proLékaře.cz | 3.5.2024

PŮVODNÍ PRÁCE

Vývoj spoluúčasti pacienta na nákladech na farmakoterapii v letech 2008–2012

Development of financial participation of patients in the costs of pharmacotherapy in the years 2008–2012

Eva Přikrylová • Božena Macešková

Došlo 8. dubna 2013 / Přijato 9. května 2013

Souhrn

Práce se zabývá spoluúčastí pacienta na nákladech na farmakoterapii v závislosti na legislativních úpravách (v rámci sledovaného období 2008–2012). Práce popisuje jednotlivé etapy výběru regulačních poplatků v lékárnách v návaznosti na odpovídající právní předpisy. V praktické části práce jsou vyčísleny měsíční hodnoty výše spoluúčasti všech pacientů, kteří navštěvovali konkrétní lékárnu ve sledovaných obdobích (1. 4. 2009 až 31. 3. 2010 a 1. 1. 2012 až 30. 6. 2012), hodnoty odpovídajících si měsíců obou období jsou porovnány. Vývoj výše spoluúčasti na farmakoterapii byl sledován u deseti konkrétních pacientů v období 1. 1. 2008 až 30. 6. 2012, průběh spoluúčasti dvou pacientů je podrobně analyzován včetně faktorů, které ji ovlivňovaly.
Klíčová slova: spoluúčast • regulační poplatek • cenotvorba • úhrada • doplatek

Summary

This paper deals with the financial participation of patients in the costs of pharmacotherapy in dependence on legislative regulations (in the period of 2008–2012). It describes the individual stages of selection of regulatory fees in pharmacies in connection with the appropriate legal regulations. The practical part lists the monthly values of the extent of financial participation of all patients who frequented a particular pharmacy in the period under study (1 April 2009 – 31 March 2010 and 1 January 2012 – 30 June 2012), the values of mutually corresponding months in both periods being compared. The development of the extent of financial participation in pharmacotherapy was monitored in ten individual patients in the period from 1 January 2008 to 30 June 2012; the course of the financial participation of two patients is analyzed in greater detail including the factors which influenced it.
Keywords: financial participation • regulatory fee • pricing • payment • surcharge

PharmDr. Eva Přikrylová (✉) • Božena Macešková
Farmaceutická fakulta VFU Brno, Ústav aplikované farmacie
Plumlovská 154, 796 04 Prostějov
e-mail: ev.prikrylova@seznam.cz

Úvod

Hlavním cílem lékové politiky, která je integrální součástí zdravotní politiky, je zajistit účinná, bezpečná a kvalitní léčiva pro celou populaci v objektivně potřebném množství za přijatelnou cenu. V průběhu posledních 20 let došlo v lékové politice většiny evropských zemí k různým opatřením a k zavedení mnoha nových regulačních nástrojů s následným hodnocením účinnosti a účelnosti různých metod motivace pacientů, lékařů a zdravotních pojišťoven.

Již v roce 2006 se u nás začalo veřejně diskutovat o vysoké finanční náročnosti poskytované zdravotní péče a stále častěji zazníval názor, že není možné zachovat současný standard zdravotní péče, pokud nedojde k určité změně ve způsobu financování zdravotnictví a pokud se alespoň částečně nezvýší spoluúčast pacienta[1]. K prvním změnám pak došlo k 1. 1. 2008, kdy byly do systému financování českého zdravotnictví legislativně zavedeny regulační poplatky zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů[2], který novelizuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění[3], a to konkrétně v části čtyřicáté.

Dalším přelomovým okamžikem bylo uzákonění tzv. „nadstandardů“ zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (konkrétně jeho novelou č. 298/2011 Sb.[4]), a to v návaznosti na vydání zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování[5]. Předmětem obecné právní úpravy zákona je nová terminologie, stanovení základních podmínek poskytování zdravotních služeb, vymezení postavení státu, poskytova-

proLékaře.cz | 3.5.2024

tele zdravotních služeb a pacienta, ale také jejich vzájemné vztahy při poskytování zdravotních služeb.

Dopad těchto opatření v lékárnách je možno charakterizovat v jednotlivých etapách:

1. První etapa výběru regulačních poplatků (od 1. 1. 2008 do 31. 3. 2009)

Zákon[3)] ukládá pojištěnci (nebo za něj jeho zákonnému zástupci) v §16a odst. 1d povinnost platit regulační poplatek ve výši 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení (tímto nejsou dotčena ustanovení vyhlášky č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů v platném znění[6)] – konkrétně pak §5 ods. 1 a 2). Zároveň však od 1. 1. 2008 nabývá účinnosti Cenové rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 20. prosince 2007[7)], v jehož V. části odst. 5 je stanoveno, že v případě výdeje léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ) na recept a hrazených z prostředků zdravotního pojištění musí být cena (stanovená dle cenového rozhodnutí) dodatečně snížena o částku vypočtenou dle vzorce:

(30)* {0,25* [ARCTG (základ/50 – 2,5) + 1,6]}

2. Druhá etapa výběru regulačních poplatků (od 1. 4. 2009 do 31. 12. 2011)

Nabytím účinnosti zákona č. 59/2009 Sb.[8)], kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění[3)], se formulace povinnosti platit regulační poplatek modifikuje takto: I nadále zůstává povinnost platit regulační poplatek ve výši 30 Kč, ale doplňuje se o následující znění: Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo PZLÚ předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplatků za všechna balení léčivého přípravku nebo PZLÚ jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč.

Kromě toho však vychází nový Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví ČR 2/2009/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely[9)], podle kterého má lékárna povinnost ceny (stanovené dle platných pravidel cenového předpisu) léčivých přípravků a PZLÚ hrazených z veřejného zdravotního pojištění dodatečně snižovat:

a) o částku vypočtenou dle následujícího vzorce:

(30)* {0,25* [ARCTG (základ/50 – 2,5) + 1,6]}

- a to pouze u léčivých přípravků a PZLÚ, které jsou po provedení tohoto odpočtu hrazeny plně z prostředků veřejného zdravotního pojištění,
- a u ostatních léčivých přípravků a PZLÚ v případech, ve kterých regulační poplatek nebyl vybrán.

b) o zaplacený regulační poplatek (30 Kč), a to:

- u léčivých přípravků a PZLÚ v případech, ve kterých i po provedení odpočtu dle písmene a) není léčivý přípravek nebo PZLÚ plně hrazen,
- jestliže byl regulační poplatek vybrán.

V těchto případech se součet doplatků na všechna balení jednoho druhu léčivých přípravků nebo PZLÚ předepsaných na jedné položce receptu snižuje o zaplacený regulační poplatek.

Pokud by však po provedení tohoto odečtu byl výsledný součet doplatků a zaplaceného poplatku nižší než 30 Kč, pak se snižuje součet doplatků pouze o takovou část poplatku, aby výsledný součet doplatků a zaplaceného poplatku za všechna balení na jedné položce receptu činil vždy minimálně 30 Kč[19–11)].

3. Třetí etapa výběru regulačních poplatků (od 1. 1. 2012)

Třetí etapa výběru regulačních poplatků se řídí ustanoveními zákona č. 298/2011 Sb.[4)], který novelizuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění[3)].

Podle novely zákona[4)] (§16a, odst. 1d) má nyní pojištěnec nebo za něj jeho zákonný zástupce povinnost hradit regulační poplatek ve výši 30 Kč nikoliv za položku na receptu, ale za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo PZLÚ, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo PZLÚ a počet předepsaných balení (tímto opět nejsou dotčena ustanovení vyhlášky č. 54/2008 Sb.[6)], viz bod 1). K 1. 1. 2012 se stává účinným i nový Cenový předpis 1/2012/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a navazující Cenové rozhodnutí 1/12-FAR[12)]. Tento Cenový předpis ruší tzv. odpočty z ceny léčivých přípravků a PZLÚ.

Ze všech uvedených skutečností tedy vyplývá, že při zrušení „odpočtů“ je nyní regulační poplatek v lékárně tím, čím měl být od samého začátku (a v ostatních zdravotnických zařízeních tím opravdu byl) – příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo, a to je povinno (od účinnosti zákona č. 59/2009 Sb.[8)]) použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

Se systémem regulačních poplatků, a to nejen těch vybíraných v lékárně, je od samého začátku neodmyslitelně spojen systém limitů regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo PZLÚ ve výši tzv. započitatelných doplatků. Jedná se ochranný limit, který zajistí, že se pacientům vrátí ty finanční prostředky, o které byl při spoluúčasti na zdravotní péči limit za kalendářní rok překročen [2)].

Limit regulačních poplatků, stejně jako regulační poplatky samotné, rovněž zaznamenal vývoj. V období od 1. 1. 2008 do 31. 3. 2009 byl limit stanoven pro všechny pojištěnce stejný, a to 5000 Kč za kalendářní rok[2)]. Změna nastává s účinností zákona č. 59/2009 Sb.[8)], který stanoví rozdílný limit pro děti mladší 18 let (včetně kalendářního roku kdy 18 let dovršily) a pojištěnce starší 65 let (včetně kalendářního roku dovršení) je stanoven ve výši 2500 Kč za kalendářní rok, pro ostatní pojištěnce zůstává ve výši 5000 Kč za kalendářní rok. Přestože se výše ročních limitů od 1. 4. 2009 nezměnila, spoluúčast pacienta v oblasti lékárenství stále roste, neboť pozvolna narůstá počet léčivých přípravků a PZLÚ, kterým není přiznána úhrada z veřejného zdravotního pojištění, a tudíž se pacientovi nezapočítávají do ročního limitu[13)].

proLékaře.cz | 3.5.2024

Na spoluúčast pacienta mají vliv nejen zmiňované regulační poplatky a nadstandardy, ale také doplatky na LP a PZLÚ, jejichž výsledná výše je tvořena rozdílem mezi cenou LP či PZLÚ a jejich úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Ve sledovaném období zůstaly základní mechanismy cenové regulace a stanovení úhrady (až na drobné výjimky) v zásadě shodné a docházelo pouze ke změnám „parametrickým“. Zásadní změnu pak představuje změna výše a konstrukce taxy laborum a také zavedení jádrové úhrady[14–16].

Pokusná část

Data byla shromažďována při běžném provozu v lékárně základního typu. Lékárna se nachází v okresním městě s cca 45 000 obyvatel. Výpočetním systémem, který byl v lékárně používán do května 2012, bylo Pentenium 2010, od června 2012 pak systém Mediox. První část sběru dat zahrnovala období od 1. 4. 2009 do 30. 3. 2010), druhá část od 1. 1. 2012 do 30. 6. 2012, a to v návaznosti na změnu legislativy týkající se výše spoluúčasti pacienta [2–4, 7–9, 11].

Data získaná z databáze v lékárně (celkový soubor receptů) byla tříděna dle následujících kritérií:

- úhrada předepsaných položek (recepty plně hrazené pojištěncem, recepty s úhradou pojišťovny),
- věk pojištěnců (dle kategorií ochranných limitů),
- datum výdeje (měsíční intervaly),
- dle platby pacienta při výdeji:
  - kategorie: 30 Kč, více než 30 Kč (sledované období 2009/2010),
  - kategorie: méně něž 30 Kč , 30 Kč, více než 30 Kč (sledované období 2012).

Dále byla sledována celková peněžní suma hrazená pacientem (kategorie: za recepty plně hrazené pacientem, za recepty s úhradou zdravotní pojišťovny).

Data byla vyhodnocována vždy za kalendářní měsíc, souhrnně za celé sledované období a průměrem ve sledovaném období. Porovnány byly odpovídající měsíce (leden až červen) v obou sledovaných obdobích.

Dále byl na konkrétních příkladech vybraných pacientů demonstrován vývoj výše spoluúčasti na farmakoterapii od počátku roku 2008 do poloviny roku 2012. Vybráno bylo pět pacientů VZP a pět pacientů Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE – nyní již pod označením Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dvě nejčastěji zastoupené zdravotní pojišťovny ve sledované lékárně), kteří uskutečnili minimálně šest návštěv lékárny za rok 2011 (pacienti s chronickým onemocněním).

Ze zpracovávaných dat byla vyloučena skupina pacientů s potvrzením o hmotné nouzi a skupina pacientů s výpisem z receptu.

Výsledky

V období 2009/2010 lékárna v měsících leden až červen přijala celkem 18 570 receptů, zatímco ve sledovaném období leden až červen 2012 to bylo celkově „pouze“ 14 324 receptů. Poměrné zastoupení receptů v obou hodnocených skupinách, tzn. receptů plně hrazených pacientem (18 %) i receptů s úhradou zdravotní pojišťovny (82 %), však zůstalo v obou sledovaných období zachováno (viz tabulka č. 1, řádek 3 a 4). Shodný trend vykazují i průměrné měsíční počty Rp (viz. tab. č. 1, řádek 8–10). Sledováním věkové struktury pojištěnců u receptů s úhradou zdravotní pojišťovny bylo zjištěno, že v období 2012 ubylo receptů přijatých od pojištěnců do 18 let celkově o 3 %, a to ve prospěch receptů přijatých od pojištěnců starších 65 let (viz tab. č. 1, řádek 5 a 6). Procentuální zastoupení receptů s úhradou zdravotní pojišťovny od ostatních pojištěnců zůstává nezměněné (viz tab. č. 1, řádek 7). Při rozdělení receptů s úhradou zdravotní pojišťovny dle finanční spoluúčasti pacienta na jednotlivých položkách docházíme k následujícím závěrům: Ve sledovaném období 2012 přibývá oproti období 2009/2010 „nová“ kategorie – položky, za něž pacient zaplatil méně než 30 Kč (do této chvíle byly sledovány pouze kategorie položek za 30 Kč a kategorie položek za více jak 30 Kč), což je dáno tím, že v předchozím období byl regulační poplatek na základě legislativní úpravy hrazen za každou položku na receptu, zatímco nyní, dle legislativy platné od 1. 1. 2012 se regulační poplatek hradí za celý recept (viz tab. č. 1, řádek 12–14). Pro účely srovnání dat z obou sledovaných období bylo nutno v období 2012 sloučit kategorie položek, za něž pacient zaplatil méně než 30 Kč a položek, za něž zaplatil 30 Kč. Hodnota této uměle vytvořené kategorie činí 5966 položek. Počet položek, za něž pacient zaplatil 30 Kč, je oproti tomu ve sledovaném období 2009/2010 9771. Ve sledovaném období 2009/2010 byl tedy podíl položek, za něž pacient zaplatil 30 Kč, 46 %, a položek, za něž pacient zaplatil více než 30 Kč, 54 %. Oproti tomu ve sledovaném období 2012 uměle vytvořená kategorie položek, za něž pacient zaplatil méně než 30 Kč, a položek, za něž zaplatil 30 Kč, činí 35 % a kategorie položek, za něž pacient zaplatil více jak 30 Kč, činí 65 % (viz tab. č. 1, řádek 12–14). Z uvedeného je patrné, že došlo k výraznému navýšení počtu položek, za něž pacient zaplatil více než 30 Kč, a jeho spoluúčast se tudíž zvýšila. Průměrné měsíční počty položek jsou pak pro úplnost zaneseny v tabulce č. 1, řádcích 15–18. Při porovnání výše spoluúčasti v obou sledovaných obdobích docházíme k závěru, že v období 2009/2010 byla finanční spoluúčast za recepty plně hrazené pacientem 46 % z celkové sumy, kterou pacient za recepty v lékárně zaplatil, a 54 % činila finanční spoluúčast za recepty s úhradou zdravotní pojišťovny. Oproti tomu situace ve sledovaném období 2012 je velmi odlišná, neboť finanční spoluúčast na receptech plně hrazených pacientem je zde 38 % z celkové sumy a 62 % finanční spoluúčast za recepty s úhradou zdravotní pojišťovny (viz tab. č. 1, řádek 20 a 21).

Snížení celkové finanční spoluúčasti pacientů ve sledovaném období 2012 (viz tab. č. 1, řádek 19) je dáno poklesem počtu přijatých receptů, a to na 77 % počtu receptů přijatých v období 2009/2010 (viz tab. č. 1, řádek 2), nikoli snížením finanční zátěže pacientů.

Při porovnání obou sledovaných období však oproti poklesu počtu přijatých receptů rozhodně nedochází k poklesu spoluúčasti pacienta. Zatímco v období 2009/2010 byla výše spoluúčasti pacienta na jeden recept s úhradou ze zdravotního pojištění průměrně 105 Kč, ve sledovaném období 2012 to bylo průměrně již 126 Kč.

proLékaře.cz | 3.5.2024

Tab. 1. Shrnutí výsledků tříděných dat z obou sledovaných období

Sledované období		**2009/2010** (6 měsíců)		**2012** (6 měsíců)	
počty Rp za sledované období	celkový počet	18 570	100 %	14 324	100 %
	plně hrazeny pacientem	3 282	18 %	2 607	18 %
	s úhradou zdravotní pojišťovny	15 288	82 %	11 717	82 %
počty Rp s úhradou zdravotní pojišťovny dle věku pojištěnců průměrné měsíční	pojištěnci do 18 let 1	473	10 %	854	7 %
	pojištěnci starší 65 let	5 655	37 %	4 685	40 %
	ostatní pojištěnci	8 160	53 %	6 178	53 %
	celkový měsíční průměr	3 095	100 %	2 387	100 %
počty Rp	plně hrazeny pacientem	547	18 %	434	18 %
	s úhradou zdravotní pojišťovny	2 548	82 %	1 953	82 %
Rp s úhradou zdravotní pojišťovny dle položek	celkový počet položek	21 451	100 %	17 138	100 %
	pacient zaplatil méně než 30 Kč	0	0 %	2 967	17 %
	pacient zaplatil 30 Kč	9 771	46 %	2 999	18 %
	pacient zaplatil více než 30 Kč	11 680	54 %	11 172	65 %
průměrné měsíční počty položek s úhradou zdravotní pojišťovny	celkový měsíční průměr	3 575	100 %	2 856	100 %
	pacient zaplatil méně než 30 Kč	0	0 %	494	17 %
	pacient zaplatil 30 Kč	1 628	46 %	500	18 %
	pacient zaplatil více než 30 Kč	1 947	54 %	1 862	65 %
výše finanční spoluúčasti pacienta (v Kč)	celková suma	2 975 114,83	100 %	2 375 250,95	100 %
	za Rp plně hrazeny pacientem	1 369 882,35	46 %	899 031,61	38 %
	za Rp s úhradou zdravotní pojišťovny	1 605 232,48	54 %	1 476 219,34	62 %
	průměrné náklady na 1 Rp s úhradou zdravotní pojišťovny (v Kč)	105		126	

Podrobnější přehled o výši peněžní spoluúčasti pacienta v jednotlivých měsících sledovaného období 2009/2010 i 2012 podávají obrázky 1 a 2.

Analýza spoluúčasti konkrétních pacientů na farmakoterapii

U sledovaných deseti pacientů bylo zjištěno, že spoluúčast má spíše rostoucí než klesající tendenci. Jen za rok 2012 došlo k výraznému snížení úhrady např. na léčivé přípravky:

- s obsahem glimepiridu, gliglazidu, glipizidu – např. u Oltar, Diaprel MR, Amaryl, Eglymad, Minidiab atd.[17)],
- s obsahem gabapentinu – např. APO – GAB, Neurontin atd.[17, 18)],
- s obsahem „penicilinu“ – např. V-Penicilin, Duomox, Ospamox atd [17, 19)].

Pokles bez vlivu na kvalitu farmakoterapie byl zaznamenán např. z důvodu vhodně zvolené generické substituce:

- např. Tenaxum – Rilmenidin TEVA 1mg tablety.

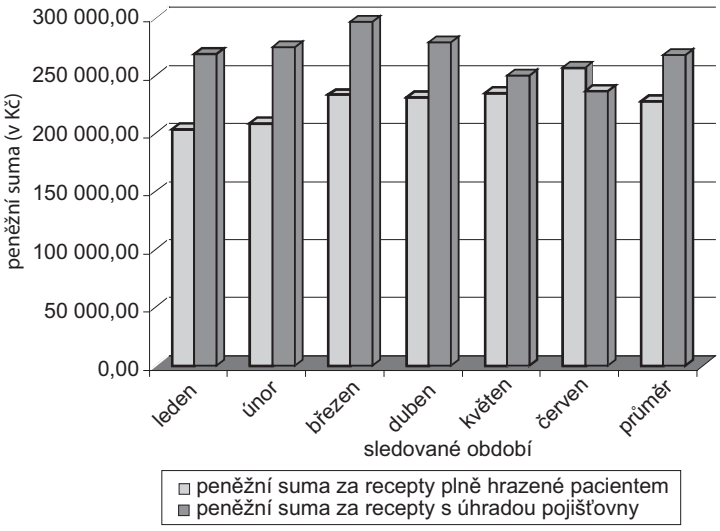
Některé změny ve farmakoterapii z důvodu snížení finanční spoluúčasti pacienta nelze považovat za přínos ve smyslu efektivity:

- záměna registrovaného přípravku (Detralex tbl) za potravní doplněk,
- náhrada registrovaného přípravku s vysokým doplatkem (Detralex tbl) za registrovaný přípravek, jehož účinná látka není totožná (Glyvenol cps) – rozdíl v indikaci.

Pozn.: V současnosti je Glyvenol cps již vyřazen ze seznamu úhrad[20)].

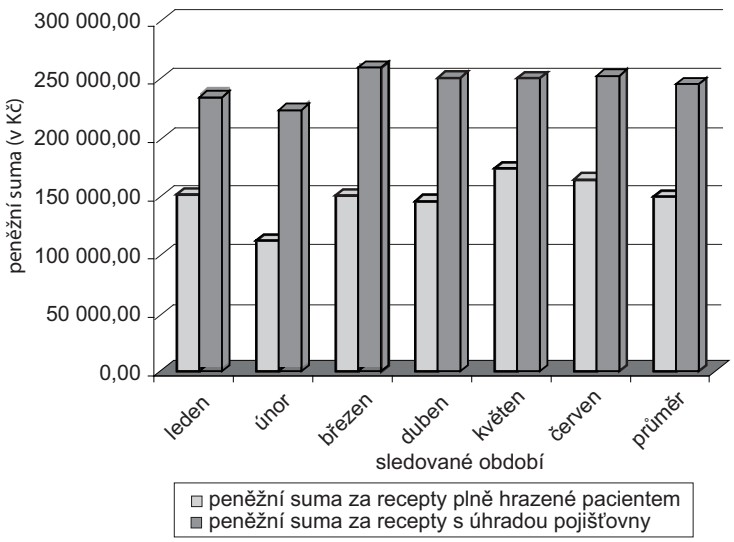
Konkrétní údaje vybraných pacientů

Pacient A (obr. 3) je žena, rok narození 1939, pojištěnec Všeobecné zdravotní pojišťovny. V období 1/2008 a 2/2008 navštěvovala lékárnu pouze občas, má tedy nízkou spoluúčast. Od začátku roku 2009 navštěvuje lékárnu pravidelně, což je patrné z vyzvedávané medikace. Původně poměrně nízká spoluúčast v období 1/2009



Obr. 1. Vyjádření peněžní spoluúčasti pacientů (v Kč) – souhrn za sledované období 2009/2010

proLékaře.cz | 3.5.2024



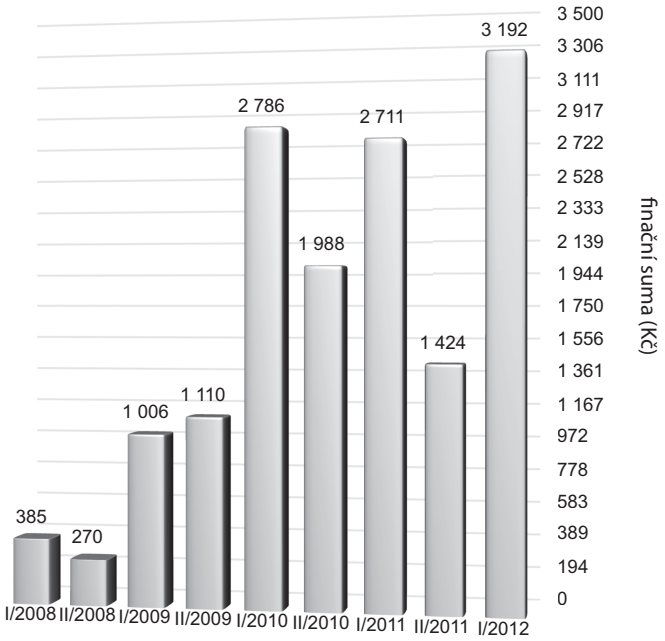
Obr. 2. Vyjádření peněžní spoluúčasti pacientů (v Kč) – souhrn za sledované období 2012

a 2/2009 skokově vzrostla v období 1/2010, kdy byl do terapie zařazen Detralex. Následující období pak vykazuje postupné snižování dávkování Detralexu, tudíž i jeho nižší odběr, a proto i nižší spoluúčast. I přesto je období 1/2011 charakterizováno vysokou spoluúčastí pacientky, protože oproti minulým obdobím došlo k enormnímu nárůstu odběru hypnotik. V období 2/2011 je terapie Detralexem zřejmě ukončena (nebo vyzvednut v jiné lékárně, popř. nahrazena doplňkem stravy) a odběr hypnotik je na úrovni období 2/2010, spoluúčast tudíž klesla. Nejvyšší spoluúčast z celého sledovaného období jsem zaznamenala v období 1/2012, kdy opět dochází k odběru Detralexu a většího množství hypnotik než v předchozím období.

Pacient B (obr. 4) je muž, rok narození 1940, pojištěnec Všeobecné zdravotní pojišťovny. V období 2/2008 je patrný mírný pokles spoluúčasti, způsobený zvýšením úhrady na lék, který pacient užívá, jinak medikace pacienta v období 1/2008 až 1/2009 zůstává shodná. K nárůstu spoluúčasti téměř na dvojnásobek došlo v období 2/2009 v důsledku enormní spotřeby hypnotik a anxiolytik. V období 1/2010 se spotřeba těchto léků snížila, avšak spoluúčast pacienta je ve srovnání s obdobím 1/2009 vyšší z důvodu snížení úhrady léku Insuman comb[21)] (původně bez doplatku), který pacient užívá. Další změna v úhradě tohoto léku (opětovné zvýšení úhrady, tedy lék opět bez doplatku[21)]) vedla ke snížení spoluúčasti v období 2/2010. Další mírné zvýšení spoluúčasti nastalo v období 1/2011, kdy u pacienta vzrůstá spotřeba léku Noax uno, u něhož navíc dochází ke snižování úhrady[21)]. Následná klesající spoluúčast pacienta je způsobena postupným snižováním dávek hypnotik a anxiolytik.

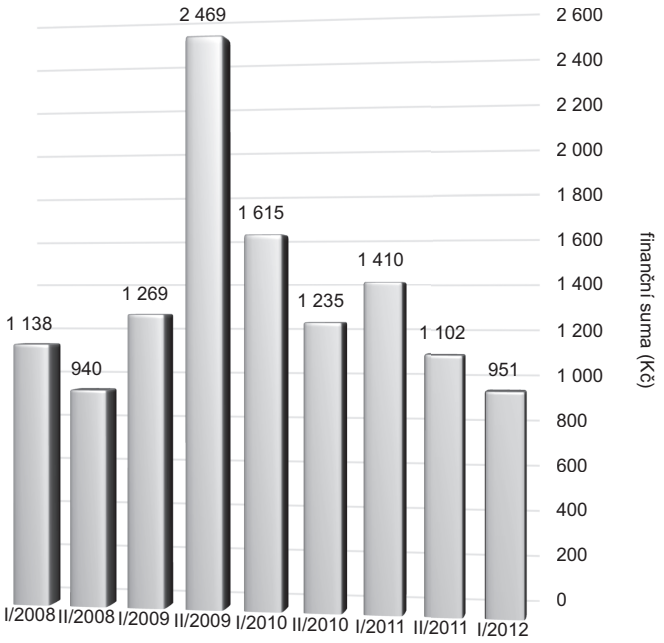
Výdaje domácností na veřejné zdravotnictví rozhodně nejsou zanedbatelnou položkou (14,7 %). I když v minulých letech měly funkci spíše doplňkovou, postupně (zejména od zavedení regulačních poplatků a stále se zvyšujících doplatků na léky) jejich význam vzrůstá[22)]. Celkově se „spoluúčast“ domácností na zdravotní péči se od roku 2008 drží nad hranicí 40 mld. Kč. Největší část výdajů domácností na zdravotní péči tvoří výdaje na léky a zdravotnické prostředky – 62 % (pro rok 2010 je to 26 003 mil. Kč). Přitom léky tvoří z této skupiny 78 % (pro rok 2010 je to 20 341 mil. Kč)[22)]. Rovněž výdaje za volně prodejné léky mají od sledovaného roku 2000 stále vzrůstající charakter[22)]. Na druhou stranu vracení velkého množství léků do lékárny k následné likvidaci rozhodně není novým problémem. Na vrácená jak načatá, tak nenačatá balení léčivých přípravků byly vynaloženy nemalé finanční prostředky jak ze strany pacientů, tak z veřejného zdravotního pojištění a znepokojující je rovněž fakt, že nenačatá balení tvořila téměř třetinu všech vrácených přípravků[23, 24)].

Z porovnání 34 zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (2011) vyplynulo, že Češi mají společně s Dány nejnižší podíl spoluúčasti pacientů na úhradě nákladů na zdravotní péči (16,6 % vs. 15,5 %). Do soukromých výdajů byly pro tento účel započítány regulační poplatky u lékaře, doplatky za léčiva na recept a nákup volně prodejných léčiv, dále pak soukromé zdravotní pojištění[25)]. Na Slovensku podle přepočtů Asociace dodavatelů léčiv v roce 2011 pacienti v lékárnách reálně zaplatili 175,75 mil. eur, což představuje o 21 mil. eur více než v roce 2008[26)]. Tento trend kopíruje i situace v České republice, kdy od roku 2008 celkové tržby lékáren za léčiva stoupají, ale tržby za léčiva od zdravotních pojišťoven se zvýšily pouze v porovnání let 2008/2009[27)].



Obr. 3. Vývoj spoluúčasti pacienta A na nákladech na farmakoterapii

proLékaře.cz | 3.5.2024



Obr. 4. Vývoj spoluúčasti pacienta B na nákladech na farmakoterapii

Závěr

Regulace nákladů na léčiva je významným prvkem lékové politiky. Úspor může být dosaženo různými mechanismy. Jedním z nich je zvyšování finanční spoluúčasti pacienta na nákladech na farmakoterapii, které má stanovené limity a rozhodně ji nelze zvyšovat do nekonečna. Další rezervy je možné hledat v systému stanovování úhrad, v legislativním usměrňování preskripce lékařů i ve zvyšování zdravotního uvědomění pacientů.

Střet zájmů: žádný.

Literatura

1. Koaliční smlouva mezi ODS, KDU-ČSL a SZ (prosinec 2006) http://cs.wikisource.org/wiki/Koali%C4%8Dn%C3%AD_smlouva_mezi_ODS,_KDU-%C4%8CSL_a_SZ_(prosinec_2006)#4._Reforma_zdravotnictví.C3.AD (12. 2. 2012).
2. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, v platném znění.
3. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
4. Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, v platném znění.
5. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
6. Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, v platném znění.
7. Cenové rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ze dne 20. prosince 2007, http://www.sukl.cz/sukl/vestnik-sukl-2008 (22. 10. 2010).
8. Zákon č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění někte rých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
9. Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 2/2009/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.
10. **Mátl M., Hojný M.** Cenová a úhradová regulace od roku 2008 pohledem lékárníka, http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Sdeleni/Komora/6—cesko-slovenska-fakrmakoekonomicka-konference.aspx (20. 1. 2010)
11. Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 2/2009 FAR, o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví 4/2009 FAR a cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví 1/2010 FAR, http://www. lekarnici.cz/Pro-cleny/Kauzy/cenovy-predpis/Uplne-zneni-cenoveho-predpisu-a-strucne-doporuceni.aspx (22.10. 2010).
12. Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2012 FAR, o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Sdeleni/Ministerstvo-zdravotnictvi/Cenovy-predpis-1-2012-FAR-Ministerstva-zdravotnict.aspx (26. 1. 2012).
13. Vyhláška č. 378/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě, v platném znění.
14. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Cenová regulace léčiv, http://www.mzcr.cz/dokumenty/cenova-regulace-leciv_5886_1.html (4. 2. 2012).
15. Česká lékárnická komora: Novela taxy laborum od 1. 1. 2012, http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Sdeleni/Ministerstvo-zdravotnictvi/Cenovy-predpis-1-2012-FAR-Ministerstva-zdravotnict.aspx (26. 1. 2012).
16, **Mátl M., Maršík J.** Aktuální legislativa pro lékárníky. http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Sdeleni/Komora/Cyklus-seminaru-Aktualni-legislativa-pro-lekarniky.aspx (2. 2. 2012).
17. Státní ústav pro kontrolu léčiv: Seznam cen a úhrad LP/PZLÚ, http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni (12. 2. 2012).
18. Česká lékárnická komora: Změny úhrad a maximálních cen k 1. 3. 2012, http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Sdeleni/SUKL,-zmeny-cen-a-uhrad/Zmeny-uhrad-a-maximalnich-cen-k-1—3—2012.aspx (24. 2. 2012).
19. Česká lékárnická komora: Změny úhrad k 1. 9. 2012, http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Sdeleni/SUKL,-zmeny-cen-a-uhrad/Zmeny-uhrad-k-1—9—2012.aspx (29. 8. 2012).
20. Státní ústav pro kontrolu léčiv: Seznam cen a úhrad LP/PZLÚ k 1.2.2013, http://www.sukl.cz/sukl/seznam-cen-a-uhrad-lp-pzlu-k-1-2-2013 (12. 2. 2013).
21. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky: Číselníky 650–866 platné v období od 1. 1. 2008 do 30. 6. 2012.
22. Český statistický úřad: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000–2010, http://www.czso.cz/csu/produkty.nsf/ podskupina?openform&:2012-E_1.11 (16. 10. 2012).
23. **Kolář J., Chybová L., Holečko D.** Nevyužívané léky vrácené do lékáren I. Čes. slov. Farm. 2001; 50, 181–187.
24. **Kolář J., Chybová L., Holečko D.** Nevyužívané léky vrácené do lékáren II. Čes. slov. Farm. 2001; 50, 243–248.
25. Srovnání OECD: Češi platí za zdravotnictví málo. Lépe jsou na tom jen Dánové. http://www.medop.cz/medop/zdravotni-politika/srovnani-oecd-cesi-plati-za-zdravotnictvi-malo-lepe-jsou-na-tom-jen-danove (8. 7. 2013).
26. http://www.24hod.sk/od-augusta-porastu-doplatky-u-viac-ako-1-200-liekov-cl202421.html (8. 7..2013).
27. Výroční zpráva České lékárnické komory 2011, http://www.lekarnici.cz/getattachment/807ae792-bd50-4262-b245-08ac76f1187c/Vyrocni_zprava_2012.pdf.aspx (8. 7. 2013).