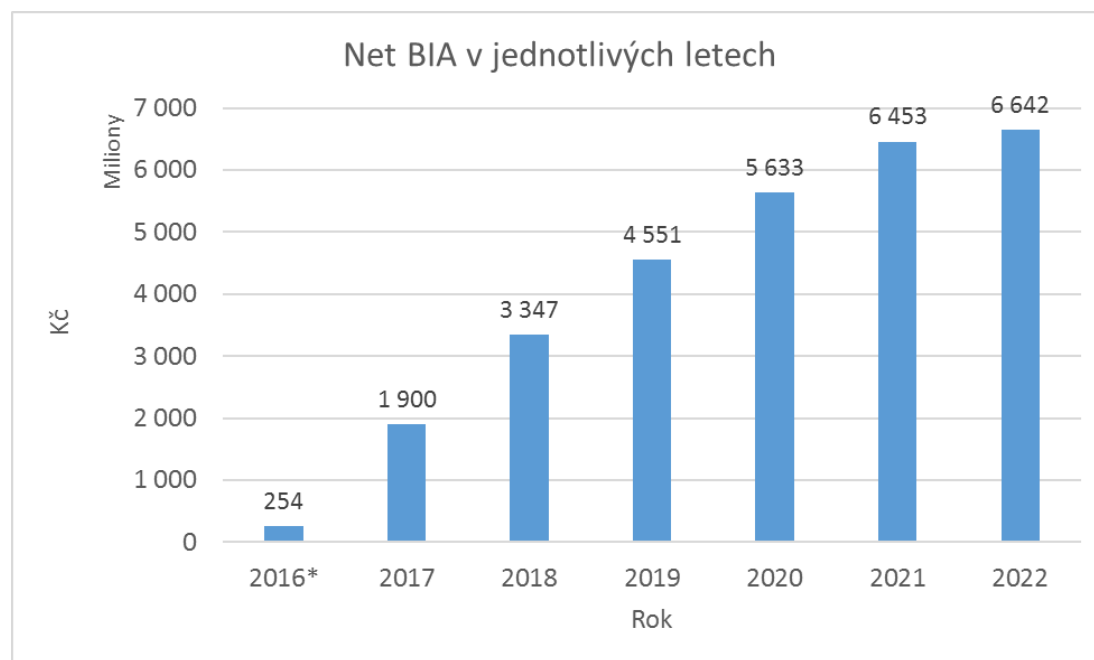


PROLÉČENOST BIOLOGICKOU LÉČBOU

	Odhad proléčenosti biologickou léčbou v ČR	Srovnání	Poznámka
Revmatologie (Revmatoidní artritida)	4,90%	Maďarsko 9% Slovensko 10% Západní Evropa 0-30%	V ČR je přísné omezení na těžké pacienty. SÚKL již 2 roky řeší rozšíření na středně těžkou RA.
Gastroenterologie (Ulcerózní kolitida, Crohnova choroba)	cca 10-20%	Indikováno by mohlo být 30-40%	Hrazení jsou jen pacienti s těžkou Crohnovou nemocí, měli by být léčeni i se středně těžkou formou
Dermatologie (Psoriáza)	2-5% (z indikovaných pacientů)	Potenciál k léčbě jsou až desítky tisíc, nyní léčeno jen cca 1 200	Pacienti musí být nejprve neúspěšně léčeni minimálně dvěma systémovými terapiemi

ČISTÝ DOPAD DO ROZPOČTU (NETBIA) V NADCHÁZEJÍCÍCH LETECH PO VSTUPU NOVÉ LÉČBY „HORIZON SCANNING“ PRO AKTIVNÍ ISŘ

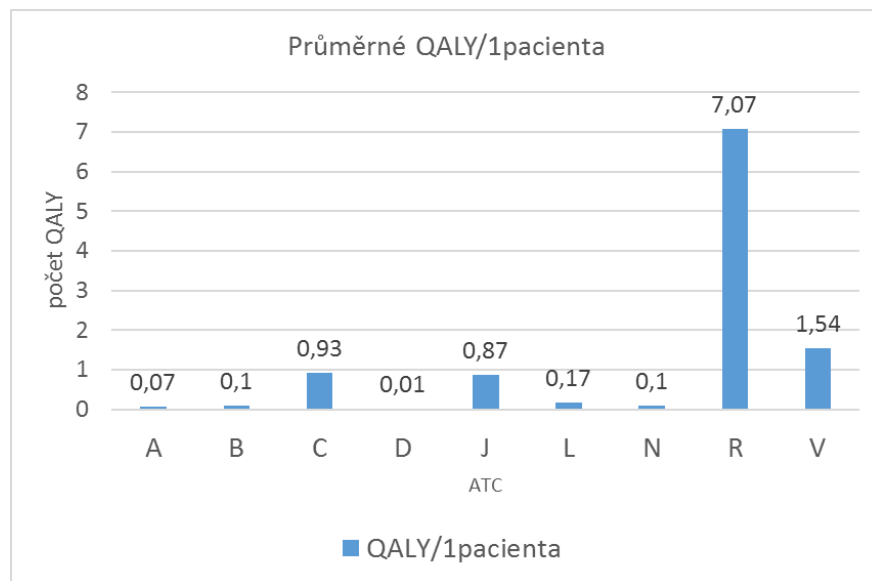
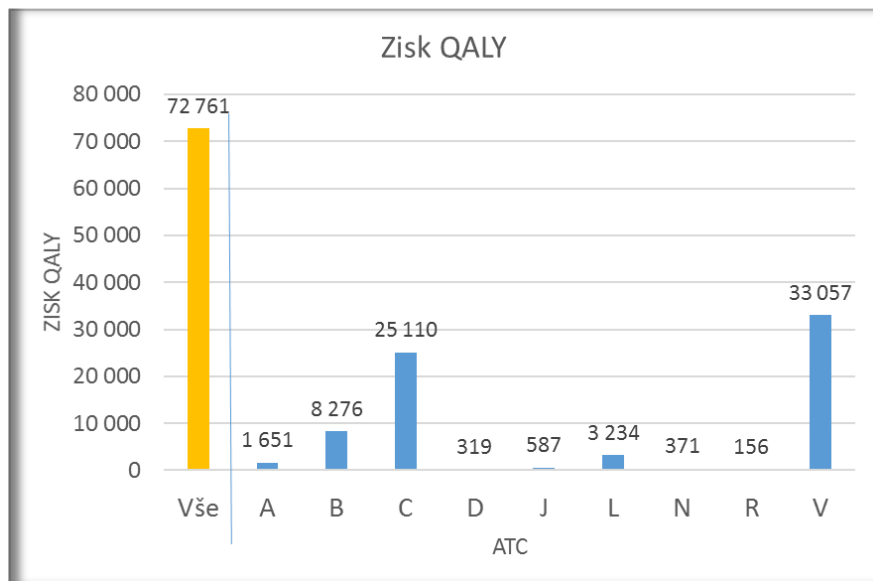
- „Horizon scanning“ (mapování budoucích trendů a očekávané dopady) probíhajících správních řízení o stanovení či změně VaPÚ
- Odhad dopadu do rozpočtu zdravotních pojišťoven v nadcházejících 6 letech za **předpokladu, že všechna analyzovaná řízení vstoupí v průběhu času do úhrad**
- Analýza probíhajících správních řízení (SŘ) o stanovení či změně výše a podmínek úhrady (**údaj zjištěný k 18.8.2016**)
- **76 ISŘ s inovativními produkty (nové molekuly, nové indikace)**



*2016 - pouze poslední 4 měsíce roku

QALY ZÍSKANÉ VSTUPEM INOVACÍ NA TRH

- PŘI ZAPOČTENÍ ČASOVÉHO HORIZONTU POUŽITÉHO V CEA



77 761 = 1 040 životů do 70 let v plné kvalitě

VSTUP TECHNOLOGIÍ/INTERVENCÍ DO SYSTÉMU V ČR

- Jen léky přichází do systému úhrady ze zdravotního pojištění transparentně a je hodnocena jejich účinnost, bezpečnost, náklady a nákladová efektivita
- U léků se také aplikuje hranice ochoty platit

	léky	zdrav. prostředky	přístroje	intervence /výkony	vakcíny /prevence
transparentní systém	částečně	NE	NE	NE	NE
pravidla	ANO	minimálně	NE	minimálně	NE
důvody k (ne)zařazení	ANO	NE	NE	NE	NE
poměr náklady /přínosy	ANO	NE	NE	NE	NE
HTA	částečně	NE	NE	NE	NE

REÁLNÝ SVĚT

ZP:
Chcete úhradu? – dejte
co největší slevu a
zastropujte si objem,
jinak vás nepustíme na
trh

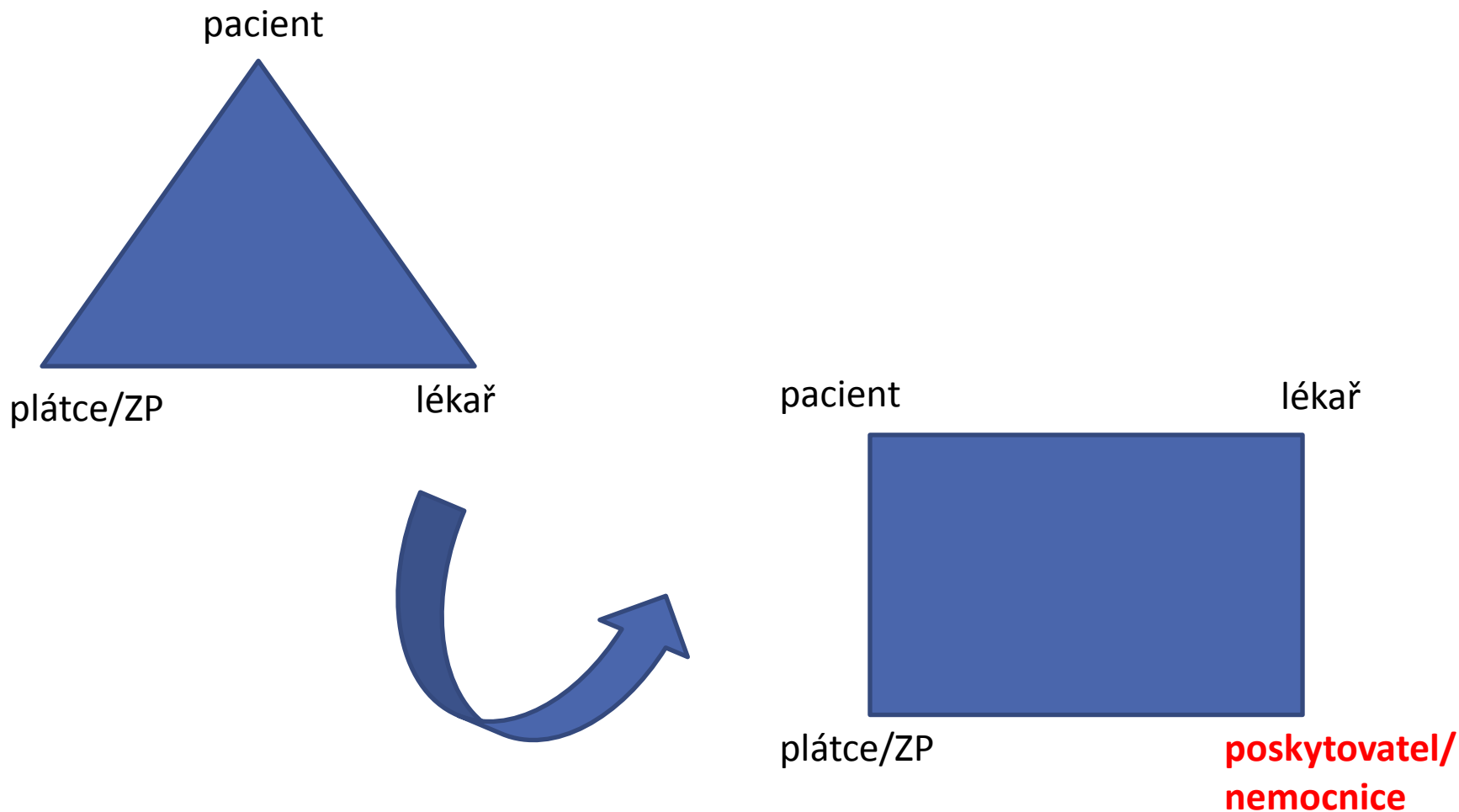
MATKA:
Prodávejte a nekažte
nám ceny v jiných
zemích

NEMOCNICE:
Chcete, abychom
používali váš lék?
Motivujte (uplácejte) nás
zpětnými bonusy

Lokální pobočka FF

- firmy nemohou dát ZP očekávanou slevu, protože by ztratili konkurenceschopnost u poskytovatelů
- ZP nevidí reálné ceny a proto omezují léčbu (novou i stávající) více než by musely
- ZP nemohou efektivně řídit své rozpočty v jednotlivých indikacích, otázka je jestli o to mají zájem
- ztráta veřejné kontroly nad rozdělením veřejných financí ze zdravotního pojištění
- kdo dbá o dostupnost inovativní léčby pro pacienty?

Z TROJUHELNÍKU JE ČTYŘUHELNÍK



o výběru léku stále více rozhodují ekonomické důvody

RIZIKA SOUČASNÉHO STAVU

- Hlavní ekonomickou motivací výběru není oficiální výše úhrady (výhodnost pro plátce, ENNV), ale přímá finanční motivace pro poskytovatele.
- Rizika:
 - Vyvádění financí z lékového rozpočtu – nemocnice používá finance z bonusů k uspokojení jiných finančních potřeb (platy, investice, apod.)
 - Falešná informace o reálných nákladech pro zdravotní pojišťovny – víme vlastně, kolik nás stojí centrové léky? Nevíme....ZP nemohou racionálně řídit rozpočty na centrové léky
 - O volbě léku přestává rozhodovat lékař, ale ekonomická motivace – tlak na nemedicínskou záměnu nákladné terapie – mnohočetné switche, o kterých zatím nic nevíme!

PROBLÉMY...

- Léčba je z 90% ambulantní, ale LP jsou účtovány jako ZULP (=žádanky/žádankorecepty)
 - Pacient nemůže hradit doplatek/ nebo může?
 - Pacient musí do nemocniční lékárny
 - Spojeno s imaginárními výkony
- Rozpočty nejsou plánovány s ohledem na prevalenci a incidenci, ale dle historických nákladů/počtů pacientů (úhradová vyhláška)
- ZP posílají peníze v jednom “balíku”, obtížné reagovat na aktuální potřebu
- Paralelní export S-léků – lze zabránit?

NUTNÁ ZMĚNA

- **Současný stav:**
 - “S” rozpuštěny v rozpočtech nemocnic
 - Nejsou možné “rychlé” změny
 - Oddělenost lékového rozpočtu od dalších zdrojů
 - Neexistuje jednotný standard



- **Budoucí stav:**
 - “Ekonomická subjektivita” center specializované (nákladné) péče
 - Kontrola nad rozpočtem + indikátory kvality
 - Sledování terapie v registrech
 - Pružná reakce na potřebu léčbu (v čase i místě)
 - Řádně poskytnuta péče/služba musí být i proplacena

ZÁVĚRY

- Náklady na inovativní/biologickou léčbu rostou...a ještě porostou (= realita, stárnutí populace, nezdravé chování, stále podléčennost)
- Jejich vstup do úhrady je přísně limitován
 - nejnižší cena/úhrada v EU
 - přísně hodnocené přínosy
 - hranice ochoty platit
 - opožděný vstup (SŘ = cca 16 měsíců)
- Pokud budeme limitovat vstup/objem, budeme snižovat kvalitu péče
- Je třeba změnit naše zdravotnictví z orientace na objem na orientaci na výkon/výsledky
 - volume-based →→→ value/based
- Principy “úhrada za výsledek/výkon” (HTA) je nutné aplikovat i na jiné oblasti (přístroje, zdravotní prostředky, výkony, preventivní postupy, apod.)
- Opatrnost při změně léčby, která by neměla být a priori ekonomicky indukována a obcházet volbu pacienta

DĚKUJI ZA POZORNOST

ÚV 2017 – SEGMENTY CENTROVÝCH LÉČIV

segment	diagnózy	nárůst vs. 2015
i	dědičné metabolické	100%
j	IBD (CD/UC), PAH	110%
k	revmatologie, derma, AB, Parkinsonova n.	120%
l	melanom, ca ovárií, ofta/DM, ofta, pneumo, ca prostaty	160%
m	ca prsu, žaludku, hlava+krk; IPF, nukleární medicína, autoinflamatorní onem.	130%
n	ostatní (mCCa, mRCC)	120%
	RS	124%
	HCV	110% vs. 2016
	HIV/AIDS, her. angioedém, RSV	úhrada 2015