

**Univerzita Pardubice  
Fakulta ekonomicko-správní**

**Léková politika ČR**

Mgr. Ondřej Dedík

**Bakalářská práce  
2010**

Univerzita Pardubice  
Fakulta ekonomicko-správní  
Ústav ekonomie  
Akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Mgr. Ondřej DEDÍK  
Studijní program: B6202 Hospodářská politika a správa  
Studijní obor: Veřejná ekonomika a správa - Krizový management

Název tématu: Léková politika ČR

### Zásady pro vypracování:

- Farmakoekonomika, léková politika
1. Přehled výdajů na zdravotnictví a léčiva, přehled min. za poslední 3 roky
  2. Mezinárodní srovnání
  3. Stručný popis zdravotnických systémů, způsoby cenotvorby léků
  4. Cesty vedoucí ke snížení výdajů na léčiva
  5. Analýza objemu vrácených léčiv ve vybrané lékárně od 1.7.09 do 31.12.09, finanční vyjádření výše úhrady zdravotních pojišťoven

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: cca 30 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

Gladkij, I., Strnad L.: Zdravotní politika - zdraví - zdravotnictví, UP  
2002, ISBN 80 - 244 - 0500 - 8  
Hájek, L.: Ekonomie a národní hospodářství. HK, FŘIT, Gaudeamus  
1998, 2002  
Kotlířová, J., Král, K.: Farmacie v ČR po roce 1989, 1. vydání, Praha,  
Karolinum 1999  
Peková, J., Pilný, J., Jetmar, J.: Veřejná správa a finance veřejného sek-  
toru, ASPI 2005, ISBN 80- 7357 - 052 - 1  
Práznovcová, L., Strnad, L.: Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR  
a zemích EU, Maxdorf 2005, ISBN 80 - 7345 - 075 - 5  
Vlček, J., Dalecká, R.: Základy farmakoepidemiologie, farmakoekonomi-  
ky, Remedia 2005, ISBN: 80-903555-0-1

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Jaroslav Pilný, CSc.  
Ústav ekonomie

Datum zadání bakalářské práce: 24. června 2009  
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2010

doc. Ing. Renáta Myslková, Ph.D.  
děkanka

L.S.

doc. Ing. Jolana Volgáňková, Ph.D.  
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 21. července 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplívající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 4. 2010



Mgr. Ondřej Dedík

Poděkování:

Mé poděkování patří zejména vedoucímu mé bakalářské práce panu doc. Ing. Jaroslavu Pilnému, CSc. za jeho vysoce odborné rady a velkou ochotu poskytnout kdykoli v potřebné míře odbornou konzultaci.

## ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

### ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje problematice lékové politiky v České republice a ve vybraných evropských zemích. Těžištěm práce je analýza výdajů na zdravotnictví v České republice v letech 2000 – 2007 (včetně nákladů zdravotních pojišťoven dle segmentů 2003 – 2008) a analýza objemu a spotřeby léčivých přípravků v České republice v roce 2008. Součástí práce je analýza vrácených nespotřebovaných léků pacienty do lékáren.

### KLÍČOVÁ SLOVA

Lék, léčivý přípravek, léková politika.

### TITTLE

Drug Policy in Czech Republic

### ANNOTATION

The presented Bachelors Degree theses are focused on a drug policy in Czech Republic and selected European countries. The theses are mainly based on the analysis of the health care expenses in Czech Republic in years 2000–2007 (including charges of health insurance companies by segments in years 2003–2008) and the analysis of a volume and a consumption of pharmaceuticals in Czech Republic in the year 2008. The analysis of unused pharmaceuticals returned to the pharmacies is the part of these theses as well.

### KEYWORDS

Drug, Pharmaceuticals, Drug Policy

## OBSAH

Seznam použitých zkratk

Seznam tabulek, seznam grafů

Úvod a cíl práce.....	10
I. OBECNÁ ČÁST.....	11
1. LÉČIVA.....	11
1.1 Základní pojmy.....	11
1.1.1 Zdravotnictví.....	11
1.1.2 Zdraví.....	11
1.1.3 Léčivo.....	11
1.1.4 Léčivý přípravek .....	11
1.1.5 Lék.....	12
1.2 Klasifikace léčiv.....	12
1.2.1 ATC klasifikace léčiv.....	12
1.2.2 Třídění léků dle patentové ochrany.....	14
1.2.2.1 Originální léčivo.....	13
1.2.2.2 Generické léčivo (generika).....	14
1.2.2.3 Rozdělení léčiv dle úhrady v ČR.....	15
2. ZDRAVOTNICÉ SYSTÉMY.....	16
2.1 Modely řízení a financování zdravotnictví.....	16
2.1.1 Národní zdravotní služba.....	16
2.1.2 Evropské pluralitní zdravotnictví.....	16
2.1.3. Tržní zdravotnictví.....	17
2.2 Systémy hodnocení výkonů ve zdravotnictví.....	17
3. LÉKOVÁ POLITIKA.....	19
3.1 Úvod do lékové politiky.....	19
3.2 Léková politika v České republice.....	20
3.2.1 Základní legislativní normy.....	20
3.3 Souhrn současných trendů v lékové politice v evropských zemích.....	21
3.4 Národní systémy cen léčivých přípravků a úhradový systém.....	21
3.4.1 Způsoby konstruování národních cen a typy úhradových systémů.....	22
4. REGULAČNÍ OMEZENÍ.....	26
4.1 Regulační omezení.....	26
4.2 Lékové regulace ve vybraných zemích.....	27
4.2.1 Německo.....	28
4.2.2 Nizozemí.....	29
4.2.3 Švédsko.....	30

4.2.4 Francie.....	30
4.2.5 Finsko.....	30
4.3 Cenotvorba a stanovení výše úhrady v ČR.....	31
4.3.1 Klasifikace léků v ČR podle cenotvorby.....	31
4.3.2 Obchodní přírážka.....	32
4.3.3 Úhrady léků v ČR od 1. 1. 2008.....	32
4.3.4 Princip stanovování referenčních úhrad v ČR.....	33
4.3.5 Další regulační omezení v ČR.....	33
4.3.5.1 Preskripční omezení.....	33
4.3.5.2 Indikační omezení.....	34
4.3.5.3 Revizní lékař.....	34
4.3.5.4 Finanční limity pro lékaře.....	34
4.3.5.5 Vyšší spoluúčast pacienta.....	35
4.3.5.6 Generická substituce v ČR.....	35
II. EKONOMICKÉ UKAZATELE.....	37
5. VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ.....	37
5.1 Přehled výdajů na zdravotnictví v ČR 1995 – 2008.....	37
5.2 Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči.....	38
5.2.1 Náklady zdravotních pojišťoven dle segmentů.....	38
5.3 Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví.....	39
5.4 Objem a spotřeba léčiv v ČR.....	41
5.4.1 Objem distribuovaných léčivých přípravků.....	42
5.4.2 Struktura distribuovaných léčivých přípravků.....	43
5.5 Mezinárodní srovnání spotřeby léčiv.....	44
III. PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
6. ANALÝZA OBJEMU VRÁCENÝCH LÉKŮ DO LÉKÁRNY.....	45
6. 1. Cíl výzkumu.....	45
6.2 Metodika výzkumu.....	45
6. 3 Výsledky výzkumu.....	46
6. 4 Závěr a doporučení.....	50
7. DISKUZE A ZÁVĚR.....	51
7.1. Zhodnocení vývoje výdajů na zdravotnictví a léky v České republice.....	51
7.2. Výsledky analýzy vrácených léků.....	52
7.3. Závěrečné shrnutí diskuse.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
PŘÍLOHY.....	55

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

ATC – anatomicko-chemicko-terapeutická klasifikace

ČNR – Česká národní rada

ČR – Česká republika

DDD – definovaná denní dávka

DDD/1000/d – definovaná denní dávka na 1000 obyvatel za jeden den

EU – Evropská unie

FS ČSSR – Federální shromáždění Československé socialistické republiky

HDP – hrubý domácí produkt

LP – léčivý přípravek

NNT – number needed to treat)

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OOVL – odloučené oddělení výdeje léčivých přípravků

PCA – price-volume-agreement

PPP – purchasing power parity, parita kupní síly

RC – referenční ceny

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VZP – veřejné zdravotní pojištění



## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

### SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Lékové regulace v evropských zemích.....	27
Tabulka č. 2: Srovnávání zahraničních cen léků pro určení úhrad ve vybraných zemích.....	28
Tabulka č. 3: Finanční srážka za překroční nákladů pro lékaře.....	35
Tabulka č. 4: Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2008.....	37
Tabulka č. 5: Náklady zdravotních pojišťoven v ČR dle vybraných segmentů 2003-2008.....	39
Tabulka č. 6: Náklady zdravotních pojišťoven v ČR dle vybraných segmentů 2003-2008.....	39
Tabulka č. 7: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu.....	40
Tabulka č. 8: Výdaje na zdravotnictví v roce 2007 podle zdrojů financování.....	41
Tabulka č. 9: Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků.....	42
Tabulka č. 10: Vrácené léky včetně úhrad v lékárně Z od 1. 7. 2009 do 31. 12. 2009.....	47
Tabulka č. 11: Vrácené léky dle expirační doby.....	49

### SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Výše obchodní přírážky v ČR.....	32
Graf č. 2: Vývoj doplatků na léky předepsané na recept v ČR 1994-2005.....	35
Graf č. 3: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování.....	38
Graf č. 4: Struktura distribuovaných léčivých přípravků DDD/1000/d.....	43
Graf č. 5: Struktura distribuovaných léčivých přípravků.....	44
Graf č. 6: Podíl léků s uplynulou expirační dobou.....	50
Graf č. 7: Nárůst nákladů zdravotních pojišťoven dle segmentů 2003 / 2008.....	51
Graf č. 8: Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví ČR a okolní země.....	53

## ÚVOD A CÍL PRÁCE

V bakalářské práci budou podrobně popsány aktuální problémy lékové politiky v České republice a vybraných evropských zemích. Pro objasnění současného stavu lékové politiky v České republice bude v práci analyzována velikost a struktura distribuovaných léčivých přípravků, které budou porovnány s velikostí a strukturou výdajů na zdravotnictví převážně v ČR.

Praktická část se bude zabývat analýzou vrácených neotevřených balení léčivých přípravků pacienty zpět do lékáren k likvidaci. Výzkum proběhne v Lékárně ZDRAVÍ, Okružní 10, Mohelnice 78985 od 1. 7. 2009 do 31. 12. 2009. Seznam vrácených léčivých přípravků bude podrobněji analyzován s cílem vyjádřit výši úhrad zdravotních pojišťoven za vrácené léky, kterou by pojišťovny uhradily k 31. 12. 2009.

Práce si klade především za cíl zdůraznit význam a nutnost regulačních opatření v lékové respektive zdravotnické politice České republiky.

# I. OBECNÁ ČÁST

## 1. LÉČIVA

### 1.1 Základní pojmy

#### 1.1.1 Zdravotnictví

Zdravotnictví je společenský systém, prostřednictvím kterého společnost usiluje o předcházení nemocem, jejich léčení, o posilování zdraví obyvatel a prodlužování aktivního lidského věku. [4]

#### 1.1.2 Zdraví

Zdraví definovala světová zdravotnická organizace jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Nemocí se přitom rozumí opak zdraví. [4]

#### 1.1.3 Léčivo

Léčivo definuje zákon č. 378/2007 Sb. o léčivu v platném znění jako léčivou látku nebo směs léčivých látek anebo léčivý přípravek, který je určen k podání lidem nebo zvířatům, nejde-li o doplňkovou látku. [15]

Přesnější je definice dle Krále. Léčivo je částice hmoty, jednoduchý atom s nábojem (ion), látka či soustava látek, která v určitých kvantitativních hranicích a v určitém časovém rozmezí projevuje v interakci s živým organismem (lidským, zvířecím, rostlinným) schopnost (vlastnost) zdraví organismu chránit či upevňovat, poruchu zdraví rozpoznávat, projevy poruchy zdraví odstraňovat, mírnit nebo potlačovat- léčit. [4]

#### 1.1.4 Léčivý přípravek

Léčivý přípravek definuje zákon č. 378/2007 Sb. o léčivu jako

- a) látku nebo kombinaci látek, prezentovaných s tím, že mají léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí nebo zvířat, nebo
- b) látku nebo kombinaci látek, kterou lze použít u lidí nebo podat lidem, nebo použít u zvířat či podat zvířatům, a to buď za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku, nebo za účelem stanovení lékařské diagnózy.

Podle zákona léčivými přípravky jsou:

- a) humánní léčivé přípravky
- b) veterinární léčivé přípravky
- c) humánní imunologické léčivé přípravky
- d) veterinární imunologické léčivé přípravky
- e) humánní autogenní vakcíny
- f) veterinární autogenní vakcíny
- g) homeopatické přípravky
- h) radiofarmaka
- i) radionuklidové generátory
- j) kity
- k) radionuklidové prekursory
- l) krevní deriváty
- m) rostlinné léčivé přípravky
- n) transfuzní přípravky
- o) vyhrazené léčivé přípravky

[15]

### **1.1.5 Lék**

Definice léku není legislativně určena. Odborná veřejnost používá definici Krále a Ruska, kteří lékem označili léčivý přípravek cílevědomě podaný k účelu, který je dán vlastnostmi v něm obsažených léčiv.

[4]

## **1.2 Klasifikace léčiv**

Léčiva respektive léčivé přípravky se třídí podle:

- farmakologického hlediska - ATC klasifikace
- ekonomického hlediska - patentové ochrany (originální léčiva a generické ekvivalenty)
- v ČR podle úhrady

### **1.2.1 ATC klasifikace léčiv**

V praxi se hojně využívá k třídění léčiv ATC klasifikace. Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv (zkráceně ATC-klasifikace) je mezinárodní systém třídění léčiv, který spravuje Spolupracující centrum Světové zdravotnické organizace pro metodologii statistiky léčiv (World Health Organization Collaborating Centre for Drug

Statistics Methodology), které sídlí v norském Oslu. Systém byl poprvé publikován v roce 1976. [21]

Léčiva jsou tříděna do skupin podle účinků na jednotlivé orgány a jejich soustavy, farmakologického působení a chemické struktury. Na základě toho je jim přidělen sedmimístný kód. Třídění má 5 úrovní.

První úroveň se značí jedním písmenem, odpovídajícím příslušné anatomické soustavě, na niž daná léčiva působí. Na této úrovni je 14 hlavních skupin:

A Trávicí ústrojí a metabolismus

B Krev a krevetvorné orgány

C Kardiovaskulární systém

D Dermatologika

G Urogenitální systém a pohlavní hormony

H Systémové hormonální přípravky kromě pohlavních hormonů a inzulínu

J Protiinfekční léčiva pro systémové použití

L Antineoplastika a imunomodulující léčiva

M Muskuloskeletální systém

N Nervová soustava

P Antiparazitika, insekticidy, repelenty

R Dýchací ústrojí

S Smyslové orgány

V Různé

[22]

Druhá úroveň vyjadřuje hlavní terapeutickou skupinu a označuje se kódem tvořeným dvěma číslicemi.

Třetí úroveň vyjadřuje terapeuticko-farmakologickou podskupinu, která se označuje jedním písmenem.

Čtvrtá úroveň vyjadřuje chemicko-terapeuticko-farmakologickou podskupinu, označuje se jedním písmenem.

Pátá úroveň odpovídá konkrétní účinné látce (nebo kombinaci). Označuje se dvěma číslicemi. [21]

Příklad ATC klasifikace:

A – Trávicí trakt a metabolismus

A02 – Léčiva k terapii onemocnění spojených s poruchou acidity

A02B – Léčiva k terapii peptického vředu a refluxní choroby jícnu

A02BA – Antagonisté H<sub>2</sub> receptorů

A02BA02 – Ranitidin

[22]

### 1.2.2 Třídění léků dle patentové ochrany

- Originální léčivo
- Generický ekvivalent

#### 1.2.2.1 Originální léčivo

Originální léčivo je v monopolním postavení, je chráněno patentem. Při určování ceny za nové originální léčivo je proto snahou stanovit co nejvyšší cenu a tím vyrovnat vysoké náklady na výzkum, vývoj a propagaci. Patentová ochrana trvá zpravidla 20 let. Vývoj nového léčivého přípravku je velmi náročný jak z hlediska časového, tak z hlediska potřebných finančních prostředků.

Na uvedení nového léčiva na farmaceutický trh se musely v r. 2003 vynaložit náklady přesahující 802 mil. USD. V této sumě jsou zahrnuty také náklady na výzkum a vývoj přípravků, které se nikdy na farmaceutickém trhu neobjeví, a cena kapitálu (náklady na nové molekuly, které neuspěly, dosahuje 75%).

Často trvá až kolem 15 let, než se na farmaceutickém trhu objeví realizovatelný přípravek.

Do předklinických studií se dostane přibližně 250 z 5000 zkoumaných sloučenin.

[13]

#### 1.2.2.2 Generické léčivo (generika)

- Generické léky jsou ekvivalenty originálních léčivých přípravků, které mohou přijít na trh po expiraci jejich patentové ochrany.
- Generické léky obsahují stejnou účinnou látku, odpovídají stejným náročným pravidlům při vývoji, výrobě a posuzování bezpečnosti, mají stejnou kvalitu, bezpečnost a účinnost jako originální značkové léky.
- Generické léky se na trhu objevují buď jako značkové, s vlastní ochrannou známkou, (Např., Ibalgin® obsahující jako účinnou látku ibuprofen) nebo

neznačkové, používající zjednodušený název příslušné účinné látky (např. diclofenac, metformin). [13]

Význam generických léčiv:

- Jsou k dispozici za nižší cenu a zvyšují tak dostupnost moderních léků. Generické ekvivalenty jsou k dispozici za cenu o 20 % až 80 % nižší ve srovnání s cenami originálních léků. Jejich kvalita, účinnost a bezpečnost je přitom stejná jako u léků originálních.
- Podporují inovaci a soutěž tím, že vytvářejí konkurenci originálním produktům. Pokud by originální lék měl permanentní monopol, nebyl by žádný důvod k další inovaci.
- Mezi generickými léky a originálními léky není žádný rozpor. Širší používání generických ekvivalentů vede k úsporám, kterých lze využít pro širší používání dražších originálních léků tam, kde je to skutečně zapotřebí.

[19]

Postavení generik na farmaceutickém trhu

Předpokládá se, že generika zaujmají symbolicky 45 % jednotek prodaných v průběhu 1 roku po jejich zavedení, 50 % v průběhu dvou let a 60 % v průběhu tří let, a že generika vstupují na trh v cenách o 25 % nižších, než činí ceny originálních léčiv. V průběhu 1 roku může být cena konkurenčních generik 45 % pod cenou originálních léčiv, v průběhu 2 let 60 % a v průběhu tří let o 75 % nižší. [13]

### **1.2.2.3 Rozdělení léčiv dle úhrady v ČR**

- léky s maximální cenou
- léky s věcně usměrněnou cenou
- léky bez cenové regulace

(podrobněji tuto problematiku rozvádí kapitola 3.5.2.1 Klasifikace léků v ČR podle cenotvorby) [11]

## 2. ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY

Léková politika každé země se odvíjí od konkrétního zdravotnického systému uplatňovaného v příslušné zemi.

Ve světě se uplatňuje řada modelů financování zdravotnictví, které jsou vždy spojeny s určitou ekonomickou vyspělostí země a politickými cíli vládnoucí politické strany nebo vládní koalice. Většina vyspělých států zajišťuje svým občanům bezplatné a rovnocenné zdravotnické služby pro všechny. V současné době lze rozlišit 3 základní modely financování zdravotnictví:

- převážně ze zdravotního pojištění (placeno občany, zaměstnavateli a státem),
- převážně z daní (placené státem),
- převážně soukromé (placené občany).

Způsoby financování zdravotnictví úzce souvisí s jeho organizací a řízením.

[1][9]

### 2.1 Modely řízení a financování zdravotnictví

Uplatňované modely řízení a financování zdravotnictví lze obecně rozdělit do tří základních skupin: Národní zdravotní služba, evropské pluralitní zdravotnictví a tržní zdravotnictví.

[8]

#### 2.1.1 Národní zdravotní služba

Pro tento model je charakteristické to, že stát má monopol na poskytování zdravotnických služeb, které jsou pro všechny občany bezplatné. Všechny zdravotnické služby jsou řízeny a financovány státem prostřednictvím některého z veřejných rozpočtů, tento systém je podobný dřívějším socialistickým zemím, některými autory zvlášť označovaný jako další zdravotnický systém – totalitní [1]. Nyní je uplatňován ve Velké Británii, Dánsku, Itálii aj. Odlišnost od totalitně řízeného zdravotnictví spočívá v tom, že praktičtí lékaři (tzv. rodinní lékaři) jsou soukromoprávními osobami, které mají smluvní pracovní vztah s příslušnou zdravotní pojišťovnou nebo s příslušným regionálním či municipálním úřadem.

[1][8]

#### 2.1.2 Evropské pluralitní zdravotnictví

V podstatě se jedná o nestátní zdravotnictví, za které ručí stát. Finanční prostředky na financování zdravotnických služeb se získávají ze zákonem povinného zdravotního



pojištění. Stanovené příspěvky od pojištěnců se shromažďují ve zvláštních pojišťovacích фондах, které spravují příslušné zdravotní pojišťovny. Do pojišťovacích fondů přispívají kromě zaměstnanců také zaměstnavatelé a stát za ty, kteří nemohou platit (studenti, důchodci, aj.).

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou samostatnými hospodářskými subjekty a mají smlouvy s příslušnými zdravotnickými pojišťovnami, u nichž jsou evidováni příslušní pacienti. Vlastnictví zdravotnických zařízení je soukromé nebo veřejné. Poskytovatelé zdravotnických služeb soutěží o pacienty, a proto jsou ve zdravotnických zařízeních vítanými klienty, protože každý pojištěný pacient při návštěvě zdravotnického zařízení s sebou přináší jisté finanční prostředky od pojišťovny. [8]

### **2.1.3. Tržní zdravotnictví**

Tržní zdravotnictví je nestátní pluralitní zdravotnictví, kdy stát financuje zdravotnické služby jen pro ty občany, kteří žijí pod hranicí životního minima a pro důchodce. Ostatní občané si musí sami a dle svých možností obstarat potřebné zdravotnické služby na trhu zdravotnických služeb. Velké podniky kupují pro své zaměstnance zdravotní pojištění, které však pracovník ztrácí se ztrátou zaměstnání u příslušného podniku. Tento systém se využívá hlavně v USA. U nás je v podstatě nepřijatelný z důvodů historických, etických, tak i politických. I v USA přináší tento model jistá úskalí. [8]

## **2.2 Systémy hodnocení výkonů ve zdravotnictví**

- Bodový systém – všechny zdravotnické výkony jsou ohodnoceny podle celkové náročnosti, materiálové náročnosti, podle stupně požadované kvalifikace personálu a oceněny určitým počtem bodů.
- Švýcarský model – v tomto modelu existuje několik zdravotních pojišťoven, které soutěží o pacienty. Tyto pojišťovny pak mohou nabízet různé sazby pojistného nebo různou nadstandardní péči aj. Pojištěnci jsou rozděleni podle druhu vykonávaného povolání a jeho rizikovosti z hlediska onemocnění, úrazu aj. do několika skupin.
- Singapurský model – v singapurském modelu jsou vedeny individuální zdravotní účty pro každého pojištěnce. Vyúčtování se provádí 1 krát ročně. Jsou

stanoveny horní a dolní hranice, při jejichž překročení se buď vrací část pojistného, nebo nastávají určité sankce.

- Britský model „kapitační platby“ – lékař uzavírá smlouvu s okresní správou na to, že bude ošetřovat určitý počet pacientů v jeho obvodu. Další léčení u odborných lékařů hradí sám praktický lékař ze svých příjmů, tj. z „kapitační platby“.
- Kombinovaná kapitačně výkonová platba „upravený britský systém“ – tento model představuje kombinaci kapitační platby (za pacienta) a platby za výkon. V ČR se uplatňuje zejména při odměňování praktických lékařů.
- Pokladenský systém – pacient platí přímo lékaři a sám účet předloží své pojišťovně.
- Systém limitované preskripce léků – výdej léčivého přípravku hrazeného z veřejných prostředků je vázán na odbornost lékaře (preskripční omezení), konkrétní onemocnění pacienta (indikační omezení), frekvenci preskripce, aj. Při porušení uvedených omezení pojišťovna úhradu za léky částečně nebo úplně zkrátí, byl-li lék uhrazen, náklady je povinen pojišťovně uhradit lékař.
- Dvousložkový systém – představuje platbu pacienta za běžné výkony a platbu pojišťovny za mimořádné úkony.

[9]

### 3. LÉKOVÁ POLITIKA

#### 3.1 Úvod do lékové politiky

Ve smyslu obecně akceptované koncepce Světové zdravotnické organizace je léková politika státu chápána jako organická součást zdravotní politiky státu.

Zdravotní politika jednotlivého státu představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin a populace dané země. Vedle koncepce zdravotnických služeb dané země zahrnuje i činnost dalších institucí, dobrovolných organizací a jednotlivců, které se týkají péče o zdraví.

[1]

Světová zdravotnická organizace definovala cíle národní zdravotní politiky jako výraz vůle pro:

- zlepšení zdravotní situace,
- stanovení priorit mezi těmito cíli,
- určení hlavních cílů k jejich dosažení.

Hlavními nástroji státu při realizaci cílů národní zdravotní politiky včetně politiky lékové jsou:

- systém zákonů, norem, normativů a standardů,
- finanční prostředky a způsoby jejich alokace,
- instituce, informace,
- vyjednávání s účastníky procesu zdravotní péče.

[10]

Cílem lékové politiky je zajištění účinných, bezpečných a kvalitních léčiv pro celou populaci v objektivně potřebném množství, za přijatelnou cenu a za sociálně přijatelných podmínek.

[12]

Na tvorbě národní lékové politiky všech průmyslově vyspělých zemí se podílí řada účastníků, a tak léková politika v demokratických zemích je mimo jiné výsledkem negociačních procesů, které více či méně uspokojují zájmy jednotlivých účastníků vyjednávacích procesů.

Mezi hlavní účastníky lékové politiky náleží stát prostřednictvím svých zákonodárných a exekutivních orgánů, regionální orgány státní moci a samosprávy, dále plátcí zdravotnických služeb (zdravotní pojišťovny), výrobci léků, distributoři, poskytovatelé zdravotní péče včetně farmaceutů a občané – jako uživatelé zdravotnických služeb.

[10]

Hlavní odpovědnost za tvorbu lékové politiky nese stát, který je odpovědný především za vytváření právního rámce, ve kterém jsou vymezeny základní funkce a operační prostor pro jednotlivé aktéry, kteří se na tvorbě zdravotnické politiky podílejí.

Pozorujeme-li obsah zdravotní politiky průmyslově vyspělých zemí, je zřejmé, že se soustřeďuje především na tyto oblasti:

- prostorovou a ekonomickou dostupnost potřebných léčiv,
- uvádění nových léků na farmaceutický trh a registrace léků,
- bezpečnost léčiv a kontrolu bezpečnosti,
- účinnost léčiv, bezpečnost léčiv,
- způsob cenotvorby léčiv hrazených z veřejných prostředků,
- způsob regulace výše úhrad,
- racionální preskripci a užívání léčiv,
- podporu výzkumu nových druhů léčiv,
- informační strategii ve vztahu k odborné i laické veřejnosti.

[10][11]

### **3.2 Léková politika v České republice**

Od roku 1989 nastal v ČR prudký vzrůst výdajů na léčiva, který vedl k přijetí opatření, které by objem výdajů na léky udrželo pod kontrolou. Kontrola výdajů na léky se stala jedním z ústředních problémů lékové politiky v ČR.

[10]

#### **3.2.1 Základní legislativní normy**

Obecný právní rámec pro realizaci lékové politiky v ČR vytvářejí především tyto legislativní normy:

- Ústavní principy a Listina základních práv a svobod.
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů
- Zákon FS ČSSR č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění – (důležitá změna zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů)
- Zákon ČNR č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění se všemi změnami a doplňky
- Zákon ČNR č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně se všemi změnami a doplňky a Zákon ČNR č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách se všemi změnami a doplňky

### 3.3 Souhrn současných trendů v lékové politice v evropských zemích

Obecné trendy lékové politiky v zemích Evropské unie lze shrnout v těchto bodech:

- Ve všech zemích se od devadesátých let minulého století až po dnešek realizují reformy, které mají racionalizovat spotřebu léčiv hrazených z veřejných prostředků, tyto reformy jsou permanentní a reagují na nově vzniklé problémy.
- Všechny země usilují o to, udržet tempo růstu výdajů na léky v „rozumných mezích“ ve vztahu k růstu HDP, tento podíl kolísá v různých zemích od 1 do 3%.
- Velká pozornost je věnována především bezpečnosti a účinnosti nových léčiv přicházejících na trh.
- Regulační strategie zaměřená na tlumení temp růstu výdajů na léčiva se v jednotlivých zemích liší a je mixem nástrojů regulujících poptávku po léčivích financovaných z veřejných zdrojů a nabídku léčiv.
- V regulačních opatřeních má významnou úlohu stát a státem vytvořené instituce pověřené schvalováním nově zaváděných léčiv na trh a ekonomickými důsledky vyplývajícími ze zavádění nových léčiv.
- Regulační opatření se v různé míře týkají všech účastníků zdravotní péče, tzn. producentů léčiv, poskytovatelů péče, plátců i občanů.
- Operativní opatření realizovaná na brzdění výdajů léčiv v některých zemích se sice ukázala krátkodobě účinná (1 až tři roky), ale z dlouhodobého hlediska se jeví málo účinná.
- Součástí lékové politiky všech zemí je zachovat dostupnost životně důležitých léčiv pro potřebné pacienty.
- Problémem všech zemí je způsob financování mimořádně drahých léčiv založených na nových technologiích.
- Problém ekvity při indikaci léčivých přípravků je sice proklamován, ale v praxi není beze zbytku realizován.
- Pozornost je věnována rovněž měření účinnosti farmakoterapie ve vztahu k indikátorům populačního zdraví (střední délka života, standardizovaná specifická úmrtnost aj.).

[10]

### 3.4 Národní systémy cen léčivých přípravků a úhradový systém

Na trhu s léčivy na jedné straně platí vztahy mezi nabídkou a poptávkou, na straně druhé je téměř ve všech zemích tento trh regulován vládními intervencemi. Je tomu tak

proto, že léčiva patří mezi druhy komodit, které mají řadu specifík. K nim především náleží:

- užitnou hodnotu léčiva pro jednotlivce (pacienta, klienta) není u mnoha léčiv schopen posoudit konečný spotřebitel – léčený pacient, ale o této užité hodnotě rozhoduje jiný subjekt – ošetřující lékař,
- přínos (užitná hodnota) určitého léku pro pacienta je v mnoha případech obtížně měřitelný a přínos může být v konkrétním případě dokonce problematický, ordinovaný lék může pacientovo zdraví poškodit,
- ve všech zemích EU je velký podíl léčiv hrazen z veřejných prostředků, a v systému hrazení zdravotní péče je nutno na straně nabídky a poptávky vytvořit určitou dlouhodobou rovnováhu.

Na straně poptávky jsou tři odlišné skupiny aktérů: lékaři, pacienti a plátcí zdravotnických služeb.

Lékaři předepisují velkou část běžných léčiv. Hlavním zájmem lékařů je docílení prospěchu pro léčené pacienty. Lékaři jen nevýznamně ovlivňují změny v cenách léčiv, významně však mohou ovlivnit spotřebu jednotlivých druhů léků, a jsou proto pod určitým přímým nebo nepřímým tlakem producentů léčiv a regulátorů spotřeby zdravotnických služeb.

Pacienti jsou sice konečnými spotřebiteli léčiv a měli by mít z užívaných léčiv největší prospěch, ale v reálných podmínkách všech současných zdravotnických systémů mají pacienti velmi malou možnost podílet se na rozhodování o výběru léku pro léčbu nemoci, kterou trpí.

Plátce usiluje zejména o to, aby náklady na léčiva byly v souladu s příslušnými rozpočty a aby nebyly překračovány částky vynakládané na léčiva. K tomu se využívá různých regulačních opatření zaměřených na lékaře a pacienty, ale také na producenty a distributory léčiv. [10]

### **3.4.1 Způsoby konstruování národních cen léčiv a hlavní typy úhradových systémů léčiv v zemích EU**

Systémy stanovení cen léčiv a úhradové systémy jsou zpravidla konstruovány tak, aby nebyl překročen celkový limit vyčleněný z veřejných zdrojů na léčiva, případně mohou být cíleně zaměřeny na určitou skupinu léčiv nebo jednotlivé léky.

V zásadě se používají dva způsoby k ovlivňování cen léčiv a výše úhrad:

- Intervence všeobecného charakteru,

- Specifické metody kontroly cen farmaceutických produktů.

K metodám všeobecného charakteru náleží především smluvní systémy a systém povinného snížení cen stanovených produktů. Povinného snižování cen se dociluje právními nástroji.

Systém kontraktů je založen na tom, že veřejní plátcí dohodnou s producenty a velkodistributory léčiv celkový objem prodeje, který bude v daném roce dodán na trh. Předmětem smluv může být také míra dosahovaného zisku. V případě, že na trh léčiv je dodán větší objem léčiv v porovnání s kontrahovaným objemem, musí příslušný dodavatel částku, o kterou bylo kontrahované množství překročeno, vrátit zpět do rozpočtu plátce zdravotnických služeb. Tento způsob je uplatňován např. ve Francii, Španělsku, Spojeném království.

Systém povinného snižování cen léčiv je občas používán v některých zemích EU, především ve Spojeném království, Francii, Itálii, Španělsku, Belgii. Snížení cen se dociluje legislativními nástroji, rozsah jednorázového snížení kolísá mezi 3 až 10 %. (v ČR od 1.1.2010 snížení cen o 7 %)

Mezi specifické metody kontroly cen náleží:

- Stanovení pevných cen pro léčiva nově uváděná na trh,
- Metody „náklady-účinnost“
- Schéma tzv. „referenčních cen“.
- Opatření směřující k posílení preskripce generických léčiv.
- Systémy „pozitivních“ a „negativních listů“

[5][10]

Většina zemí EU má stanoveny postupy pro kalkulaci cen nových léčiv hrazených z veřejných prostředků. Tyto ceny jsou výsledkem jednání mezi kompetentními zástupci státu, producenty nových léčiv, velkodistributory léčiv, plátcí zdravotnických služeb a některými dalšími představiteli – účastníky procesu poskytování zdravotní péče. Váha jednotlivých účastníků při rozhodování o konečné ceně pro spotřebitele je v různých zemích různá. Jde o proces podobný tomu, který je v ČR označován pojmem „kategorizace léčiv“.

Metoda „náklady účinnost“ je založena na tom, že účinnost a cena nově registrovaného léku se porovnává s účinností a cenou léčivých přípravků, které jsou již v dané době na trhu. K tomu se používá řady specifických metod, které jsou podrobněji

popsány, např. v práci Práznovcové a Strnada (2005). Nejčastěji se v praxi používá těchto ukazatelů:

- koeficient nákladnosti DDD (definovaná denní dávka) ve vztahu k nejlevnějšímu léčivu se stejnou účinnou látkou, který je na trhu léčiv,
- marginálních nákladů souvisejících s dosažením vyššího léčebného efektu,
- ukazatele NNT (number needed to treat), tento ukazatel vyjadřuje, kolik pacientů třeba léčit, aby se u 1 pacienta ze souboru léčených dosáhlo požadovaného léčebného efektu.

Smyslem této metody je určit reálný přínos inovačních produktů pro pacienty. V některých zemích je tato metoda závaznou součástí registračního procesu při uvádění nových léčiv na trh. [10]

Velkého rozšíření v zemích EU dosáhl systém stanovení referenčních cen.

Systém referenčních cen vznikl v Německu v roce 1989 a v současné době je založen na těchto principech:

- jednotlivé produkty jsou rozděleny do podskupin s „podobnými“ terapeutickými účinky léčiv,
- referenční cena je maximálně hrazená cena léčiva v dané podskupině,
- referenční cena je odvozena jako určitá statistická charakteristika (minimum, medián, průměr, aj.) podle rozdělení cen producentů léků, kteří daný produkt nabízejí,
- producenti léčiv mají volnost při nabízení cen léčiv,
- v případě, že cena výrobce je vyšší než cena referenční (hrazená z veřejných zdrojů), rozdíl hradí pacient. [1][10]

Systém referenčních cen je hojně využíván nejen v Německu, ale také v Nizozemsku (od roku 1991), Švédsku (1993), Dánsku (1993) a v dalších zemích EU.

Je nutno rozeznávat „interní“ systém referenčních cen od „externího systému“.

Interní systém se týká porovnávání léčiv v téže skupině v určité zemi, zatímco při externím systému jde o porovnávání referenční ceny určitého léku mezi zeměmi.

Podpora preskripce generických léčiv má význam tam, kde je na trhu dostatečný počet generických léčiv odpovídajících svými léčebnými výsledky originálním léčivům a současně jsou generická léčiva alespoň o 20 až 30 % levnější v porovnání s cenami originálních léčiv. Ukazuje se, že pokud je cena generických léčiv v porovnání s originálními léčivy nižší pouze o 10 či méně procent, lékaři i pacienti dávají přednost originálním léčivům.



Systémy „pozitivních“ i „negativních“ listů léčiv jsou taxativním výčtem léčiv, která mohou být předepisována lékaři, aniž je třeba předběžného souhlasu plátce léčiva, nebo naopak, v případě negativních listů, lék může být předepsán jen v případě, kdy jeho použití bylo předem schváleno kompetentním orgánem. Pozitivních a negativních listů se v některých zemích využívá jak na úrovni celostátní, tak především v nemocnicích.

[10]

## 4. REGULAČNÍ OMEZENÍ

### 4.1 Regulační omezení

Několik let se ukazuje, že klíčové řešení způsobu zvyšování účinnosti a ekonomické efektivity zdravotnického systému je nutno hledat především v opatřeních, která mají ovlivnit poptávku po zdravotnických službách, spíše než přímo v regulování nabídky zdravotnických služeb. K omezení poptávky různé země používají často rozdílné prostředky. K nejrozšířenějším způsobům omezování spotřeby léčiv náleží [3]:

- Zavedení různých poplatků za předepsaný recept nebo výdej léku,
- Zavedení nebo zvyšování spoluúčasti pacientů na léčiva hrazená z veřejných prostředků,
- Stanovení limitů pro lékaře na léky hrazené z veřejných zdrojů,
- Indikační omezení vázané na odbornost lékaře,
- Stanovení pozitivních nebo negativních seznamů léčiv,
- Opatření zaměřená na odstranění polypragmazie,
- Omezování registrace přípravků v případě, že pro danou indikační skupinu existují na trhu léčiv obdobné nebo levnější přípravky,
- Přehodnocování sortimentu volně prodejných léků,
- Podpora primární prevence a zvyšování zdravotního uvědomění obyvatel,
- Podpora samoléčby lehkých poruch zdraví. [3][10]

Z obecného hlediska můžeme různá opatření zaměřená na snížení spotřeby léčiv zařadit do dvou základních strategických postupů:

První z nich spočívá v přímém ovlivnění pacientů i lékařů k racionálnímu chování při spotřebě léčiv hrazených z veřejných prostředků, při zachování určité volnosti lékařů zvolit pro léčené pacienty vhodný léčivý prostředek.

Druhá strategie spočívá v začlenění lékařů do řídicích struktur zdravotnického systému takovým způsobem, aby nesli přímou odpovědnost za dodržení rozpočtu výdajů na zdravotnické služby na příslušné lokální úrovni a aby usilovali o kompromis mezi disponibilními medicínskými intervencemi, jejich účinností a ekonomickou efektivitou. [10]

Regulační systémy v takových zemích, jakými jsou Francie, Itálie a Španělsko, se soustřeďují na strategii prvního typu, zatímco Velká Británie a Německo upřednostňují druhý přístup.

Ve Francii, Itálii, Španělsku, Portugalsku a v některých dalších zemích EU jsou přísně vymezeny a kontrolovány podmínky pro vyjednávání o zařazování léčiv do kategorie léčivých přípravků hrazených z veřejných prostředků, ve Velké Británii a Německu je větší důraz kladen na dodržení rozpočtů a nikoli na jednotlivé léčivé přípravky a jejich ceny.

Obě intervenční strategie používané na straně poptávky po lécích by měli racionalizovat spotřebu léciv, na druhé straně by však v žádném případě neměli omezit dostupnost potřebných farmakoterapeutických intervencí pro občany, a to i pro ty, jejichž platební možnosti jsou omezeny. Vyhovět tomuto požadavku je velmi obtížné a všechny země EU řeší situaci rozdílně, s ohledem na svůj ekonomický potenciál, demografické a sociální faktory. Různé návrhy, které jsou předkládány z různých zemí EU příslušné komisi expertů EU, svědčí o roznosti představ ovlivňování poptávky po lécích a způsobech tvorby cen léciv pro konečné spotřebitele i o různých metodách, se kterými se přistupuje k úhradám léciv z veřejných zdrojů. [10]

#### 4.2 Lékové regulace ve vybraných zemích

Přehled lékových regulací ve vybraných evropských zemích je uveden v tabulce č. 1. Srovnávání zahraničních cen léků pro stanovení výše úhrad ve vybraných zemích, včetně zemí referenčních je obsahem tabulky č. 2.

Tabulka č. 1: Lékové regulace v evropských zemích

	Seznam léků		Srovnávání cen		Snížení cen generik	PCA
	pozitivní	negativní	zahraničí	vnitřní RC		
Rakousko	+		+		46 %	+
Belgie	+		+	+	26 %	+
Dánsko	+		+	+		
Finsko	+		+			
Francie	+				30 %	+
Německo		+		+		
Itálie	+		+	některé	20 %	
Nizozemí	+		+	+		+
SR	+		+	+		
ČR	+		+	+		
Španěl.	+		+	některé		+
Švédsko			+			
V. Británie		+				

**RC: referenční ceny, PCA: price-volume agreement (vyšší cena, ale omezený počet léků do země)**

Zdroj: PharmDr. Josef Suchopár, Inphopharm a.s.

[11]

Tabulka č. 2: Srovnávání zahraničních cen léků pro určení úhrad ve vybraných zemích

	Referenční země	Výpočet
Řecko	Nejnižší v 15 EU, nyní na průměr 3 nejnižších v EU	Nejnižší
Irsko	Dán, Fr, SRN, Niz, V.Brit.	Průměr
Nizozemí	Belg, Fr, SRN, V.Brit.	Průměr
Portugal.	Fr, It, Šp	Průměr
Slovinsko	Fr, SRN, It	85% z průměru
Švédsko	Dán, SRN, Fin, Niz, Nor, Švýc	Nižší nebo rovno

Zdroj: PharmDr. Josef Suchopár, Inphopharm a.s.

[11]

#### 4.2.1 Německo

Hlavními regulačními prvky, které se zde používají, jsou:

- zadržování růstu nákladů na léčiva,
- zvyšování spoluúčasti pacientů na úhradách léčiv,
- preskripční omezení pro lékaře,
- zavedení systému referenčních cen,
- stanovení stropu na rozpočet léčiv.

#### System referenčních cen

Tento systém převzali od Německa i jiné země a upravili si jej na své podmínky.

Referenční ceny byly definovány:

- pro léky obsahující totožnou substanci,
- pro léky s podobnými substancemi,
- pro léky s porovnatelnou účinností.

Na vytváření cen se podílejí dvě instituce reprezentující fondy nemocenského pojištění. Federální výbor lékařů a nemocenských fondů je pověřen klasifikací léčiv do jednotlivých podskupin. Federální asociace nemocenských fondů je pověřena stanovením cen jednotlivých léků a aktualizací příslušných ceníků.

Zavedení referenčních cen vedlo k snížení cen léčiv, které byly nad úroveň referenčních cen, farmaceutické firmy na to reagovaly ale tak, že zvýšily ceny léčiv nezařazených v seznamu referenčních léků. Přesto nemocenské fondy udávají, že zavedení referenčních cen vedlo k úsporám ve výši 9 % nákladů na léky.

Pro pacienty mělo zavedení referenčních cen dva důsledky. Pokud si pacient vybral lék do výše referenční ceny, byl osvobozen od doplatků, a naopak požadoval-li lék jiný, který není v seznamu zařazen, doplatek, který musel pacient uhradit, byl vyšší. Doplatky za léky se v průběhu let několikrát změnily. O účinnosti systému referenčních cen pro snižování nákladů na léky svědčí mimo jiné i to, že zatímco v době zavedení systému v roce 1989 objem léčiv s referenčními cenami činil pouze 15 % na trhu prodávaných léčiv, v roce 1992 to bylo již 30 % a v roce 1997 60 %.

Další opatření směřující k utlumení výdajů na léčiva hrazená z veřejných zdrojů směřovala k usměrnění preskripční praxe lékařů. Od roku 1994 do roku 1997 byli lékaři v západní i východní části Německa povinni dodržovat vrchní limity rozpočtu vyčleněného na léky. To se začalo projevovat především v tom, že lékaři začali v daleko větší míře předepisovat pacientům generická léčiva a snížil se rovněž počet předepsaných receptů o více než 11 %.

Komplexem opatření zahrnujících zvýšení spoluúčasti pacientů na hrazení léčiv, zavedením referenčních cen, zmrazením cen nově zaváděných léků a snížením cen léků, které byly delší dobu na trhu, se podařilo redukovat výdaje na léčiva hrazené z veřejných fondů o 18,8 %. Uvádí se, že tohoto snížení bylo docíleno z 60 % změnami v preskripční praxi lékařů. [10][11]

#### **4.2.2 Nizozemí**

Léky jsou zde rozděleny do tří kategorií (tzv. annexů):

Annex 1A – zahrnuje přípravky se stanovenou referenční úhradou. Tyto přípravky jsou rozděleny do „clusterů“. Maximální úhrada představuje cenu produktu těsně pod aritmetickým průměrem všech přípravků v clusteru (včetně generik). Rozdíl maximální úhrady a ceny doplácí pacient.

Annex 1B – zahrnuje „unikátní“ přípravky, které jsou hrazeny ve výši doporučené výrobcem. Od roku 1993 takto byly zařazovány zcela nové přípravky na dosud neléčitelné nemoci, jen pokud byla prokázána jejich efektivita farmakoekonomickými studiemi.

Annex 2 – zahrnuje pouze léky hrazené za určitých podmínek:

Pacient s určitou závažnou chorobou či v individuálních případech má nárok na plně hrazený lék, pouze je-li předepsáno specialistou. [11]

### 4.2.3 Švédsko

Ve Švédsku se používá frančíza. Pacienti platili za veškeré léky v roce 2007 pouze do 900 SK/12 měsíců, nad 900 SK jim vznikl nárok na úhradu, která činila v rozmezí:

900 – 1700.....50%

1701 – 3300.....75%

3301 – 4300.....90 %

Nad 4 300 SK: Měli pacienti nárok na plnou úhradu léků.

Od poplatku byly osvobozeny inzulíny. Podobnou frančízu zavedli též v Dánsku, další země plánují, (podobnou frančízu navrhl v ČR ministr zdravotnictví Ivan David, po zveřejnění byl odvolán z funkce). [11]

### 4.2.4 Francie

Je zemí „procentní úhrady“ – léky se člení do tří skupin s úhradou (100 %, 65 % a 35 %). [11]

### 4.2.5 Finsko

Od roku 2003 je zde povinná generická substitute, pokud lékař či pacient záměnu nezakáže.

Národní léková agentura eviduje seznam kolem 220 léčivých látek (2007), v rámci kterých je třeba záměny provádět (celkem 2043 přípravků, což představuje 37 % všech přípravků na trhu) a přípravků. Ze substitute byly vyřazeny některé skupiny, např. antiarytmika, antiepileptika, antipsychotika, protože farmakodynamické vlastnosti se mohou u generických ekvivalentů mírně lišit a u výše zmíněných skupin léčiv by mohli nežádoucím způsobem ovlivnit výsledek léčby.

- Záměna za levnější (pro tento účel je definován cenový koridor).
- V roce 2007 byly dosaženy úspory 28,8 mil. EURO.

Důsledkem generické substitute výrobci léčiv snížili ceny, aby jejich přípravek nebyl zaměňován. [10][11]

## 4.3 Cenotvorba a stanovení výše úhrady v ČR

### 4.3.1 Klasifikace léků v ČR podle cenotvorby

V ČR se dělí léky do tří skupin dle úhrady: léky s maximální cenou, léky s věcně usměrněnou cenou a léky bez cenové regulace.

#### Léky s maximální cenou - hrazené léky

Dříve maximální cenu navrhl výrobce, ministerstvo financí ji následně posoudilo. Mezi nevýhody patřilo byrokratické řízení, neexistence srovnání se zahraničím, existovalo pouze srovnání s podobnými přípravky v ČR.

Od 1. 1. 1998 je maximální cena určována z průměrné ceny téhož přípravku ve vybraných referenčních zemích EU (země „referenčního koše“ - se srovnatelnou paritou kupní síly), referenčními státy jsou Estonsko, Francie, Itálie, Litva, Maďarsko, Portugalsko, Řecko, Španělsko (změna referenčních států se provádí vždy vyhláškou ministerstva zdravotnictví).

Stanovení maximální ceny provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále SÚKL) dle pravidel stanovených § 39a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, znění platné od 1. 1. 2008.

Postup stanovení maximální ceny:

- maximální cenu navrhuje výrobce (tedy cenu, za kterou ji prodává distributorovi)
- maximální cenu schválí SÚKL jako průměr cen výrobce přípravku v zemích „referenčního koše“ (není-li tam - výrobce může povolit užít cenu generika); přípravek musí být alespoň ve 3 zemích, nelze-li splnit, pak se použije průměr tří nejnižších cen výrobce v ostatních státech EU, nelze-li splnit, určí se z ceny výrobce nejbližšího terapeuticky porovnatelného léčivého přípravku, který je dostupný v ČR. [11]

Při vstupu prvního generika musí být maximální cena nejméně o 20 % nižší než cena originálního LP v ČR, od 1. 1. 2010 platí změny („Janotův balíček“) z oblasti stanovení cen a úhrad, které by měli zajistit pokles ceny a úhrady při vstupu prvního generika o 25% (oproti původním 20 %) a nově o dalších 10 % při vstupu druhého generika. Vše je doprovázeno podmínkou, že úhrada se takovému generiku přizná a snížení se provede pouze tehdy, zaváže-li se držitel registrace dodávat léčivý přípravek po dobu 12 měsíců a dosáhnout 3% podílu na trhu. U této podmínky ale není jasné, komu se má držitel zavázat a jaké mu hrozí sankce. [5]

Léky s věcně usměrněnou cenou - individuálně připravované léky

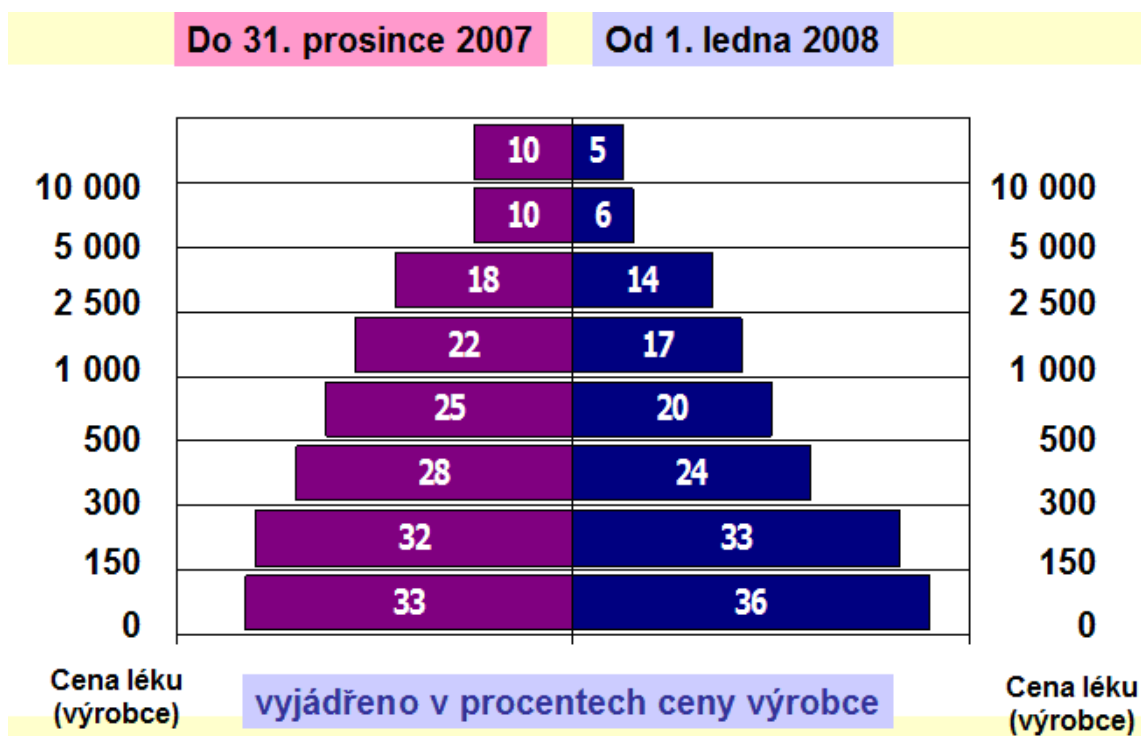
Léky bez cenové regulace – nehrazené, spíše výjimky

[11]

#### 4.3.2 Obchodní přírážka

Obchodní přírážka (marže) představuje odměnu (zisk) za distribuci, výdej nebo prodej léčivého přípravku. V ČR se používá diferencovaná maximální obchodní přírážka „degresivní marže“, která se připočte k maximální ceně léčivého přípravku. Maximální obchodní přírážka je po dohodě rozdělena mezi distributora a lékárnou. Od 1. 1. 2008 byla změněna výše obchodní přírážky, která je uvedena v grafu č. 1.

Graf č. 1: Výše obchodní přírážky v ČR



Zdroj: PharmDr. Josef Suchopár, Inphopharm a. s.

[11]

#### 4.3.3 Úhrady léků v ČR od 1. 1. 2008

Podmínky a výši úhrady v ČR vymezují tyto právní předpisy:

Zákon č. 48/1997 Sb. – o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

Vyhláška 384/2007 Sb. – o referenčních skupinách v platném znění



Vyhláška č. 92/2008 Sb. - o stanovení seznamu zemí referenčního koše, způsobu hodnocení výše, podmínek a formy úhrady léčivých přípravků a náležitostech žádosti o stanovení výše úhrady v platném znění. [11]

Stanovení úhrad je v kompetenci SÚKLu, dále ministerstva zdravotnictví. V současné době je z 14000 registrovaných léčiv přibližně 8000 s cenou a kolem 6000 s úhradou (z toho 1700 s plnou úhradou).

V ČR platí zásada, že ze zdravotního pojištění se nehradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely:

- podpůrné a doplňkové
- jejichž používání je z odborného hlediska nevhodné
- nemají dostatečné důkazy o terapeutické účinnosti, nebo
- nesplňují podmínky účelné terapeutické intervence [16]

#### **4.3.4 Princip stanovování referenčních úhrad v ČR**

- Ministerstvo zdravotnictví uspořádalo přípravky do skupin podle srovnatelného klinického efektu = referenční skupina.
- Byl stanoven porovnávací ekvivalent (DDD, tbl. či jinak).
- Zákonem byla stanovena pravidla pro výši úhrady. Nejlevnějšímu LP v kterémkoli státě EU je přiznána základní úhrada.
- Jednotlivé přípravky mohou mít: bonifikaci (za bezpečnost, terapeutickou účinnost,..) nebo (vyšší) úhradu pro vybrané diagnózy. [11]

Dále musí být vyhověno podmínce, kdy 300 skupin léčivých látek definovaných dle ATC v příloze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, má z každé skupiny nárok na plnou úhradu alespoň 1 lék. [16]

#### **4.3.5 Další regulační omezení v ČR**

##### **4.3.5.1 Preskripční omezení**

Zdravotnické zařízení (dále lékař) smí předepisovat léčivé přípravky v souladu s preskripčním omezením své odbornosti. Omezení se týká pouze léků s úhradou zdravotní pojišťovny. Pokud lék není hrazen ze zdravotního pojištění, preskripční omezení neplatí, kromě léčivých přípravků s léčivou látkou, která je uvedena v seznamu

psychotropních nebo omamných látek zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách v platném znění. [16]

#### **4.3.5.2 Indikační omezení**

Lékař smí předepisovat léčivé přípravky povolené pro příslušnou diagnózu.

Kontrolu provádí revizní lékař zdravotní pojišťovny, pokud prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost (indikační, preskripční omezení) vyúčtování zdravotní péče, pak zdravotní pojišťovna takovou péči neuhradí. Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek v rozporu s podmínkami stanovenými v rozhodnutí o výši a podmínkách úhrady a zdravotní pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takový léčivý přípravek zdravotnickým zařízením, kde byl léčivý přípravek předepsán. Dodržování indikačního a preskripčního omezení nemusí příslušná lékárna kontrolovat.

[16]

#### **4.3.5.3 Revizní lékař**

Oprávnění revizních lékařů vymezuje § 42 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.

Revizní lékaři posuzují oprávněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků.

Hlavní činnost revizního lékaře:

- Kontrolní
- Schvalovací a povolovací – zejména léky a zdravotnické prostředky - § 16 schválí jinak nehrazenou péči: není-li možná jiná terapie

Do února 2005 mohl revizní lékař schválit částečně hrazené léky k vyšší úhradě. [11]

#### **4.3.5.4 Finanční limity pro lékaře**

Finanční limity pro lékaře vychází z průměrných nákladů na jednoho pojištěnce pro tutéž odbornost lékaře v ČR. Lékař nesmí překročit své loňské náklady na jednoho pojištěnce. Za překročení dle procent následují sankce a musí být vždy lékařem zdůvodněno (možné kontroly provádí revizní lékař). [11]

Vyhláška č. 550/2005, ve znění vyhlášky 101/2006, platnost od 1. 4. 2006, regulace nákladů na léky a zdravotnické prostředky stanoví finanční srážku, viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Finanční srážka za překroční nákladů pro lékaře

Náklady	Finanční srážka
Do 101%	0
101 – 105 %	20 % z překročení
105 – 110 %	40 % z hodnot 105 – 110 %
Nad 110 %	Celá částka přesahující 110 %

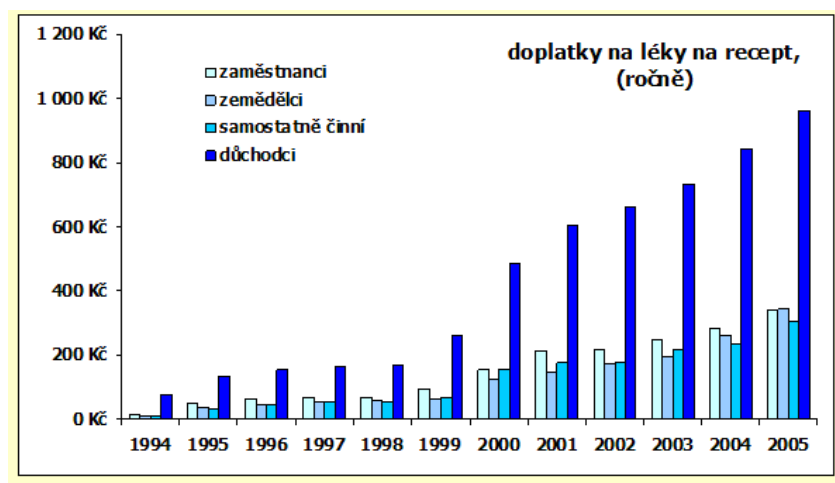
Zdroj: PharmDr. Josef Suchopár, Inphopharm a. s.

[11]

#### 4.3.5.5 Vyšší spoluúčast pacienta

Vyšší spoluúčast motivuje pacienta k vyšší compliance (v tomto případě menší plýtvání s léčivými přípravky a dodržování dávkovacího schématu). Plně hrazené léky pacient často nedoužívá a vrací zpět do lékárny, viz praktická část. Spoluúčast pacienta v ČR neustále stoupá, viz graf č. 2.

Graf č. 2: Vývoj doplatků na léky předepsané na recept v ČR v období let 1994-2005 (průměrné roční výdaje na osobu)



Zdroj: Český statistický úřad

#### 4.3.5.6 Generická substituce v ČR

Generická substituce je záměna léčivého přípravku při výdeji lékárníkem za jiný léčivý přípravek se stejnou účinnou látkou a ve stejné lékové formě. Pokud lékárník změní sílu léčivého přípravku, upraví dávkování.

V České republice vymezuje zákon č. 378/2007 Sb. o léčivu v platném znění generickou substituci jako:

Vyznačí-li lékař na receptu, že trvá na vydání předepsaného léčivého přípravku, může lékárník vydat jen tento. V ostatních případech informuje pacienta o možných

(levnějších) alternativách k vydávanému přípravku a s jeho souhlasem je oprávněn zaměnit předepsaný léčivý přípravek za jiný, který je:

- shodný z hlediska účinnosti a bezpečnosti
- obsahuje stejnou účinnou látku
- se stejnou cestou podání
- ve stejné lékové formě

[15]

## II. EKONOMICKÉ UKAZATELE

### 5. VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ

#### 5.1 Přehled výdajů na zdravotnictví v ČR 2000 - 2007

Velikost veřejných výdajů je možné posuzovat z několika hledisek, podle:

- Absolutní velikosti v Kč
- Podílu na HDP
- Vztaženo na jednoho občana v Kč

Pro účel této práce bude nadále věnována zvýšená pozornost zejména rychlosti vývoje absolutní velikosti výdajů na zdravotnictví. Podíl výdajů na zdravotnictví vztaženo k HDP, bude využit především v mezinárodním srovnání. Celkové výdaje na zdravotnictví tvoří dvě hlavní složky: veřejné a soukromé výdaje.

Přehled výdajů na zdravotnictví v ČR od roku 1995 do 2008 je uveden v tabulce č. 4. Údaje uvedené pro rok 2008 jsou předběžné, skutečná výše bude zveřejněna ve zdravotnické ročenke ČR 2009. [18]

Vývoj struktury financování zdravotnictví je obsahem grafu č. 3.

Tabulka č. 4: Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 1995-2008

	Rok						
	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Veřejné výdaje</b>							
absolutně (v mil. Kč)	93 309	132 962	184 825	191 356	197 027	206 565	219 119
na 1 obyvatele (v Kč)	9 032	12 943	18 108	18 698	19 191	20 011	21 009
podíl na HDP (v %)	6,36	6,07	6,57	6,41	6,11	5,84	5,93
<b>Soukromé výdaje</b>							
absolutně (v mil. Kč)	9 355	13 873	24 445	27 418	29 783	35 370	43 526
na 1 obyvatele (v Kč)	905	1 350	2 395	2 679	2 901	3 426	4 174
<b>Celkové výdaje</b>							
absolutně (v mil. Kč)	102 664	146 835	209 270	218 774	226 810	241 935	262 645
na 1 obyvatele (v Kč)	9 938	14 294	20 503	21 377	22 092	23 437	25 182
podíl na HDP (v %)	7,00	6,71	7,43	7,33	7,04	6,84	7,12

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2008

[18]



v tabulce č. 6. V roce 2008 představovaly náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 193,7 mld. Kč (tj. 88,8 % celkových veřejných výdajů). V porovnání s rokem 2003 vzrostly náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o 33,1 %. Nárůst nákladů zdravotních pojišťoven se liší dle jednotlivých segmentů. Na ambulantní péči celkem je nárůst nákladů od roku 2003 do 2008 41,8 %, u praktických lékařů činí nárůst 38 %, u specializované ambulantní péče 63,4 %. Nárůst nákladů ústavní péče (především nemocniční péče) činí 46,1 %. Minimální nárůst je u nákladů za léky vydané na recept, přírůstek činí pouze 1,5 %.

[18]

Tabulka č. 5: Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR dle vybraných segmentů v letech 2003-2008

Rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Náklady celkem	145,5	156,3	163,9	167,6	181,4	193,7
Ambulantní péče celkem	33,97	36,24	37,86	39,6	43,43	48,16
Péče praktických lékařů	7,36	7,48	7,61	8,2	8,59	10,16
Specializovaná ambulantní péče	10,92	11,62	12,4	13,99	15,91	17,84
Ústavní péče	67,88	72,22	76,54	83,69	92,38	99,18
Léky vydané na recept	32,27	35,78	37,18	33,94	33,57	32,75

Zdroj: Zdravotnické ročenky ČR 2003 až 2008, vlastní tvorba [18]

Tabulka č. 6: Přehled růstu výdajů zdravotních pojišťoven v ČR dle segmentů 2003-2008

Rok	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2008/2003
Náklady celkem	+7,4%	+4,9%	+2,3%	+8,2%	+6,8%	<b>+33,1%</b>
Ambulantní péče celkem	+6,7%	+4,5%	+4,6%	+9,7%	+10,9%	<b>+41,8%</b>
Péče praktických lékařů	+1,6%	+1,7%	+7,8%	+4,8%	+18,3%	<b>+38%</b>
Specializovaná ambulantní péče	+6,4%	+6,7%	+12,8%	+13,7%	+12,1%	<b>+63,4%</b>
Ústavní péče	+6,4%	+6%	+9,3%	+10,4%	+7,4%	<b>+46,1%</b>
Léky vydané na recept	+10,9%	+3,9%	<b>-8,7%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>-2,4%</b>	<b>+1,5%</b>

Zdroj: Vlastní tvorba

Z tabulek je patrný rychlejší růst nákladů zdravotních pojišťoven za specializovanou ambulantní péči. Od roku 2005 začal postupný pokles nákladů za léky vydané na recept z 37,18 mld. (2005) na 32,75 mld. (2008).

### 5.3 Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví

V mezinárodním srovnávání zdravotnictví po ekonomické stránce se často užívá ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP). Ze

zdrojů mezinárodní databáze OECD Health Data 2009 čerpá tabulka č. 7, která v tomto ukazateli srovnává Českou republiku s dalšími členskými zeměmi OECD. [18]

Tabulka č. 7: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu

Stát	State	Rok Year					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	7,1	7,4	7,2	7,1	6,9	6,8
Belgie	<i>Belgium</i>	9,0	10,2	10,5	10,3	10,0	10,2
Dánsko	<i>Denmark</i>	8,8	9,3	9,5	9,5	9,6	9,8
Finsko	<i>Finland</i>	7,8	8,1	8,2	8,5	8,3	8,2
Francie	<i>France</i>	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0
Irsko	<i>Ireland</i>	7,1	7,3	7,5	7,3	7,1	7,6
Itálie	<i>Italy</i>	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7
Maďarsko	<i>Hungary</i>	7,6	8,3	8,0	8,3	8,1	7,4
Německo	<i>Germany</i>	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,8
Norsko	<i>Norway</i>	9,8	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9
Polsko	<i>Poland</i>	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4
Portugalsko	<i>Portugal</i>	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9	.
Rakousko	<i>Austria</i>	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,1
Řecko	<i>Greece</i>	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Slovensko	<i>Slovakia</i>	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7
Spojené království	<i>United Kingdom</i>	7,6	7,8	8,1	8,2	8,5	8,4
Španělsko	<i>Spain</i>	7,3	8,1	8,2	8,3	8,4	8,5
Švédsko	<i>Sweden</i>	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1
Švýcarsko	<i>Switzerland</i>	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,8
Austrálie	<i>Australia</i>	8,6	8,5	8,8	8,7	8,7	.
Japonsko	<i>Japan</i>	8,0	8,1	8,0	8,2	8,1	.
Kanada	<i>Canada</i>	9,6	9,8	9,8	9,9	10,0	10,1
USA	<i>USA</i>	15,1	15,6	15,6	15,7	15,8	16,0

Zdroj: OECD Health data June 2009, ÚZIS [17]

V uvedeném srovnávání zjednodušeně platí, že ekonomicky vyspělejší země vykazují obvykle i vyšší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP. Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice se v posledních letech pohybuje kolem 7 %, v roce 2007 představoval 6,8 %. [18]

Ze zdrojů mezinárodní databáze OECD Health Data 2007 čerpá tabulka č. 8, která srovnává Českou republiku s dalšími členskými zeměmi OECD v roce 2007 podle



zdrojů financování jako % z celkových výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD. [17]

Tabulka č. 8: Výdaje na zdravotnictví v roce 2007 podle zdrojů financování

Země	Country	Veřejné výdaje / Public expenditure			Soukromé výdaje Private expenditure
		veřejné výdaje celkem public expenditures total	z toho / of which		
			veřej. zdrav. pojištění public health insurance	veřejné rozpočty public budgets	
Česká republika	Czech Republic	85,2	76,9	8,3	14,8
Belgie	Belgium	-	60,4	11,9	-
Dánsko	Denmark	84,5	0	80,2	15,5
Finsko	Finland	74,6	14,5	60,1	25,4
Francie	France	79,0	73,8	5,2	21,0
Irsko	Ireland	80,7	0,6	80,1	19,3
Itálie	Italy	76,5	0,1	76,4	23,5
Lucembursko <sup>1)</sup>	Luxembourg <sup>1)</sup>	90,9	70,3	20,6	9,1
Maďarsko	Hungary	70,6	58,2	12,4	29,4
Německo	Germany	76,9	67,8	9,0	23,1
Nizozemsko	Netherlands	-	69,5	5,3	-
Norsko	Norway	84,1	12,0	72,1	15,9
Polsko	Poland	70,8	58,6	12,3	29,1
Portugalsko <sup>1)</sup>	Portugal <sup>1)</sup>	71,5	0,8	70,7	28,5
Rakousko	Austria	76,4	44,8	31,6	23,6
Řecko	Greece	60,3	31,2	29,1	39,7
Slovensko	Slovakia	66,8	60,1	6,8	33,2
Spojené království	United Kingdom	81,7	-	81,7	18,3
Španělsko	Spain	71,8	5,1	66,7	28,2
Švédsko	Sweden	81,7	-	81,7	18,3
Švýcarsko	Switzerland	59,3	42,8	16,5	40,7
USA	USA	45,4	12,7	32,7	54,5

<sup>1)</sup> Údaj za 2006

<sup>1)</sup> Data for 2006

Zdroj: UZIS

[17]

Z tabulky vyplývá, že v ČR je nejnižší podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví (14,8%) z porovnávaných zemí (vyjma Lucemburska 9,1% - r. 2006).

#### 5.4 Objem a spotřeba léčiv v ČR

Významný podíl výdajů na zdravotnictví představují výdaje za léčiva. Údaje o spotřebě léčiv jsou čerpány z podkladů Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Vývoj v distribuci léčivých přípravků za rok 2008 byl ovlivněn několika faktory. Jedním z nich bylo zavedení nového systému stanovování maximálních cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a výše a podmínek úhrady z veřejného zdravotního

pojištění, který je od 1. 1. 2008 plně v kompetenci SÚKLu. Dalším faktorem bylo nabytí účinnosti zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů k 1. 1. 2008, kterým se stanovila výše regulačních poplatků. V roce 2008 bylo v České republice dodáno do lékáren, zdravotnických zařízení a prodejcům vyhrazených léčiv 317,7 milionů balení léčivých přípravků, což ve srovnání s rokem 2007 znamená pokles o 7,42 %, a je to nejnižší počet balení za posledních 12 let. Ve finančním vyjádření se jedná o 72,75 miliardy Kč. Oproti roku 2007 finanční výdaje na léčivé přípravky vzrostly o 8,32 %. Průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku pro konečného spotřebitele se zvýšila ze 195,80 Kč v roce 2007 na 229 Kč v roce 2008, což představuje 17% nárůst (ze zprávy SÚKL „Hodnocení vývoje distribuce léčivých přípravků za rok 2008“).

[18]

#### 5.4.1 Objem distribuovaných léčivých přípravků

Uvedená data jsou pouze ilustrační, vyjádření objemu distribuovaných léčivých přípravků v ČR je prakticky nemožné, uvedená data vychází z údajů zveřejněných SÚKLe. SÚKL do celkové spotřeby léčiv zahrnuje veterinární léčiva, vzájemné obchodování mezi distributory, dále léky vyvezené do zahraničí a doplatky pacientů i spotřebu volně prodejných léků. Údaje SÚKLu (např. spotřeba 64,9 miliard korun v roce 2005) tak nemohou plnohodnotně vypovídat o skutečné spotřebě léčiv v zemi. IMS Health odhadla absolutní hodnotu spotřeby léků v ČR v roce 2005 celkem na 41,5 miliard korun.

[20]

Objem distribuovaných léčivých přípravků v Kč v ČR vzrostl od roku 2000 do roku 2007 o 75%. Rostl (2000 – 2007) rychleji než velikost veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR 55,4% a celkových výdajů na zdravotnictví v ČR 64,8 %. Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v ČR je uveden v tabulce č. 9.

[18]

Tabulka č. 9: Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků

	Rok						
	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Počet balení (v mil.)	330,31	331,49	338,77	368,96	320,01	343,12	317,66
Kč (v mld.)	25,44	38,38	56,99	64,89	58,97	67,16	72,75
DDD (v mil.)	3 386,87	4 323,87	4 552,19	5 085,47	4 686,04	5 345,87	5 028,45
DDD/1000/d	898,2	1 152,6	1 221,4	1 363,2	1 252,4	1 423,7	1 327,1

Od roku 2003 vč. nová číselná řada SÚKL s upravenou metodikou DDD.

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2008

[18]

Z tabulky č. 9 je patný růst velikosti objemu distribuovaných léčivých přípravků v ČR vyjádřený v Kč od roku 1995 z 25,22 mld. na 72,75 mld. (r. 2008) při neměnném počtu balení na farmaceutickém trhu okolo 330 mil. balení. Objem vyjádřený v DDD také od roku 1995 stoupá z 3386 milionu na 5026 milionu DDD.

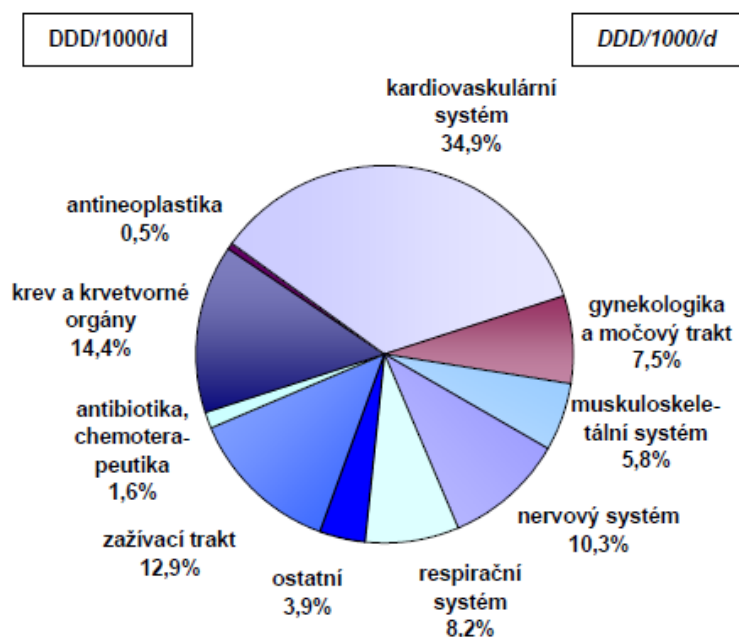
#### 5.4.2 Struktura distribuovaných léčivých přípravků

Pro analýzu struktury distribuovaných léčivých přípravků se nejčastěji používají dvě vyjádření:

- DDD/1000/d – definovaná denní dávka na 1000 obyvatel za jeden den.
- Kč – finanční vyjádření v Kč

Struktura distribuovaných léčivých přípravků je uvedena v grafu č. 4 podle metodiky DDD/1000/d a v grafu č. 5 podle metodiky vyjádření v Kč. [14]

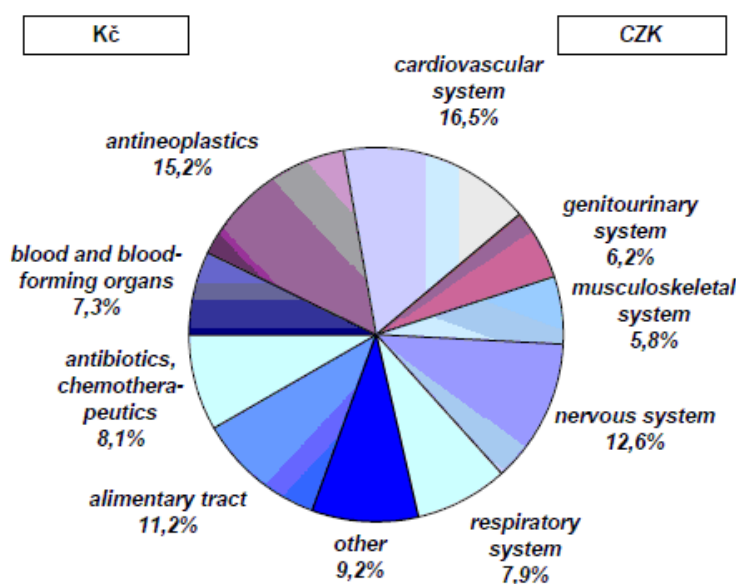
Graf č. 4: Struktura distribuovaných léčivých přípravků DDD/1000/d



Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2008

[18]

Graf č. 5: Struktura distribuovaných léčivých přípravků



Členění léčiv podle ATC skupin (WHO)

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2008

[18]

Z grafů č. 5 a č. 6 je patrné, že největší objem podle klasifikace DDD/1000/d zaujímaly v roce 2008 léky ze skupiny kardiovaskulárních léčiv 34,9 %. Léky ze skupiny antineoplastik představovali pouze 0,5 %, ale jejich objem činil 15,2 % z celkového objemu vyjádřeného v Kč. Objem léků ze skupiny kardiovaskulárních léčiv přitom činil pouze 16,9 % z celkového objemu vyjádřeného v Kč.

### 5.5 Mezinárodní srovnání spotřeby léčiv

Navzdory častým tvrzením je v České republice podíl celkových výdajů na léky v porovnání s výdaji na zdravotnictví zhruba stejný jako např. v Itálii či Španělsku. V roce 2003 činil podle údajů OECD 21,9 %. V porovnání s jinými zeměmi střední a východní Evropy, které vykazují obdobně relativně nižší mzdové náklady a tedy náklady na práci lékařů, vydává na léky ve srovnání s výdaji na zdravotnictví dokonce mnohem méně: v Maďarsku tvoří podíl výdajů na léky 27,6 %, v Polsku 30,3 % a na Slovensku 38,5 % (r. 2003). Lze očekávat, že s dalším růstem finančního ohodnocení poskytování zdravotní péče se podíl výdajů na léky v ČR ještě sníží.

Přehled spotřeby léčiv v paritě kupní síly (PPP) na 1 obyvatele ve vybraných zemích OECD v roce 2007 je obsahem přílohy.

[17]

### III. PRAKTICKÁ ČÁST

## 6. ANALÝZA OBJEMU VRÁCENÝCH LÉKŮ DO LÉKÁRNY

### 6.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je odhad výše úhrad zdravotních pojišťoven za vrácené léky pacienty do lékáren v ČR za rok 2009 a ověření předpokladu plýtvání s léky, které jsou plně hrazeny zdravotními pojišťovnami.

### 6.2 Metodika výzkumu

Sběr dat probíhal v Lékárně ZDRAVÍ Mohelnice Mgr. Helena Kulinová (dále lékárna Z, fotografie viz příloha č. 3) od 1. 7. 2009 do 31. 12. 2009. Jedná se o lékárnu „základního typu“ s třemi magistry, jednou laborantkou a jednou sanitářkou. V primární fázi byl sepsán seznam vrácených nespotřebovaných léčivých přípravků, které byly odevzdány pacienty do lékárny k následné likvidaci. Z důvodu korektnějšího finančního vyjádření objemu úhrad zdravotních pojišťoven za vrácené léky byly do seznamu zaznamenávány pouze kompletní („neotevřená“) balení léčivých přípravků, volně prodejná léčiva se zanedbatelnou úhradou byla z výzkumu vyloučena, z důvodu existence povinnosti lékárenských zařízení vybírat regulační poplatky, pro pacienty je v tomto případě výhodnější lék zakoupit bez receptu. Souběžně byl zaznamenán počet balení s uplynulou dobou použitelnosti. V sekundární fázi byla vyjádřena výše úhrad zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2009 dle platného číselníku VZP, který stanovuje výši úhrady pro konkrétní léčivé přípravky. Odhadovaná velikost úhrady zdravotních pojišťoven za vrácené léky v ČR v roce 2009 byla určena jako dvojnásobek velikosti půlroční výše úhrad za vrácené léky (v lékárně Z) vynásobené celkovým počtem lékáren včetně OOVL (odloučené oddělení výdeje léčiv) v ČR za rok 2008 (2566 zařízení). Údaje za rok 2009 v době přípravy této práce nebyly zveřejněny.

Pro ověření možného plýtvání s léky bez doplatku, byly porovnány poměry vrácených balení léků s uplynulou dobou použitelnosti k celkovému počtu vrácených balení léků ze skupiny statinů a všech vrácených léků. Léky ze skupiny statinů byly vybrány k tomuto účelu, protože jsou určeny k léčbě vysoké hladiny cholesterolu v krvi a nedodržování dávkovacího schématu pacient subjektivně nepozná. Všechny vrácené statiny byly do 31. 12. 2009 bez doplatku. Práce si klade za cíl ověřit předpoklad, že

pokud budou pacienti se statiny plýtvat více, než je obvyklé u ostatních skupin léků, budou léky vracet ve zvýšené míře až po uplynutí expirační doby. Při běžném dávkování (20mg atorvastatinu nebo symvastatinu jedenkrát denně) přesahuje cena léků na tři měsíce 500 Kč.

### **6. 3 Výsledky výzkumu**

Celkový přehled vrácených léků do lékárny Z včetně výše úhrady zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2009 je uveden v tabulce č. 10. Přehled struktury vrácených léků dle expirační doby je obsahem tabulky č. 11.

Tabulka č. 10: Vrácené léky včetně úhrad v lékárně Z za období 1.7.2009 – 31.12.2009

Název balení	počet ks	úhrada ks [Kč]	úhrada celkem [Kč]
Accuzide 30 tbl.	2	109,8	219,6
Actrapid penfill	4	806,25	3225
Aerius 120 ml	1	52,92	52,92
Afonillum SR 100x250 mg	2	123,43	246,86
Agapurin SR 100x400 mg	1	117,2	117,2
Alerid 20 tbl.	1	88,2	88,2
Amprilan 10x30 tbl.	1	175,89	175,89
Analergin 50 tbl.	1	220,5	220,5
Anopyrin 100x60 tbl.	3	30	90
Anopyrin 30x20 tbl.	3	7,12	21,36
Apo-acebutol 30x400mg	1	101,1	101,1
Apo-amlo 5x100 tbl.	1	431	431
Apo-glimep 100x3 mg	1	460,5	460,5
Apo-ome 100x20 mg	4	603	2412
Apo-parox 100x20 mg	1	1002	1002
Atenolol AL 25x30 tbl.	2	25,9	51,8
Atoris 20x30 tbl.	4	281,1	1124,4
Atoris 20x90 tbl.	3	843,3	2529,9
Atorvastatin rat. 30x20 mg	1	281,1	281,1
Atrovent inh sol	3	175,99	527,97
Atrovent N	1	175,99	175,99
Aulin 30 tbl.	1	85,65	85,65
Berodual N	4	205,33	821,32
Caltrate plus 30 tbl.	16	95,7	1531,2
Cardiket ret 120x30 tbl.	3	233,4	700,2
Cefzil 250x10 tbl.	2	192,9	385,8
Concor 5 mg	3	50,55	151,65
Coryol 3,125 mg	1	28,95	28,95
Coxtral 30 tbl.	1	85,65	85,65
Cynt 0,3 mg	3	154,2	462,6
Deoxymykoin 10 tbl.	1	36,7	36,7
Digoxin 0,125 mg	3	19,87	59,61
Enap H 30 tbl.	1	104,7	104,7
Enelbin 100x100 tbl.	1	130,5	130,5
Entizol 250x20 tbl.	1	29,68	29,68
Euthyrox 100 Rg	1	87,56	87,56
Fenistil gtt.	1	41,75	41,75
Fromilid 500x14 tbl.	1	354,48	354,48
Furon 50x40 mg	1	39,5	39,5
Giovax 50x90 tbl.	3	427,5	1282,5
Glimepirid rat 3x30 tbl.	1	138,15	138,15
Glymexan 2x120 tbl.	2	492	984
Glyvenol	9	83,1	747,9
Godasal 100x50 tbl.	1	25	25
Gyno-pevaril 50 mg	1	170,32	170,32
Helicid 20x14 tbl.	1	84,42	84,42
Helicid 20x28 tbl.	1	168,94	168,94
Hipress 5x30 tbl.	1	129,3	129,3
Hypotylin	7	32,4	226,8

Zdroj: Vlastní tvorba

Tabulka č. 10: Vrácené léky včetně úhrad v lékárně Z za období 1.7.2009 – 31.12.2009 (2. část)

Název balení	počet ks	úhrada ks [Kč]	úhrada celkem [Kč]
Chlorprothixen 50 mg	11	39,95	439,45
Indometacin 50 sup.	5	16	80
Indometacin sup 100 mg	15	30,8	462
Insulatard penfill	5	806,25	4031,25
Kalium chloratum	1	35,83	35,83
Ketonal 100mg 12 sup.	1	65,2	65,2
Ketonal forte 20 tbl.	5	44,53	222,65
Klabax 500x14 tbl.	1	354,48	354,48
Klacid SR 14x500 mg	2	254,48	508,96
Lipantor 100x60 tbl.	2	288	576
Lokren 20x28 tbl.	8	94,36	754,88
Lomir 28x2,5 mg	3	45,22	135,66
Loradur mite	2	49	98
Lorista 100x28 tbl.	1	177,24	177,24
Lorista H 28 tbl.	2	150,64	301,28
Losartan rac 30x50 mg	1	142,5	142,5
Lozap 30x50 mg	7	142,5	997,5
Lusopress	5	120,68	603,4
Mabron ret 30x100 tbl.	1	169,6	169,6
Medostatin 20x100 tbl.	2	383	766
Medrol 4x30 tbl.	1	81,12	81,12
Melobax 15x30 tbl.	1	171,3	171,3
Metformin-Teva 850x60 tbl.	8	83,74	669,92
Milurit 100x50 tbl.	1	40,12	40,12
Mirzaten 30x30 tbl.	1	300,6	300,6
Mistabron	6	222,65	1335,9
Moduretic	2	29,4	58,8
Moex 7,5x30tbl.	1	90	90
Molsihexal ret 8x100 tbl.	2	185,96	371,92
Monotab SR 50 tbl.	1	213,75	213,75
Movalis 15x10 tbl.	2	57,1	114,2
Movalis 15x20 tbl.	1	114,2	114,2
Nebivolol sandoz 5 mg	2	42,84	85,68
Nimesil 30 susp.	1	85,65	85,65
Nitrofurantoin ret. Ratiopharm	1	88	88
Nitroglicerín	1	20,94	20,94
Ospamox1000x14 tbl.	1	110,72	110,72
Prednison 5 mg	3	26,33	78,99
Preductal MR	2	285,45	570,9
Prenessa 4 mg	5	142,8	714
Prestarium neo 30x5 mg	1	112,8	112,8
Propanorm 50x150 mg	9	156,25	1406,25
Prothasin	5	67	335
Protradon 10 tbl.	1	20,73	20,73
Ramipril act 2,5x30 tbl.	3	99	297
Sectral 400 mg	5	101,1	505,5
Sortis 20x30 tbl.	1	281,1	281,1
Sortis10x100 tbl.	1	725	725
Spasmed 5x30 tbl.	1	43,38	43,38

Zdroj: Vlastní tvorba



Tabulka č. 10: Vracené léky včetně úhrad v lékárně Z za období 1.7.2009 – 31.12.2009 (3. část)

Název balení	počet ks	úhrada ks [Kč]	úhrada celkem [Kč]
Symbicort 200 mg	2	1500	3000
Symvastatin Merck 20x100 tbl.	1	508	508
Tanakan 90 tbl.	4	82,8	331,2
Tanyz 0,4x100 tbl.	1	918	918
Tenormin100x28 tbl.	1	70,55	70,55
Torvacard 10x30 tbl.	1	217,5	217,5
Tralgit SR 100x30 tbl.	1	169,6	169,6
Tramal 20x50 mg	1	41,46	41,46
Tramal retard 100x10 tbl.	2	56,53	113,06
Triglyx 30x20 mg	1	281,1	281,1
Trimepranol 50x10 mg	1	30,41	30,41
Tritace 10x30 tbl.	2	175,89	351,78
Valsacor 80x28 tbl.	7	133	931
Vasexten 10x30 tbl.	1	129,3	129,3
Verospiron 100x25 mg	3	154,66	463,98
Xyzal 50 tbl.	1	220,5	220,5
Zaldiar 30 tbl.	1	136,8	136,8
Zodac 30 tbl.	1	132,3	132,3
Zodac 90 tbl.	1	396,9	396,9
Zovirax 200x25 tbl.	1	243,96	243,96
		<b>Celkem</b>	<b>51302,87</b>

Zdroj: Vlastní tvorba

Tabulka č. 11: Vracené léky dle expirační doby

	Léky s uplynulou expirační dobou	Celkem
Statiny	9 balení 69%	13 balení
Léky celkem	122 balení 41%	297 balení

Zdroj: Vlastní tvorba

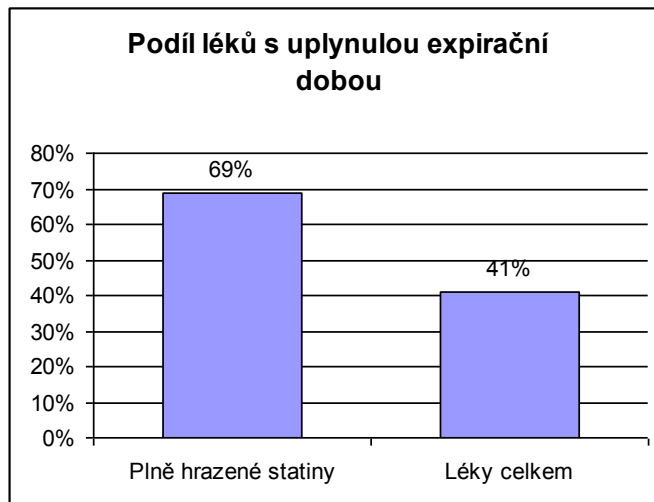
Celková výše úhrady zdravotních pojišťoven za vrácené léky do lékárny Z uvedené v tabulce č. 10 činí 51302,87 Kč. Z tohoto údaje byla určena hypotetická výše úhrady, která by za rok 2009 byla 102605,74 Kč. Dále byla určena celková výše hypotetické úhrady vrácených léků do lékáren v ČR ve výši 263milionů Kč.

Z přehledu struktury vrácených léků dle expirační doby uvedených v tabulce č. 11 je patrné, že poměr „prošlých“ balení statinů k celkově vráceným balením statinů je o 28 % vyšší než poměr celkově vrácených prošlých balení léků ke všem vráceným balením, z čehož vyplývá, že pacienti plýtvají se statiny více, než s ostatními léky.

#### 6. 4 Závěr a doporučení

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že pacienti více plýtvají s léky, na jejichž financování se nemusí spolupodílet, proto se na základě výzkumu vrácených léků dle expirační doby jeví vhodné doporučit zavedení nebo zvýšení spoluúčasti pacientů na hrazení vybraných skupin léčivých přípravků. Přehled je uveden v grafu č. 6: Podíl léků s uplynulou expirační dobou

Graf č. 6: Podíl léků s uplynulou expirační dobou



Zdroj: Vlastní tvorba

## 7. DISKUZE A ZÁVĚR

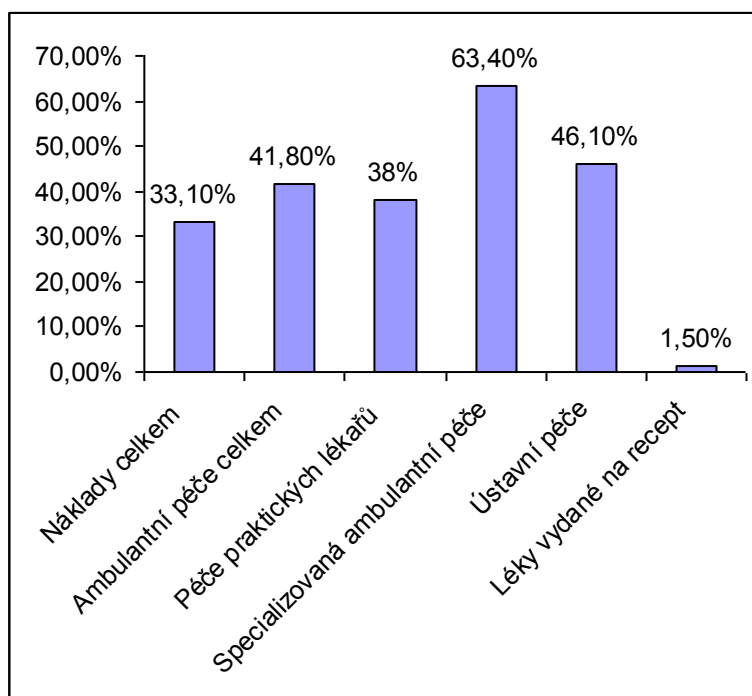
### 7.1. Zhodnocení vývoje výdajů na zdravotnictví a léčiva v České republice

Zjednodušeně platí, že ekonomicky vyspělejší země vykazují obvykle i vyšší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP. Pro ekonomicky vyspělejší země světa je obvykle také charakteristické uplatňování regulačních opatření, která mají za cíl udržet velikost veřejných výdajů na financování zdravotnictví v rozumných mezích. Česká republika není výjimkou.

Ve sledovaném období (2000 – 2007) se velikost podílu celkových výdajů za Zdravotnictví na HDP pohybovala okolo 7 % a veřejné výdaje okolo 6 %. Podrobný přehled je uveden v tabulce č. 4 (str. 37). Velikost veřejných výdajů na zdravotnictví vzrostla absolutně o 55,4 %.

Celkové výdaje zdravotních pojišťoven ve sledovaném období (2003 – 2008) se zvýšily absolutně o 33,1%, nejnižší nárůst zaznamenaly výdaje zdravotních pojišťoven na léčivé přípravky, které se zvýšily absolutně o 1,5%. Nejvyšší nárůst zaznamenaly výdaje na péči ambulantních specialistů nárůst o 63,4%. Přehled je uveden v grafu č. 7.

Graf č. 7: Nárůst nákladů zdravotních pojišťoven dle segmentů 2003 / 2008



Zdroj: Vlastní tvorba

Ve sledovaném období (2000 – 2007) se v ČR zvýšil podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví z 9,4 % (r. 2000) na 14,6 % (r. 2007), (14,8 % údaj WHO 2007). V mezinárodním srovnání za rok 2007 s devatenácti zeměmi světa dosáhlo nižšího podílu soukromých výdajů na financování zdravotnictví pouze Lucembursko (9,1 % údaj za rok 2006), podrobný přehled je obsahem tabulky č. 8 (str. 41).

## **7.2. Výsledky analýzy vrácených léků**

Cílem výzkumu bylo odhadnout výši úhrad zdravotních pojišťoven za vrácené nespotřebované léky, které odevzdali pacienti zpět do lékáren v ČR a prověřit předpoklad vyššího plýtvání s plně hrazenými léky. Výzkum proběhl v Lékárně ZDRAVÍ, Okružní 10, Mohelnice od 1. 7. 2009 do 31. 12. 2009.

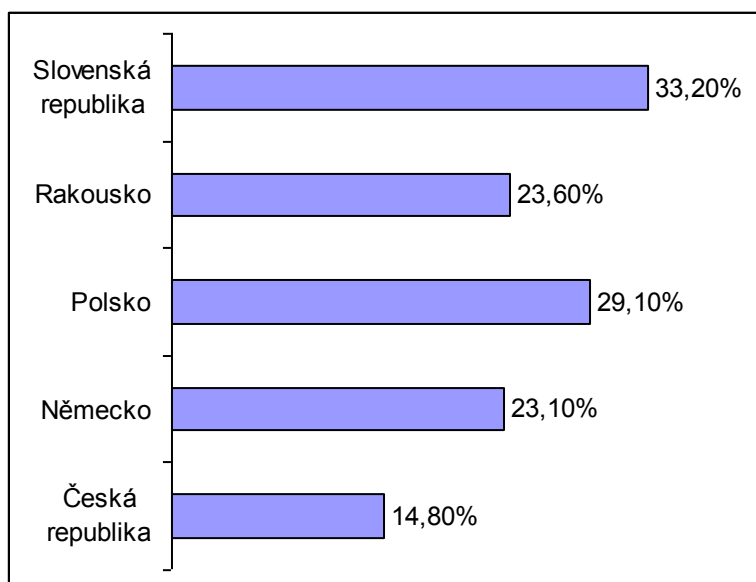
V Lékárně ZDRAVÍ pacienti odevzdali léky, jejichž úhrada by k 31. 12. 2009 činila 51302 Kč. Odhadovaná výše úhrad za vrácené léky pacienty zpět do lékáren v ČR za rok 2009, vyjádřeno k 31. 12. 2009 je 263 milionů Kč, tj. 0,8 % veřejných výdajů na léky v ČR.

Z výzkumu je patrná vyšší četnost plýtvání pacientů s léčivy plně hrazenými z veřejného zdravotního pojištění. Z tohoto pohledu je proto vhodné doporučit zavedení spoluúčasti pacientů u plně hrazených léčiv nebo nutné zdůraznit význam regulačních poplatků u této skupiny léčiv.

### 7.3. Závěrečné shrnutí diskuse

Celkové výdaje na zdravotnictví budou v ČR i nadále stoupat, mezi hlavní důvody lze zařadit stárnoucí populaci, technologický rozvoj společnosti a stoupající incidence zhoubných onemocnění, která vyžadují nákladnou terapii. Vlivem aplikace regulačních omezení klesne podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví a vzroste podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví, který byl v roce 2007 14,8 %. Z výsledků mezinárodního srovnání s devatenácti vybranými zeměmi dosáhlo nižšího podílu pouze Lucembursko (2006). Velikost soukromých výdajů na financování zdravotnictví v ČR se pravděpodobně přiblíží sousedním zemím, přehled je uveden v grafu č. 8. Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví ČR a okolní země.

Graf č. 8: Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví ČR a okolní země



Zdroj: Vlastní tvorba

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Gladkij, I., Strnad L.: Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví, UP 2002, ISBN 80 – 244 – 0500 – 8
- [2] Hájek, L.: Ekonomie a národní hospodářství. HK, FŘIT, Gaudeamus 1998, 2002
- [3] Kavanos, P.: Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe 2002, Edition. Scrip. Reports. PJB Publ 2002
- [4] Kotlářová, J., Král, K.: Farmacie v ČR po roce 1989, 1. vydání, Praha, Karolinum 1999
- [5] Mádl, M.: Časopis českých lékárníků, 2009 / 12.
- [6] Mossalios E.: Regulating expenditure on medicines in the European Union, In: Saltmar RB, et al. Critical challenges for health care reform in Europe, Aldershot, Ashgate 2002.
- [7] OECD Health Data 2003 - 2007
- [8] Peková, J., Pilný, J., Jetmar, J.: Veřejná správa a finance veřejného sektoru, ASPI 2005, ISBN 80 – 7357 – 052 – 1
- [9] Pilný, J.: Ekonomika veřejného sektoru, Pardubice 2007, 978 – 80 – 7395 – 021 – 7 – 55 – 796 – 07
- [10] Práznovcová, L., Strnad, L.: Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a zemích EU, Maxdorf 2005, ISBN 80 – 7345 – 075 – 5
- [11] Suchopár, J., Infopharm a. s. podklady pro výuku sociální farmacie FAF UK HK, Hradec Králové 2008
- [12] Švihovec, J, Suchopár, J.: Nejde jen o zajištění léčiv a hledání úspor, Zdravotnické noviny 2002 / 9.
- [13] Vlček, J., Dalecká, R.: Vybraná farmaceutická odvětví, Professional Publishing 2004, (ISBN: 80 – 86419 – 69 – 1)
- [14] Vlček, J., Dalecká, R.: Základy farmakoepidemiologie, farmakoekonomiky, Remedia 2005, ISBN: 80 – 903555 – 0 – 1
- [15] Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivu
- [16] Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
- [17] Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích 2002 – 2008 ÚZIS ČR
- [18] Zdravotnická ročenka ČR 2002 – 2008, ÚZIS ČR
- [19] <http://www.zentiva.cz/default.aspx/cz/specialist/generics> (cit. 2010 – 04 – 17)
- [20] [http://www.edukafarm.cz/clanek\\_tisk.php?id=501](http://www.edukafarm.cz/clanek_tisk.php?id=501) (cit. 2010 – 04 – 11)
- [21] [http://cs.wikipedia.org/wiki/Anatomicko-terapeuticko-chemick%C3%A1\\_klasifikace\\_l%C3%A9k%C4%8Diva](http://cs.wikipedia.org/wiki/Anatomicko-terapeuticko-chemick%C3%A1_klasifikace_l%C3%A9k%C4%8Diva) (cit. 2010 – 04 – 12)
- [22] AISLP 2009.4 (automatický informační systém léčivých přípravků)

## PŘÍLOHY

**Příloha č. 1:** Spotřeba léčiv v \$ v paritě kupní síly (PPP) na 1 obyvatele ve vybraných zemích OECD v roce 2007

Země	Country	Spotřeba léčiv na 1 obyvatele v \$ v paritě kupní síly Consumption of pharmaceuticals in \$ PPP per capita	Spotřeba léčiv na 1 obyvatele v \$ v paritě kupní síly (ČR = 100) Consumption of pharmaceuticals in \$ PPP per capita (CR = 100)
Česká republika	Czech Republic	457	100
Lucembursko	Luxembourg	263	58
Portugalsko	Portugal	303	66
Slovensko	Slovakia	314	69
Nizozemsko <sup>1)</sup>	Netherlands <sup>1)</sup>	322	70
Finsko	Finland	342	75
Španělsko	Spain	346	76
Německo	Germany	352	77
Spojené království	United Kingdom	365	80
Itálie	Italy	372	81
Maďarsko <sup>1)</sup>	Hungary <sup>1)</sup>	388	85
Švédsko	Sweden	393	86
Dánsko	Denmark	406	89
Norsko	Norway	407	89
Švýcarsko	Switzerland	443	97
Francie	France	448	98
Island	Iceland	453	99
Belgie	Belgium	568	124
Řecko	Greece	970	212

<sup>1)</sup> Údaj roku 2006

<sup>1)</sup> Data for 2006

PPP: v přepočtu dle kupní síly - s ohledem na cenovou hladinu v dané zemi

Zdroj: ÚZIS

[17]

**Příloha č. 2:** Extrémní případ vrácených léků do lékárny

Obrázek č. 1 a obrázek č. 2, motivovaly autora k tvorbě této práce. Odevzdal je do lékárny pacient v říjnu 2008 po úmrtí rodičů, kteří tyto léky nikdy neužívali.

Obrázek č. 1: Vrácené léky pacientem, říjen 2008



Zdroj: Vlastní tvorba

Obrázek č. 2: Vrácené léky pacientem, říjen 2008 (b)



Zdroj: Vlastní tvorba



**Příloha č. 3: Lékárna ZDRAVÍ, Okružní 10, Mohelnice**

Obrázek č. 3: Lékárna ZDRAVÍ



Zdroj: Vlastní tvorba

Obrázek č. 4: Lékárna ZDRAVÍ, oficína



Zdroj: Vlastní tvorba