

# Poplatky za předepisovaná léčiva

**PharmDr. Josef Suchopár,  
MUDr. Michal Prokeš  
Infopharm, a. s.**

*Politické reprezentace v naší zemi rozdělují celá řada témat. Pro poplatky ve zdravotnictví je příznačné, že názorově rozdělují i politické strany ve vládní koalici. Česká republika však není v evropském kontextu žádnou výjimkou.*

Vděčné téma poplatků ve zdravotnictví zaměstnává politiky např. ve Velké Británii již od roku 1949, i když prakticky byly poplatky za preskripci (prescription charges) zavedeny až od 1. června 1952. Velká Británie poplatky následně zrušila 1. února 1965, ale od 10. června 1968 je opět zavedla. Od té doby jsou v platnosti a pravidelně se zvyšují. Jestliže např. v roce 1979 činily 20 pencí, pak v roce 2007 již dosáhly 6,85 £ a od 1. dubna letošního roku vzrostou (pouze v Anglii, nikoli v jiných částech Velké Británie, kde naopak poklesnou) na 7,10 £. Za posledních 28 let tak ve Velké Británii vzrostly doplatky o více než 3 000 %. V této souvislosti je však třeba uvést dvě velmi významné skutečnosti.

Na samém počátku byl systém poplatků nastaven tak, aby byly od poplatků osvobozeny určité vymezené okruhy osob (např. děti a senioři). Zdá se však, že tím byl nastartován politický problém do budoucna, jak to alespoň historie potvrzuje. Postupně se totiž začal okruh výjimek rozšiřovat, takže v polovině 90. let dosáhl téměř 90 % (!) obyvatel Velké Británie. Platí tedy, že v současné době ve Velké Británii činí poplatek za preskripci 6,85 £, ale hradí jej pouze přibližně 10 % občanů. Postupně byl věk dětí rozšířen na děti a mladistvé do 16 let, a věk seniorů naopak snížen na 60 let. K nim pak byly přičleňovány další okruhy osob, které byly poplatků zproštěny – nejprve těhotné ženy (a ženy s dětmi mladšími jednoho roku), osoby mladší 19 let připravující se na další zaměstnání, všechny osoby mladší 25 let (avšak pouze ve Walesu), osoby s různými chronickými onemocněními (např. s diabetem, epilepsií, myastenii, a další), ženy užívající perorální kontraceptiva, sociálně slabí občané (s příjmem nižším než přibližně 15 000 £ ročně) a některé další skupiny obyvatel.

Vzhledem k výše uvedenému téměř 90% zastoupení výjimek je zřejmé, že silící hlasy pro zrušení preskripčních poplatků jsou ve Velké Británii vcelku na místě. Má skutečně jen malý smysl vyžadovat poplatky od přibližně 10% populace z důvodu velmi široce nastaveného systému výjimek. Navíc byla v průběhu let zavedena možnost získání Prescription Prepayment Certificate (PPC) s platností na 4 nebo 12 měsíců, která umožňuje poplatek „předplatit“ a tím poměrně významně ušetřit.

Z dosavadních dostupných informací se zdá být dosti pravděpodobné, že poplatky za preskripci budou v období po roce 2009 zrušeny. Zda to bude vítězství, nebo prohra, ukáže teprve čas. Minimálně však bude nutné nějakým způsobem „nahradit výpadek“ ve výši 425 milionů £ (očekávané výnosy z poplatků a PPC v období 2007–2008).

Velmi dlouhá doba, po kterou byly ve Velké Británii zavedeny preskripční poplatky, byla nejen obdobím vášnivých politických diskusí a expresivních vyjádření stínových ministrů zdravotnictví bez ohledu na politickou příslušnost, ale též obdobím, v němž byla pozornost věnována zkoumání účelnosti, socioekonomické únosnosti a efektivity preskripčních poplatků. V rámci těchto věcných diskusí oproštěných od politických aspektů bylo namítáno, že preskripční poplatky jsou ve Velké Británii vysoké, že jejich výše je pevná (flat) a nekoresponduje s cenou léčivého přípravku, ke kterému se vztahují, atd.

V roce 2002 byla publikována zajímavá studie, jejímž cílem bylo zjistit, jaké důvody vedou k nevydání léčiva hrazeného z prostředků National Health Service. V celkem 16 veřejných lékárnách bylo po dobu 6 týdnů zaznamenáváno, zda a proč nebyly léčivé přípravky vydány. V 52,5% (308 případů z celkem 587 zjištění) bylo uvedeno, že se na důvodu podílel (částečně nebo zcela) preskripční

poplatek. Z toho bylo uvedeno 242 případů, kdy se pacienti rozhodli raději zakoupit volně prodejný léčivý přípravek, protože jeho cena byla shodná jako preskripční poplatek (v tu dobu 6,00 £), nebo nižší.

Je situace ve Velké Británii srovnatelná se stavem v České republice v roce 2008? Zatímco ve Velké Británii činí v současné době (březen 2008) poplatek 6,85 £, v ČR to je 0,79 £ (dle průměrného kursu za 4. čtvrtletí 2007 publikovaného Českou národní bankou). Průměrný roční příjem ve Velké Británii (v paritě kupní síly) v roce 2002 činil 900 414,80 Kč, v ČR to bylo ve stejném období 374 278,50 Kč. Jeden poplatek tedy ve Velké Británii reprezentoval 2,89 % (průměrného ročního příjmu v paritě kupní síly), v ČR by to bylo (pokud by v roce 2002 byl zaveden poplatek ve výši 30 Kč) 0,80 %. Průměrný příjem tedy byl v roce 2002 ve Velké Británii vyšší o 240,57%, zatímco poplatek „byl“ vyšší o 866,30 %.

V žádném případě nehoruji pro zavedení poplatků, nebo naopak pro jejich zrušení. Předběžné výsledky jednoznačně dávají za pravdu zastáncům poplatků – ani optimisté asi nečekali tak markantní úbytek spotřeby zejména léčiv v cenové kategorii do 50 Kč. Nejedná se přitom s vysokou pravděpodobností o odloženou spotřebu, jejíž důsledky by bylo (patrně) nutné v budoucnosti řešit s vynaložením značných prostředků, o čemž snad nejlépe vypovídají např. nárůsty spotřeby velmi nákladných léčiv ze skupiny protinádorových chemoterapeutik, v některých případech o desítky procent, v jiných (vzácněji) až o stovky

	preskripční poplatek (£)	podíl občanů s výjimkou
1987	2,40	82%
1988	2,60	83%
1997	5,65	89%
1998	6,00	89%
2007	6,85	n.a.
2008*)	7,10	n.a.

**Tabulka 1.**

*Výše poplatku za preskripci a podíl populace s výjimkou z placení*

*\*Od 1. 4. 2008, ve Skotsku a Walesu poplatek k témuž dni poklesne na 5,00 liber*

procent. Bude velmi potřebné podrobně analyzovat strukturální vývoj ve spotřebě léčiv, neboť takové údaje mohou přispět k rozhodování nejen o úhradách léčiv, ale především lékaře nepřímo vést k racionálnějšímu předepisování léčiv. Výsledky takových zjištění je třeba správně interpretovat. Ukáže-li se např., že klesá spotřeba určitých antibiotik v některých lékových indikacích v pediatrických oborech, bude to s největší pravděpodobností pozitivní signál, neboť je známo, že předepisování antibiotik u virových onemocnění nemá smysl, a navíc vede ke zvyšování rezistence mikrobů na antibiotika.

Doplatky máme nyní s Velkou Británií společné – v čem se však lišíme, je systém podpory racionální preskripce léků. Ve Velké Británii je lékař z nezávislých zdrojů pravidelně školen o tom, jaká léčba je ve které indikaci racionální, u nás jsou taková školení zpravidla prováděna v režii výrobců léčiv. Lze si dobře představit, že ne všechny informace, které lékař takto získá, povedou k rozumným úsporám na správném místě. Nutno si totiž uvědomit, že lékař předepisuje pod tlakem finančního limitu na léky, aniž by s tímto limitem byl podán návod, jak jej rozumně dodržovat tak, aby pacienti nebyli poškozováni.

Jak si tedy poradit s problémem zachování poplatků a zajištění výjimek pro skutečně potřebné dobře definované skupiny obyvatelstva? Existuje možnost dětem a mladistvým (jejich rodičům) zaslat vouchery (s uvedením rodného čísla), které by umožnily výjimku z platby a jež by byly nepřenosné. V evropském kontextu totiž existují neblahé zkušenosti ze Španělského království, kde výjimka ze spoluúčasti na léčiva zavedená pro seniory starší 70 let vedla k masovému přesunu prakticky veškeré preskripce pro širokou rodinu na jejího nejstaršího zástupce. Stejně vouchery by bylo možné poskytovat seniorům. Přirozené by mělo být umožnit pojišťovně, aby rozhodly, zda poskytnou úlevy v této oblasti dalším skupinám obyvatel, např. těm jedincům, kteří pravidelně absolvují preventivní prohlídky nebo jiné programy.

Další možností je vydat se cestou Velké Británie a v pravidelných čtyřletých intervalech (event. častěji) systém měnit, a to vždy se zdůvodněním, že změna je provedena v zájmu občanů a jejich sociálních jistot. Popřípadě je možno pouze rozšiřovat okruhy výjimek, a věříme, že by se podařilo dosáhnout 90% zastoupení výjimek dříve než za britských 42 let.

Na samý závěr je vhodné připomenout následující: cena jednoho z nejčastěji aplikovaných rozpustných rychle působících inzulinů je pro pacienta (pojišťovnu) nižší o více než 20 Kč na balení, pokud je předepsán na recept a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příslušná „dvacetikoruna“ se rekrutuje z poplatku 30 Kč. U léčiv předepsaných na recept, které hradí (alespoň částečně) zdravotní pojišťovny, je tedy značná část poplatku umořena v ceně léčiva a neslouží ke zvýšení blahobytu lékárníků. To je také jeden z hlavních důvodů, proč ceny léčiv v ČR po 1. lednu 2008 nevzrostly, ačkoliv se u nich uplatňovaná DPH zvýšila z 5 % na 9 %. A konečně je třeba poznamenat, že na celé konstrukci nejvíce „vydělá“ státní pokladna, příjem z DPH se zvýší a ceny (inflace) se nezmění (alespoň v oblasti léčiv hrazených z veřejných prostředků).

**Literatura**

*Schafheutle EI, et al. Non-dispensing of NHS prescription in community pharmacies. Int J Pharm Pract 2002; 10: 11–15.*  
*Kanavose P, Gemmill M. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe 2005, Script Reports, T&F Informa UK Ltd., August 2005.*

