

Dopad zavedení regulačních poplatků za léky na předpis na výdaje domácností v ČR

The Impact of the Implementation of Regulatory Fees for Dispensing Prescription Drugs to the Expenditure of Household in ČR

Soňa Cetlová

Abstract:

Purpose of the article: This article aims to answer the question whether there was a change in the size of household expenditures on drugs following the the implementation of regulatory fees in health care system in the Czech Republic. Consequently make recommendations for households based on scenarios drawn up in order to minimize expenditure on drugs in connection with the introduction of regulatory fees for prescription drugs.

Methodology/methods: In order to determine a structural break in the studied household expenditure on health was applied statistical research methods of time series, namely the Chow test. Consequently they are assembled using scenarios drawn up ways to reduce household expenditures on drugs. The scenarios used in this work are compiled as a model situation of treatment of influenza. This illness provides 3 ways of treatment. The first scenario refers to treatment of diseases using OTC drugs, the second scenario reflects the treatment associated with the visit of physicians and prescribing drugs and the last scenario is associated with a preventive measure as vaccination against influenza.

Scientific aim: This paper is aimed at revealing whether the implementation of regulatory fees caused the expected changes in the size of household expenditures on prescription drugs.

Findings: Chow test results on the surveyed data showed the structural break in household expenditure. These changes occurred by increasing the participation of patients on treatment and also by changing buying behavior.

Conclusions: The article showed that there was a structural break in the average household expenditure and household employees with and without children. Costs associated with treatment of influenza are the lowest in the case of treatment using OTC drugs visit physicians and prescribing of prescription drugs is associated with higher costs and the most expensive is a variant of vaccination against influenza.

Keywords: Chow test, structural break, substitution of drugs, modeling of household expenditure on medicines, minimizing expenditure on drugs

JEL Classification: I18

Úvod

V České republice byly v roce 2008 zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví s cílem zvýšit spoluúčast pacienta při léčbě, snížení veřejných výdajů v této oblasti a snížení návštěv lékaře a také spotřeby léčivých přípravků, která je zde poměrně vysoká, konkrétně výdaje na léky tvoří přes 20 % (OECD Health Data, 2011) z celkových veřejných výdajů na oblast zdraví. Zároveň byly také zavedeny limity regulačních poplatků a doplteků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které stanovují maximální roční výši těchto plateb ve výši 5 000,- Kč pro občany ČR a pro děti do 18 let a seniory 2 500,- Kč, do limitu se nezapočítávají veškeré doplátky, ale pouze tzv. „započitatelné doplátky“ a regulační poplatky v hodnotě 30,- Kč (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010). Existují také skupiny pojištěnců, které jsou od placení poplatků osvobozeny (MZCR, 2008).

Cílem článku je odpovědět na otázku, zda došlo ke změně ve velikosti výdajů domácností na léky v návaznosti na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví v České republice. Následně vyslovit doporučení pro domácnosti na základě sestavených scénářů ve snaze o minimalizaci výdajů na léky v souvislosti se zavedením regulačních poplatků na léky na předpis.

Data a použité metody

Pro identifikaci strukturálního zlomu ve výdajích domácností na léky jsou použita čtvrtletní data spotřeby léků v ukazateli definovaná denní dávka (DDD) v období 2001/Q1 – 2011/Q4 a čtvrtletní data výdajů jednotlivých typů domácností na léky v období 2001/Q1 – 2011/Q4 sledovaná v rámci statistiky rodinných účtů. Data byla transformována na meziroční procentní změny. Pro účely provedení dalších analýz byl sestaven regresní model. Jeho obecný tvar, jak uvádí Cipra (2008) je následující:

$$y_t = \beta_1 + \beta_2 x_{t2} + \beta_3 x_{t3} + \dots + \beta_k x_{tk} + \varepsilon_t, \quad t = 1, \dots, T, \quad (1)$$

kde:

y_t je hodnota vysvětlované proměnné v čase t ,
 $x_{t1}, x_{t2}, \dots, x_{tn}$ jsou hodnoty vysvětlujících proměnných v čase t ,
 $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ jsou neznámé parametry modelu,
 ε_t je reziduální složka modelu.

Testováním a následnými úpravami byl pro vysvětlení výše výdajů jednotlivých typů domácností na léky v čase t použit model ve tvaru:

$$výdaje_t = \beta_1 inf\ lace_t + \beta_2 DDD_t + \varepsilon_t, \quad t = 1, \dots, T, \quad (2)$$

kde:

β_1, β_2 jsou hodnoty parametru vysvětlujících proměnných,
 $inf\ lace_t$ jsou čtvrtletní hodnoty inflace v oblasti zdravotnictví,
 DDD_t jsou čtvrtletní hodnoty spotřeby léků v ukazateli DDD ,
 ε_t reziduální složka modelu.

Empirická analýza využívá testu strukturálních změn (Chow test). Testová statistika Chow testu má tvar:

$$F = \frac{(RSS - (RSS_1 + RSS_2)) / K}{(RSS_1 + RSS_2) / (n - 2K)} \sim F(K, n - 2K), \quad (3)$$

kde:

RSS_1 je reziduální součet čtverců pro OLS odhad regresního modelu před strukturální změnou, tj. v období $t = 1, \dots, n_1, n_1$,
 RSS_2 je reziduální součet čtverců pro OLS odhad regresního modelu po strukturální změně, tj. v období n_{1+1}, \dots, n, n_2 ,
 K počet parametrů regresního modelu,
 n počet pozorování.

V roce 1976 byl organizací WHO zaveden ATC (anatomicko – terapeuticko – chemický) mezinárodní systém třídění léčiv. Tento systém třídí léčiva podle účinku na jednotlivé orgány, farmakologického působení a chemické struktury. Léčivé přípravky (dále jen LP) se klasifikují podle hlavního terapeutického účinku hlavní účinné látky v přípravku, síly a podání jedním ATC kódem (WHOCC, 2011). Tento systém dělí LP do skupin dle podobného či stejného účinku na organismus a také umožňuje mezinárodní statistické srovnávání spotřeby léčiv v jednotlivých zemích a to zejména za pomoci využití ukazatele DDD (Defined Daily Dose, definovaná denní dávka), jež je dle WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2009) definována jako „The DDD is the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults“ (průměrná dávka léku užívaná dospělým pro jeho hlavní účinek). Jedná se o technickou jednotku umožňující prosté srovnání mezi jednotlivými skupinami léků. Přehledy spotřeb

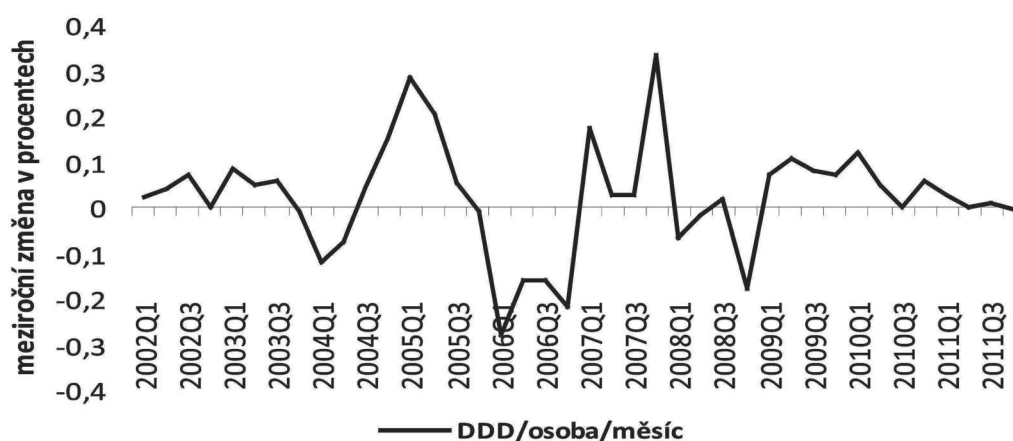
léků jsou prezentovány v počtu DDD/1000 obyvatel a den. V některých případech není DDD stanovena, jedná se převážně o topické přípravky, séra vakcíny atd. Pro přepočty DDD na 1000 obyvatel se využívá počet obyvatel ČR pro daný kalendářní rok získaný z údajů Českého statistického úřadu (SÚKL, 2010a). ATC třídění léčiv také umožňuje provést vzájemnou substituci v rámci jednotlivých skupin léčiv.

Vliv vzájemné substituce na výši spotřeby bude identifikován prostřednictvím scénářů. Vybraným onemocněním je v našem případě chřipka, virové onemocnění charakteristicky se vyskytující v chladném období roku u dětí i dospělých. Toto onemocnění je vybráno zejména s ohledem na možnosti jeho léčby, tedy samoléčení s využitím volně prodejných léčiv (scénář s označením Varianta A), léčba spojená s návštěvou lékaře a předepsáním léků na předpis vhodných pro léčbu chřipky (Varianta B) a poslední možností je preventivní opatření v podobě očkování proti chřipce (Varianta C). Právě možnost těchto 3 způsobů léčby je hlavním kritériem pro výběr tohoto onemocnění a modelování výdajů spojených s jeho léčbou či prevencí onemocnění. Scénáře jednak respektují doporučení při léčbě chřipky a také pravidla pro preskripci jednotlivých LP včetně přihlídnutí ke stanoveným limitům pro preskripci a zároveň byla hledána varianta LP s co nejnižší konečnou cenou či dopltkem pro spotřebitele. Dále je nutné upozornit, že závěry vyvozené ze scénářů jsou formulovány pro běžnou populaci, která netrpí chronickým onemocněním a není nutné při léčbě zohledňovat případné lékové interakce znemožňující svobodný výběr varianty léčby.

Výsledky

V první řadě je nutné rozlišit mezi LP pouze na lékařský předpis, kdy v převážné většině rozhoduje o užívání konkrétního přípravku lékař a LP volně prodejné (OTC přípravky), u kterých se o nákupu rozhoduje spotřebitel sám a má tak možnost využít samoléčení, přesné definice jednotlivých přípravků definuje zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech, v platném znění. Samoléčení lze však využít pouze u lehkých forem onemocnění, které nevyžadují vyšetření lékaře, případně pokud pacient již zná svou diagnózu a rozhodne se léčit sám. O velikosti své spotřeby rozhoduje spotřebitel pouze u volně prodejných LP. Nejčastěji používaná forma DDD/1 000 obyvatel/den byla přepočtena pro účely článku na počet DDD/osoba/měsíc a její vývoj je znázorněn v grafu na obr. 1.

Největší kolísání ve spotřebě nastalo v roce 2004, kdy došlo ke zvýšení sazby DPH u léků z nulové sazby (osvobození od DPH) na pětiprocentní sazbu DPH. Přestože by toto zvýšení cen léků mělo vést ke snížení spotřeby, nestalo se tak. Příčinou tohoto jevu mohou být výše úhrady léku z veřejného zdravotního pojištění, kdy zdravotní pojišťovny mohly zvýšit tyto úhrady, přizpůsobení cen léků jejich výrobci anebo úpravou marží lékáren. Propad ve spotřebě léků v roce 2006 byl způsoben zavedením pokut pro lékaře za překročení preskripčního limitu, což podle Suchopára a Prokeše (2009) vede buď ke snížení počtu předepisovaných léčiv či předepisování léčiv levnějších. Poslední výkyv ve spotřebě léků byl pravděpodobně ovlivněn zavedením regu-



Obr. 1 Vývoj spotřeby léků v ukazateli DDD/osoba/měsíc v meziročních procentních změnách.

Zdroj: SÚKL, 2010b, upraveno autorkou.

Tab. 1 Výsledky vícerozměrné regresní analýzy a Chow testu.

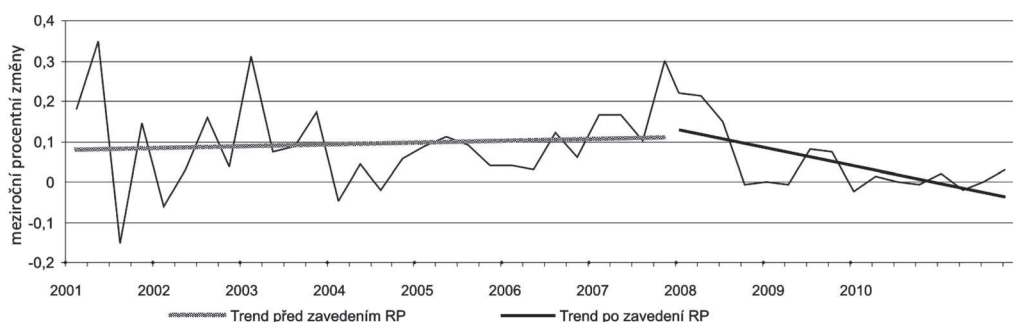
Proměnná	OLS odhad				Chow test		D-W statistika
	Parametr	Std. chyba	T-stat	P-hodnota	F-stat	P-hodnota	
Závisle proměnná Průměrná domácnost							
Inflace	0,0057	0,0011	5,4278	<0,00001			
DDD	0,2102	0,0943	2,2296	0,0318			
Společně					12,6287	0,0000	1,0959
Závisle proměnná Domácnosti zaměstnanců celkem							
Inflace	0,0061	0,0013	4,8604	0,0000			
DDD	0,3631	0,1120	3,2436	0,0025			
Společně					5,8628	0,0024	1,1621
Závisle proměnná Domácnosti zaměstnanců bez dětí							
Inflace	0,0047	0,0017	2,8423	0,0072			
DDD	0,2939	0,1484	1,9804	0,0549			
Společně					4,8284	0,0065	1,0854
Závisle proměnná Domácnosti zaměstnanců s dětmi							
Inflace	0,0071	0,0012	5,7451	<0,00001			
DDD	0,3219	0,1099	2,9286	0,0057			
Společně					2,5899	0,0683	1,7199
Závisle proměnná Domácnosti OSVČ							
Inflace	0,0067	0,0017	4,0079	0,0003			
DDD	0,3618	0,1503	2,4077	0,0210			
Společně					1,1776	0,3323	1,4987
Závisle proměnná Domácnosti důchodců bez ekonomické aktivity							
Inflace	0,0070	0,0017	4,0806	0,0002			
DDD	0,1253	0,1539	0,8146	0,4204			
Společně					8,2986	0,0003	1,5218
Závisle proměnná Domácnosti s dětmi a minimálními příjmy							
Inflace	0,0036	0,0016	2,3265	0,0261			
DDD	0,0110	0,1387	0,0796	0,9371			
Společně					4,8967	0,0067	0,8360

Zdroj: Vlastní výpočet z dat ČSÚ (2012) a SÚKL (2010b).

lačních poplatků ve zdravotnictví a zároveň zvýšení sazby DPH na léky z původní 5% na 9%. Náhlý nárůst v roce 2007 a zejména v jeho 4. čtvrtletí byl způsoben snahou spotřebitelů předzásobit se léky z obavy ze zvýšení jejich ceny. Spotřeba léků se také odráží ve velikosti tržeb lékáren. Bylo zjištěno, že v roce 2008 došlo k poklesu tržeb lékáren od zdravotních pojišťoven a naopak nárůst tržeb za doplatky a volný prodej, přičemž u tržeb za doplatky je tento růst větší, krátká časová řada však neumožňuje provést důkladnější analýzu.

Pro zjištění, zda zavedení regulačních poplatků způsobilo změny ve výších výdajů domácností, byly sestaveny regresní modely s nezávisle proměnnými změn cenové hladiny v oblasti zdraví a spotřeba léků v DDD. Tyto modely byly podrobeny Chow testu, jehož výsledky jsou v tab. 1.

Statisticky významné na 10% hladině významnosti jsou modely pro průměrnou domácnost, domácnosti zaměstnanců s dětmi a bez dětí a pro domácnosti s OSVČ v čele. Největší strukturální zlom nastal u průměrné domácnosti, jejíž grafické



Obr. 2 Grafické znázornění strukturálního zlomu u výdajů průměrné domácnosti. Zdroj: vlastní výpočet.

znázornění je v grafu na obr. 2. Pro domácnosti důchodců bez ekonomické aktivity a domácnosti s dětmi a minimálními příjmy nejsou sestavené modely statisticky průkazné. Výsledky Chow testu potvrdily strukturální zlom ve výdajích za léky u průměrné domácnosti a domácností zaměstnanců a to jak s dětmi, tak i bez dětí. V případě domácností OSVČ nedošlo ke strukturálnímu zlomu z důvodu zvyku nakupovat OTC přípravky bez ohledu na různá regulační opatření. OSVČ si ve velké většině případů platí pouze minimální částky pojistného na zdravotní a sociální pojištění a nemají důvod zůstat doma a čerpat dávky nemocenského pojištění, zejména pokud mají svou firmu a jsou zodpovědní za její chod, přičemž jsou ve své funkci nezastupitelní. K lékaři chodí pouze v nutných případech a stejně je to i u léků na předpis. Durbin-Watsonova statistika u sestavených modelů naznačuje autokorelovanost reziduí, která může být způsobena výběrem nezávisle proměnných, zejména jejich nízkým počtem a nízkým počtem pozorování (Woolridge, 2006), pouze u modelu domácností zaměstnanců s dětmi se hodnoty D-W statistiky v oblasti blízko nezamítnutí hypotézy o nezávislosti reziduí.

U domácností důchodců a domácností s dětmi a minimálními příjmy není sestavený model průkazný, parametr DDD je neprůkazný, druhý parametr,

tedy cenová hladina je v tomto modelu statisticky významná. Z tohoto výsledku lze odvodit závěr, že výdaje důchodců a rodin s dětmi a minimálními příjmy jsou více ovlivňovány cenou LP, ale se spotřebou přímo nesouvisí. Tyto domácnosti jsou tedy citlivé na růst cen LP, avšak příliš nemohou či nechtějí omezovat svoji spotřebu LP z důvodu chronických onemocnění a onemocnění souvisejících s vyšším věkem. V případě domácností s minimálními příjmy navíc existuje možnost osvobození od doplatků a regulačních poplatků ve zdravotnictví, pokud se pacient v lékárně prokáže platným potvrzením o příjmu dávek v hmotné nouzi (MZCR, 2008). Tento fakt také jistě ovlivňuje rozhodování o velikosti spotřeby léků a způsobuje nižší citlivost na změny cen léků, pokud jsou takovým pacientům poskytovány bezplatně.

V případě relativního vyjádření výdajů na léky jako jejich podíl na celkovém čistém příjmu domácností je patrné, že výdaje za léky za průměrnou domácnost se v souvislosti se zavedením regulačních poplatků zvýšily o téměř 3 desetiny procentního bodu (tab. 2).

Jednotlivé typy domácností se však od tohoto průměru značně liší. Největší nárůst ve výdajích za LP po roce 2008 nastal u domácností důchodců a to konkrétně nárůst přes 6 desetin procentního bodu, u domácností OSVČ a s dětmi a minimálními příjmy

Tab. 2 Výdaje na LP a PZT jako procento z celkových čistých příjmů domácností.

Typ domácnosti	před 2008	po 2008	rozdíl
Průměrná domácnost	1,26	1,54	0,28
Domácnost zaměstnanců celkem	1,07	1,20	0,12
Domácnost zaměstnanců bez dětí	1,12	1,22	0,10
Domácnost zaměstnanců s dětmi	1,04	1,18	0,14
Domácnosti OSVČ	1,10	1,27	0,17
Domácnosti důchodců bez ek.aktivity	2,22	2,86	0,63
Domácností s dětmi a min. příjmy	1,19	1,38	0,19

Zdroj: ČSÚ, 2012.

je to kolem 2 desetiny procentního bodu, u domácností s dětmi narostly o 1 desetinu a vůbec nejmenší nárůst je pozorován u domácností zaměstnanců bez dětí. Tato změna může být způsobena nejen růstem cen LP díky zavedení regulačních poplatků, ale také změnou preferencí, kdy domácnosti místo LP na předpis nakupovaly více volně prodejných LP. Vůbec nejcitlivější na ohlášené změny v cenách léků jsou domácnosti důchodců, které před očekávanou změnou vždy zvýší nákupy LP, bohužel z dat, které byly k dispozici, nelze přímo určit, zda se jedná o volně prodejné léky či léky na předpis.

Možnosti ovlivnění výdajů spotřebitelem

Pro modelování výdajů bylo vybráno onemocnění, které umožňuje využití pro svou léčbu 3 různých přístupů (samoléčení, návštěva lékaře a prevence v podobě očkování). Konkrétně se jedná o modelování výdajů na léčbu chřipky, což je virové onemocnění, které je charakteristické pro chladné období roku a každoročně se opakuje jeho výskyt v menším (epidemie) či větším (pandemie) měřítku. Onemocnění je charakteristické teplotou, bolestí kloubů a svalů a kašlem, vybrané LP přípravky tedy léčí či tlumí tyto nepříjemné příznaky. V případě lehčího průběhu není nutná návštěva lékaře a pacientovi postačí samoléčení běžnými volně prodejnými léky, v případě těžkého průběhu (vysoké horečky, neustávající kašel a ztížené dýchání) a vzniku komplikací (nejčastěji zápal plic) je pak již návštěva lékaře nutná.

Racionálně uvažující pacient si má zjistit ceny všech léků, které chce užívat a to ve všech dostupných lékárnách tak, aby minimalizoval své výdaje a následně koupit lék v lékárně s nejnižší cenou. Tento postup však znamená dodatečné náklady v podobě času stráveného hledáním nejlevnějších variant, cestovních výdajů a mnohdy nákladnější, než si dojet do nejbližší lékárny a tam nakoupit. Faktem je, že ceny v jednotlivých lékárnách se mohou lišit, avšak

v případě LP alespoň částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění musí lékárna respektovat vyšší maximální přírážky, kterou stanovuje ministerstvo zdravotnictví ČR. Ceny se u těchto LP liší méně než u doplňků stravy, které regulací cen nepodléhají. Přípravky pro léčbu chřipky, které jsou uvedeny v tab.3, jsou LP s částečnou či žádnou úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Plně hrazené LP pro léčbu tohoto druhu onemocnění nebyly v době psaní práce nalezeny a z tohoto důvodu byly vybrány LP nejlevnější na trhu v dubnu 2012. Ceny jsou zjištěny z internetu a mohou se tedy lišit od současných cen a také v různých lékárnách, neboť každá lékárna si svou cenovou politiku stanovuje sama.

Samoléčení v případě varianty A je spojeno s náklady o 26 % nižšími, než varianta B. Obě varianty jsou spojeny dodatečnými náklady v podobě ušlé mzdy v případě, že je pacient zaměstnanec a je nucen zůstat doma a léčit nemoc v klidovém režimu. V případě samoléčení je však předpokládáno, že pacient se léčí sám a je schopen docházet do zaměstnání. Jinou možností je místo pracovní neschopnosti čerpat dny dovolené na zotavenou, které jsou pacientovi zaměstnavatelem zaplacené, na rozdíl od prvních 3 dnů krátkodobé pracovní neschopnosti, za které náhrada mzdy pracovníkovi nenáleží, od roku 2008. Nejnákladnější variantou se zdánlivě jeví být preventivní opatření ve formě očkování proti chřipce, ovšem u této varianty není nutné zohledňovat žádné dodatečné náklady.

Při porovnávání cen a jednotlivých variant je nutné zdůraznit, že je pracováno s nejnižšími nalezenými cenami LP na trhu. Pokud se pacient rozhodne pro LP jiné, případně propagované v televizní reklamě, budou tyto náklady rozhodně vyšší, což vyplývá ze studie Dhavall a Saffer (2010), která zkoumá vliv reklamy na ceny a poptávku léků provedené v USA. Zároveň však upozorňuje na fakt, že znalost léků propagovaných reklamou v televizi či jiných médiích zvyšuje i poptávku po neinzerovaných lécích, které mají ceny nižší.

Tab. 3 Výdaje při léčbě nachlazení v cenách za jedno balení léku.

Položka		varianta A		varianta B		varianta C
RP u lékaře		0,00	RP	30,00	Aplikace vakcíny	100,00
chřipka	Coldrex	119,00	Relenza	96,80	Influvac	168,50
teplota		0,00	Paralen	25,50		0,00
kašel	Ambroxol	18,20	Ambroxol	18,20		0,00
vitamin C	Celaskon	46,00	Celaskon	46,00	Celaskon	46,00
bolest v krku	Septisan	61,00	Septisan	61,00		0,00
RP v lékárně		0,00	RP	30,00	RP	30,00
celkem		244,20		307,50		344,50

Poznámka: Ceny zde uvedené pochází ze dne 25. dubna 2012. Zdroj: SÚKL (2012) a www.lekarna.cz, 2012.

Diskuse

V roce 2008 se staly změny ve zdravotnictví, zejména v oblasti lékové politiky. V první řadě je to zavedení regulačních poplatků za poskytovanou zdravotní péči (u lékaře, za pobyt v nemocnici a za vyzvednutí léků na předpis v lékárně), zvýšení sazby DPH na léky (o 4 procentní body) a převedení (zvýšení) pravomoci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL). Tato opatření jsou zacílena na získání dodatečných finančních prostředků do oblasti zdravotnictví. Nejvýznamnější činností SÚKL je určování maximálních cen LP a jejich každoroční revize a to tak, aby ceny LP odpovídaly situaci na trhu. Revize léků však SÚKL nestíhal provést každoročně, ale dokončil ji až po čtyřech letech, v roce 2012, což kritizuje prezident české lékařské komory Kubek (iDNES.cz, 2012). Existují také dohady, zda díky tomuto zpoždění nedošlo k nadbytečným výdajům zdravotních pojišťoven a spotřebitelů, které však vyvrací ministr zdravotnictví Heger s argumentem příliš nízkých cen léků v ČR (deník.cz, 2012).

Regulační poplatky jsou aktuální téma a zabývá se jím mnoho autorů z mnoha různých stran. Nejčastěji jsou hodnoceny ministerstvem zdravotnictví. Podle Leoše Hegera zavedením regulačních poplatků vydávají domácnosti v průměru 2,5–2,7 % z celkových spotřebních výdajů za měsíc, přičemž u domácností důchodců je to až 4,5 % měsíčně (Heger, 2011) z celkových spotřebitelských výdajů na oblast zdraví, tedy i za zdravotní péči, hospitalizace a stomatologickou péči, přičemž na léky je to pouze o jeden procentní bod méně (u domácností důchodců). Nedostatkem této studie je srovnání před a po zavedení poplatků. Stejně jako u většiny studií z oblasti výdajů na zdraví jsou tyto srovnávány s výdaji za alkohol a tabákové výrobky, přičemž výdaje na LP jsou nižší. Ovšem výdaje na alkohol a tabákové výrobky mohou být zároveň faktorem, který ovlivňuje samotné výdaje na léky, jak uvádí Bartošová (2009) ve své studii zjišťující klíčové faktory ovlivňující výdaje na zdraví. Srovnávání těchto dvou kategorií výdajů domácností je pak zavádějící a vhodnější dle mého názoru by bylo zkoumání vzájemných souvislostí mezi těmito skupinami výdajů domácností.

Zdravotní pojišťovny v ČR mají právní formu akciových společností, z čehož je patrná snaha o ziskové hospodaření. Do budoucna lze tedy očekávat další snižování úhrad LP, což při neustále rostoucích cenách léků způsobí dále rostoucí výdaje domácností na LP. V době před zavedením regulačních poplatků se výše výdajů na LP a PZT pohybovala od 1 do 2,2 % z celkových čistých příjmů domácností (průměr z let 2000 až 2007), po zavedení těchto po-

platků se tato zvýšila na 1,2 až 2,9 % z celkových čistých příjmů domácností, přičemž největší nárůst, celkem o 7 desetín procentního bodu, byl pozorován u domácností důchodců (Cetlová, 2012). Stejný závěr, tedy že domácnosti důchodců jsou nejvíce ovlivněny zvyšováním cen ve složce zdraví, je uveden i v publikaci ČSÚ (ČSÚ, 2010). I J. Malý (2007) upozorňuje na negativní dopady zdravotní reformy pro domácnosti důchodců a zdravotně postižených. Zavedení limitů pro placení doplatků za léky a regulačních poplatků nedokáže tento nárůst výdajů kompenzovat, neboť do limitu se počítává pouze započitatelný doplatek, který je definován jako rozdíl mezi LP s nejnižším doplatkem a plně hrazeným LP, výše tohoto nejnižšího doplatku pak činí započitatelný doplatek pro všechny LP se stejnou účinnou látkou. Rozdíl mezi skutečným a započitatelným doplatkem může činit až stovky korun (např. u léků na léčbu zvýšené hladiny cholesterolu se doplatek pohybuje v rozmezí 34–217 Kč, přičemž započitatelný doplatek činí 34 Kč), jak lze zjistit z webových stránek SÚKL (2012). Dle ÚZIS (2011) bez ohledu na sociální dopady regulační poplatky splnily svůj účel a v roce 2008 došlo k výraznému poklesu počtu receptů přijatých v zařízení lékárenské péče téměř jednu čtvrtinu roku předchozího a podíl soukromých výdajů na zdravotnictví vzrostl na 16,6% (podíl stejný jako v Dánsku, Švédsku, Norsku a Lucembursku).

Závěr

Empirická analýza v článku prokázala, že velikost výdajů domácností na léky reagovala na změnu v podobě zavedení regulačních poplatků na LP. V případě spotřeby se jednalo nejprve o její výrazné zvýšení před očekávanou změnou a následně pokles po zavedení regulačních poplatků. Domácnosti také zareagovaly změnou ve svých výdajích směrem k jejich snižování a změnou ve smyslu snahy o nahrazení LP na předpis léky volně prodejnými o čemž vypovídají také změny ve struktuře tržeb lékáren. Volně prodejné léky umožňují substituci na základě ceny a tím úsporu finančních prostředků. S tímto předpokladem bylo pracováno při sestavování variant léčby chřipky a bylo zjištěno, že nejlevnější variantou je samoléčení, následuje návštěva lékaře a nejvyšší náklady jsou spojeny s prevencí v podobě očkování, což platí u běžné populace, která netrpí žádným chronickým onemocněním.

Doporučení vyplývající z provedených analýz se týkají zejména snahy o změnu v chování spotřebitelů léků ve smyslu omezení návštěv lékaře a radě-

ji provést nákup LP v lékárně, kdy má spotřebitel volnou ruku při výběru konkrétního přípravku, žádat více informací o produktech od lékaře a odborného personálu lékáren a také samostatně vyhledávání informací o lécích, jejich účincích a zejména možnostech jejich záměny. V případě LP na předpis zjišťovat v lékárně, zda je levnější nechat částečnou úhradu na zdravotním pojištění včetně regulačního poplatku nebo zda zakoupit LP na předpis z vlastních prostředků. Velmi důležité je také dodržovat doporučený léčebný režim, který pomáhá snižovat počet užívaných LP a vždy konzultovat s odborníkem vhodnost nákupu dalších volně prodejných LP a to zejména v případě, kdy spotřebitel již užívá léky na předpis. V řadě případů se totiž mohou projevit

lékové interakce, které pacientovi přitíží a nepomohou léčit.

Poděkování

Výsledky uvedené v příspěvku jsou součástí řešení výzkumného záměru PEF Mendelovy univerzity v Brně č. MSM 6215648904 s názvem „Česká ekonomika v procesech integrace a globalizace a vývoje agrárního sektoru a sektoru služeb v nových podmínkách evropského integrovaného trhu“, tématický směr „Makroekonomická a mikroekonomická výkonnost české ekonomiky a hospodářsko – politická opatření vlády ČR v podmínkách integrovaného trhu“.

Literatura

- 24-Lékařna. (2007–2011). *Volně prodejné léky*. [on line]. [citováno dne 15. 3. 2012]. Dostupné z <http://www.24-lekarna.cz/Volne-prodejne-leky/>.
- Bartošová, J. (2009). *Faktory ovlivňující přímé výdaje na zdraví*. [on line]. [citováno dne 15. 4. 2012]. Dostupné z http://kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Bartosova.pdf.
- Cetlová, S. (2012). Dopad zavedení regulačních poplatků za výdej léků na předpis na výdaje domácností v ČR. 75 s. Diplomová práce. MENDELU v Brně.
- Cipra, T. (2008). *Finanční ekonometrie*. 1. vydání. Praha: Ekopress. 538 s., s. 32–137.
- ČSÚ. (2010). *Vývoj cen, příjmů a spotřebních výdajů domácností v letech 2000 až 2008*. [on line]. [citováno dne 25. 4. 2012]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2009ediciplan.nsf/p/1155-09>.
- ČSÚ (2012). *Česká republika od roku 1989 v číslech*. [on line]. [citováno dne 21. 4. 2012]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#13.
- Denik.cz. (2012). *Zpoždění revizí cen léků se pacientů finančně nedotkne, ujistuje Heger*. [on line]. [citováno dne 15. 4. 2012]. Dostupné z http://www.denik.cz/z_domova/zpozdzeni-revizi-cen-leku-se-pacientu-finančne-nedotkne-ujistuje-heger-20120407.html.
- Dhaval, D., Saffer, H. (2010). The impact of direct-to-consumer advertising on pharmaceutical pricing and demand. *Working paper 15969*. Dostupné z <http://www.nber.org/papers/w15969>.
- Heger, L. (2011). Výdaje domácností na zdraví a regulační poplatky. [on line]. [citováno dne 4. 5. 2012]. Dostupné z <http://www.leosheger.cz/news/vydaje-domacnosti-na-zdravi-a-regulacni-poplatky1/>.
- iDNES.cz. (2012). SÚKL dokončil revizi léků. Pojišťovná ušetří devět miliard korun. [on line]. [citováno dne 25. 1. 2012]. Dostupné z http://zpravy.idnes.cz/sukl-dokoncil-revizi-leku-pojistovnam-usetri-devet-miliard-korun-1cx-/domaci.aspx?c=A120111_120848_domaci_taj.
- Malý, J. (2007). *Reforma veřejných financí v České republice a její důsledky*. [on line]. [citováno dne 22. 4. 2012]. Dostupné z <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/prag/06169.pdf>.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2010). *Regulační poplatky – metodický pokyn*. [on line]. [citováno dne 21. 11. 2011]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html.
- MZCR (2008). *Jací pojištěnci jsou osvobozeni od placení všech regulačních poplatků už k datu jejich zavedení a potom následně?*. [on line]. [citováno dne 20. 2. 2012]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/obsah/osvobozeni-od-regulacnich-poplatku-01_1292_1.html.
- OECD (2011). *OECD Health Data 2011 – Frequently Requested Data*. [on line]. [citováno dne 29. 2. 2012]. Dostupné z http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html.
- Prokeš, M., Suchopár, J. (2009). Vliv finančních limitů na preskripci léčiv v České republice v roce 2006. In *Klinická farmakologie a farmacie*. Praha: Infopharm, číslo 23(2), strana 90–96.
- SÚKL (2010a). *Související informace*. [on line]. [citováno dne 25. 1. 2012]. Dostupné z <http://www.sukl.cz/souvisejici-informace-2>.
- SÚKL (2010b). *Spotřeba léčiv v České republice v jednotlivých letech*. [on line]. [citováno dne 11. 1. 2012]. Dostupné z <http://www.sukl.cz/spotreba-leciv-v-ceske-republice-v-jednotlivych-letech>.

SÚKL (2012). *Databáze léků; vyhledávání*. [on line]. [citováno dne 14. 4. 2012]. Dostupné z <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.

ÚZIS (2011). *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2010*. [on line]. [citováno dne 25. 4. 2012]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2010>.

WHOCC (2011). *ATC Structure and principles*. [on line]. [citováno dne 25. 2. 2012]. Dostupné z http://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2009). *Definition and general considerations*. [on line]. 17. 12. 2009. [citováno dne 16. 7. 2012]. Dostupné z http://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera/.

WOOLDRIDGE, J. M. (2006). *Introductory Econometrics: A modern approach*. South-Western Cengage Learning, 2006, 865 p.

Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech, v platném znění.

Doručeno redakci: 6. 9. 2012

Recenzováno: 16. 11. 2012

Schváleno k publikování: 6. 3. 2013

Ing. Soňa Cetlová

Ústav financí, Provozně ekonomická fakulta
Mendelova univerzita v Brně
Zemědělská 1
613 00 Brno
e-mail: sona@rokstejn.cz