

V Německu rozhodně nežijeme v lékárnickém ráji

Napsal uživatel Martin Šimíček
Úterý, 05 Březen 2019 10:50 -

Se svolením Standy Havlíčka Zveřejňujeme rozhovor s dr. Steffenem Amannem, nemocničním lékárníkem z Německa a členem výboru EAHP publikovaný v Časopisu českých lékárníků.

Na 22. kongresu nemocničních lékárníků byl v listopadu minulého roku hlavním zahraničním přednášejícím Steffen Amann, vedoucí lékárník v lékárně Městské nemocnice v Mnichově (Munich Municipal Hospital Group). Sám o sobě řekl, že má jako lékárník 25 let praxe a zároveň se cítí být pacientem, který bude jednou potřebovat terapii. Na kongresu vystoupil celkem se dvěma příspěvky. První věnoval problematice Antibiotické rezistence a druhou přehledu nemocničního lékárenství v Německu. Mezi oběma přednáškami si našel čas na poskytnutí rozhovoru. Hned moje první otázka ho ale rozesmála.

Vzhledem k tomu, že se mnoho kolegů u nás dívá za naše západní hranice jako na lékárenský ráj, nemůžu se ani zeptat jinak. Mají se lékárníci v Německu jako v ráji?

Opravdu se to děje? Opravdu si myslíte, že na západ od vás je pro lékárníky ráj? V tom případě se musíte dívat přes Německo někam ještě dál na západ. V Německu rozhodně nežijeme v lékárnickém ráji.

Počkejte myslím to vážně. Možná to není z perspektivy nemocničního lékárenství ale pohledem na celý segment lékárenství. Částečně pro určitou ekonomickou stabilitu provozování lékáren, ale také pro společenský obraz a prestiž lékárníka. Jakkoliv se jako lékárníci snažíme nabízet odbornost a specializované poradenství, poptávka po ní není. Protože u nás jsme v očích veřejnosti spíš prodavači.

Zajímavé, jste na tom úplně stejně jako lékárníci v Německu, alespoň podle toho, co já vím a do jaké míry můžu hodnotit veřejné lékárenství. Upřímně musím samozřejmě říct, že ABDA, obdoba vaší lékárnické komory, a další lékárnická sdružení propagují myšlenku, která by měla posílit veřejné mínění v tom smyslu, že lékárník je vážené povolání s hlubokými znalostmi o lécích a je pacientům k dispozici. Na druhé straně veřejnost vnímá, že lékárna je pro nákupy trochu luxusní místo, což dokladuje i užívání slovního spojení „lékárnická cena“ pokud chcete říct, že je něco příliš drahé.

To samozřejmě znamená, že pacienti mají snahu lékárenský sortiment levněji nakupovat jinde, například na internetu. Ale to je výzva především pro veřejné lékárny. U nás v nemocnicích prakticky všechno účtujeme v nákupních cenách. A pokud mohu trochu změnit téma – i to je důvod, proč padělky léčiv nejsou problémem v nemocničních lékárnách.

Tady si troufnu trochu nesouhlasit, protože jsem v minulosti zaznamenal nějaké zprávy o padělcích v segmentu léčiv pro lůžkovou péči, konkrétně cytostatika.

To je pravda, ale vstupní branou nebyla nemocniční lékárna, ale nestandardní nákupy na

straně velkodistributora. Respektive určitý kriminální potenciál některých lidí na klíčových místech. Šlo tedy o selhání lidského faktoru a vůli porušit pravidla. Tomu ani v budoucnosti žádná směrnice nezabrání. Snad jen, že to dříve a dostatečně včas odhalí. A zase můžeme spekulovat, co je dostatečně včas, když i v minulosti se podařilo odhalit padělek před podáním pacientovi i bez FMD.

I když pro nemocniční lékárny nejsou padělky problémem, jak říkáte, přeci jenom budete směrnici FMD implementovat. Jak vám to jde, máte například spočítáno, kolik nových úvazků musíte obsadit?

Technicky se o implementaci musí postarat management nemocnice, já jsem jej samozřejmě informoval o požadavcích. Ale zatím se moc neděje (odpověď z listopadu 2018). A co se týče navýšení počtu zaměstnanců, spočítali jsme s kolegou z Freiburgu, že pro 2000 lůžek budeme potřebovat 1,5 úvazku navíc v souvislosti s ověřováním léků.

A na kolik odhadujete další náklady?

To záleží na tom, jestli budete pořizovat jenom softwarové řešení a nějaká skenovací zařízení nebo rovnou expedujícího robota. Takže vstupní náklady by mohly dosáhnout třeba 65 000 €.

Ve své prezentaci jste říkal, že se i lékárníci v Německu potýkají s nedostatkem léčivých přípravků. Opravte mě, jestli se pletu, ale podle toho, co vím, je reimport v Německu standardním nástrojem lékové politiky.

Ano, to je pravda, ale politika reimportu se týká spíše veřejných lékáren při výdeji na lékařský předpis. My se v segmentu nemocničních lékáren potýkáme s trochu jinou formou nedostatku léčiv.

Jestli jsou moje informace správné, Německo je země s vysokou cenou léků, proto za nedostatkem pravděpodobně není reexport, nebo ano?

To je pravda, ale reexport není jediný důvod nedostatku léčiv, u nás je důvodů víc. Prakticky pro každý nedostupný přípravek může být jiný důvod. Jeden z nich je ekonomika. Na jedné straně naše v nemocnicích – už si nemůžeme dovolit držet větší překlenovací zásobu a na straně druhé je to ekonomická politika výrobců. Výrobci koncentrují svou výrobní kapacitu a pro určité trhy pokryjí spotřebu třeba jen na několik málo měsíců. Při neočekávaných problémech pak dochází k výpadkům. Koncentruje se i výroba účinných látek, a některé z nich vyrábí jedna nebo dvě továrny, které dodávají všem výrobcům. Při jakémkoliv problému pak nedostatek zasáhne celý svět. A v neposlední řadě vlivem přísných pravidel cenotvorby a cenových soutěží o dodávky z trhu mizí konkurenční prostředí, takže v některých skupinách máme prakticky monopolní dodavatele.

Takže je největším důvodem ekonomika výrobců?

Ekonomika výroby, vývoj tržního prostředí a samozřejmě také snaha o zachování zisků při klesajících cenách. Ale nechci říct, že je to vina výrobců, je to úkol pro politiky. Aby přijímali taková rozhodnutí, která zajistí dostatek léků pro pacienty. Pro některé léky je celá Evropa závislá na dovozu a bylo by více než prozíravé mít u esenciálních a nejvíce kritických léků zajištěnou výrobu i v některé evropské zemi. A tím nechci říct, že nutně v Německu.

A můžete označit konkrétně, co jsou nejvíce kritické léky? Dokážete určit jeden příklad z poslední doby? Co byla největší výzva? □ □

To je výborná otázka, protože to nutně nemusí být život zachraňující léčivo nebo lék pro úzkou a mediálně citlivou skupinu pacientů. Ano, je to mrzuté a plní to přední stránky novin, ale mnohem horší dopad má, když chybí něco zásadního pro všechny. Takovým případem je výpadek 100 ml a 250 ml balení fyziologického roztoku v poslední době.

Ono to může mít řešení. Můžeme uvažovat o nemocniční lékárně (nebo lékárnách), které jsou schopné s určitou investicí být vybaveny tak, aby mohly v případě potřeby začít produkovat infúze. Dokonce si z počátku vlastní profesní kariéry pamatuji, že jsme v lékárně infuzních roztoků připravovali velké objemy. Ale za ty roky se ukázalo, že je výhodnější a levnější je koupit a ztratili jsme nejenom provozní know-how, to by šlo obnovit relativně snadno, ale i provozní vybavení pro takovou činnost.

Pravděpodobně už je to jinak, ale já si z praxe před čtvrt stoletím pamatuji, že nemocnice ve Finsku musely mít zásobu infuzních roztoků na půl roku.

Ano, i to je řešení. My máme podle zákona povinnost držet zásobu na dva týdny. Ale když je výpadek delší, nepomůže to. Samozřejmě, že lze tu délku prodloužit, ale i to si vyžádá velké investice. Potřebujete za něco nakoupit, mít pro místo na skladování, udržovat v něm teplotní podmínky. Každé řešení něco stojí a rozhodnutí, kolik to bude a jaké změny je nutné přijmout, je na politicích. Ti musí přijmout zodpovědnost.

Můžete pojmenovat nejhorší výpadek, kterému jste v uplynulém roce čelili? Čeho se konkrétně týkal? □ □

Kromě antibiotik to byly zcela základní infuzní roztoky. V Německu totiž zůstali pouze dva dodavatelé Fresenius a Braun, ostatní výrobci trh opustili. A pokud máte pouze dva výrobce tak velkého objemu, není v silách jednoho pokrýt neočekávaný výpadek druhého.

Poslední otázka. I když vím, že jste neměl moc příležitostí se seznámit s českým systémem, je něco, co byste chtěl pochválit?

V Německu rozhodně nežijeme v lékárnickém ráji

Napsal uživatel Martin Šimíček
Úterý, 05 Březen 2019 10:50 -

Určitě postup elektronizace, máte elektronické recepty, elektronické objednávky, faktury, vyúčtování. U nás jsme zatím ještě ve věku papíru.

Děkuji za rozhovor

.

Doktor Steffen Amann vystudoval farmacii na Univerzitě Julia Maxmiliána ve Würzburgu a ve své doktorské práci se věnoval betalaktamovým antibiotikům. Má atestaci z klinické farmacie. V letech 1999 – 2008 působil v představenstvu Německého svazu nemocničních lékárníků (ADKA), v letech 2004 – 2006 jako prezident organizace. Od roku 2010 je jejím čestným členem. V období 2000 - 2010 byl členem Komise pro německý lékopis. V červnu 2017 byl zvolen do předsednictva Evropské asociace nemocničních lékárníků, kde má v gesci mimo jiné problematiku antibiotické rezistence a vakcinace, vzácná onemocnění a elektronizaci zdravotnictví.