Farmacie 3-011 20.6.2011 10:06 Str. 105
proLékaře.cz | 1.7.2025

Dopad zdravotnické reformy v oblasti léčiv II. Analýza z pohledu finanční spoluúčasti pacienta na farmakoterapii

BOŽENA MACEŠKOVÁ, MIROSLAV KOŠKA
Veterinární a farmaceutická univerzita Brno, Farmaceutická fakulta, Ústav aplikované farmacie

Došlo 7. února 2011 / Přijato 11. dubna 2011

SOUHRN

Dopad zdravotnické reformy v oblasti léčiv
II. Analýza z pohledu finanční spoluúčasti pacienta na farmakoterapii
Zdravotnická reforma od 1. ledna 2008 stanovuje povinnost platit regulační poplatek za výdej položky předepsané na receptu, která je alespoň částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění; dále stanovuje ochranný roční limit pro výši finanční spoluúčasti pacienta na poskytnuté zdravotní péči. Cílem studie je zjistit, jaký dopad měla tato opatření. Byla vyhodnocena kompletní medikace 100 pacientů za rok 2008. Na receptech bylo pacientům předepsáno 2062 položek, z toho bylo 841 položek (41 %) plně hrazených. Podíl položek s nenulovým započitatelným doplatkem činil kolem 20 %. Pacienti zaplatili v roce 2008 za doplatky na léčivé přípravky 180 703 Kč (včetně regulačních poplatků); zdravotní pojišťovny zaplatily 2,7krát více, než kolik za svou léčbu vynaložili pacienti. Osm pacientů v ročním úhrnu za své léčivé přípravky zaplatilo víc, než kolik na ně vynaložily zdravotní pojišťovny. Dvanáct pacientů nemělo během roku 2008 předepsaný ani jeden léčivý přípravek se započitatelným doplatkem. V součtu uhrazených regulačních poplatků a započitatelných doplatků nepřekročil limit 5000 Kč nikdo. V součtu regulačních poplatků s teoreticky započitatelnými doplatky (stanovenými platným číselníkem) by překročil limit 5000 Kč pouze jeden pacient.
Klíčová slova: spoluúčast pacienta – úhrada léčivých přípravků – regulační poplatek – započitatelný doplatek – ochranný roční limit

Čes. slov. Farm., 2011; 60, 105–109

SUMMARY

Effects of health-service reform in the field of medicinal drugs
II. Analysis from the standpoint of financial participation of the patient in pharmacotherapy
Since 1 January 2008, the health service reform established the duty to pay a regulatory fee for the dispensation of one item on the prescription which is at least partially covered by the public health insurance and it also established a protective annual limit of the sum of a patient's financial participation in the provided health care. The study aimed to determine the effects of these measures. The complete medication of 100 patients for the year 2008 was examined. The patients' prescriptions included 2 062 items, out of which 841 items (41 %) were fully covered. The share of the items with non-zero supplementary charge was about 20 %. In the year 2008 the patients paid for medicinal drugs 180,703 CZK as supplementary charges (including the regulatory fees); the health insurance companies paid 2.7 times more than the sum paid by the patients for their treatment. Eight patients in the annual summary paid for their medicinal drugs more than the sum covered by health insurance companies. In the year 2008 no medicinal drug with a supplementary charge was prescribed for 12 patients. No patient exceeded the limit sum of 5,000 CZK as the sum total of paid regulatory fees and supplementary charges. Only one patient would exceed the limit of 5,000 CZK of the sum total of regulatory fee with the theoretically included supplementary charges (according to the valid code list).
Key words: participation of the patient – payment for medicinal drugs – regulatory fee – supplementary charge – protective annual limit

Čes. slov. Farm., 2011; 60, 105–109 *Má*

Adresa pro korespondenci:
RNDr. Božena Macešková, CSc.
Farmaceutická fakulta VFU, Ústav aplikované farmacie
Palackého 1–3, 612 42 Brno
e-mail: maceskovab@vfu.cz

Farmacie 3-011 20.6.2011 10:06 Str. 106
proLékaře.cz | 1.7.2025

Úvod

Parlament České republiky schválil 19. září 2007 na svém zasedání zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů [1)], kterým byl s účinností od 1. ledna 2008 v případě zdravotnictví novelizován zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění [2)], a který v dosavadním zákoně udělal změny a zavedl novinky týkající se v oblasti lékárenství:

- regulačních poplatků za položku na receptu,
- ochranného ročního limitu na regulační poplatky a započitatelné doplatky.

Nově zavedená legislativa (vyhláška 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů [3)]) umožnila lékařům předepisovat léčivé přípravky na recept pro opakovaný výdej na účet zdravotních pojišťoven. Důvodem jeho zavedení bylo usnadnění cesty pacientů k léčbě na delší dobu než 3 měsíce, protože zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, který zavedl regulační poplatky, počítal ve svém znění s tím, že pacientovi budou vydávány léčivé přípravky v množství obvykle tří balení, nebo tak, aby počet balení vystačil na 3 měsíce. S počtem balení vystačujícím právě nejvýše na 3 měsíce totiž bylo počítáno při stanovování výše regulačních poplatků a v návaznosti na ně pak hlavně při vytváření složitého vzorce pro odpočet z konečné ceny léčivého přípravku v lékárně [4)].

Zákon [2)] určuje, že pacient má finanční spoluúčast na jemu poskytované zdravotní péči, a to do určité částky. Stanovený roční ochranný limit měl (v roce 2008) jednotnou výši pro všechny pojištěnce (5000 Kč), od účinnosti novely zákona o veřejném zdravotním pojištění ze dne 1. dubna 2009 [5)] je limit snížen na 2500 Kč pro děti do 18 let věku a seniory nad 65 let věku, pro ostatní pojištěnce zůstává v původní výši 5000 Kč.

Za poskytovanou lékárenskou péči se pacientovi do limitu započítávají:

- regulační poplatky za položku na receptu ve výši 30 Kč, pokud je léčivý přípravek plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění,
- doplatky na léčivé přípravky ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné účinné látky a stejné cesty podání („započitatelný doplatek“) [2)].

V případě doplatků na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění je tedy stanoveno, v jaké výši, pokud vůbec, bude nějaká část skutečně zaplaceného doplatku na léčivý přípravek, případně celý doplatek, do pacientova limitu započítána. V číselníku [6)] mají léčivé přípravky s nezapočitatelným doplatkem ve sloupci NEZAP vyznačen číselným či písmenným kódem důvod, z jakého se pacientovi do ochranného ročního limitu doplatek nezapočítává.

Zavedení regulačních poplatků mělo za cíl zastavit trend nadužívání zdravotní péče v České republice. Například ve vyspělých státech Evropy chodí lidé k lékaři v průměru 5–6krát za rok. Na jednoho obyvatele České republiky však připadlo před zavedením regulačních poplatků těchto návštěv dvakrát více, tedy průměrně 13 [7)]. Neméně znepokojující situace byla u léčivých přípravků. Ročně se v České republice předepsalo 96,6 milionu receptů a poukazů. Za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se utratilo v roce 2007 více než 67 miliard korun, z toho 37 miliard Kč bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění [8)]. Velká část léčivých přípravků byla sice předepsána, pacienti si je vyzvedli, zdravotní pojišťovny zaplatily, ale nakonec nebyly použity. Hodnota nepoužitých či prošlých léčivých přípravků vrácených pacienty do lékáren během jednoho roku byla vyčíslena na 2 miliardy korun za celou Českou republiku [9)]. Skutečná celková hodnota nepoužitých léčivých přípravků je však vyšší, neboť ne všechna nepoužitá léčiva jsou vrácena do lékárny.

Jediným středoevropským státem, ve kterém nejsou zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví, je Polsko, ale to jen za tu cenu, že polští pacienti mají vysokou spoluúčast na výdajích na zdravotnictví, a to 28,1 % (u nás zhruba 11 %), a kromě toho jsou v Polsku běžné přímé neoficiální platby. Výše regulačních poplatků je v České republice nastavena velmi citlivě. Existuje sice málo výjimek, ale zato je definováno 300 skupin, kde je alespoň jeden léčivý přípravek z veřejného zdravotního pojištění hrazen plně. Navíc má Česká republika jeden z nejvyšších podílů veřejných výdajů na financování zdravotnictví na světě [10)].

Zdravotnická zařízení a zařízení lékárenské péče mají povinnost sdělovat informace o regulačních poplatcích zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Informace o vybraných regulačních poplatcích pro zdravotní pojišťovny musí obsahovat:

a) číslo pacienta,
b) výši regulačního poplatku,
c) datum, ke kterému se regulační poplatek váže,
d) v případě, že se jedná o zařízení lékárenské péče, též název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se pacientovi započítává do limitu [11)].

Zdravotní pojišťovna pacienta upozorní, že překročil ochranný roční limit a že jí tudíž vzniká povinnost mu v zákonem dané lhůtě vrátit částku, o kterou svůj limit překročil. Proto zákon dává pacientům právo vyžádat si při každé platbě doklad o zaplacených regulačních poplatcích a doplatcích [10)].

Ministerstvo zdravotnictví odhadovalo, že ochranný roční limit překročí v průběhu roku 2008 až 150 000 pacientů. Přestože očekávaných výsledků dosaženo nebylo, podle Ministerstva zdravotnictví ČR limit funguje a ochránil ty, které měl. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) evidovala k 28. prosinci 2008 7445 pacientů, kteří překročili ochranný pětitisícový limit. Vzhledem k tomu, že VZP kontroluje zhruba 60 % trhu, dá se usoudit, že ochranného limitu v roce 2008 dosáhlo celkem kolem 13 000 pacientů [12)].

První rok fungování reformy zdravotnictví přinesl jasné změny v oblasti spotřeby léčivých přípravků. Distributoři léčiv podle údajů SÚKL v roce 2008 dodali do lékáren, zdravotnických zařízení a prodejcům vyhraze-

Farmacie 3-011 20.6.2011 10:06 Str. 107
proLékaře.cz | 1.7.2025

Tab. 1. Důsledky reformy zdravotnictví [15)]

	1. čtvrtletí 2008	1. pololetí 2008	Celý rok 2008
počet receptů	-36,93 %	-28,98 %	-27,95 %
počet položek předepsaných na recept	-39,76 %	-31,73 %	-30,67 %
počet balení vydaných na Rp	-33,67 %	-24,49 %	-21,09 %
celková úhrada vydaných léčiv	-9,91 %	-4,72 %	-3,48 %

ných léčiv celkem 317,7 milionu balení léčivých přípravků, což je ve srovnání s předešlým rokem o 7,42 % méně. Celková hodnota distribuovaných léčiv však byla oproti roku 2007 vyšší – téměř 73 miliard Kč [13)]. Podle výsledků IMS Health se v roce 2008 v České republice prodalo o 9 % balení léčivých přípravků méně. Tržby se ale ve srovnání s předchozím rokem zvedly o 4 % [14)].

Výdaje na léčivé přípravky na banální nemoci poklesly o 19 % (1,67 mld. Kč), výdaje na onkologii naopak vzrostly o 1,3 mld. Kč [15)].

Od 1. ledna 2008 byl SÚKL pověřen výkonem procesu řízení o stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady léčivých přípravků. Jednou z priorit Státního ústavu pro kontrolu léčiv je revize systému úhrad léčiv ze zdravotního pojištění, probíhající od začátku roku 2008 s cílem dosáhnout úspory financí ve zdravotním pojištění vytvořením nového komplexního a transparentního systému [16)]. Během roku 2008 došlo k vyřazení 110 přípravků ze systému úhrady ze zdravotního pojištění (bez homeopatik) [17)].

Cílem této studie je zjistit, jaký dopad a finanční zátěž pro pacienty přineslo zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví České republiky a do jaké míry plní svoji funkci stanovený ochranný roční limit.

Sledování

Sledování bylo provedeno na souboru 100 pacientů, místem sběru informací byla lékárna základního typu v městě s více než 300 000 obyvateli, lokalizovaná na frekventovaném místě. Základní podmínkou zařazení pacienta do sledovaného souboru byla návštěva minimálně 5krát během roku 2008. Do výzkumu a sledování finančních nákladů byly zařazeny pouze léčivé přípravky a potraviny pro lékařské účely předepsané na receptech. Pod pojmem „započitatelný doplatek (ZD)“ se rozumí skutečně započtená hodnota vztažená k podmínkám konkrétního výdeje. Pojmem „teoreticky započitatelný doplatek (TZD)“ se rozumí hodnota stanovená v platném číselníku. Byly vyhodnoceny změny ve výši započitatelných doplatků a teoreticky započitatelných doplatků v průběhu roku 2008, a to tím, že jejich hodnoty pro souhrn všech výdejů na pacienta byly spočítány podle hodnot uvedených v číselníku platném v 1. čtvrtletí 2008 (Q1/2008) a následně podle hodnot uvedených v číselníku platném ve 4. čtvrtletí 2008 (Q4/2008). Ke zpracování dat byl použit program Microsoft Excel.

VÝSLEDKY

Do sledování bylo zahrnuto 44 žen (průměrný věk 62 let; rozmezí 30–86) a 56 mužů (průměrný věk 61 let, rozmezí 32–84). Patnáct pacientů (15 % případů) dostávalo z lékárny slevu na léčivé přípravky. Jednalo se o rodinné příslušníky či s lékárnou sousedící lékaře a zdravotní sestry. Tento fakt se na konečných výsledcích sice jistou měrou projevil, nicméně nikterak výrazně.

Tab. 2. Přehled návštěv, položek, balení, vybraných regulačních poplatků, doplatků, započitatelných doplatků a úhrad pojišťoven za rok 2008 ve sledovaném souboru

	Součet všech pacientů	Průměr na jednoho pacienta	Min. na jednoho pacienta	Max. na jednoho pacienta	Průměr na jednu návštěvu a jednoho pacienta
počet návštěv za rok	891,0	8,91	5	27	–
počet položek za rok	2 062,0	20,62	7	54	2,31
počet balení za rok	3 687,0	36,87	12	100	4,14
regulační poplatky (RP)	55 440,0	554,40	150	1 620	62,22
doplatky za rok bez RP	125 263,0	1 252,63	3	6 555	140,59
doplatky za rok s RP	180 703,0	1 807,03	356	7 155	202,81
ZD Q1/2008	35 003,7	350,04	0	3 734,97	39,29
ZD Q4/2008	34 959,4	349,59	0	3 734,97	39,24
TZD Q1/2008	81 643,9	816,44	0	8 500,59	91,63
TZD Q4/2008	76 454,1	764,54	0	8 492,25	85,81
úhrada ZP celkem	481 773,3	4 817,73	354,82	17 949,03	540,71

Farmacie 3-011 20.6.2011 10:06 Str. 108
proLékaře.cz | 1.7.2025

Tab. 3. Počet případů (pacientů), kdy došlo k překročení ochranného limitu v roce 2008

	ZD Q1	ZD Q4	TZD Q1	TZD Q4
překročení limitu 5000 Kč	–	–	1	1
	RP+ZD Q1	**RP+ZD Q4**	**RP+TZD Q1**	**RP+TZD Q4**
překročení limitu 5000 Kč	–	–	1	1

Tab. 4. Přehled předepsaných položek z hlediska doplatku, započitatelného doplatku a úhrady v roce 2008

	Součet	Průměr na jednoho pacienta	Min. na jednoho pacienta	Max. na jednoho pacienta
počet položek s nulovým doplatkem	841	8,41	0	29
počet položek se ZD Q1	397	3,97	0	18
počet položek se ZD Q4	414	4,14	0	18
počet položek s TZD Q1	476	4,76	0	18
počet položek s TZD Q4	490	4,90	0	18
počet nehrazených položek	158	1,58	0	11
počet položek „hradí nemocný“	56	0,56	0	5

Z tabulky 2 vyplývá, že průměrný doplatek na 1 balení je 33,97 Kč, průměrná úhrada zdravotní pojišťovny za 1 balení je 130,67 Kč.

V osmi případech zaplatil pacient za doplatky na léčiva (včetně regulačních poplatků) za rok více než činila úhrada zdravotní pojišťovny za tato léčiva.

Celkový počet položek předepsaných na receptech sledovaným pacientům dosáhl hodnoty 2062 (tab. 2). Z toho bylo dohromady 841 položek plně hrazených, tedy položek s nulovým doplatkem, což je necelých 41 %. Průměrně vychází přibližně osmi plně hrazených položek na jednoho pacienta na rok, nejvyšší počet ve sledovaném souboru činil 29 plně hrazených položek na pacienta za rok. Počet položek s nenulovým započitatelným doplatkem v 1. čtvrtletí 2008 byl 397 (19,3 %), ve 4. čtvrtletí 414 (20,1 %). U teoreticky započitatelných doplatků byl počet položek v 1. čtvrtletí 476 (23,1 %) a ve 4. čtvrtletí 490 (23,8 %). U nehrazených položek stojí za povšimnutí jejich maximální počet na jednoho pacienta za rok – jeden z pacientů měl v roce 2008 předepsáno dohromady 11 položek s nulovou úhradou z veřejného zdravotního pojištění.

Sledovaní pacienti zaplatili za rok 2008 za doplatky na své léčivé přípravky bez regulačních poplatků 125 263 Kč, s regulačními poplatky je poté celková částka 180 703 Kč (tab. 2). Průměrně tedy vychází na každého pacienta na rok celková částka 1807 Kč. Rozdíl mezi minimální a maximální částkou placenou pacientem za rok je více než 20násobný. Zdravotní pojišťovny zaplatily dohromady v roce 2008 za léčivé přípravky vyzvednuté sledovanými pacienty cca 2,7krát více, než kolik za svou léčbu vynaložili pacienti.

Ze součtů ZD a TZD je na první pohled patrný rozdíl mezi teorií a praxí – součet všech započitatelných doplatků, které se všem sledovaným pacientům započítaly do jejich ochranných ročních limitů, je cca 35 000 Kč. Oproti tomu je součet všech teoreticky započitatelných doplatků v průměru zhruba 79 000 Kč. Pacientům se do ochranných limitů započítává cca 19 % z toho, co zaplatili (39,3/202,81). Ovšem v teoretické rovině, při platnosti doplatků dle platných číselníků by se pacientům započítávalo do limitů až téměř 44 % z jejich finanční spoluúčasti na léčivé přípravky. Dvanáct pacientů ze 100 sledovaných nemělo během roku 2008 předepsaný ani jeden léčivý přípravek se započitatelným, resp. teoreticky započitatelným doplatkem. Jak je patrné z tabulky 3, nikdo ze sledovaných pacientů nepřesáhl svými započitatelnými doplatky hranici 5000 Kč. U teoreticky započitatelných doplatků byla situace lepší, jeden pacient přesáhl limit 5000 Kč. Tyto hodnoty se výrazně nezvýší ani po přičtení všech regulačních poplatků za položky na receptu uhrazených pacienty, které se do limitů též počítají. V případě součtů uhrazených regulačních poplatků a započitatelných doplatků limit 5000 Kč nepřekročil opět nikdo. U součtů regulačních poplatků s teoreticky započitatelnými doplatky byl limit 5000 Kč překonán pouze jedenkrát. Je třeba vzít v úvahu, že do ochranného ročního limitu jsou započítávány i regulační poplatky zaplacené za poskytování zdravotní péče v ostatních zdravotnických zařízeních, což modifikuje získané výsledky. Problém není jen ve výši nastavených limitů, ale i v tom, že na farmaceutickém trhu je přespříliš generických přípravků s naprosto odlišnými cenami a doplatky a v rámci konkurenčního boje dochází navíc k dalšímu zlevňování.

ZÁVĚR

Z výsledků vyplývá, že zavedení regulačních poplatků pacienty finančně výrazně nezatížilo, protože spolu-

Farmacie 3-011 20.6.2011 10:06 Str. 109
proLékaře.cz | 1.7.2025

účast 99 % pacientů ve sledovaném souboru byla nižší než hodnota ročního ochranného limitu. Jedním z důvodů je probíhající revize systému úhrad léčiv z veřejného zdravotního pojištění, což má za následek měnící se doplatky na léčivé přípravky. Oblastí, které by měla být věnována zvýšená pozornost, je roční ochranný limit, neboť jen velice nízké procento sledovaných pacientů přesáhlo v prvním roce jeho fungování jeho hranici. Důvodem je především skutečnost, že nějaký započitatelný doplatek měla v námi sledovaném souboru vydaných léčiv přibližně pouhá pětina z předepisovaných léčivých přípravků. Řešením může být zvýšení počtu léčivých přípravků, jejichž doplatek se bude započítávat do limitu a zvýšení hodnoty těchto započitatelných doplatků.

LITERATURA

1. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ze dne 19. 9. 2007.
2. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění ze dne 16. 10. 2007.
3. Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, v platném znění.
4. Cenové rozhodnutí ministerstva zdravotnictví ze dne 20. 12. 2007.
5. Zákon č. 59/2009 Sb. ze dne 11. 2. 2009, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
6. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky: Číselník v. 610–680, platnost od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2008.
7. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008. Informační brožura, 2008.
8. **-- :** Ekonomické údaje ve zdravotnictví. http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2007, 24. 1. 2010.
9. **Kolář, J., Chybová, L., Holečko, D.:** Nevyužívané léky vrácené do lékáren. Čes. slov. Farm., 2001; 40, 243–248.
10. **-- :** Regulační poplatky ve zdravotnictví. http://www.lekarna4you.cz/clanek/1-7/Regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi.aspx, 27. 10. 2008.
11. Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, 2008.
12. **-- :** Pětitisícový limit ochránil před poplatky jen zlomek pacientů; http://zpravy.idnes.cz/petitisicovy-limit-ochranil-pred-poplatky-jen-zlomek-pacientu-pvb-/domaci.asp?c=A090107_163721_ domaci_ban, 17. 2. 2009.
13. http://www.sukl.cz/4-ctvrtleti-a-za-cely-rok-2008, 24. 1. 2010.
14. http://www.stockmarket.cz/zpravy/zprava-6107, 24. 1. 2010.
15. **-- :** Pozitivní dopady zavedení regulačních poplatků; http://www.ods.cz/docs/dalsi/pozitivni_dopady_regulacnich_poplatku.pdf
16. **-- :** http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/zdravotnicke-noviny-plus/ceny-leciv-i-vyse-uhrad-razantne-klesaji, 1. 3. 2011.
17. **-- :** : www.sukl.cz/uploads/Prehledy_a_databaze/Seznam_LP_ nehrazenych_ze_ZP, 1. 3. 2011.