

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
FAKULTA ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ

Spotřeba humánních léčivých přípravků
v České republice

Rigorózní práce v oboru:

Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Zpracovala: Mgr. Marie Brandejsová, Ph.D.

Datum odevzdání: 29.7. 2011

ABSTRACT

The Czech Republic is in the field of health protection bound by the Charter of Fundamental Rights and Freedoms, which is a part of the Constitutional System of the Czech Republic. Among other things the Constitutional System guarantees a right to health to everyone. According to the World Health Organization, drugs are included among the most effective interventions to increase human health. Nowadays, medical products are an important measure for influencing the quality of human life. In economically developed countries, where the level of health care corresponds to the modern medical standards, drugs consumption is influenced by a broad range of demographic, economic and social health factors. Projects based on an analysis of relationship between different determinants and indicators of health status can represent a means and method to improve population health. Presented research work focuses on the consumption of drugs and, in particular on factors that affect human behavior and the indicators that characterize it according to basic indications. To achieve this objective, the research is based on the theoretical materials on the topics related in a broader context to the consumption of drugs. The research also includes data about real consumption of medical products in the Czech Republic. The data are compared with the ones from selected European countries and are further discussed. All data are collected for 2009, further for the period from 2000 to 2009 and then compared by the status in 2009 compared to 2000. Based on the objectives of the text qualitative and quantitative research of secondary data analysis is used. Research presented in this study aims to improve the development of drug policy in the Czech Republic.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma Spotřeba humánních léčivých přípravků v České republice vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Dále prohlašuji, že v souladu s ustanovením § 47b zákona č. 111/1997 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 29.7. 2011

.....

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 ZDRAVÍ.....	8
1.1.1 <i>Definování zdraví</i>	8
1.1.2 <i>Determinanty zdraví</i>	8
1.1.3 <i>Ukazatele zdraví</i>	10
1.1.4 <i>Podpora zdraví a prevence</i>	11
1.1.5 <i>Systém zdravotnictví</i>	13
1.2 KONCEPCE LÉKOVÉ POLITIKY	15
1.2.1 <i>Definování lékové politiky</i>	15
1.2.2 <i>Regulační a úhradový systém</i>	17
1.2.3 <i>Faktory spotřeby léčiv</i>	18
1.2.4 <i>Indikátory spotřeby léčiv</i>	19
1.2.5 <i>Význam farmakoekonomiky</i>	21
1.2.6 <i>Evropské trendy</i>	22
1.3 LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY	24
1.3.1 <i>Definování léčivého přípravku</i>	24
1.3.2 <i>Rozdělení léčivých přípravků</i>	25
1.3.3 <i>ATC klasifikace léčiv</i>	26
1.3.4 <i>Zacházení s léčivými přípravky</i>	27
1.3.5 <i>Používání léčivých přípravků</i>	28
1.3.6 <i>Distribuce léčivých přípravků</i>	29
1.3.7 <i>Zneužívání léčivých přípravků</i>	30
1.4 DOPORUČENÍ SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	33
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	33
3 METODIKA	34

4	VÝSLEDKY	36
4.1	VYBRANÉ FAKTORY SPOTŘEBY LÉČIV	36
4.1.1	<i>Demografické ukazatele.....</i>	36
4.1.2	<i>Systém zdravotnictví</i>	38
4.1.3	<i>Ukazatele zdravotní péče</i>	40
4.2	VYBRANÉ INDIKÁTORY SPOTŘEBY LÉČIV	44
4.2.1	<i>Celková spotřeba léčiv.....</i>	44
4.2.2	<i>Trávicí trakt a metabolismus</i>	46
4.2.3	<i>Krev a krvetvorné orgány</i>	48
4.2.4	<i>Kardiovaskulární systém.....</i>	50
4.2.5	<i>Dermatologika</i>	52
4.2.6	<i>Urogenitální trakt a pohlavní hormony.....</i>	54
4.2.7	<i>Systémová hormonální léčiva</i>	56
4.2.8	<i>Antiinfektiva pro systémovou aplikaci</i>	58
4.2.9	<i>Cytostatika a imunomodulační léčiva.....</i>	60
4.2.10	<i>Muskuloskeletární systém</i>	62
4.2.11	<i>Nervový systém</i>	64
4.2.12	<i>Antiparazitika, insekticidy a repelenty.....</i>	66
4.2.13	<i>Respirační systém</i>	68
4.2.14	<i>Smyslové orgány</i>	70
4.2.15	<i>Různé přípravky.....</i>	72
4.2.16	<i>Souhrn ATC skupin</i>	74
5	DISKUSE.....	79
6	ZÁVĚR	86
7	SEZNAM LITERATURY.....	89
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	92
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	93
10	PŘÍLOHY.....	94

ÚVOD

V životě každého člověka je zdraví považováno za jednu z nejvýznamnějších hodnot a v celé historii lidstva má tento pojem svůj zvláštní význam. Česká republika je při ochraně zdraví vázána Listinou základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky a zaručuje mimo jiné každému právo na ochranu zdraví. Světová zdravotnická organizace řadí k neúčinnějším intervencím v zájmu lidského zdraví léčivé přípravky¹, které jsou současně také důležitým nástrojem k ovlivňování kvality lidského života. V každé zemi ovlivňuje komplex mnoha demografických, ekonomických a sociálně zdravotních determinant celkovou spotřebu léčivých přípravků. Struktura jejich spotřeby je odrazem zdravotního stavu populace a výskytu nemocí.

V evropských zemích zaznamenávají náklady za léčivé přípravky v posledních letech postupný růst. Za příčinami zvyšování výdajů stojí mnoho faktorů. Významné jsou zejména změny v demografické struktuře obyvatel, kdy vlivem stárnutí obyvatelstva dochází k vyšší spotřebě zdravotní péče, tedy i k vyšší spotřebě léčiv, a dále také zavádění nových a často mnohem nákladnějších léků a technologií. V rámci změn v oblasti lékové politiky dochází proto v různé míře k regulaci spotřeby léčivých přípravků. Jednotlivé země používají kombinace různých metod zaměřených na nabídku i poptávku po léčivech, přičemž způsob regulace závisí především na uspořádání zdravotnického systému. V rámci probíhajících změn doporučuje Světová zdravotnická organizace při výběru léčivých přípravků, které jsou zařazovány na seznamy léčiv hrazených ze zdravotního pojištění, klást větší důraz na jejich měřitelný zdravotní přínos a sledovat, zda jsou jejich výsledky skutečně lepší než u jiných přípravků. Reálný dopad léčivého přípravku na lidské zdraví lze však posoudit teprve po několikaletém průběžném hodnocení.

V České republice se v současné době zaměřuje léková politika především na zpomalení růstu výdajů za léčivé přípravky a zabránění zvyšování podílu na léčiva v poměru k celkovým nákladům vynaloženým z veřejných zdrojů na zdravotní péči. Výzkum předkládané práce se zabývá spotřebou humánních léčivých přípravků v České republice, a to především faktory, které ji ovlivňují, a indikátory, jež ji charakterizují, a zmapováním spotřeby léčivých přípravků v základních skupinách podle indikací. Pro

¹ V práci je dále také používán pojem lék, léčivo, přípravek. (viz kapitola 1.3)

dosažení stanovených cílů jsou v rámci výzkumu shromážděny teoretické podklady o tématech souvisejících v širším kontextu se spotřebou léčiv a ve výzkumné části obsažena data o spotřebě léčivých přípravků, která jsou v rámci diskuse doplněna o porovnání s vybranými evropskými státy. Veškerá data jsou mapována za rok 2009, za období let 2000-2009 a porovnávána stavem v roce 2009 oproti roku 2000. Na základě stanovených cílů je v rámci práce použit kvalitativní a kvantitativní výzkum založený na sekundární analýze dat. Hlubší interpretaci získaných výsledků by bylo možné provést z pozice specialisty se znalostmi v konkrétním lékařském oboru. Výzkum předkládané práce je provedený za účelem přispění ke zkvalitnění rozvoje lékové politiky v České republice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdraví

1.1.1 *Definování zdraví*

Zdraví je považováno za jednu z podmínek optimální kvality života. Na základě tohoto předpokladu definovala Světová zdravotnická organizace zdraví jako: „schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“. (47) Česká republika je při ochraně zdraví vázána Listinou základních práv a svobod², která je součástí ústavního pořádku České republiky a zaručuje mimo jiné každému právo na ochranu zdraví. „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ (43) Světová zdravotnická organizace též definovala pojem zdravotního potenciálu, kterým se míní nejvyšší stupeň zdraví každého člověka, kterého může jednotlivec dosáhnout. Potenciál zdraví každého člověka je určován možností starat se o sebe a o druhé a jeho schopností samostatně se rozhodovat a uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit. Zdraví je tedy chápáno jako výsledek vztahů lidského organismu a řady sociálně ekonomických vztahů, fyzikálních, chemických i biologických faktorů, ale také jako výsledek způsobu života jedinců i sociálních skupin. (24)

1.1.2 *Determinanty zdraví*

Zdraví je ovlivňováno celou škálou zevních a vnitřních faktorů, které společně utvářejí zdravotní stav, pocit pohody a spokojenosti každého jednotlivce a určují délku i kvalitu života. (37) Determinanty zdraví lze definovat jako faktory osobní, společenské, ekonomické a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. Mezi základní determinanty zdraví jsou zařazeny: faktory prostředí, genetická výbava, životní styl, efektivita a kvalita zdravotní péče. Vliv takto

² Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění

definovaných determinant je kvantifikován tak, že genetický základ se podílí na zdravotním stavu populace asi z 10 - 15%, zdravotnictví z 10 - 15%, životní prostředí asi 20% a způsob života 50%. Jednotlivé determinanty zdraví jsou propojeny komplexem velmi složitých vztahů. Rozsah vlivu jednotlivých determinant a jejich vzájemné proporce se mění spolu s rozvojem lékařských věd i s novými možnostmi léčby a účinných intervencí do různých patogenetických procesů. (24)

Na základě výsledků mnoha epidemiologických a experimentálních studií stanovila Světová zdravotnická organizace žebříček faktorů životního prostředí, podmínek a způsobu života, které se nejčastěji vyskytují mezi příčinami úmrtí. Patří mezi ně: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, pracovní rizika, nedostatek zeleniny ve výživě, chudoba, nezaměstnanost, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu, přemíra živočišných tuků ve výživě a exhalace v ovzduší. Zdraví významným způsobem také ovlivňují sociální podmínky existence člověka ve společnosti a jeho duševní i fyzický vývoj. (37) Současně i vlivy životního prostředí jsou daleko intenzivnější, než tomu bylo dříve. Diskutovány jsou zejména klimatické změny, přítomnost alergenů a hormonů v přírodním prostředí, používání geneticky upravených potravin a přítomnost cizorodých látek v potravinových řetězcích, šíření nových infekčních onemocnění, hlučnost prostředí či kvalita pitné vody. (24)

Podle Světové zdravotnické organizace patří léčivé přípravky, pokud se užívají vhodným způsobem, k nejúčinnějším intervencím v zájmu lidského zdraví. (47) Cílem farmakoterapie je odstranit onemocnění, zabránit jeho akutnímu nebo chronickému vlivu na organismus či alespoň odstranit nebo zmírnit jeho symptomy s akceptovatelnou mírou rizika a dosáhnout, aby zvolená farmakoterapie byla akceptována nemocným. Farmakoterapie by měla zlepšovat tělesný, duševní a sociální komfort, případný léky navozený diskomfort by neměl být akceptován, pokud převáží nad léčebným efektem léčiva. Případná rizika farmakoterapie by tedy nikdy neměla převyšovat rizika související s neléčením choroby. (36)

1.1.3 Ukazatele zdraví

Sledování, analýza a vyhodnocování zdravotního stavu obyvatelstva, které se opírá o demografické i zdravotnické statistiky či výzkum, patří k nejdůležitějším úkolům veřejného zdravotnictví. Vedle struktury nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva může být sledován i jejich vývoj v čase. Důležité je také srovnání údajů o zdravotním stavu obyvatelstva mezi jednotlivými regiony nebo sociálními skupinami v rámci jednoho státu a také v mezinárodním měřítku. Srovnání těchto údajů ukazuje na nerovnosti ve zdraví a vede k hledání příčin existujících rozdílů.

Zdravotní stav obyvatelstva je možné popisovat pomocí celé řady demograficko-statistických ukazatelů, mezi které patří: celková úmrtnost, specifická úmrtnost, specifická úmrtnost podle příčin smrti, střední délka života, kojenecká úmrtnost, nemocnost podle jednotlivých diagnóz, specifická hospitalizace, incidence a prevalence. K doplnění statistických údajů je možné využívat výběrová šetření o zdravotním stavu, která se provádějí jak na národní, tak mezinárodní úrovni. Výběrová šetření umožňují sledovat různé charakteristiky zdravotního stavu podle socioekonomických determinant, zdravotní stav ve vztahu k rizikovým faktorům a ve vztahu k prevenci, nebo využívání zdravotní péče v závislosti na zdravotním stavu apod.. Vedle výběrových šetření existuje ještě další typ šetření o zdravotním stavu a to ten, kde respondenti zároveň procházejí lékařskou prohlídkou a subjektivní hodnocení zdravotního stavu je doplněno také objektivními charakteristikami na základě lékařského vyšetření.

Vývoj zdravotního stavu je ovlivňován řadou faktorů. Některé z nich mají příznivý dopad na zdraví, jiné ovlivňují zdravotní stav negativně. S tím, jak se rozvíjí medicínské poznání, medicínské technologie včetně objevů účinných léků a uplatňování preventivních opatření, se postupně mění obraz zdravotního stavu obyvatelstva, postupně ubývá infekčních onemocnění a dochází k vzestupu tzv. civilizačních chorob. Koncem minulého století a počátkem 21. století zaznamenala naše společnost postupné zlepšování ukazatelů zdravotního stavu, a to především díky obrovským investicím do zdravotnických technologií a uplatnění nových diagnostických a léčebných metod. K lepšímu zdraví přispělo i postupné zvyšování životní úrovně obyvatelstva a podpora zdravého životního stylu s důrazem na pohyb, zdravou výživu a omezování kouření. Vývoj zdravotního stavu v České republice odráží trendy probíhající v moderní

medicině obecně a je také ovlivněn specifickými sociálně politickými poměry uvnitř země. (24)

1.1.4 Podpora zdraví a prevence

Oblast podpory zdraví obyvatelstva a prevence šíření infekčních i neinfekčních onemocnění nebo zdravotních rizik v populaci patří ke stěžejním tématům veřejného zdravotnictví. V současnosti podpora zdraví zahrnuje prevenci i zdravotní výchovu a rovněž veřejnou zdravotní politiku zohledňující zdraví, která se odehrává jak na globální, tak i na lokální úrovni. Moderní filozofie podpory zdraví vychází především z předpokladů programu Zdraví pro všechny v 21. století³ a dokumentu Ottawské charty⁴. Ottawská charta podpory zdraví definuje podporu zdraví jako: „proces, který lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví a tak zlepšovat zdravotní stav“. Mezi hlavní prostředky podpory zdraví řadí tento dokument veřejnou politiku, která by měla prospívat zdraví a měla by se týkat nejen oblasti zdravotnictví, ale zdravotní problematiky ve všech resortech. Dalším prostředkem je příznivé prostředí, tedy ochrana přirozeného i uměle vytvořeného prostředí a přírodních zdrojů, socioekologický přístup ke zdraví, kam patří i posílení komunity či lokálního společenství, zplnomocňování občanů, zapojování veřejnosti, užití svépomoci a sociálních opor, využití existujících lidských zdrojů či posilování sociální soudržnosti. K prostředkům podpory zdraví patří i rozvoj všech osobních dovedností, které souvisejí se zdravím a spočívají především v zajištění přístupu k informacím o zdraví, vzdělávání nebo posilování kontroly nad vlastním zdravím. V neposlední řadě jsou to i změny v přeorientování zdravotnických služeb a profesním vzdělávání, důraz na týmovou spolupráci, zdravotnický výzkum a společné směřování k podpoře zdraví.

Zdravotní prevence se týká veškerých aktivit i právních norem, které mají zabránit vzniku nemocí a úrazů. Primární prevence, tedy předcházení vzniku nemocí, patří jednoznačně do podpory zdraví. Sekundární prevence, odhalování nemocí v počátečních stádiích, a terciární prevence, minimalizace důsledků již probíhající nemoci, patří do oblasti medicíny. Zdravotní výchova se orientuje na vzdělávání o zdraví, poskytování informací a rozvíjení znalostí a dovedností s cílem změnit postoje

³ Program Světové zdravotnické organizace schválený v r. 1999 v Ženevě

⁴ Dokument Světové zdravotnické organizace schválený v r. 1986 v Ottawě

k zdravotním rizikům a ovlivnit chování lidí. (24) Výchova ke zdraví zahrnuje všechny činnosti, jejichž cílem je poskytnout přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje, přivést obyvatele k aktivnímu zájmu o své zdraví a ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. (38) Podporou schopnosti člověka uvažovat kriticky o sobě, o prostředí, ve kterém žije, a o svém chování ve vztahu ke zdraví se zvyšuje šance, že bude provádět „zdravé“ volby, bude mít větší kontrolu nad svým zdravím a přijme za své zdraví zodpovědnost. Význam, směřování a obsah zdravotní výchovy v rámci podpory zdraví se mění a posunuje v závislosti na interpretaci příčin nemoci. (24)

Veřejná zdravotní politika v České republice navazuje na významné mezinárodní dokumenty, které jsou výrazem globální a evropské strategie Světové zdravotnické organizace a formulují základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. V programu Zdraví 21⁵ definuje úkoly a aktivity pro jednotlivá ministerstva, kraje, a další subjekty. Prvořadým cílem programu je soustavné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, vytváření příznivých podmínek pro zlepšování zdraví, ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život a snižování výskytu nemocí a úrazů. (24) V systému podpory zdraví je mimořádně důležitým činitelem především sám občan, který byl dříve poměrně opomíjený. Zejména výrazně opomíjená byla povinnost každého občana starat se sám o své zdraví, sám činit opatření a vést zdravý život. Jakákoliv opatření státu, společnosti, obce atd., pozbývají svého zásadního významu, jestliže občan sám není ochoten dodržovat zásady pro zdravý způsob života. (37)

Je zřejmé, že čím více a čím lepších preventivních výsledků se podaří dosáhnout prostřednictvím nezdravotnických a nespecifických opatření, tím koncentrovanější, intenzivnější i efektivnější může být rozdělení prostředků, vkládaných do vlastní zdravotnické péče nebo specificky medicínských kvalifikovaných zásahů, zaměřených na sekundární a terciární prevenci, na léčbu nemocí a návrat ke kvalitnímu aktivnímu životu a na nezbytné odborné zdravotnické intervence, v kterékoliv fázi lidského života včetně jeho důstojného zakončení. Čím lépe a intenzivněji bude umět zdravotní politika prosazovat svůj odborně zdůvodněný vliv na nespecifická nezdravotnická opatření, schopná pozitivně ovlivnit odpovídající determinanty vývoje zdravotního stavu

⁵ Dokument zveřejněný v r. 2002 na základě programu SZO Zdraví pro všechny v 21. století

obyvatel, tím více a lépe se bude moci soustředit na kvalitu a efekt těch aktivit, které musí být uskutečňovány prostřednictvím samotné zdravotnické soustavy. (12)

1.1.5 Systém zdravotnictví

Jedním ze zásadních požadavků kladených na zdravotnické systémy ve strategických dokumentech Světové zdravotnické organizace je posilování hodnot rovnosti, solidarity a spravedlnosti v péči o zdraví. Instituce, činnosti a opatření, které by měly lidem pomoci v posilování jejich zdraví, prevenci a léčbě nemocí zahrnuje systém péče o zdraví. (24) Z hlediska systémové struktury tvoří péči o zdraví celospolečenská soustava politických, ekonomických, sociálních, kulturně-výchovných a zdravotnických opatření sloužících k upevňování, ochraně a obnově zdraví. Zdravotnictví je subsystémem této péče o zdraví. Oba systémy, péče o zdraví a zdravotnictví, jsou otevřenými dynamickými systémy, jejichž cílové chování směřuje k upevňování, ochraně a navrácení zdraví obyvatelstva. Hlavním subsystémem zdravotnictví je zdravotní péče, která zajišťuje poskytování jednotlivých zdravotnických služeb. (46)

Zdravotnický systém lze definovat z nejrůznějších hledisek, přičemž definici ovlivňují aspekty společensko-ekonomické, historické, regionální a další. Lze jej definovat např. jako: „organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče“. Ale také je možno ho vystihnout jako: “souhrn formalizovaného úsilí, závazků, institucí, personálních a ekonomických zdrojů a výzkumných aktivit, které společnost věnuje problematice nemoci, předčasných úmrtí, neschopnosti, prevenci, rehabilitaci a jiným problémům spjatých se zdravotním stavem populace“. (11)

Pro hodnocení systému zdravotnictví a jeho úrovně je možno použít několik indikátorů, mezi které patří: ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva, kvality života, životních a pracovních podmínek, zdravotnické politiky státu a zabezpečení obyvatelstva zdravotnickou péčí. (21) Zdravotnický systém uplatňovaný v současné době v České republice je model národního zdravotního pojištění. Jeho základním principem je existence více zdravotních pojišťoven s kombinací podílu trhu a veřejného dohledu. Přičemž zdravotní pojištění je ze zákona povinné. Základními účastníky

systemu jsou poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny. System je financován na základě veřejného zdravotního pojištění, doplňují ho výdaje z veřejných rozpočtů a přímé platby pacientů. (37)

V České republice mohou na základě zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu poskytovat zdravotní péči zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob a dále také zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné, a to za podmínek a v rozsahu stanovém v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Další právní úpravou pro poskytování zdravotnických služeb je zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Zdravotnické služby zabezpečují zdravotnická zařízení, kde mohou vyšetřovací a léčebné výkony provádět pouze oprávnění zdravotničtí pracovníci. Součástí soustavy zdravotnických zařízení jsou: zařízení pro výchovu, výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčiv a jinými prostředky zdravotnické techniky, pro jejich kontrolu, vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví. Zařízení a organizace zdravotnické soustavy představují zařízení ambulantní péče a nemocnice, zařízení závodní preventivní péče, odborné léčebné ústavy, lékárny a zvláštní dětská zařízení. Zdravotnické služby zahrnují v současné době v České republice z odborného hlediska především léčebně preventivní péči, hygienické a proti epidemiologické služby a zdravotní výchovu. (41)

1.2 Koncepce lékové politiky

1.2.1 Definování lékové politiky

Ve smyslu obecně akceptované koncepce Světové zdravotnické organizace je léková politika státu chápána jako organická součást zdravotní politiky státu. Léková politika představuje široké spektrum procesů, které by měly vést k zajištění účinných, bezpečných a kvalitních léčiv pro celou populaci v objektivně potřebném množství, za přijatelnou cenu a za sociálně přijatelných podmínek. Obsah lékové politiky v průmyslově vyspělých zemích se soustřeďuje především na oblasti prostorové a ekonomické dostupnosti potřebných léčiv, uvádění nových léků na farmaceutický trh, registraci léků, bezpečnost léčiv a kontrolu bezpečnosti, účinnost léčiv, distribuci léčiv, způsob cenotvorby léčiv hrazených z veřejných prostředků, způsob regulace výše úhrad, racionální preskripci i užívání léčiv, podporu výzkumu nových druhů léčiv a informační strategii ve vztahu k odborné i laické veřejnosti. (32)

Tak jako jiné veřejné politiky je i léková politika procesem politických a věcných rozhodnutí, tvorby právních předpisů a jejich následného využití v každodenní praxi za účasti mnoha aktérů. Mezi hlavní aktéry lékové politiky patří stát prostřednictvím svých orgánů, pojišťovny, výrobci, distributoři, lékárníci, lékaři a občané jakožto pacienti. Stát je odpovědný za tvorbu lékové politiky, regulaci a registraci léčiv, stanovení profesních standardů, zajištění přístupu k základním léčivům a podporu racionálního užívání léčiv. Tyto funkce nemusí zajišťovat přímo, ale některé z nich mohou být delegovány na další aktéry. Odpovědnost za zajištění a naplnění všech uvedených funkcí však zůstává na státních orgánech. Stát prostřednictvím svých orgánů vyvažuje zájmy jednotlivých aktérů, zabraňuje prosazení úzkých zájmů a odpovídá za realizaci a naplnění zájmů veřejných. Mezi nejdůležitější nástroje, které jsou používány pro dosažení cílů lékové politiky se řadí legislativa, finanční prostředky i způsoby jejich alokace, instituce, informace a vyjednávání s účastníky procesu zdravotní péče. (32) Realizační formou pro řešení mnoha technických a politicko-rozhodovacích problémů je národní léková politika, tvořená za účasti zástupců a reprezentantů jednotlivých zájmů. Národní léková politika je tvořena řadou součástí, které by měly přispívat k dosažení obecných cílů lékové politiky a jako nedílná součást zdravotní politiky musí

odpovídat obecným cílům zdravotnictví. Kromě sledování cílů zdravotní politiky, tedy zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, musí mít vlády jednotlivých zemí na paměti i cíle hospodářské a průmyslové politiky, kterými se stává podpora farmaceutického výzkumu a vývoje, udržování zaměstnanosti ve farmaceutickém sektoru nebo podpora konkurenceschopnosti průmyslu. (10)

V České republice se v současné době zaměřuje politika vlády, zdravotních pojišťoven i managementu nemocnic především na následující cíle: redukování tempa růstu výdajů na léky, zabránění zvyšování podílu na léčiva v poměru k celkovým nákladům vynaloženým z veřejných zdrojů na zdravotní péči. K tomu jsou zaměřena různá opatření, jež mají charakter limitů, pozitivních listů a kontrolních opatření prováděných zdravotními pojišťovnami. Další významné opatření je optimalizace kategorizace léčiv tak, aby byla účelně sjednocena hlediska medicínsky odborná, ekonomická a sociální. Rozvíjejí se četné aktivity, které směřují k motivování poskytovatelů péče k racionálnímu chování ve vztahu k farmakoterapii. Jde především o zdokonalení systému kontroly spotřeby léčiv v ambulantní i lůžkové sféře tak, aby se zabránilo polypragmarii. Součástí racionalizace spotřeby léčiv je zavádění různých informačních systémů umožňujících sledovat farmakoterapii na úrovni oddělení nemocnic i jednotlivých lékařů. Takové systémy budují nezávisle na sobě zdravotní pojišťovny i managementy nemocnic a zájmová sdružení poskytovatelů péče. Zástupci poskytovatelů péče i jejich plátců se v současné době domáhají toho, aby byla zvýšena spoluúčast obyvatel na hrazení zdravotnických služeb, a to včetně spoluúčasti na hrazení léků. Současná vláda dosud tento požadavek odmítala vzhledem k tomu, že zvýšení spoluúčasti by postihlo především populaci osob starších ročníků, po produktivním věku. Zvýšení doplatků na předepisovaná léčiva je citlivou otázkou sociální, ale také politickou. V odborné veřejnosti se stále více prosazuje požadavek implementovat v rozhodovací praxi týkající se proskripce léčiv z veřejných prostředků analytické farmakoekonomické metody. (32)

1.2.2 Regulační a úhradový systém

Na trhu s léčivými na jedné straně platí vztahy mezi nabídkou a poptávkou, na straně druhé je téměř ve všech zemích tento trh regulován vládními intervencemi, přičemž veškeré regulace se zaměřují jak na stranu nabídky léků, tak i na stranu poptávky po lécích. Z obecného hlediska je možné 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. Obě intervenční strategie používané na straně poptávky po lécích by měly racionalizovat spotřebu léčiv, na druhé straně by však v žádném případě neměly omezit dostupnost potřebných farmakoterapeutických intervencí pro občany, a to i pro ty, jejichž platební možnosti jsou omezeny.

Součástí strategie lékové politiky jsou legislativní, regulační a metodické nástroje, jež určují, která léčiva se budou hradit a jak vysoké úhrady na tato léčiva budou vynaloženy z veřejných zdrojů. Velkou úlohu při cenotvorbě léčiv má vyjednávání mezi aktéry působícími na straně nabídky i poptávky léčivých přípravků. Systém stanovování úhrad, který v sobě zahrnuje i pravidla pro regulování cen léčiv, je obecně nazýván úhradovým systémem. 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 a to intervence všeobecného charakteru, nebo specifické metody kontroly cen farmaceutických produktů. K metodám všeobecného charakteru náleží především smluvní systémy a systém povinného snížení cen stanovených produktů. Povinného snižování se docíluje právními nástroji. Systém kontraktů je založen na tom, že veřejní plátcí dohodnou s producenty a distributory léčiv celkový objem prodeje, který bude v daném roce dodán na trh. Předmětem smluv může být také míra dosahovaného zisku.

Mezi specifické metody kontroly cen náleží stanovení pevných cen pro léčiva nově uváděná na trh, metody porovnání nákladů versus účinnost, schéma referenčních cen, opatření směřující k posílení preskripce generických léčiv a systémy pozitivních či negativních listů. (32)

1.2.3 Faktory spotřeby léčiv

Spotřeba léčiv je dle Světové zdravotnické organizace definována jako nástroj pro popisování distribuce léčiv, pro určování efektivnosti a strategie marketingu, pro předepisování a užití léků ve společnosti a to se speciálním zřetelem k medicínským, sociálním a ekonomickým vztahům. (36) V podmínkách ekonomicky vyspělých zemí, ve kterých odpovídá úroveň zdravotní péče moderním medicínským standardům, je spotřeba léčiv ovlivňována komplexem faktorů a jejich synergického účinku, přičemž podíl na formování poptávky po lécích a na jejich spotřebě se může měnit. Základními faktory jsou: determinanty demografické a biologické povahy, socioekonomické prostředí, zdravotnický systém i poskytovatelé zdravotní péče, plátcí zdravotnických služeb, chování občanů, producenti a distributoři léčiv, zájmové skupiny a média. (31)

Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících spotřebu zdravotní péče včetně spotřeby léčiv jsou faktory demografické, především faktory věku a pohlaví. Indikátory nemocnosti a spotřeby zdravotnických služeb jsou silně korelovány s věkovou strukturou populace. Vzhledem k tomu, že v průmyslově vyspělých zemích světa dochází ke zvyšování podílu starších věkových skupin ve struktuře obyvatel, dochází mimo jiné i ke zvyšování nároku na spotřebu léků. Vedle ekonomického problému jde i o problém sociální, neboť lidem v produktivním věku klesají příjmy a vzniká tak otázka ekonomické dostupnosti léčiv zejména pro ty kategorie starších občanů, kteří trpí chronickými závažnými chorobami. Mezi další faktory demografické a biologické povahy lze zařadit celkový počet obyvatel, sociálně ekonomickou strukturu populace, úroveň vzdělanosti obyvatelstva a také úroveň a strukturu nemocnosti. (32)

K faktorům řadícím se do oblasti socioekonomického prostředí patří ekonomická vyspělost státu, podíl zdravotnictví na hrubém domácím produktu, úroveň a struktura zaměstnanosti, životní úroveň obyvatelstva a míra diferenciací životní úrovně a úroveň sociální péče. Faktory na straně zdravotnického systému v sobě zahrnují typ samotného zdravotnického systému, úroveň prostředků určených k financování zdravotnických

služeb, koncepci lékové politiky státu, způsob financování zdravotní péče včetně způsobu financování léčiv, organizaci zdravotnických služeb, míru spoluúčasti obyvatel na hrazení léčiv a způsob regulace trhu léčiv. Poskytovatelé zdravotní péče mohou spotřebu léčiv ovlivnit především počtem a strukturou zdravotnických zařízení, kvalifikací lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků nebo preskripčním chováním lékařů. Na straně plátců zdravotnických služeb, kterými jsou především zdravotní pojišťovny, může mít vliv na celkovou spotřebu léčiv disponibilní objem finančních prostředků, vztah mezi nároky a zdroji, úroveň revizní a kontrolní činnosti nebo vlastní léková politika. Spotřebu léčivých prostředků ovlivňuje také samotné chování občanů a to především životním stylem a úrovní zdravotního uvědomění, způsobem výživy, kuřáctvím, alkoholismem a poměrem k vlastnímu zdraví. Z faktorů působících na spotřebu léčiv u producentů a distributorů jsou to především marketingové nástroje, jako jsou produkty, cena, distribuční cesta, komunikace a propagace. V neposlední řadě celou lékovou politiku ovlivňují různé zájmové skupiny, ať už profesní, nebo ve vztahu k ochraně zdraví a také aktivity odborů. V budoucnosti lze očekávat, že bude sílit i vliv vnějších faktorů, kterým může být koncepce lékové politiky Evropské unie. (31)

1.2.4 Indikátory spotřeby léčiv

Pro účely tvorby a hodnocení lékové politiky je nutno používat kombinace různých indikátorů spotřeby léčivých přípravků. V současnosti se studie spotřeby léčiv dělí na přehled spotřeby léčiv a hodnocení spotřeby léčiv. Cílem přehledu spotřeby je kvantifikovat současný stav spotřeby léčiv. Cílem hodnocení spotřeby léčiv je současné využívání informací určitého účinku léčiva a vztahu ke spotřebě. Vývoj spotřeby léčiv je možné sledovat v longitudinálních studiích vývojem v čase nebo v ekologických studiích srovnání spotřeby mezi různými místy. (36) Spotřebu léčivých přípravků v určitém čase u obyvatel konkrétního územního celku nebo sociální skupiny lze posuzovat pomocí vhodných indikátorů, které představují číselnou zevšeobecnující charakteristiku. Mezi hlavní indikátory používané k charakterizování spotřeby léčivých přípravků patří:

- Celkové výdaje na léčiva vyjádřené v národní měně.
- Podíl celkových výdajů na léčiva hrazených z veřejných prostředků a z prostředků soukromých vyjádřených v národní měně a jako podíly v %.

- Podíl celkových výdajů na léčiva z hrubého domácího produktu vyjádřený v %.
- Podíl celkových výdajů na léčiva z celkových výdajů na zdravotní péči.
- Podíly výdajů na léčiva vyjádřené v procentech, členěné podle povahy zdrojů.
- Celkové výdaje na léčiva na jednoho obyvatele v národní měně.
- Celkové výdaje vynaložené na léčiva na jednoho obyvatele, vyjádřené v paritě kupní síly ve vztahu k americkému dolaru nebo k euru.
- Výdaje na léčiva v přepočtu na jednoho obyvatele zvolených věkových skupin v národních měnách.
- Definovaná denní dávka na 1 000 obyvatel a den⁶ podle ATC skupin.⁷
- Struktura výdajů v národních měnách členěná podle ATC skupin.
- Struktura spotřeby vyjádřená v %, vycházející z definované denní dávky.
- Počet distribuovaných balení na jednoho obyvatele a rok.
- Počet receptů vystavených ambulantními lékaři za rok.
- Průměrná cena jednoho balení za všechny ATC skupiny a za jednotlivé skupiny.
- Průměrná cena definované denní dávky.
- Podíl nákladů na léčiva z věcných nákladů nemocnic.
- Náklady na léčiva v lůžkových zařízeních v přepočtu na jeden ošetrovací den, jeden případ hospitalizace.
- Počet registrovaných léčivých přípravků.
- Podíl léčiv vyráběných v dané zemi a podíl léčiv importovaných.
- Podíl generik z celkové spotřeby léčiv vyjádřený v %.
- Podíl volně prodejných léčiv ze všech registrovaných léčiv.

Všechny uvedené ukazatele se vztahují v národních statistikách zpravidla k období jednoho roku. (32) Spotřeba léčiv může vyjadřovat velikost expozice léku ve vztahu k určité populační skupině, v určitém časovém období a v určitém socioekonomickém prostředí. Spotřeba léčiva nebo kombinace léčiv může být i signálem nějakého pozitivního nebo negativního jevu ve farmakoepidemiologickém výzkumu. (36)

⁶ Dále užívaná zkratka DDD označuje definovanou denní dávku.

⁷ Viz kapitola 1.3.3 ATC klasifikace léčiv

1.2.5 Význam farmakoekonomiky

Snahy zvýšit ekonomickou efektivnost zdrojů vkládaných do zdravotnictví vedly k implementaci zdravotní politiky založené na důkazech a k politice zadržování nákladů. (31) Důvody růstu ekonomické náročnosti zdravotnictví a tím i jeho většího podílu na spotřebě hrubého domácího produktu spočívají především ve vstupu nových a obvykle finančně nákladnějších technologií, ve zvyšování nároků na bezpečnost přípravků a populační doložení dokladů o účinnosti, v rozvoji diagnostických metod a v neposlední řadě i ve stárnutí populace. (36) Konkrétním výsledkem snahy o zvýšení ekonomické efektivnosti zdravotnictví je mimo jiné i vznik nových vědních disciplín, ekonomiky zdravotnictví a farmakoekonomiky.

Farmakoekonomika je dnes chápána jako relativně samostatná disciplína ekonomiky zdravotnictví. Je to společenská věda, která se soustřeďuje na popis a analýzu nákladů farmaceutických produktů a farmaceutických služeb, jejich přínos pro jednotlivce, zdravotnický systém a společnost. (31) Cílem farmakoekonomiky je přinášet podklady pro rozhodování o racionálním užití studovaného léčiva, sledovat náklady a účinnost lékových skupin nebo jednotlivých léčiv, a srovnávat tak efektivní vynakládání peněz na jednotlivé léčebné postupy či na jednotlivé části farmakoterapie. Farmakoekonomický výzkum se zaměřuje na identifikaci, způsob měření a srovnávání efektivity farmaceutických produktů a služeb. Sleduje proto současně náklady spojené s nemocí, včetně nákladů na farmakoterapii, s výsledky terapie na úrovni biologické, ekonomické i společenské. (36)

Klinickým lékařům umožňuje uplatnění poznatků získaných farmakoekonomickou analýzou racionalizovat rozhodovací proces při volbě farmakoterapie a organicky integrovat při léčbě jednotlivých pacientů hledisko medicínské s hlediskem ekonomickým. Farmakoekonomické postupy jsou vhodným metodickým nástrojem užitečným také pro manažery zdravotnických zařízení a farmaceuty. Umožňují optimalizovat lékovou politiku dané instituce, jsou nástrojem při sestavování pozitivních listů léčiv a umožňují do hloubky analyzovat faktory, které ovlivňují spotřebu jednotlivých druhů léčiv v daném regionu. V současné době se farmakoekonomika chápe především jako metodologický nástroj a rozhodovací procedura sloužící k nalezení optimální léčebné strategie v případě, že existuje více srovnatelných alternativ léčebných postupů z hlediska jejich účinnosti a bezpečnosti, a

pokud v úvahu připadající léčebné strategie jsou spojeny s různými náklady na straně poskytovatele zdravotní péče, plátce zdravotnických služeb, pacientů a společnosti. Vedle klinických aplikací je farmakoekonomika stále více využívána při tvorbě lékové politiky v řadě zemí. (32)

1.2.6 Evropské trendy

V rámci Evropské unie se pozornost lékové politiky soustřeďuje především na dostupnost potřebných léčiv, na průkaznost jejich účinnosti i bezpečnosti, na transparentnost licenčního řízení a kategorizace léčiv hrazených z veřejných prostředků. Ve všech zemích unie hraje stát významnou úlohu při regulování spotřeby léčiv hrazených z veřejných zdrojů, důležitou úlohu však také hraje vyjednávání mezi hlavními aktéry podílejícími se na trhu léčiv, tj. mezi producenty léčiv, zástupci poskytovatelů zdravotnických služeb, zástupci plátců zdravotnických služeb, státem a odbornými lékařskými společnostmi. Léková politika Evropské unie sleduje především dva základní cíle a to ochranu zdraví populace jednotlivých členských zemí a volný pohyb léčivých přípravků mezi zeměmi. Předpisy upravují oblasti registrace léčiv, jejich výroby, propagace, distribuce a duševního vlastnictví. Rovněž existují normy upravující způsob vytváření cen farmaceutických výrobků a jejich úhrad, právo tvorby cen a způsobů úhrad, tento způsob není však jednotně předepsán a je v kompetenci jednotlivých států. Jedinou směrnicí, která výhradně upravuje tvorbu cen a úhrad, je směrnice 89/105/EHS o transparentnosti opatření upravujících tvorbu cen a léčiv užívaných člověkem a jejím začleněním do rámce národních systémů zdravotního pojištění. Podle této směrnice musí být rozhodování o cenách a způsobu úhrad transparentní a založeno na ověřitelných a objektivních kritériích.

Ve všech zemích unie je velký podíl léčiv hrazen z veřejných prostředků, proto významné změny probíhající v oblasti lékové politiky náleží trhu s léčivy. Spolu s posílením konkurenčního prostředí byla zavedena řada regulačních opatření, která se týkají jak strany nabídky, tak poptávky. Regulační nástroje používané k racionalizaci a zvýšení efektivity spotřeby léčiv se v jednotlivých zemích značně liší, neboť léková politika není v Evropské unii jednotně řízena a zůstává v kompetenci národních vlád. K regulaci spotřeby léčiv používají jednotlivé země kombinace různých metod zaměřených na nabídku i poptávku po léčivech. Způsoby regulace závisí do velké míry

na uspořádání zdravotnického systému, zejména na způsobu financování zdravotnických služeb, dále na ekonomickém potenciálu a dynamice ekonomického růstu jednotlivých zemí, tvorbě zdravotní a lékové politiky dané země. Nemalou úlohu hrají také ideově-politické koncepce zdravotní politiky představitelů státní moci. Vedle regulace výdajů na léčiva se pozornost v zemích Evropské unie soustřeďuje i na další aspekty lékové politiky, zejména na bezpečnost používaných léčiv, jejich účinnost a racionální využívání léků, s důrazem na fakt, že léky jsou jen jedním z faktorů, které se podílejí výrazně na konečných výsledcích léčby nemocného. (32)

Na základě doporučení Světové zdravotnické organizace zavádějí evropské státy soubor regulačních, správních, finančních, vzdělávacích a informačních opatření. Jeho součástí jsou mj. seznamy léků, které hradí pojišťovny a těch, které si pacienti platí sami, dále omezení pro předepisování léků a jejich výdej, kontrola lékařských předpisů, seznamy obecně dostupných léků, formy finanční kontroly spoluúčasti pacientů a návrhy fixních nebo doporučených rozpočtů pro ty, kteří léky předepisují, metody cenové regulace a referenční ceny. (47)

1.3 Léčivé přípravky

1.3.1 Definování léčivého přípravku

Léčivým přípravkem se dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech rozumí látka nebo kombinace látek prezentovaná s tím, že má léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí nebo zvířat, a nebo látka nebo kombinace 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: humánní a veterinární léčivé přípravky, humánní a veterinární imunologické přípravky, humánní a veterinární autogenní vakcíny, homeopatické přípravky, radiofarmaka, radionuklidové generátory, kity, radionuklidové prekursory, krevní deriváty, rostlinné léčivé přípravky, transfuzní přípravky a vyhrazené léčivé přípravky. (45)

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“. Za léčivo je považována: „částice hmoty, jednoduchý atom s nábojem, látka či soustava látek, která v určitých kvantitativních hranicích a v určitém časovém rozmezí projevuje v interakci s živým organismem schopnost zdraví organismu chránit či upevňovat, poruchu zdraví rozpoznávat, projevy poruchy zdraví odstraňovat, mírnit nebo potlačovat, což znamená léčit“. (26)

Humánní léčivý přípravek může být uveden na trh v České republice, pokud mu byla udělena registrace Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Registraci nepodléhají léčivé přípravky připravené v lékárně nebo na pracovištích, kde lze připravovat léčivé přípravky a přípravky určené pro účely výzkumné nebo vývojové, meziprodukty určené k dalšímu zpracování výrobcem léčivých přípravků a některé další. Rozhodnutí o registraci obsahuje vždy název léčivého přípravku, registrační číslo léčivého přípravku, údaj o držiteli rozhodnutí o registraci, popřípadě o osobě, kterou držitel rozhodnutí o registraci zmocní, aby ho zastupovala ve věcech upravených tímto zákonem. Názvem léčivého přípravku se rozumí název, který může být buď smyšlený název nezaměnitelný s běžným názvem, nebo běžný či vědecký název doprovázený

jménem či značkou označujícími držitele rozhodnutí o registraci. Běžným názvem se rozumí mezinárodní nechráněný název doporučený Světovou zdravotnickou organizací, anebo v případě že takový mezinárodní nechráněný název neexistuje, obvykle používaný název. Rozhodnutí o registraci dále vždy obsahuje údaj o klasifikaci humánního léčivého přípravku pro výdej, a o tom, zda přípravek obsahuje návykovou látku nebo prekursor. Rozhodnutí o registraci obsahuje jako přílohu schválený souhrn údajů o přípravku a znění příbalové informace. Souhrnem údajů o přípravku se rozumí písemné shrnutí informací o léčivém přípravku, které je součástí rozhodnutí o registraci léčivého přípravku a obsahuje informace podstatné pro jeho správné používání. Rozhodnutí o registraci platí 5 let ode dne nabytí jeho právní moci. (45)

1.3.2 Rozdělení léčivých přípravků

Léčivé přípravky se rozdělují na hromadně vyráběné léčivé přípravky, tedy vyráběné průmyslově ve velkých množstvích, pod zvláštním názvem, ve zvláštním obalu, a individuálně připravované léčivé přípravky, které jsou připravované v lékárnách na základě lékařského předpisu. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis, jestliže přípravek představuje v případě, že je použit bez dohledu lékaře neúměrné riziko poškození zdraví, a to i je-li použit správně v souladu s pokyny držitele rozhodnutí o registraci, nebo je často používán nesprávně a v důsledku toho může docházet k poškození zdraví, nebo obsahuje léčivou látku, jejíž účinnost a bezpečnost pro účely výdeje bez lékařského předpisu vyžaduje další hodnocení, nebo je podáván parenterálně. (25)

Hromadně vyráběné léčivé přípravky je možné třídit podle různých kritérií, a to podle farmakologického hlediska, ekonomického hlediska ve vztahu k úhradě a z pohledu patentové ochrany. Základní rozdíl mezi originálním a generickým léčivem představuje jejich vztah k patentové ochraně. Originální léčivo je v monopolním postavení, je chráněno patentem, který zahrnuje aktivní farmaceutickou substanci a lékové formy z ní připravené. Patentová ochrana trvá zpravidla 20 let. (28) Generikem je léčivý přípravek, který má shodnou lékovou formu a kvalitativní i kvantitativní složení s originálním přípravkem, pokud jde o léčivé látky, což musí být prokázáno příslušnými studiemi. (45) Tato léčiva jsou plnohodnotnou náhradou originálních léčiv a přicházejí na trh po ukončení patentové ochrany originálních léčiv. Oba druhy

léčivých přípravků musí vyhovovat přísným pravidlům registračních autorit, rozhodujících o přístupu do klinické praxe. (28) Nové léčivo na předpis musí projít před vstupem na trh povinnou administrativní procedurou. Dochází tak k procesu, při němž je nový přípravek zařazen do anatomicko-terapeuticko-chemického klasifikačního systému léčiv a současně je mu stanovena maximální cena a úhrada. Dle úhrady se dělí léky do tří skupin na přípravky s maximální cenou, léky s věcně usměrněnou cenou a léky bez cenové regulace. Kategorizací se tedy rozumí stanovení omezení pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění na určitou medicínskou odbornost, určitý zdravotní stav pacienta a určení způsobu úhrady. (32)

1.3.3 ATC klasifikace léčiv

Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv 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. 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. (2) Na této úrovni je 14 hlavních skupin: A: Trávicí trakt a metabolismus, B: Krev a krevtovorné orgány, C: Kardiovaskulární systém, D: Dermatologika, G: Urogenitální trakt a pohlavní hormony, H: Systémová hormonální léčiva kromě pohlavních hormonů a inzulinů, J: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci, L: Cytostatika a imunomodulační léčiva, M: Muskuloskeletární systém, N: Nervový systém, P: Antiparazitika, insekticidy a repelenty, Q: Veterinární přípravky, R: Respirační systém, S: Smyslové orgány, V: Různé přípravky. (3) 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. (2)

Tato klasifikace umožňuje určitou standardní klasifikaci léčiv s cílem využití pro sledování spotřeby. Systém definované denní dávky naopak umožňuje sledovat

spotřebu různých skupin léčiv nebo lékových forem současně. Principem této metodologie je zařadit léčivo do určité ATC skupiny a na základě toho mu přiřadit hodnotu definované denní dávky. Hodnota definované denní dávky u konkrétního léčiva nemusí vždy odpovídat skutečně předepisované denní dávce, což může vést ke zhoršení interpretace výsledků studií spotřeby léčiv. (36)

1.3.4 Zacházení s léčivými přípravky

Zacházením s léčivy se rozumí jejich výzkum, příprava, úprava, kontrola, výroba, distribuce, skladování a uchovávání, dodávání a přeprava, nabízení za účelem prodeje, výdej, prodej či držení za účelem podnikání, poskytování reklamních vzorků, používání léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče nebo veterinární péče nebo odstraňování léčiv. Zacházet s léčivy mohou pouze osoby starší 18 let, způsobilé k právním úkonům, bezúhonné, zdravotně a odborně způsobilé pro konkrétní druh činnosti, přičemž podmínka dovršení 18 let se nevztahuje na osoby, které zacházejí s léčivy při výuce nebo při zaškolování pod odborným dohledem. Osoby zacházející s léčivy jsou povinny dbát na maximální prospěšnost léčiv při jejich použití a omezit na nejnižší možnou míru nepříznivé důsledky působení léčiv na zdraví člověka a veřejné zdraví, zdraví zvířat a životní prostředí a dále také dodržovat pokyny k zacházení podle souhrnu údajů o přípravku. Činnosti spočívající v zacházení s léčivy mohou provádět jen osoby oprávněné k dané činnosti na základě zákona o léčivech. (45)

Zdravotnické zařízení postupuje při zacházení s léčivými přípravky tak, aby byla zajištěna jakost, účinnost a bezpečnost používaných léčivých přípravků. Přípravky se uchovávají za podmínek uvedených v souhrnu údajů o přípravku, nebo podle pokynů výrobce, dodávající lékárny a nebo pracoviště připravujících léčivé přípravky. (45) Zdravotnické zařízení postupuje při zacházení s léčivými přípravky podle standardních operačních postupů schválených zdravotnickým pracovníkem, který je na daném pracovišti za zacházení s léčivými přípravky odpovědný. Standardní operační postup je dokument vypracovaný pro opakující se činnosti, který popisuje jednotlivé kroky určité činnosti, včetně způsobu vedení záznamů, které dokumentují jednotlivé prováděné operace. V případě, že na pracovišti je více pracovníků, musí být rovněž vymezeny odpovědnosti za jednotlivé činnosti. (8)

Státní správu v oblasti humánních léčiv vykonávají Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo obrany, Ministerstvo financí, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ministerstvo životního prostředí, celní úřady, Státní úřad pro jadernou bezpečnost, krajské úřady. (45)

1.3.5 Používání léčivých přípravků

Používáním léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče se rozumí jejich podávání pacientovi a vybavení pacienta léčivými přípravky, kterým je poskytnutí potřebného množství léčivých přípravků při propuštění z ústavní péče, nebo při překladech do jiného zdravotnického zařízení, nebo při poskytnutí zdravotní péče praktickým lékařem, praktickým lékařem pro děti a dorost, lékařem vykonávajícím pohotovostní službu nebo lékařem zdravotnické záchranné služby. Vybavit pacienta léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče lze pouze v případě, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékárenské péče není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis. Způsob vybavení pacienta léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče stanoví prováděcí právní předpis. Za účelem vybavení pacienta lze poskytnout pouze léčivý přípravek v obalu, jehož celistvost nebyla narušena, nebo v tuhých nebo polotuhých dělených lékových formách, takový léčivý přípravek se poskytne v dobře uzavřeném obalu, na němž se uvede název léčivého přípravku včetně síly a způsobu jeho použití a podmínky jeho uchování.

Předepisovat, uvádět do oběhu nebo používat při poskytování zdravotní péče lze registrované humánní léčivé přípravky a za dodržení zákonem stanovených podmínek i přípravky neregistrované. Předepisovat a používat při poskytování zdravotní péče je dále možno léčivé přípravky připravené v lékárně, nebo na dalších pracovištích, kde lze připravovat léčivé přípravky a transfuzní přípravky vyrobené v zařízení transfuzní služby. Legislativně je stanoven způsob ověření lékařského předpisu, vedení evidence výdeje, poskytování informací o vydávaných léčivých přípravcích a způsob výdeje. Humánní léčivé přípravky předepisují podle své odbornosti lékaři poskytující zdravotní péči, a to vystavením lékařského předpisu, který může být po dohodě s pacientem v listinné, nebo v elektronické podobě.

Při poskytování zdravotní péče jednotlivým pacientům může ošetřující lékař za účelem poskytnutí optimální zdravotní péče předepsat nebo použít i léčivé přípravky neregistrované, pokud není distribuován nebo není v oběhu v České republice léčivý přípravek odpovídajícího složení nebo obdobných terapeutických vlastností, který je registrován a jde-li o přípravek již v zahraničí registrovaný. Takový způsob musí být dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky a nesmí to být přípravek obsahující geneticky modifikovaný organismus. Ošetřující lékař může, pokud není léčivý přípravek distribuován nebo není v oběhu léčivý přípravek potřebných terapeutických vlastností, použít i registrovaný léčivý přípravek způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku, je-li však takový způsob dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky. (45)

1.3.6 Distribuce léčivých přípravků

Humánní léčivé přípravky jsou oprávněny distribuovat pouze osoby, kterým tato činnost byla povolena Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Distribucí léčivých přípravků se rozumí všechny činnosti sestávající z obstarávání, skladování, dodávání, a to včetně příslušných obchodních převodů, bez ohledu na skutečnost, zda jde o činnost prováděnou za úhradu nebo zdarma. Distribuce léčivých přípravků se provádí ve spolupráci s výrobcí, jinými distributory nebo s lékárnami a jinými osobami oprávněnými vydávat léčivé přípravky veřejnosti, případně léčivé přípravky používat. Za distribuci léčivých přípravků se nepovažuje výdej léčivých přípravků, jejich prodej prodejcem vyhrazených léčivých přípravků a jejich používání při poskytování zdravotní péče.

Distributor je povinen odebírat léčivé přípravky pouze od jiných distributorů nebo od výrobců jimi vyráběné a dovážené přípravky. Distributor může dodávat registrované i neregistrované léčivé přípravky, za podmínek stanových zákonem o léčivech, provozovatelům oprávněným léčivé přípravky vydávat a provozovatelům oprávněným léčivé přípravky používat při poskytování zdravotní péče. Provozovatelé oprávnění vydávat léčivé přípravky je mohou dále distribuovat, pouze pokud získali povolení k distribuci. Součástí povolení k distribuci je uvedení všech míst, v nichž lze provádět distribuci léčivých přípravků, součástí povolení může být rovněž stanovení podmínek pro výkon distribuce, včetně jejího rozsahu. (45)

Vyhláška č. 229/2008 Sb., o výrobě a distribuci léčiv stanoví způsob zajištění správné distribuční praxe pro souběžný dovoz, léčebné programy a další případy distribuce neregistrovaných léčivých přípravků a distribuce reklamních vzorků léčivých přípravků, jakož i způsob poskytování léčivých přípravků za účelem humanitární pomoci. (39)

1.3.7 Zneužívání léčivých přípravků

Zneužitím léčivých přípravků se rozumí úmyslné nadměrné užívání léčivých přípravků nebo úmyslné užívání léčivých přípravků způsobem, který je v rozporu s určeným účelem použití, a to případně i po jejich dalším zpracování, doprovázené škodlivými účinky na organismus, včetně škodlivých účinků na jeho psychiku. Pokud je často a ve velmi širokém rozsahu používán léčivý přípravek nesprávně a v důsledku toho může představovat přímé nebo nepřímé nebezpečí pro zdraví lidí, vydává se pouze na lékařský předpis. Při rozhodování, zda výdej léčivého přípravku bude omezen pouze na lékařský předpis, posuzuje Státní ústav pro kontrolu léčiv, zda léčivý přípravek může při nesprávném používání představovat značné riziko zneužívání léčiv, vést k návyku nebo ke zneužívání k nezákonným účelům. Tyto léčivé přípravky mohou být také zařazeny do výdeje s omezením. V případě podezření ze zneužití léčivého přípravku pacientem farmaceut nebo farmaceutický asistent v lékárně přípravek nemá vydat. (45) Zneužívání léčivých přípravků je závažný zdravotnický a společenský problém, který se přiřazuje k civilizačním chorobám. Zvýšení zdravotního uvědomění v oblasti léčiv patří proto k důležitým úkolům ve výchově obyvatelstva. (58) Jedná se o významnou skupinu preventivních strategií. Lékaři všech klinických oborů mohou těmto problémům předcházet uvážlivou proskripcí, nabízením bezpečnějších alternativ a prováděním krátké intervence, přičemž krátká intervence také většinou usnadní léčbu nemoci, pro kterou pacient lékaře vyhledal. (30)

1.4 Doporučení Světové zdravotnické organizace

Stát má velkou odpovědnost za stanovení standardů a za řízení účinnosti, bezpečnosti a kvality léčebných produktů a je odpovědný i za všeobecnou dostupnost potřebných léků. Programy, které se zabývají léčivý, by se měly zaměřit na dostupnost základních léků a veřejné i soukromé prostředky využít co nejlépe k tomu, aby dobrá lékařská péče byla poskytována prostřednictvím kvalitních léků za cenu, kterou si lze dovolit. To znamená vybírat vhodné léky podle jejich účinnosti, bezpečnosti i kvality a posuzovat plně hrazené léky na základě efektivnosti, zajistit trvalé zdroje financování, organizovat efektivní a profesionálně odpovědný systém dodávek léků a zásobování, který zaručí, aby léčiva byla dostupná pro ty, kteří je potřebují, zavádět strategie podporující racionální používání léků. Východiskem může být koncepce Světové zdravotnické organizace o základních lécích a revidovaná strategie pro léčiva. Nové léčebné výrobky by se měly dostat na trh pouze tehdy, pokud splní kritérium účinnosti, bezpečnosti a kvality. Při výběru léků, které budou zařazeny na seznam léčiv hrazených z pojištění, je nutné klást větší důraz na jejich měřitelný zdravotní přínos a na to, zda jsou jejich výsledky skutečně lepší než u jiných léčiv a zda se opravdu jedná o léky, které je nutné z hlediska zdraví platit ze společných fondů. Skutečný dopad léku na lidské zdraví lze posoudit teprve po několikaletém průběžném hodnocení.

Využití informačních technologií farmakoepidemiologických metod pro hodnocení léku poté, co vstoupí na trh, může přispět k lepšímu posouzení kvality léku a ke správnějšímu následnému rozhodování. Současně je třeba zavést programy vývoje nových léků, které by řešily zatím nenaplněné terapeutické potřeby. Výběr a využití léků by se výrazně zlepšilo, kdyby odborná zdravotnická veřejnost měla lepší přístup k objektivním a nestranným informacím o lécích a kdyby se lékaři, farmakologové a farmaceuti setkávali ve farmakoterapeutických výborech v nemocnicích a v zařízeních ambulantní péče. K tomu je nutná aktivní spolupráce všech, kteří se na péči o zdraví podílejí, včetně asociací lékařů a farmaceutů, farmaceutického průmyslu i zástupců spotřebitelů a pacientů. Tyto skupiny hrají zásadní roli jako zastánci vhodného využití léků. Současně vzbuzují důvěru laické i odborné veřejnosti v záměru zdravotní strategie. Užívání léků může přinést lepší zdravotní výsledky pouze tehdy, jsou-li pacienti pravdivě informováni o svém stavu a o cílech léčby. V současnosti roste

význam informací, které odborníci v oblasti péče o zdraví poskytují svým pacientům o správném užívání léků a zároveň také v informačních technologiích se skrývá velký potenciál, který je žádoucí více využívat. (47)

PRAKTICKÁ ČÁST

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Hlavním cílem předkládané práce je zmapovat spotřebu humánních léčivých přípravků v České republice v desetiletém období, a to v letech 2000-2009. V rámci tohoto cíle je třeba popsat vybrané faktory ovlivňující spotřebu léčiv a současně vybrané indikátory vypovídající o spotřebě přípravků. Na tomto základě je následujícím cílem zmapování údajů o spotřebě léčivých přípravků pro každou základní ATC skupinu léčiv v roce 2009, za období let 2000-2009 a porovnáním stavu v roce 2009 oproti roku 2000. Dalším cílem práce je shromáždit teoretické podklady o tématech souvisejících v širším kontextu se spotřebou léčivých přípravků.

Výzkum práce vychází z těchto hypotéz:

- 1) V roce 2009 existovaly mezi léčivy jednotlivých ATC skupin výrazné rozdíly v ukazatelích spotřeby balení a jejich hodnoty.
- 2) Ve sledovaném období let 2000-2009 existovaly mezi léčivy jednotlivých ATC skupin výrazné rozdíly v ukazatelích spotřeby balení a jejich hodnoty.
- 3) Mezi roky 2000 a 2009 došlo k významným změnám ve spotřebě balení a hodnotě léčivých přípravků.

3 METODIKA

Na základě stanovených cílů je v rámci práce použit kvalitativní a kvantitativní výzkum založený na sekundární analýze dat. Pro metodu sekundární analýzy dat je charakteristické využití analýzy dokumentů, která představuje rozbor jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem prováděného výzkumu.⁸ Tato metoda umožňuje využití dat, která již byla někým shromážděna.⁹ K typickým technikám této metody patří sekundární, obsahová a komparativní analýza.¹⁰ Kvalitativní výzkum používá relativně málo standardizované metody získávání dat, která se následně induktivně analyzují, komparují a interpretují.¹¹ Kvantitativní výzkum se zabývá jevy hromadné povahy, které lze snadno pojmout a zkoumat je jako soubory statistických dat. Pro vlastní analýzu dat je použita sociologická metoda matematicko-statistické analýzy.¹² K analýze časových řad, byl za účelem zjištění hodnot průměru, součtu a poměru v jednotlivých letech vyjádřených hodnotou indexu, využit program Microsoft Excel.

Výzkum práce se zaměřuje na spotřebu humánních léčiv a to především na faktory, které ji ovlivňují, a indikátory, jež ji charakterizují. Pro dosažení stanovených cílů jsou v rámci výzkumu shromážděny teoretické podklady o tématech souvisejících v širším kontextu se spotřebou léčivých přípravků a ve výzkumné části obsažena data o spotřebě léčiv. Do výzkumu jsou zahrnuty vybrané ukazatele, které jsou zvolené na základě informací čerpaných z literatury dle Práznovcové a Strnada.¹³ Veškerá data jsou mapována za rok 2009, za období let 2000-2009 a porovnávána se stavem v roce 2009 oproti roku 2000. Na základě dostupnosti informací pro celé sledované desetileté období¹⁴ jsou uváděny hodnoty ke každé základní ATC skupině¹⁵ o spotřebě léčivých přípravků celkové a průměrné na jednoho obyvatele, o hodnotě léčiv celkové a průměrné za jeden kus balení a dále také o podílu zastoupení přípravků jednotlivých

⁸ Viz Kozlová, 2000

⁹ Viz Disman, 2002

¹⁰ Viz Strauss, Corbinová, 1990

¹¹ Viz Hendl, 2005

¹² Viz Buriánek, 2003

¹³ Viz Zdraví, zdravotnictví a léková politika, 2005

¹⁴ Z důvodu omezené dostupnosti dat pro celé období není zahrnut ukazatel definované denní dávky pro jednotlivé ATC skupiny.

¹⁵ S výjimkou veterinárních léčiv.

skupin v rámci všech distribuovaných balení a to ve spotřebě i nákladech. Z důvodu lepší přehlednosti je podstatná část shromážděných informací uváděna v grafech nebo tabulkách a čísla uváděná v textu zaokrouhlována. Informace o mezinárodním srovnání jsou obsaženy v diskusi a pro doplnění zahrnuty do příloh. Rozbor předkládaného výzkumu se opírá především o údaje publikované Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR a Českým statistickým úřadem, Státním ústavem pro kontrolu léčiv a Organisation for Economic Co-operation and Development. Dále výzkum vychází z platných legislativních předpisů a informací čerpaných z odborné literatury.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vybrané faktory spotřeby léčiv

4.1.1 Demografické ukazatele

Demografické faktory významně ovlivňují spotřebu léčivých přípravků, především počtem obyvatel, věkem a pohlavím. S věkovou strukturou populace jsou také silně spojeny indikátory nemocnosti. V České republice v roce 2009 převažoval počet živě narozených nad počtem zemřelých a v celkové populaci převládaly ženy nad muži, stejně tak i hodnotou střední délky života při narození. (viz tabulka 1) V pětiletých věkových kategoriích představovalo v tomto roce největší skupinu obyvatelstvo ve věku 30-34 let a naopak nejmenší zastoupení měla věková skupina všech obyvatel starších 85ti let. (viz tabulka 2) Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí¹⁶ byla v tomto roce nejčastější příčinou smrti onemocnění oběhové soustavy, druhou skupinu představovaly novotvary a třetí nemoci dýchací soustavy, naopak nejméně častou příčinou byly nemoci ucha. (viz tabulka 3)

Za celé sledované období let 2000-2009 převažoval počet zemřelých nad počtem živě narozených a v celkové populaci převládal každoročně průměrný počet žen nad muži, a to i hodnotou střední délky života při narození. (viz tabulka 1) Největší zastoupení obyvatelstva představovala v ročním průměru věková kategorie 25-29 let a současně nejméně početnou skupinu věková kategorie všech obyvatel starších 85ti let. (viz tabulka 2) Nejčastější příčinou smrti podle MKN byla v těchto letech onemocnění oběhové soustavy, druhou skupinu představovaly novotvary a třetí vnější příčiny poranění a otrav, nejméně úmrtí bylo způsobeno nemocemi ucha. (viz tabulka 3)

Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu počtu živě narozených a poklesu zemřelých osob, přičemž celkový počet obyvatel se zvýšil, a to více u mužské než u ženské populace. Současně vzrostl podíl obyvatel ve věku nad 65 let, průměrný věk obyvatel, hodnota indexu stáří i střední délky života při narození. (viz tabulka 1) K největšímu nárůstu populace došlo ve věkové kategorii 80-84 a současně nejvíce poklesl počet lidí ve skupině 10-14 let. (viz tabulka 2) V příčinách úmrtí

¹⁶ Viz desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

klasifikovaných podle MKN nastaly nejvýznamnější změny v nárůstu diagnóz onemocnění kůže, infekčních a parazitárních nemocí, následovala skupina onemocnění s příznaky nebo s abnormálními nálezy a naopak k největšímu poklesu došlo u úmrtí způsobených nemocemi nervové soustavy. (viz tabulka 3)

Tabulka 1: Vybrané demografické údaje o obyvatelstvu ČR

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
Počet obyvatel v tis. osob	10 507	ø 10 277	2%
- z toho muži	5 157	ø 5 015	3%
- z toho ženy	5 350	ø 5 262	2%
- z toho ve věku 65 let a více v %	15,2	ø 14,2	9%
- průměrný věk obyvatel	40,6	ø 39,7	5%
Střední délka života při narození - muži	74,2	ø 72,7	4%
Střední délka života při narození - ženy	80,1	ø 79,1	2%
Index stáří: 65+/ 0 -14 v %	107,0	ø 94,7	25%
Živě narození	118 348	1 026 352	30%
Zemřelí	107 421	1 072 848	-1%

Zdroj: Česká republika od roku 1989 v číslech, ČSÚ, vlastní výpočet

Tabulka 2: Věková struktura obyvatelstva podle věkových kategorií

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
0 - 4	564 545	ø 486 795	21%
5 - 9	470 960	ø 481 854	-19%
10 - 14	458 865	ø 571 305	<u>-26%</u>
15 - 19	615 991	ø 655 105	-7%
20 - 24	700 740	ø 739 529	-17%
25 - 29	758 921	ø <u>851 563</u>	-10%
30 - 34	<u>927 504</u>	ø 827 869	36%
35 - 39	845 964	ø 724 666	15%
40 - 44	700 861	ø 680 109	4%
45 - 49	679 938	ø 707 857	-18%
50 - 54	700 751	ø 771 033	-10%
55 - 59	761 690	ø 740 234	20%
60 - 64	721 200	ø 596 035	50%
65 - 69	537 277	ø 450 337	15%
70 - 74	367 737	ø 385 600	-11%
75 - 79	320 822	ø 323 459	0%
80 - 84	227 014	ø 200 062	<u>72%</u>
85+	<u>146 033</u>	ø <u>113 122</u>	15%
Celkem	10 506 813	ø 10 306 533	2%

Zdroj: Zdravotnické ročenky ČR 2000-2009, ÚZIS, vlastní výpočet

Tabulka 3: Zemřelí podle seznamu příčin smrti dle hlavních skupin diagnóz MKN-10

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
Infekční a parazitární nemoci	1 122	5 135	319%
Novotvary	28 064	284 910	-2%
Nemoci krve, krvetvorných orgánů	139	999	48%
Nemoci endokrinní a metabolické	2 171	17 029	47%
Poruchy duševní a poruchy chování	160	1 800	45%
Nemoci nervové soustavy	1 089	16 713	<u>-25%</u>
Nemoci ucha	<u>1</u>	<u>6</u>	0%
Nemoci oběhové soustavy	<u>54 100</u>	<u>552 414</u>	-7%
Nemoci dýchací soustavy	6 393	53 920	29%
Nemoci trávicí soustavy	4 809	46 088	13%
Nemoci kůže	75	344	<u>400%</u>
Nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně	61	474	53%
Nemoci močové a pohlavní soustavy	1 251	14 347	-15%
Těhotenství, porod a šestinedělí	3	45	40%
Stavy vzniklé v perinatálním období	189	1 987	-14%
Vrozené vady a deformace	142	1 251	28%
Příznaky, znaky a abnormální nálezy	1 706	9 938	198%
Vnější příčiny poranění a otrav	5 946	65 448	-16%
Celkem	107 421	1 072 848	-1%

Zdroj: Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, ČSÚ, vlastní výpočet

4.1.2 Systém zdravotnictví

Mezi významné faktory ovlivňující spotřebu léčivých přípravků se řadí systém zdravotnictví a úroveň jeho finančních prostředků, kterou vyjadřuje i podíl na hrubém domácím produktu. Koncepce lékové politiky státu určuje způsob regulace trhu s léčivy a také míru spoluúčasti obyvatel na hrazení léčiv. V České republice v roce 2009 pocházela převážná část finančních nákladů na systém zdravotnictví, stejně jako v jiných letech, z veřejných zdrojů, které představovaly zejména výdaje zdravotních pojišťoven. (viz tabulka 4) Výdaje dále doplňovaly náklady z veřejných rozpočtů a soukromé výdaje obyvatelstva. Z celkových nákladů na zdravotnictví tvořil podíl výdajů za léčiva 28%. (viz graf 1) Z celkové hodnoty distribuovaných léčiv činil podíl výdajů hrazených ze zdravotního pojištění za přípravky na lékařský předpis 46%. Soukromé výdaje obyvatel za léky na lékařský předpis představovaly v tomto roce hodnotu 8 965 mil. Kč a za léky bez receptu částku 8 997 mil. Kč. (viz graf 2)

V letech 2000-2009 výdaje na systém zdravotnictví postupně narůstaly, a to v hodnotě celkové i vyjádřené v poměru k hrubému domácímu produktu. (viz tabulka 4) Z celkových nákladů na zdravotnictví tvořil podíl výdajů za léčiva v celém desetiletém

období průměrně 32%. (viz graf 1) Z celkové hodnoty distribuovaných léčiv činil podíl výdajů hrazených ze zdravotního pojištění za přípravky na lékařský předpis 57%. Soukromé výdaje obyvatel za léky na lékařský předpis představovaly celkovou hodnotu 50 182 mil. Kč a za léky bez receptu částku 67 117 mil. Kč. (viz graf 2)

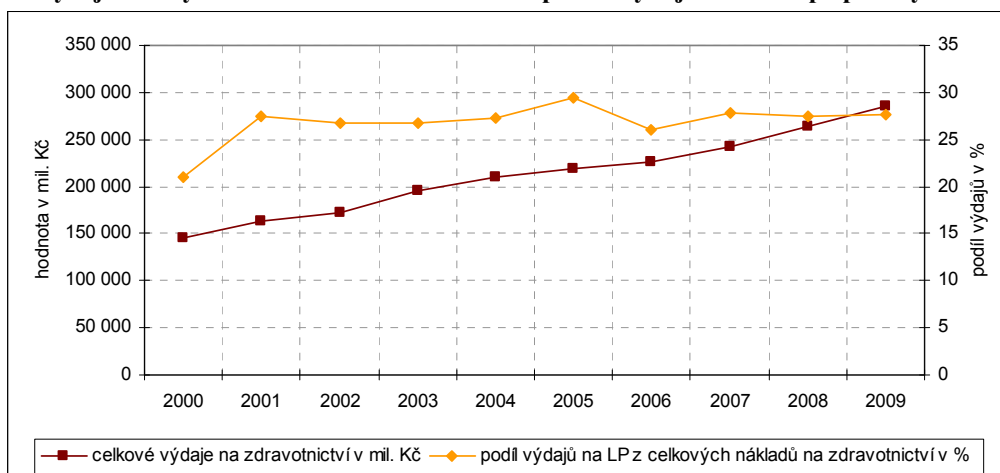
V roce 2009 vzrostly oproti roku 2000 především soukromé výdaje na zdravotnictví, přičemž veřejné výdaje se zvýšily taktéž. Trend nárůstu výdajů odráží i vzestup podílu výdajů na hrubém domácím produktu, ale jak je patrné z hodnoty deflátoru HDP, nepřevyšoval růst podílu výdajů na zdravotnictví míru inflace. (viz tabulka 4) V rámci celkových nákladů na zdravotnictví došlo k nárůstu podílu výdajů za léčiva o 27%. (viz graf 1) A současně o 27% poklesl podíl hodnoty přípravků na lékařský předpis hrazených ze zdravotního pojištění z celkové hodnoty všech distribuovaných léčiv. Soukromé výdaje obyvatel za léky na lékařský předpis vzrostly mezi roky 2000 a 2009 o 320% a za léky bez receptu o 87%. (viz graf 2)

Tabulka 4: Výdaje na zdravotnictví a jejich podíl na HDP s hodnotou deflátoru

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
Celkové výdaje na zdravotnictví v mil. Kč	286 234	2 129 756	95%
- z toho veřejné výdaje	239 685	1 854 234	80%
- z toho výdaje zdravotních pojišťoven	218 630	1 644 617	89%
- z toho soukromé výdaje	46 549	275 522	236%
Celkové výdaje v % HDP	7,9	ø 7,2	18%
Veřejné výdaje v % HDP	6,6	ø 6,4	9%
Deflátor HDP	-	ø 12,2	24,3%

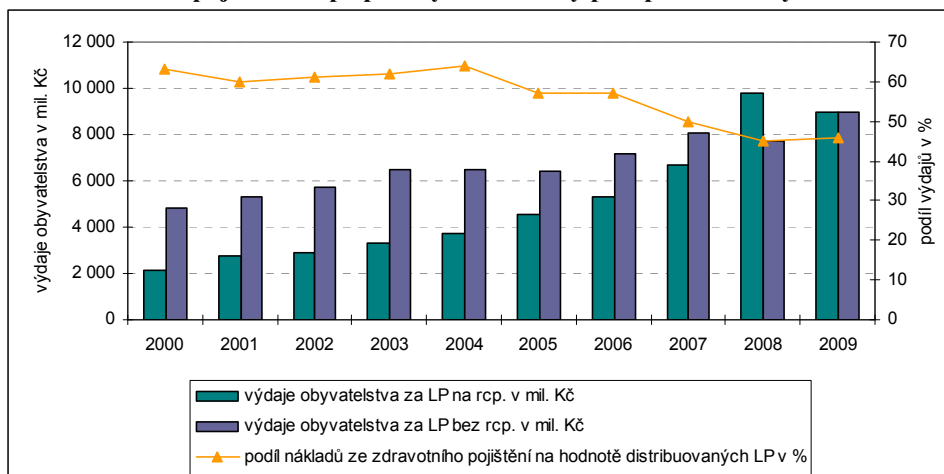
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006, 2009, ÚZIS, vlastní výpočet

Graf 1: Vývoj celkových nákladů na zdravotnictví a podílu výdajů za léčivé přípravky



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006, 2009, ÚZIS

Graf 2: Vývoj výdajů obyvatelstva za přípravky na lékařský předpis i bez předpisu a podílu nákladů ze zdravotního pojištění za přípravky na lékařský předpis z hodnoty distribuovaných léčiv



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006, 2009, ÚZIS

4.1.3 Ukazatele zdravotní péče

Podstatným faktorem působícím na spotřebu léčivých přípravků je způsob financování zdravotní péče včetně způsobu financování léčiv, přičemž spotřeba zdravotnických služeb významně souvisí se strukturou populace. V České republice představují plátce zdravotnických služeb především zdravotní pojišťovny, které v roce 2009 vydaly největší část finančních prostředků za ústavní péči. Náklady ze zdravotního pojištění za léčivé přípravky, jež byly předepsány na lékařský předpis, představovaly 17% všech výdajů. (viz tabulka 5) Výdaje zdravotních pojišťoven vzhledem k pohlaví byly určeny především pro zdravotní péči o ženy, a to nejvíce ve věkové kategorii 60-64 let a naopak nejméně ve věku 5-9 let. (viz tabulka 6) Také u mužů představovali pacienti ve věku 60-64 let nejnákladnější věkovou skupinu a nejméně nákladnou kategorii 10-14 let. (viz tabulka 7) Zdravotní péče členěná podle hlavních skupin diagnóz MKN byla v tomto roce finančně nejvíce nákladná o pacienty s neznámou diagnózou, následovala onemocnění oběhové soustavy a novotvary, naopak nejméně bylo vynaloženo prostředků za skupinu onemocnění z vnější příčiny. (viz tabulka 8)

Ve sledovaném období let 2000-2009 vydaly zdravotní pojišťovny na zdravotní péči prostředky v největší míře za ústavní péči. Náklady za léčivé přípravky, jež byly předepsány na lékařský předpis, představovaly v průměru 21% všech výdajů ze zdravotního pojištění. (viz tabulka 5) Výdaje zdravotních pojišťoven vzhledem k pohlaví byly určeny především pro zdravotní péči o ženy, a to nejvíce ve věkové

kategorii 55-59 let, naopak nejméně ve věku 5-9 let. (viz tabulka 6) Také u mužů představovali nejnákladnější věkovou skupinu pacienti ve věku 55-59 let a nejméně nákladnou byli pacienti starší 85ti let. (viz tabulka 7) Zdravotní péče klasifikovaná podle MKN byla v tomto období nejvíce finančně náročná o pacienty s neznámou diagnózou, následovala onemocnění soustavy oběhové a trávicí, naopak nejméně nákladnou byla skupina onemocnění z vnější příčiny. (viz tabulka 8)

Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 ve výdajích zdravotních pojišťoven k nejvýznamnějším změnám nárůstu nákladů u ambulantní zdravotní péče, přičemž nejmenší růst představovala stomatologická péče. (viz tabulka 5) Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči vzhledem k pohlaví vzrostly především u mužů. U obou pohlaví zaznamenala největší nárůst nákladů věková kategorie 80-84 let a současně nejmenší vzestup skupina ve věku 20-24 let. (viz tabulka 6, 7) Výdaje ze zdravotního pojištění za léčivé přípravky, jež byly předepsány na lékařský předpis, zaznamenaly pokles o 23%. (viz tabulka 5) V objemu výdajů za nemoci definované dle MKN vykazaly v roce 2009 největší vzestup skupiny vrozených vad a deformací, následované nemocemi nervové a oběhové soustavy, přičemž jedinou skupinou, kde došlo k poklesu nákladů, byla onemocnění z vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti. (viz tabulka 8)

Tabulka 5: Výdaje ze zdravotního pojištění na zdravotní péči podle segmentů v mil. Kč¹⁷

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
Ambulantní péče	54 379	376 650	113%
- z toho praktičtí lékaři	11 946	80 395	102%
- z toho ambulantní specialisté	19 182	160 411	51%
- z toho stomatologie	9 734	83 219	43%
Ústavní péče	<u>107 992</u>	<u>776 871</u>	103%
Léčivé přípravky na recept	36 666	320 384	53%
Zdravotnické prostředky na poukaz	<u>5 972</u>	<u>44 952</u>	85%
Ostatní¹⁸	8 345	69 358	65%
Celkové výdaje na zdravotní péči v mil. Kč	213 354	1 588 215	92%

Zdroj: Zdravotnické ročenky ČR 2000-2009, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005, 2007, 2009, ÚZIS, vlastní výpočet

¹⁷ Hodnoty za léky a zdravotnické prostředky jsou v letech 2000-2004 dostupné pouze jako souhrnný údaj, nebo jako jednotlivé výdaje od VZP, proto byl výpočet odhadnut na základě jejich celkových nákladů a poměru jednotlivých nákladů u VZP.

¹⁸ Ostatní výdaje zahrnují náklady na lázeňskou péči, léčení v zahraničí, dopravu, záchrannou zdravotnickou službu, péči v ozdravovnách.

Tabulka 6: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle pohlaví - ženy a věku v mil. Kč

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
0 - 4	4 258	29 027	106%
5 - 9	<u>1 927</u>	<u>16 029</u>	29%
10 - 14	2 199	20 330	24%
15 - 19	3 365	26 483	52%
20 - 24	3 595	30 274	<u>16%</u>
25 - 29	5 217	44 586	47%
30 - 34	7 056	46 238	155%
35 - 39	5 992	39 366	116%
40 - 44	5 410	40 605	67%
45 - 49	6 211	51 841	33%
50 - 54	8 409	70 988	43%
55 - 59	10 434	<u>78 616</u>	104%
60 - 64	<u>11 994</u>	77 318	172%
65 - 69	11 335	72 993	115%
70 - 74	9 615	76 912	66%
75 - 79	10 518	78 501	89%
80 - 84	8 281	55 907	<u>229%</u>
85+	5 842	36 655	117%
Celkem	121 658	892 772	88%

Zdroj: Analýza zdravotnických účtů ČR 2000 - 2004, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2009, ČSÚ, vlastní výpočet

Tabulka 7: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle pohlaví - muži a věku v mil. Kč

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
0 - 4	5 034	30 761	104%
5 - 9	2 418	17 199	44%
10 - 14	<u>2 347</u>	19 464	22%
15 - 19	2 883	20 318	49%
20 - 24	2 656	19 955	<u>21%</u>
25 - 29	3 201	24 751	40%
30 - 34	4 519	26 773	133%
35 - 39	4 416	26 549	112%
40 - 44	4 881	30 313	88%
45 - 49	5 347	39 818	40%
50 - 54	7 915	58 545	57%
55 - 59	11 377	<u>73 376</u>	127%
60 - 64	<u>13 268</u>	70 316	236%
65 - 69	11 483	62 073	171%
70 - 74	8 740	58 342	105%
75 - 79	8 042	48 925	142%
80 - 84	4 858	26 552	<u>294%</u>
85+	2 426	<u>12 130</u>	162%
Celkem	105 811	666 160	108%

Zdroj: Analýza zdravotnických účtů ČR 2000 - 2004, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2009, ČSÚ, vlastní výpočet

Tabulka 8: Výdaje na zdravotní péči podle hlavních skupin diagnóz MKN-10 v mil. Kč

	2009	2000-2009	Index 2009/2000
Infekční a parazitární nemoci	3 083	21 637	103%
Novotvary	16 657	101 729	131%
Nemoci krve, krevetvorných orgánů	2 241	18 189	81%
Nemoci endokrinní a metabolické	5 454	35 970	135%
Poruchy duševní a poruchy chování	7 697	52 256	122%
Nemoci nervové soustavy	5 695	33 092	213%
Nemoci oka	3 012	22 071	75%
Nemoci ucha	932	6 859	93%
Nemoci oběhové soustavy	22 203	159 715	197%
Nemoci dýchací soustavy	8 304	58 353	87%
Nemoci trávicí soustavy	12 943	106 853	45%
Nemoci kůže	2 001	14 749	90%
Nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně	10 267	85 336	72%
Nemoci močové a pohlavní soustavy	11 275	80 110	83%
Těhotenství, porod a šestinedělí	2 731	18 746	90%
Stavy vzniklé v perinatálním období	2 062	12 109	146%
Vrozené vady a deformace	922	6 851	<u>238%</u>
Příznaky, znaky a abnormální nálezy	5 385	36 509	127%
Poranění a otravy	6 663	63 409	30%
Vnější příčiny nemocnosti	<u>86</u>	<u>1 090</u>	<u>-25%</u>
Faktory ovlivňující zdravotní stav	12 419	74 122	125%
Neznámá diagnóza	<u>85 436</u>	<u>632 653</u>	84%
Celkem	227 469	1 653 456	96%

Zdroj: Analýza zdravotnických účtů ČR 2000 - 2004, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2009, ČSÚ, vlastní výpočet

4.2 Vybrané indikátory spotřeby léčiv

4.2.1 Celková spotřeba léčiv

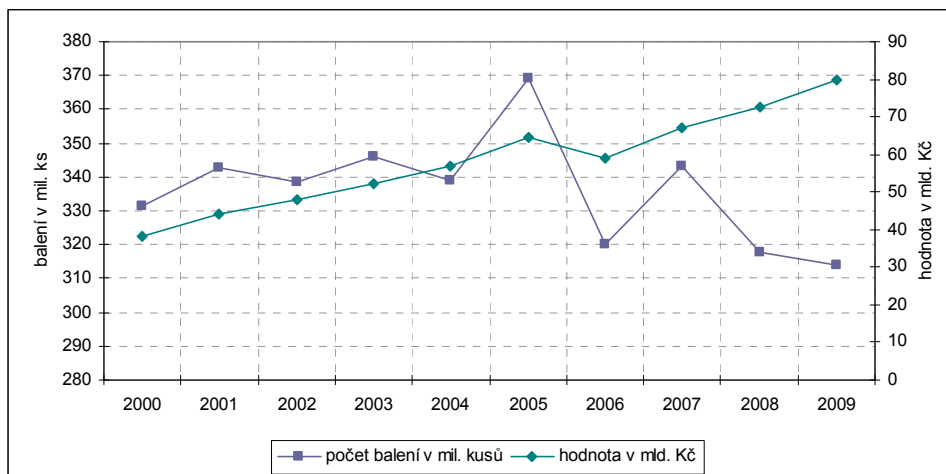
V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 313,9 mil. balení léčivých přípravků všech skupin léčiv dle ATC klasifikace a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 79,8 mld. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 256 Kč. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, byla by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 29,8 balení v hodnotě 7 618 Kč. Spotřeba v definované denní dávce na 1 000 obyvatel a den představovala hodnotu 1 452 dávek.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 3 361,2 mil. kusů balení léčivých přípravků v hodnotě 583,1 mld. Kč. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 175 Kč. V případě, že by všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 32,7 kusů a v hodnotě 5 670 Kč. Průměrná roční spotřeba v definované denní dávce na 1 000 obyvatel a den byla 1 299 dávek.

Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv o 5% a současně ke zvýšení výdajů za léčivé přípravky o 108% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 121%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka pokles o 8% a jejich hodnota zvýšení o 104%. Spotřeba uvedená v definované denní dávce na 1 000 obyvatel a den by se zvýšila o 21%.¹⁹ (viz graf 3-5)

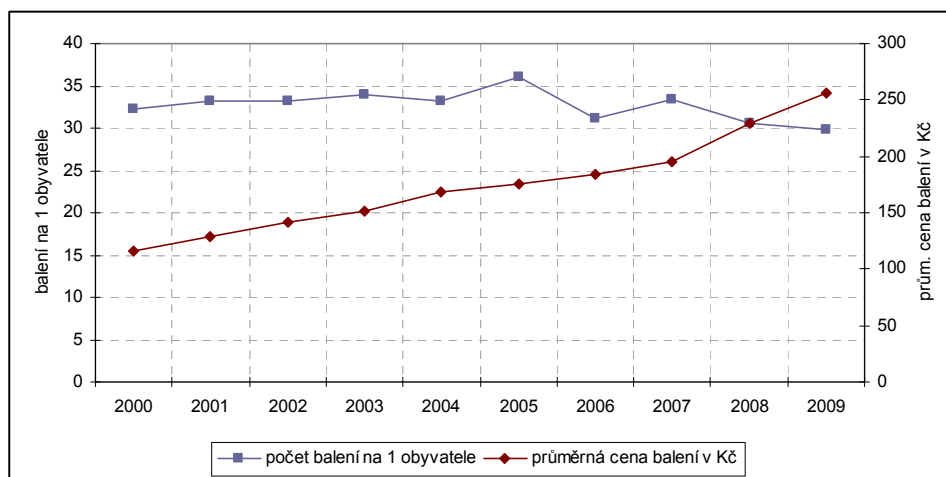
¹⁹ Ve sledovaném období došlo ke změně v počítání DDD, a proto je obtížné hodnotit.

Graf 3: Vývoj počtu balení a celkových výdajů za léčivé přípravky



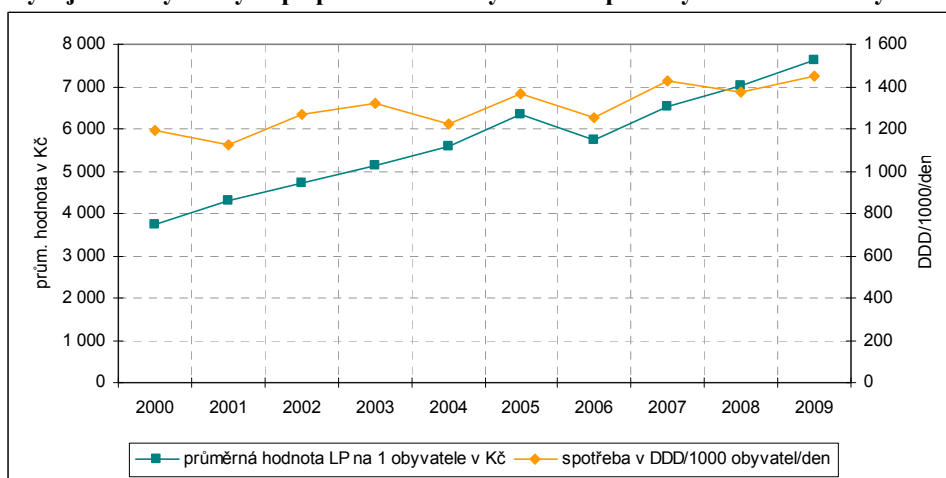
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, ÚZIS

Graf 4: Vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2009, ÚZIS

Graf 5: Vývoj hodnoty léčivých přípravků na 1 obyvatele a spotřeby v DDD/1000 obyvatel/den



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004, 2005, 2009, ÚZIS

4.2.2 Trávicí trakt a metabolismus

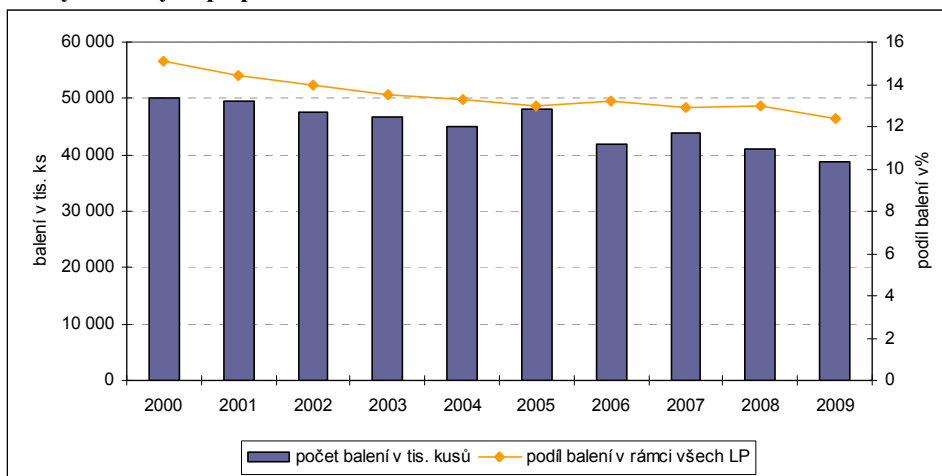
Do ATC skupiny léčiv pro trávicí trakt a metabolismus jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: stomatologické přípravky, léčiva k terapii onemocnění spojených s poruchou acidity, přípravky k terapii funkčních poruch trávicího traktu, antiemetika, léčiva k terapii onemocnění jater a žlučových cest, laxativa, antidiaroeika, střevní protizánětlivá a protiinfekční léčiva, léčiva k terapii obezity, digestiva včetně enzymových přípravků, léčiva k terapii diabetu, vitaminy, minerální doplňky, anabolika pro systémovou aplikaci a jiná léčiva na trávicí trakt a metabolismus. (3)

V roce 2009 bylo v České republice celkem distribuováno 38 779 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 8 729 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 225 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro trávicí trakt a metabolismus 12% a podíl výdajů na tyto přípravky 11%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 3,7 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 452 544 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 66 972 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 14% a 12% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 151 Kč. V případě, že by všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala by za celé sledované období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 4,5 kusů.

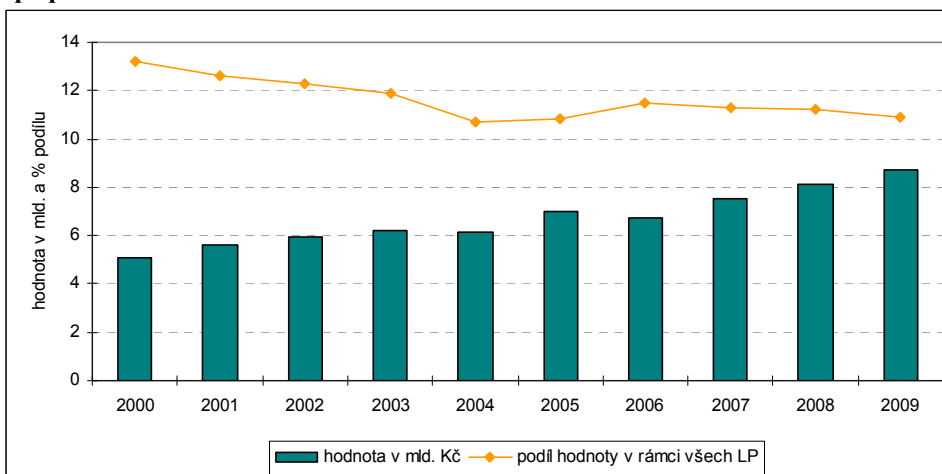
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 22% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 72% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 122%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se snížil podíl počtu balení těchto léčiv o 18% a jejich hodnoty ve finančním vyjádření o 17%. V případě, že by byly všechny přípravky použity pacienty, představovala průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka pokles o 24%. (viz graf 6-8)

Graf 6: Trávicí trakt a metabolismus - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



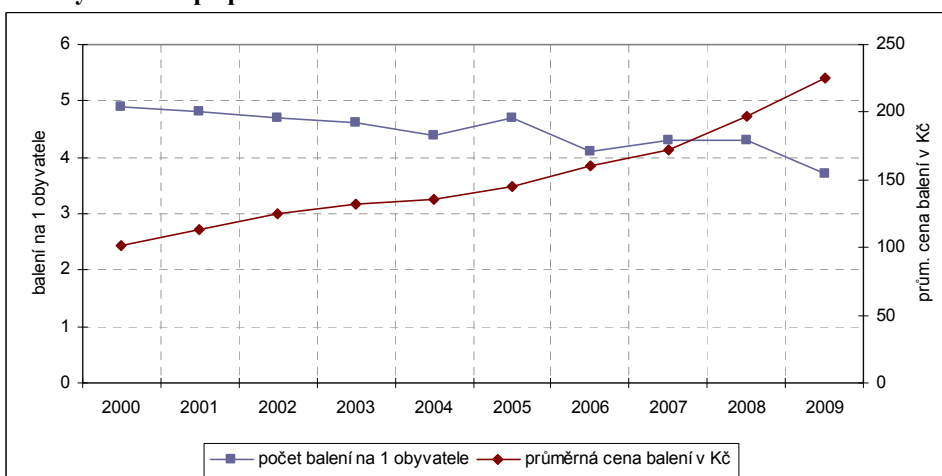
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 7: Trávicí trakt a metabolismus - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 8: Trávicí trakt a metabolismus - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.3 *Krev a krvetvorné orgány*

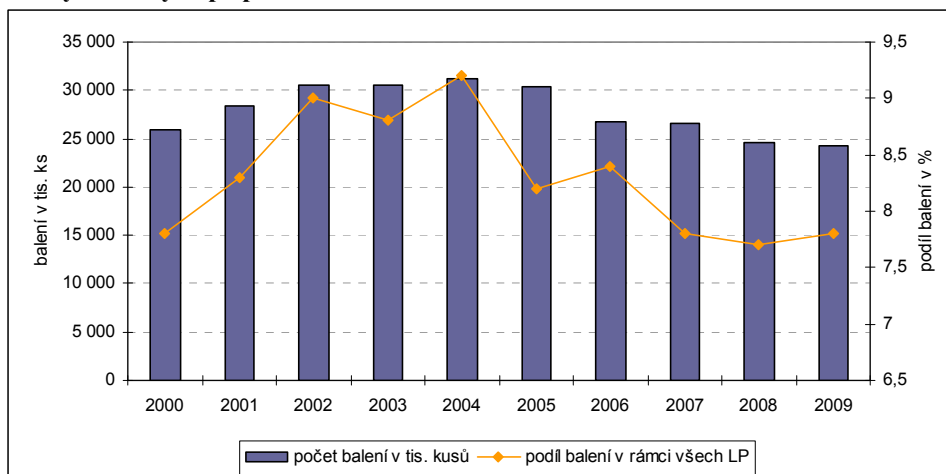
Do ATC skupiny léčiv pro krev a krvetvorné orgány jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: antikoagulancia, antitrombotika, hemostyptika, hemostatika, antianemika, krevní náhrady, infuzní a perfuzní roztoky, jiné hematologické látky. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 24 316 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 5 164 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 212 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro krev a krvetvorné orgány 8% a podíl výdajů na tyto přípravky 7%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 2,3 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 279 100 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 43 133 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 8% a 7% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 157 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 2,7 kusů.

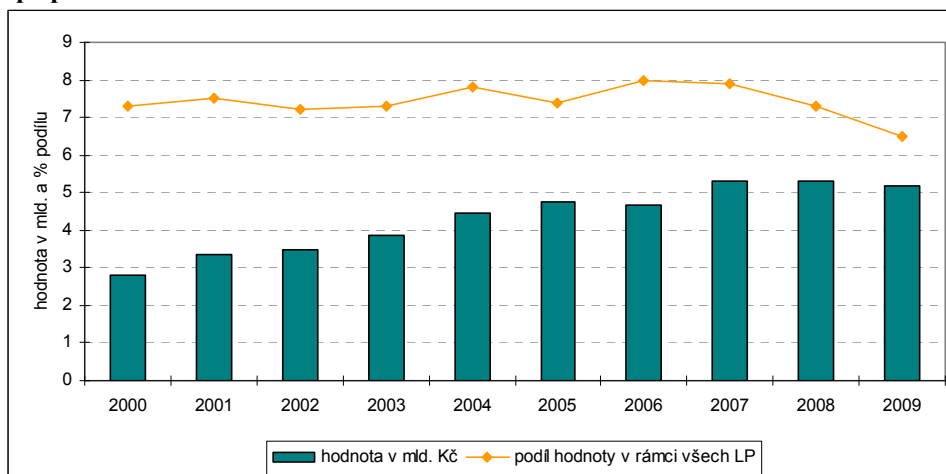
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 6% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 85% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 97%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků zůstal podíl počtu balení těchto léčiv stejný a současně se jejich hodnota ve finančním vyjádření snížila o 11%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka pokles o 8%. (viz graf 9-11)

Graf 9: Krev a krvetvorné orgány - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



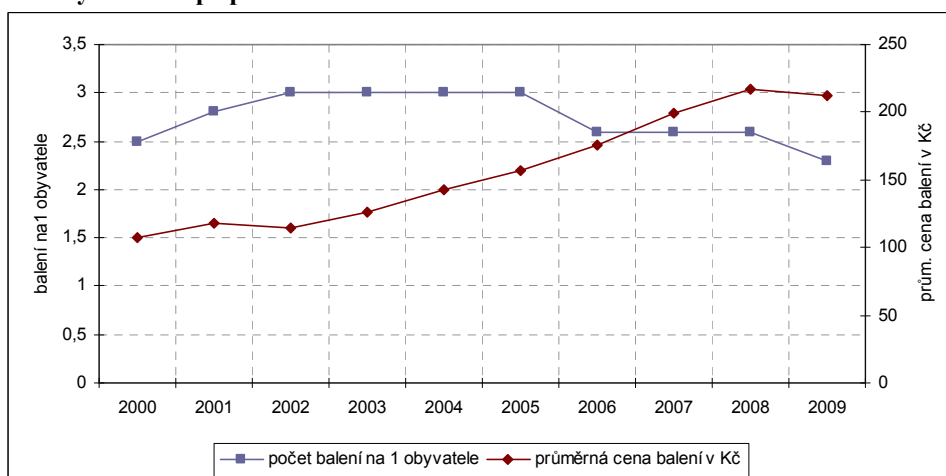
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 10: Krev a krvetvorné orgány - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 11: Krev a krvetvorné orgány - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.4 Kardiovaskulární systém

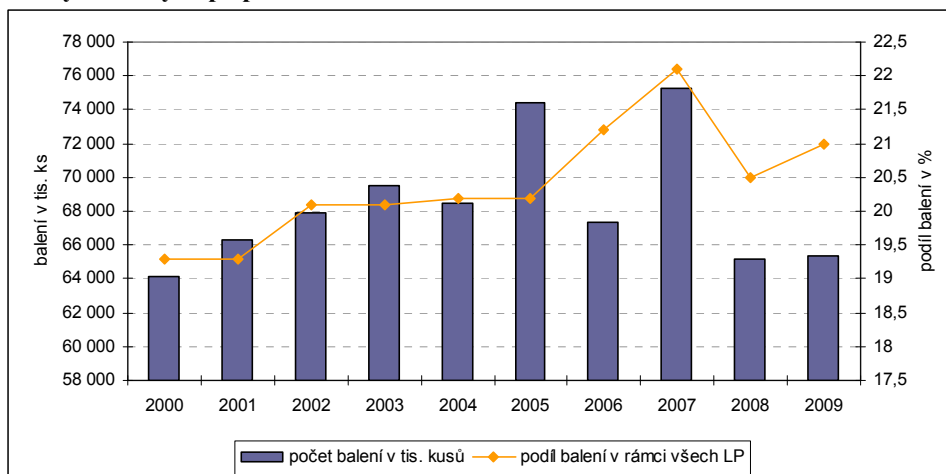
Do ATC skupiny léčiv pro kardiovaskulární systém jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: kardiaka, antihypertenziva, diuretika, periferní vazodilatancia, vazoprotektiva, venofarmaka, beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů, léčiva ovlivňující renin-angiotenzinový systém, léčiva ovlivňující hladinu lipidů. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 65 360 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 13 044 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 200 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro kardiovaskulární systém 21% a podíl výdajů na tyto přípravky 16%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 6,3 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 683 798 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 106 453 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 20% a 19% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 156 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 6,8 kusů.

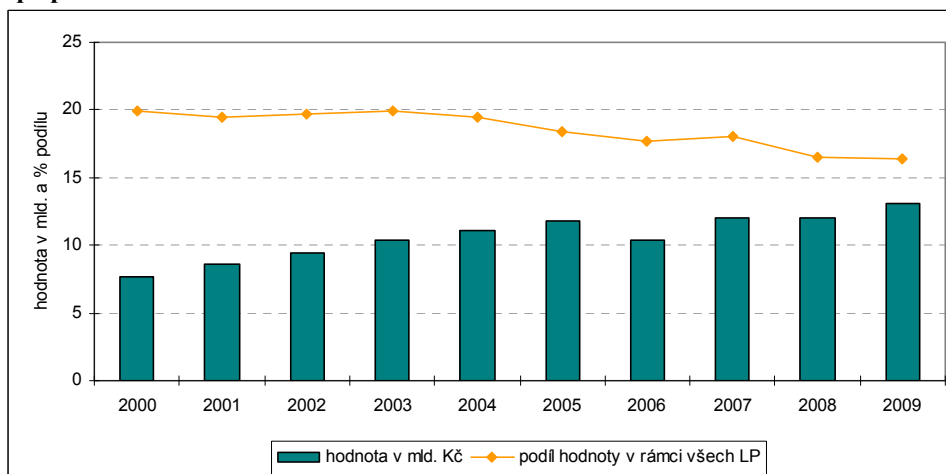
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 2% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 70% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 67%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 9% a současně se podíl jejich hodnoty ve finančním vyjádření snížil o 18%. V případě, že by byly všechny přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka zvýšení o 2%. (viz graf 12-14)

Graf 12: Kardiovaskulární systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



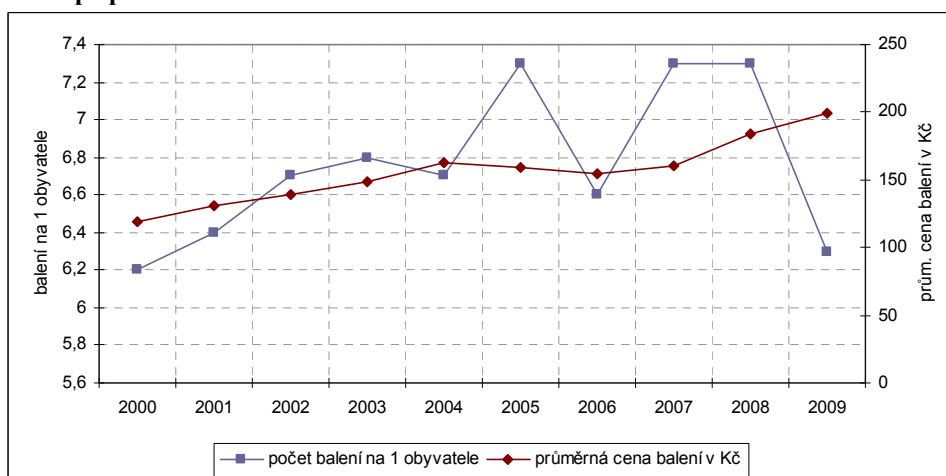
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 13: Kardiovaskulární systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 14: Kardiovaskulární systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.5 Dermatologika

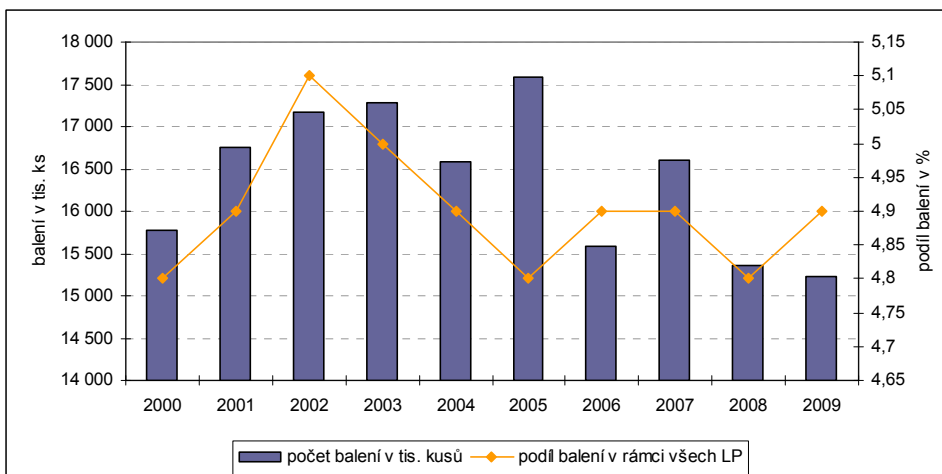
Do ATC skupiny léčiv pro dermatologika jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: antimykotika pro použití v dermatologii, emolienca a protektiva, přípravky pro léčbu ran a vředů, antipruriginóza, včetně antihistaminik, anestetik, atd., antipsoriatika, antibiotika a hemoterapeutika pro použití v dermatologii, kortikosteroidy, dermatologické přípravky, antiseptika a dezinficiencia, léčivé obvazy, léčiva k terapii akné a jiné dermatologické přípravky. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 15 226 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 1 483 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 97 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení dermatologik 5% a podíl výdajů na tyto přípravky 2%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 1,5 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 163 958 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 13 507 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 5% a 2% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 83 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 1,6 kusů.

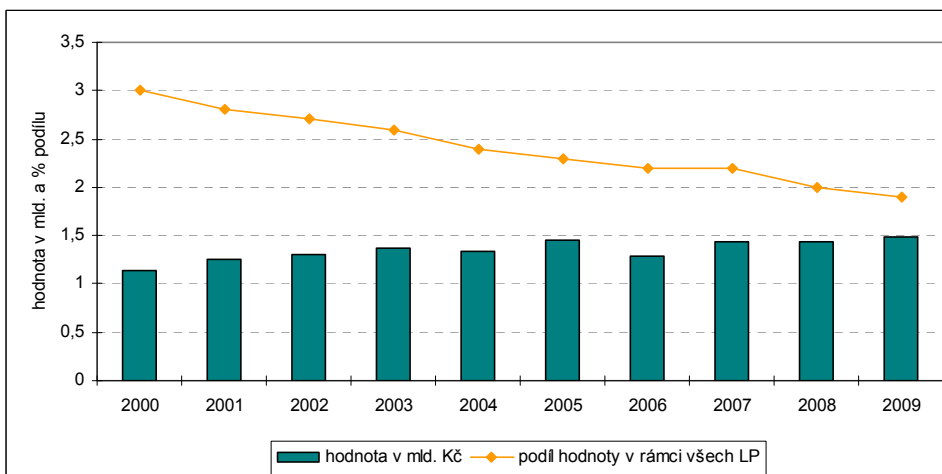
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 3% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 30% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 35%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 2% a zároveň podíl jejich hodnoty ve finančním vyjádření klesl o 37%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, zůstala by průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka stejná v roce 2009 jako byla v roce 2000. (viz graf 15-17)

Graf 15: Dermatologika - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



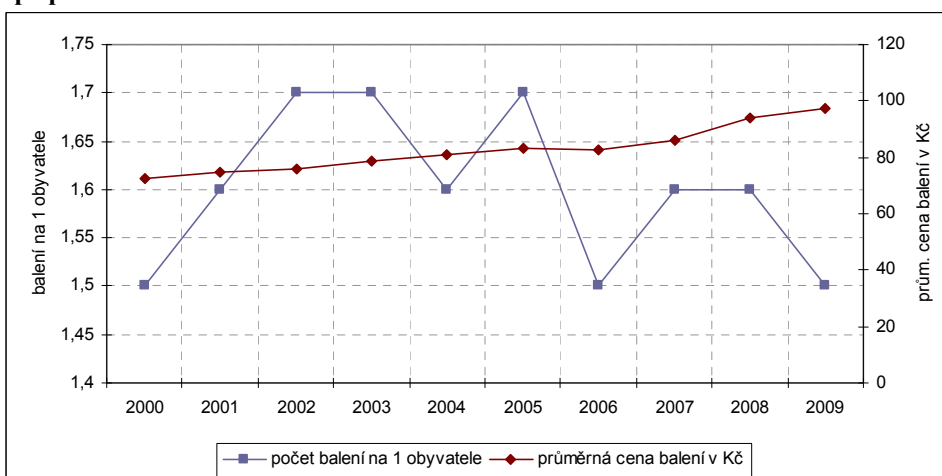
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 16: Dermatologika - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 17: Dermatologika - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.6 Urogenitální trakt a pohlavní hormony

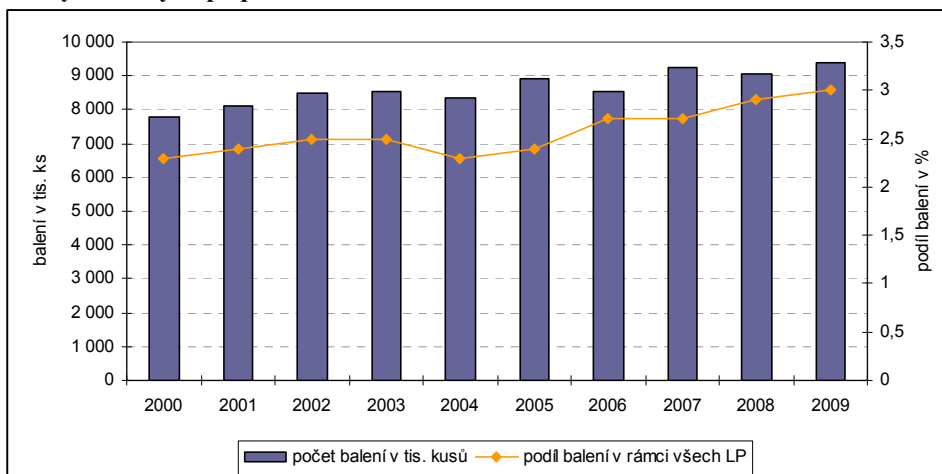
Do ATC skupiny léčiv pro urogenitální trakt a pohlavní hormony jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: gynekologická antiinfektiva a antiseptika, jiná gynekologika, pohlavní hormony a modulátory genitálního systému, urologika. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 9 389 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 4 854 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 517 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro urogenitální trakt a pohlavní hormony 3% a podíl výdajů na tyto přípravky 6%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 0,9 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 86 415 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 35 757 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 3% a 6% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 410 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 0,8 kusů.

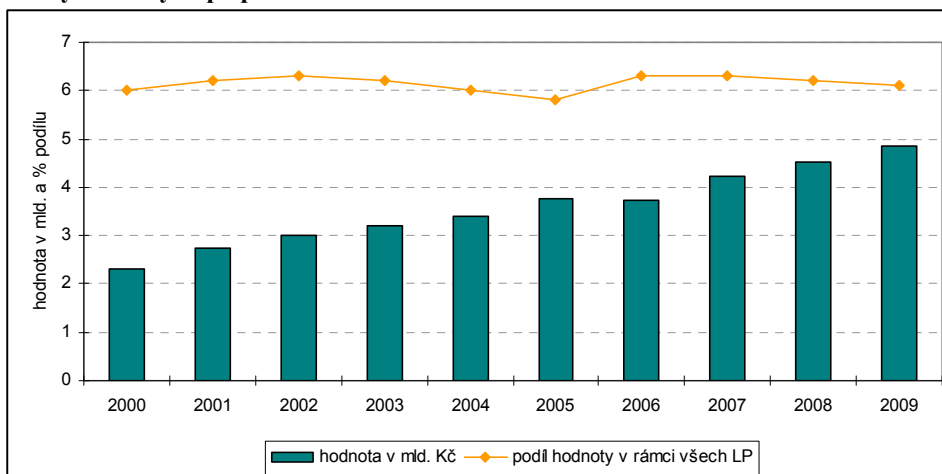
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 21% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 110% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 74%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 30% a podíl jejich hodnoty ve finančním vyjádření o 2%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka zvýšení o 13%. (viz graf 18-20)

Graf 18: Urogenitální trakt a pohlavní hormony - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



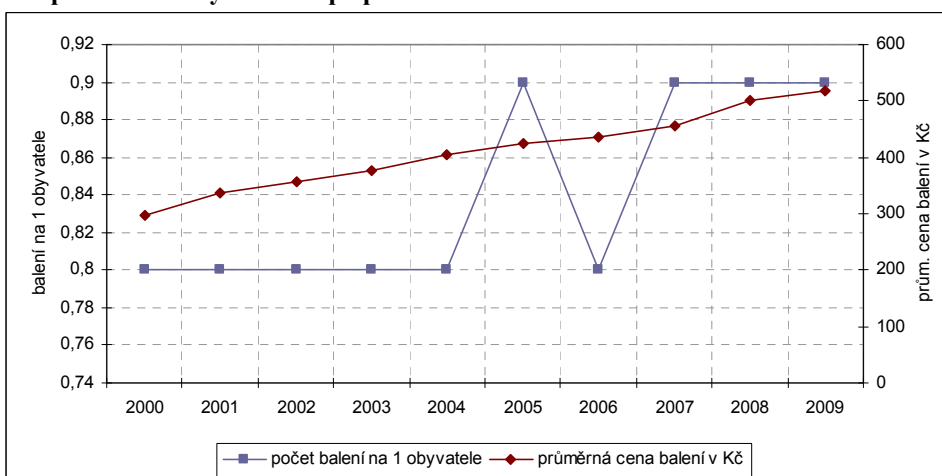
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 19: Urogenitální trakt a pohlavní hormony - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 20: Urogenitální trakt a pohlavní hormony - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.7 *Systémová hormonální léčiva*

Do ATC skupiny léčiv pro systémová hormonální léčiva²⁰ jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: hypofyzární a hypotalamické hormony a analogy, kortikosteroidy pro systémovou aplikaci, léčiva k terapii onemocnění štítné žlázy, pankreatické hormony, léčiva ovlivňující homeostázu vápníku. (3)

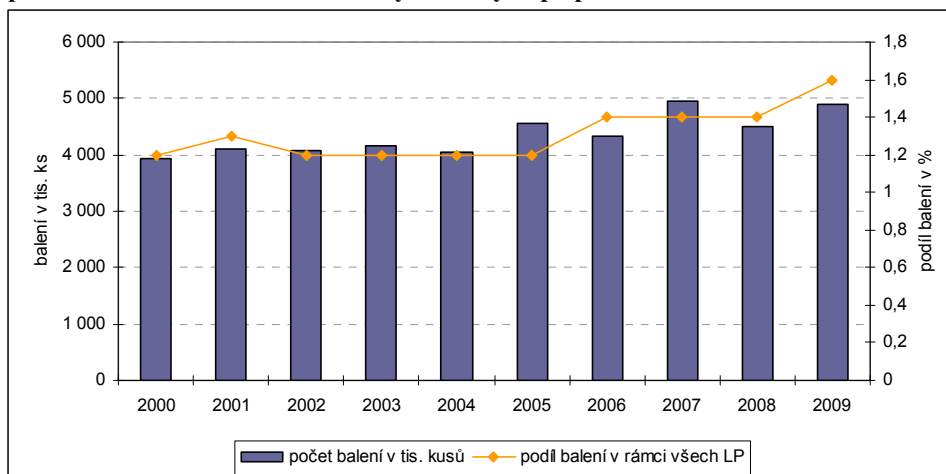
V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 4 892 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 1 360 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 278 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení systémových hormonálních léčiv 2% a podíl výdajů rovněž 2%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 0,5 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 43 515 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 10 603 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 1% a 2% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 243 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 0,4 kusu.

Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 25% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 67% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 34%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 33% a zároveň podíl jejich hodnoty ve finančním vyjádření klesl o 19%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka zvýšení o 25%. (viz graf 21-23)

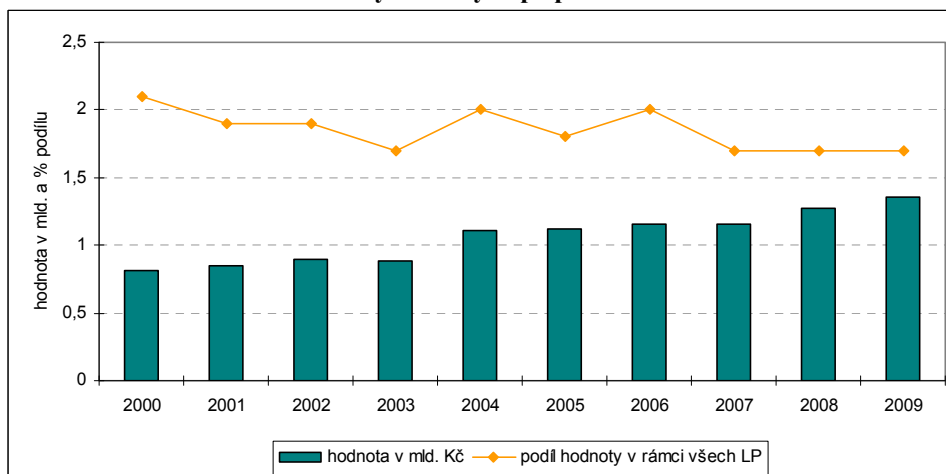
²⁰ Do ATC skupiny pro systémová hormonální léčiva se nezahrnují pohlavní hormony a inzulíny.

Graf 21: Systémová hormonální léčiva (kromě pohlavních hormonů a inzulinů) - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



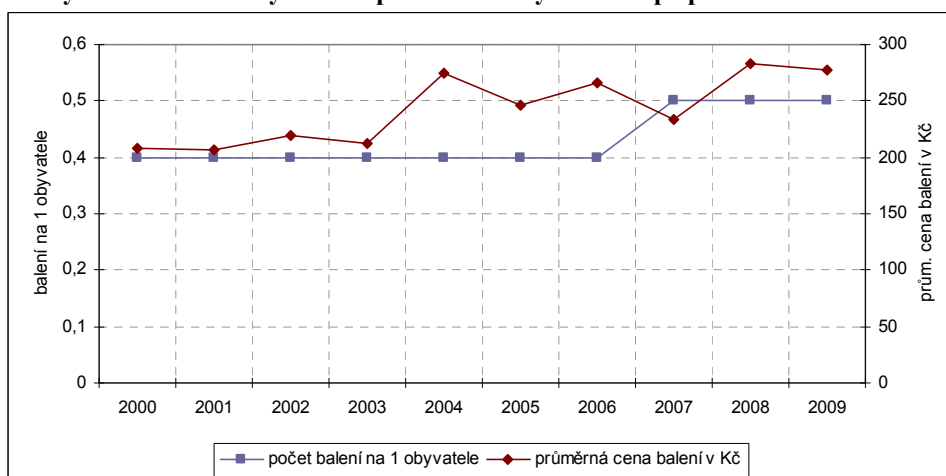
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 22: Systémová hormonální léčiva (kromě pohlavních hormonů a inzulinů) - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 23: Systémová hormonální léčiva (kromě pohlavních hormonů a inzulinů) - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.8 *Antiinfektiva pro systémovou aplikaci*

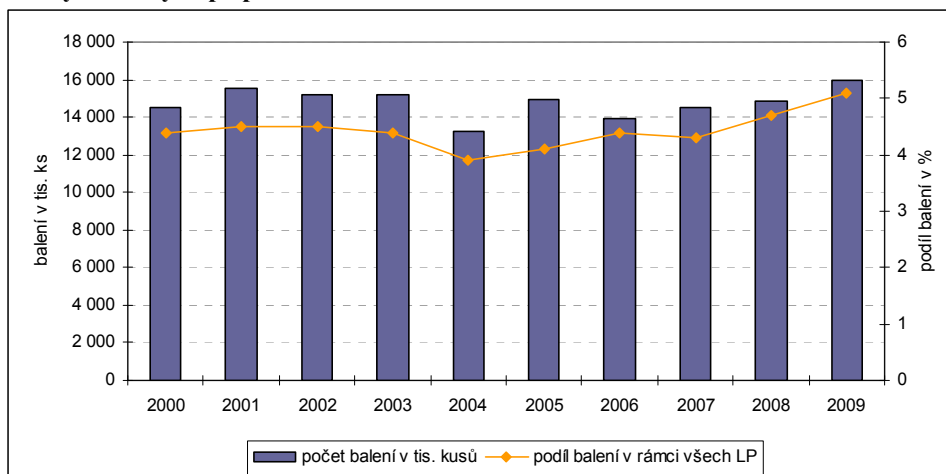
Do ATC skupiny léčiv pro antiinfektiva pro systémovou aplikaci jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: antibakteriální léčiva pro systémovou aplikaci, antimykotika pro systémovou aplikaci, antimykobakteriální léčiva, antivirotika pro systémovou aplikaci, hyperimunní séra a imunoglobuliny, vakcíny. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 15 943 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 7 088 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 445 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení antiinfektiv pro systémovou aplikaci 5% a podíl výdajů na tyto přípravky 9%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 1,5 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 147 912 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 46 664 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 4% a 8% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 315 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 1,4 kusů.

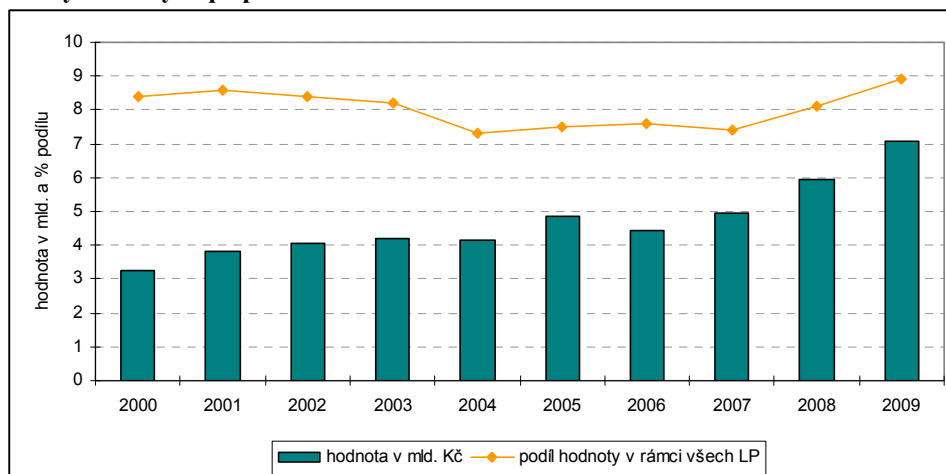
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 10% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 119% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 99%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 16% a jejich hodnoty ve finančním vyjádření o 6%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka nárůst o 7%. (viz graf 24-26)

Graf 24: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



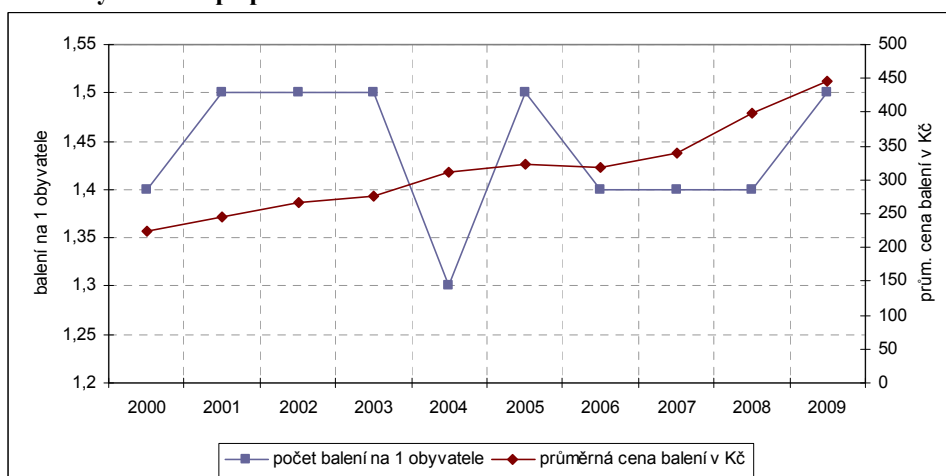
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 25: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 26: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.9 Cytostatika a imunomodulační léčiva

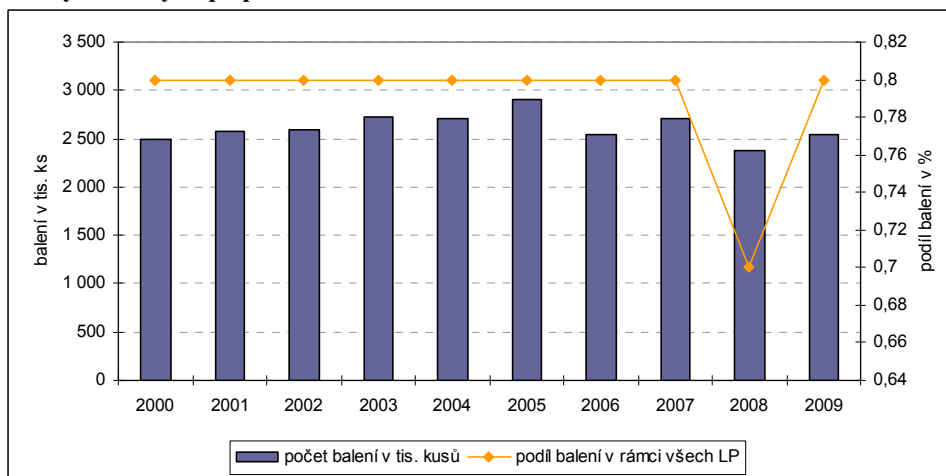
Do ATC skupiny léčiv pro cytostatika a imunomodulační léčiva jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: cytostatika, hormonální léčiva používaná v onkologii, imunostimulancia, imunosupresiva. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 2 535 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 13 373 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 5 274 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení cytostatik a imunomodulačních léčiv 1% a podíl výdajů na tyto přípravky 17%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 0,2 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 26 144 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 74 505 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 1% a 12% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 2 866 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 0,3 kusu.

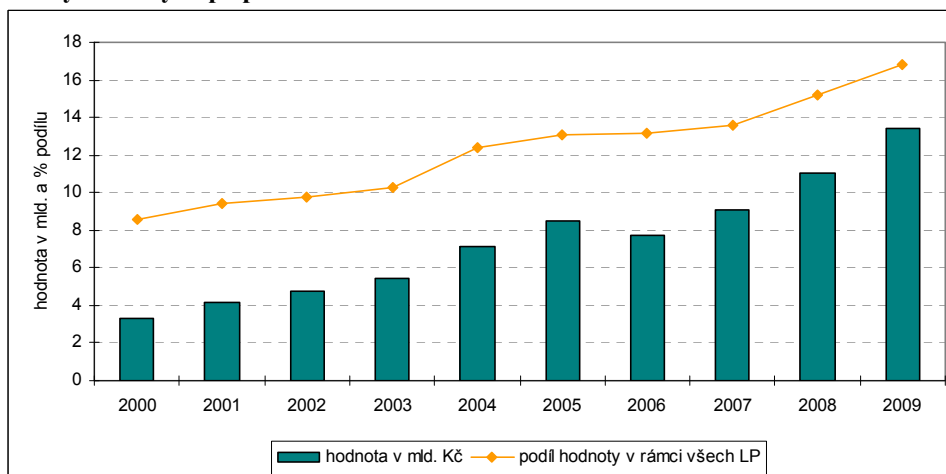
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 2% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 303% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 296%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků zůstal v roce 2000 a 2009 stejný podíl počtu balení těchto léčiv a zároveň se podíl jejich hodnoty ve finančním vyjádření zvýšil o 95%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by v roce 2000 i 2009 průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka stejnou hodnotu. (viz graf 27-29)

Graf 27: Cytostatika a imunomodulační léčiva - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



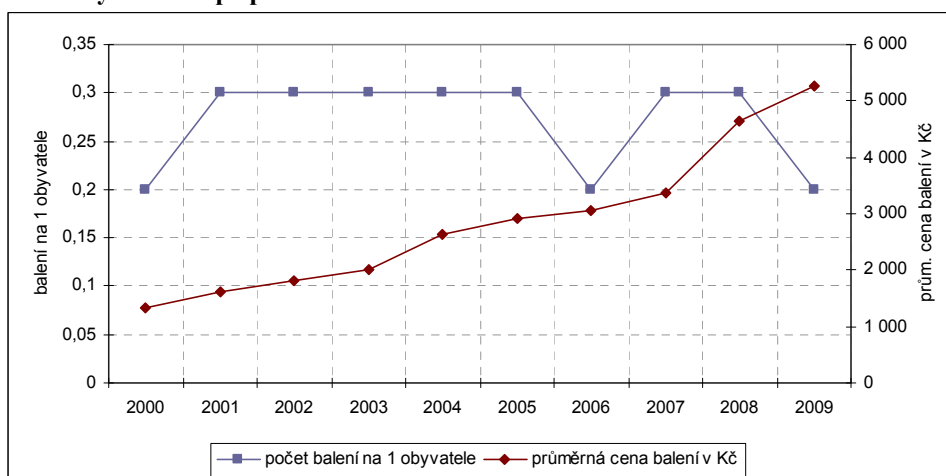
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 28: Cytostatika a imunomodulační léčiva - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 29: Cytostatika a imunomodulační léčiva - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.10 Muskuloskeletární systém

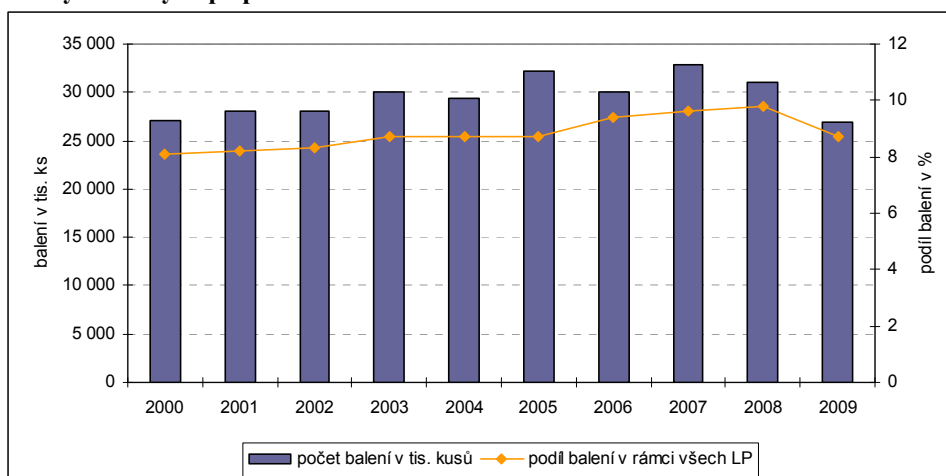
Do ATC skupiny léčiv pro muskuloskeletární systém jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: protizánětlivá a protirevmatická léčiva, lokální léčiva k terapii bolestí svalů a kloubů, myorelaxancia, léčiva k terapii dny, léčiva k terapii nemocí kostí a jiná léčiva pro poruchy muskuloskeletálního systému. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 26 991 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 4 129 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 153 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro muskuloskeletární systém 9% a podíl výdajů na tyto přípravky 5%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 2,6 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 295 517 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 34 773 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 9% a 6% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 117 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 2,9 kusů.

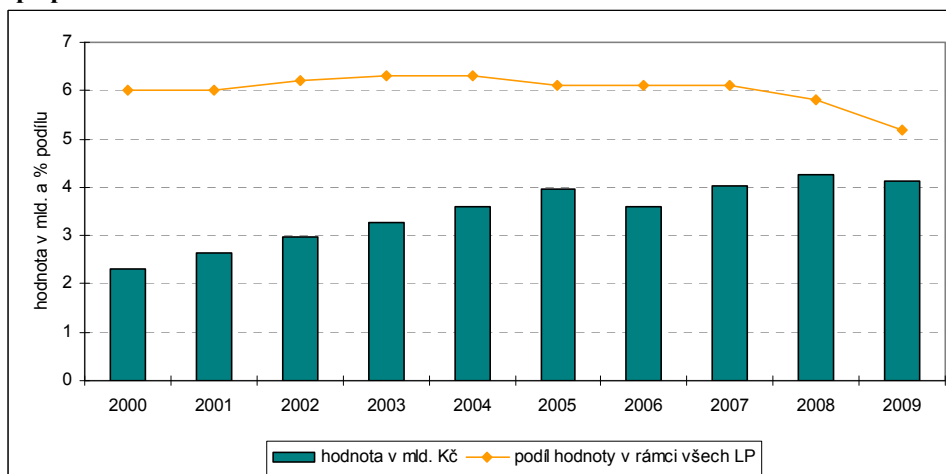
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nepatrnému poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 79% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 79%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 7% a jejich hodnoty ve finančním vyjádření klesl o 13%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by v roce 2000 i 2009 průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka stejnou hodnotu. (viz graf 30-32)

Graf 30: Muskuloskeletární systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



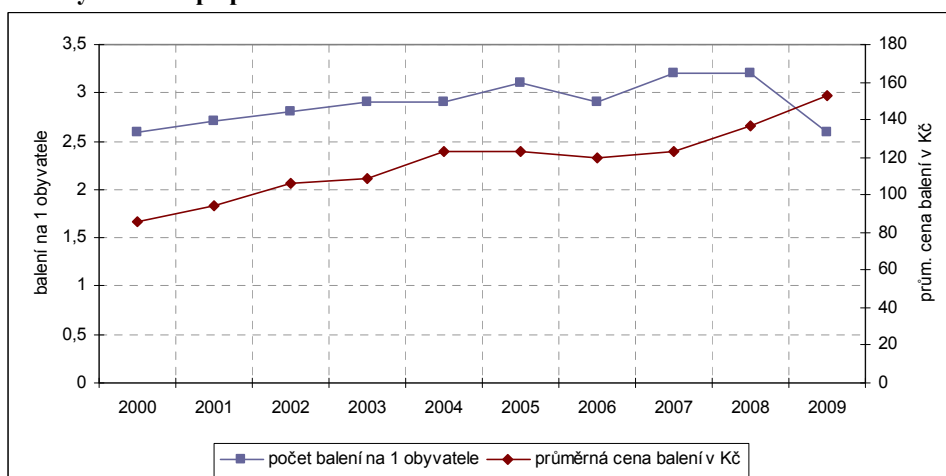
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 31: Muskuloskeletární systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 32: Muskuloskeletární systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.11 Nervový systém

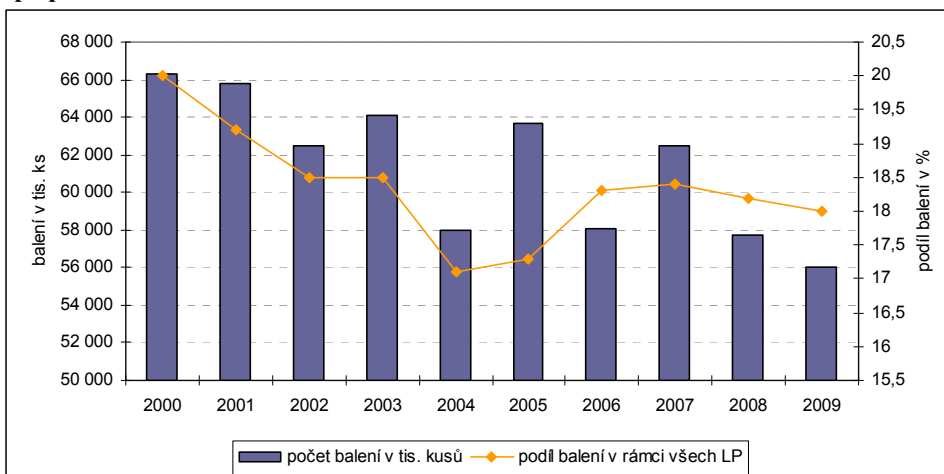
Do ATC skupiny léčiv pro nervový systém jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: anestetika, analgetika, antiepileptika, antiparkinsonika, psycholeptika, psychoanaleptika a jiná léčiva nervového systému. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 56 012 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 9 931 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 177 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro nervový systém 18% a podíl výdajů na tyto přípravky 13%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 5,4 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 614 683 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 71 270 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 18% a 12% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 118 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 6,1 kusů.

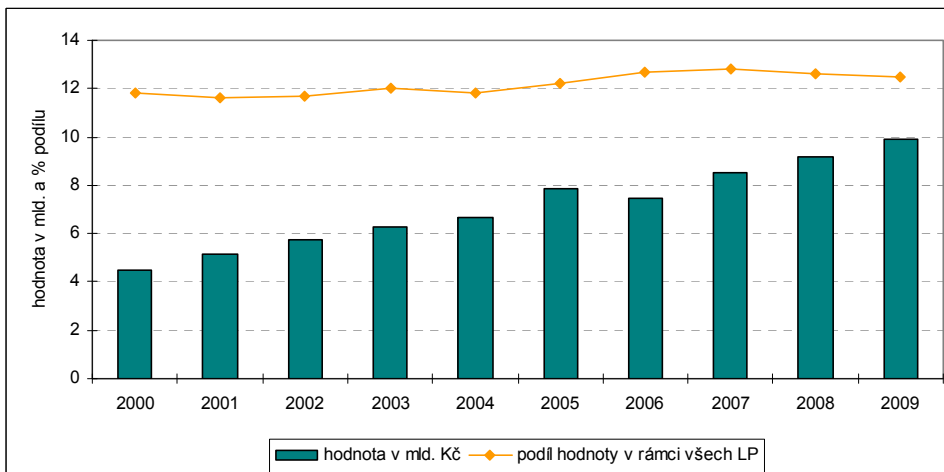
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 16% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 120% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 160%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se snížil podíl počtu balení těchto léčiv o 10% a zároveň podíl hodnoty ve finančním vyjádření vzrostl o 6%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka pokles o 17%. (viz graf 33-35)

Graf 33: Nervový systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



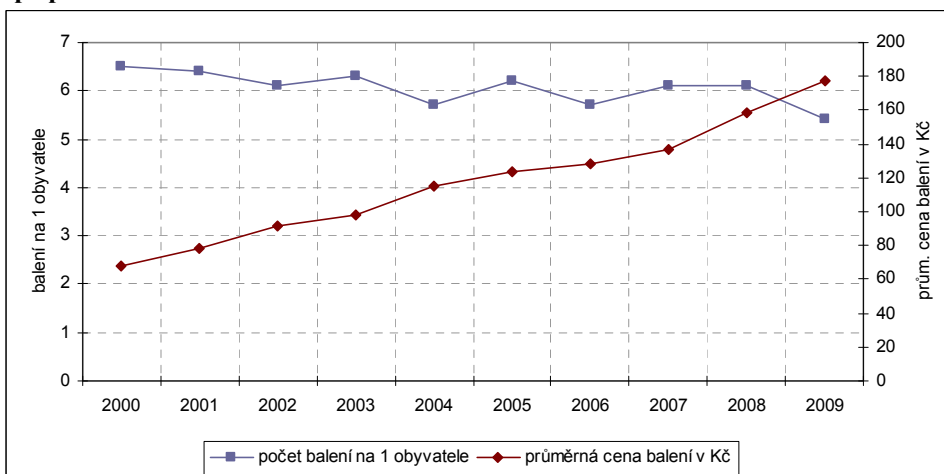
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 34: Nervový systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 35: Nervový systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.12 Antiparazitika, insekticidy a repelenty

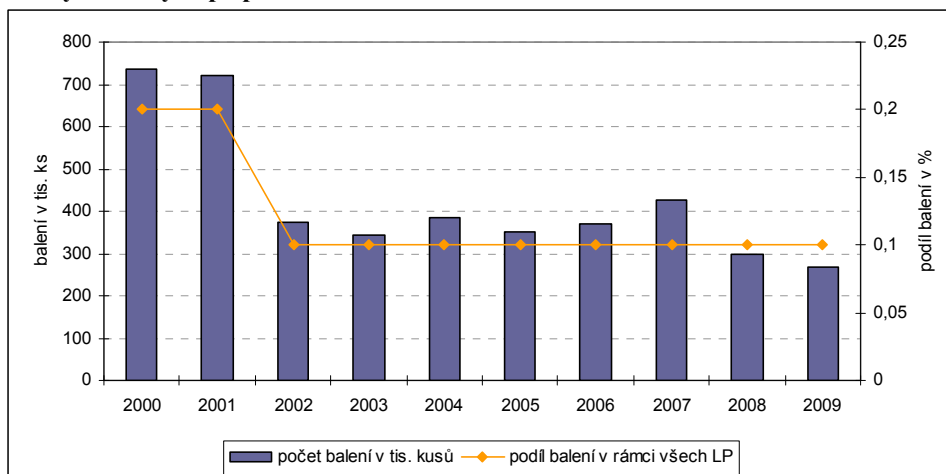
Do ATC skupiny léčiv pro antiparazitika, insekticidy a repelenty jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: antiprotozoika, anthelmintika, antiectoparazitika, včetně skabucidních léčiv, insekticidů a repelentů. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 267 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 83 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 310 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení antiparazitik, insekticidů a repelentů 0,1% a podíl výdajů rovněž 0,1%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 0,03 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 4 271 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 594 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv průměrně v počtu balení i ve finančním vyjádření hodnotu pod 1%. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 159 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 0,05 kusu.

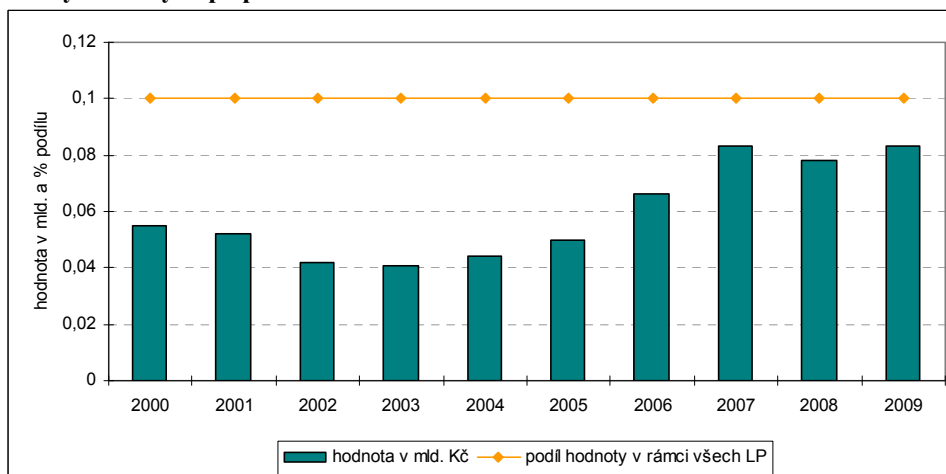
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 64% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 51% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 313%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se snížil podíl počtu balení těchto léčiv přibližně o 50% a podíl jejich hodnoty ve finančním vyjádření zůstal stejný. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka pokles o 70%. (viz graf 36-38)

Graf 36: Antiparazitika, insekticidy, repelenty - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



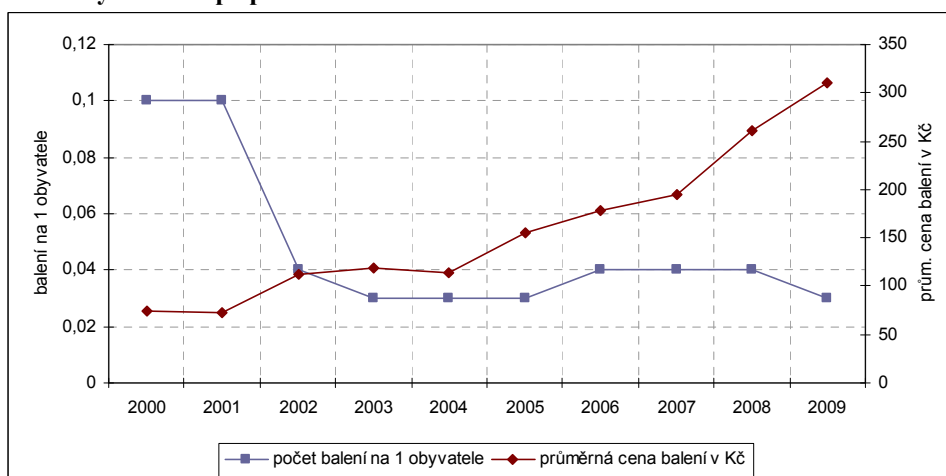
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 37: Antiparazitika, insekticidy, repelenty - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 38: Antiparazitika, insekticidy, repelenty - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.13 Respirační systém

Do ATC skupiny léčiv pro respirační systém jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: nosní léčiva, krční léčiva, léčiva k terapii onemocnění spojených s obstrukcí dýchacích cest, léčiva proti nachlazení a kašli, antihistaminika pro systémovou aplikaci, jiná léčiva respiračního systému. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 33 263 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 6 164 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 185 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro respirační systém 11% a podíl výdajů na tyto přípravky 8%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 3,2 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 370 731 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 49 533 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 11% a 9% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 135 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 3,6 kusů.

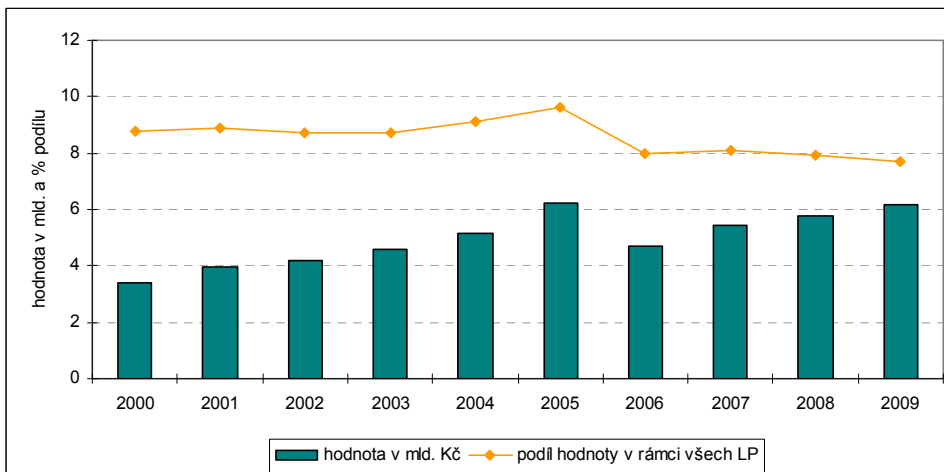
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 9% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 82% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 99%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se snížil podíl počtu balení těchto léčiv o 3% a jejich hodnoty ve finančním vyjádření o 13 %. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka pokles o 11%. (viz graf 39-41)

Graf 39: Respirační systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



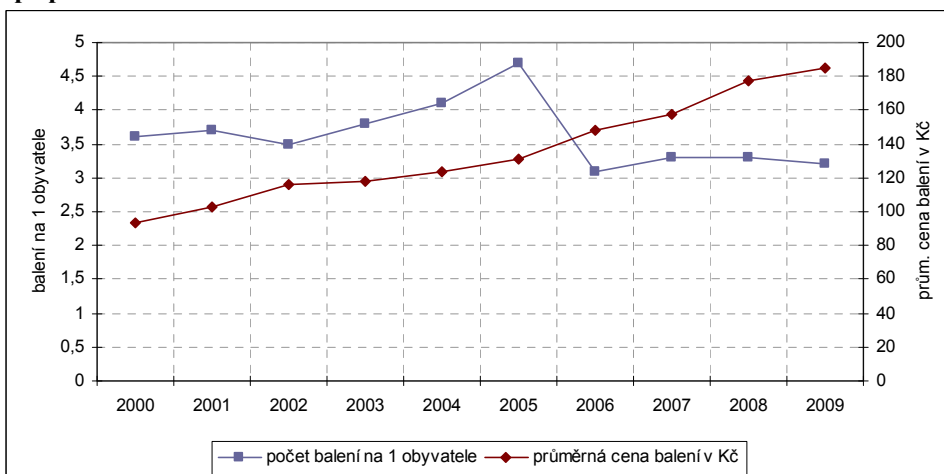
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 40: Respirační systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 41: Respirační systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.14 Smyslové orgány

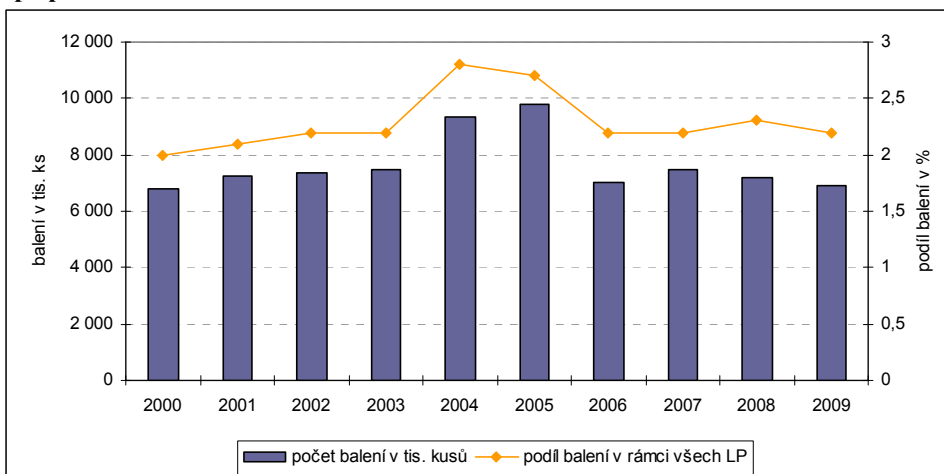
Do ATC skupiny léčiv pro smyslové orgány jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: oftalmologika, otologika. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 6 892 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 1 188 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 172 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv pro smyslové orgány 2% a podíl výdajů rovněž 2%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 0,7 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 76 639 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 8 143 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 2% a 1% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 108 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 0,8 kusu.

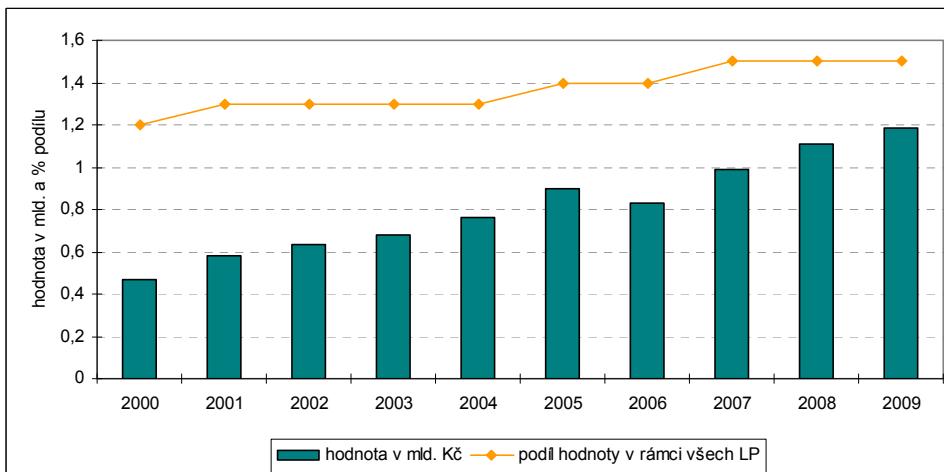
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 1% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 154% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 150%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 10% a jejich hodnoty ve finančním vyjádření o 25%. V případě, že by byly použity všechny přípravky pacienty, představovala by v roce 2000 i 2009 průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka stejnou hodnotu. (viz graf 42-44)

Graf 42: Smyslové orgány - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



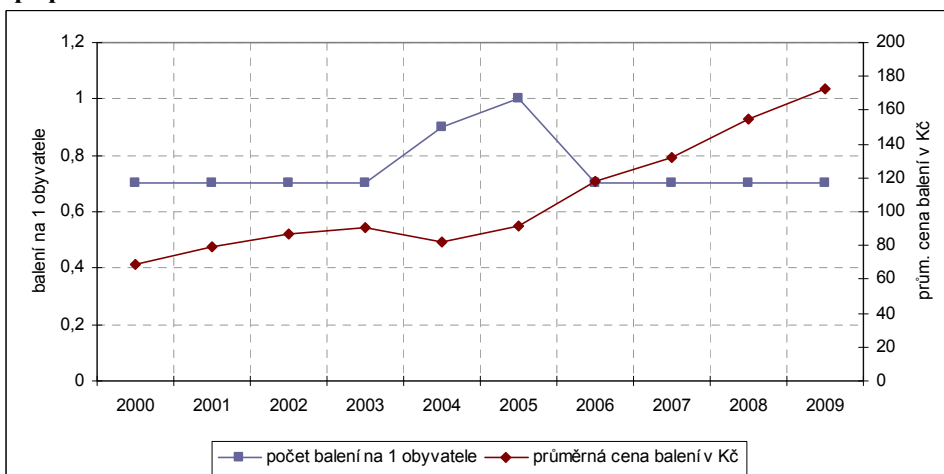
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 43: Smyslové orgány - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 44: Smyslové orgány - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.15 Různé přípravky

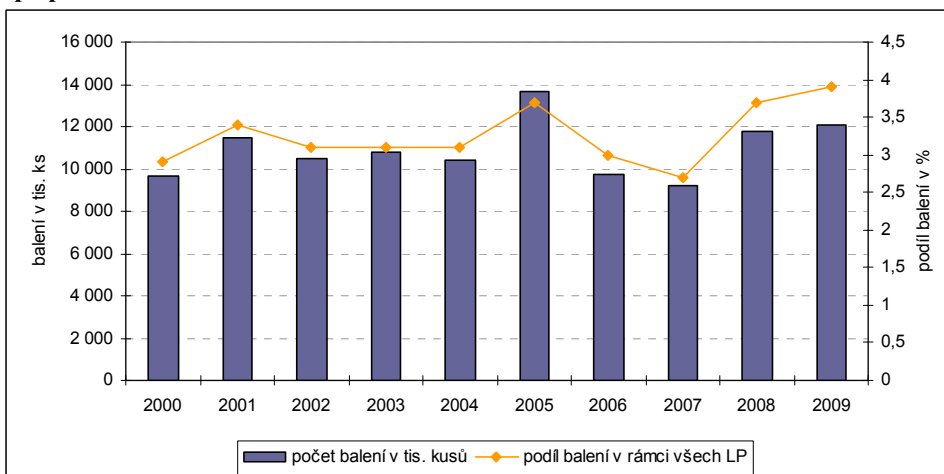
Do ATC skupiny léčiv pro různé přípravky jsou zahrnuty následující skupiny léčivých přípravků: alergenů, všechny jiné terapeutické přípravky, diagnostika, celková výživa, jiné neterapeutické přípravky, kontrastní látky, diagnostická radiofarmaka, terapeutická radiofarmaka. (3)

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno celkem 12 065 tis. balení léčivých přípravků z výše uvedené ATC skupiny a jejich hodnota ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala 3 156 mil. Kč, přičemž průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela na 262 Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků činil podíl počtu balení léčiv ze skupiny různých přípravků 4% a podíl výdajů rovněž 4%. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem průměrně 1,2 balení.

Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo distribuováno celkem 109 323 tis. kusů balení léčivých přípravků této ATC skupiny v hodnotě 20 459 mil. Kč. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků představoval podíl zastoupení těchto léčiv v počtu balení průměrně 3% a 4% jejich hodnota ve finančním vyjádření. Průměrná cena balení léčivého přípravku činila v těchto letech 187 Kč. V případě, že by byly všechny distribuované přípravky použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná roční spotřeba počtu balení na jednoho člověka 1 kus.

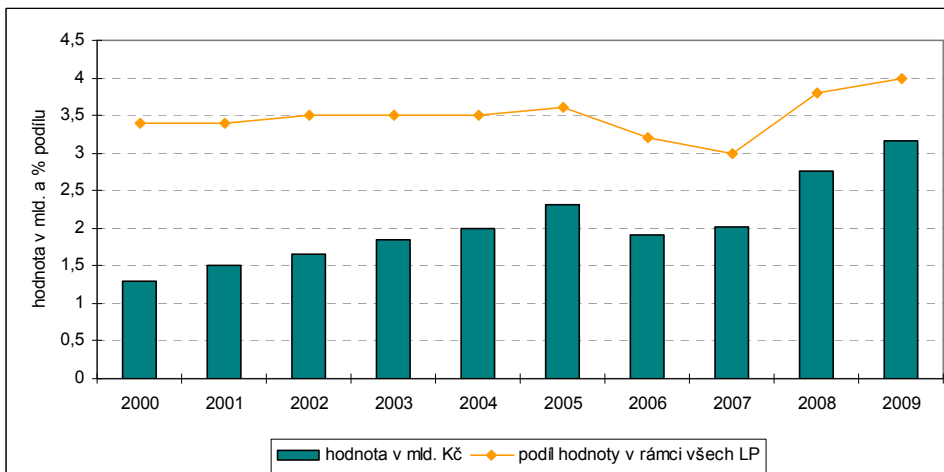
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k nárůstu množství distribuovaných léčiv této ATC skupiny o 24% a současně ke zvýšení výdajů za tyto přípravky o 143% v maximálních stanovených cenách, přičemž průměrná cena jednoho balení vzrostla o 96%. V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil podíl počtu balení těchto léčiv o 34% a jejich hodnoty ve finančním vyjádření o 18%. V případě, že by všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka zvýšení o 33%. (viz graf 45-47)

Graf 45: Různé přípravky - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



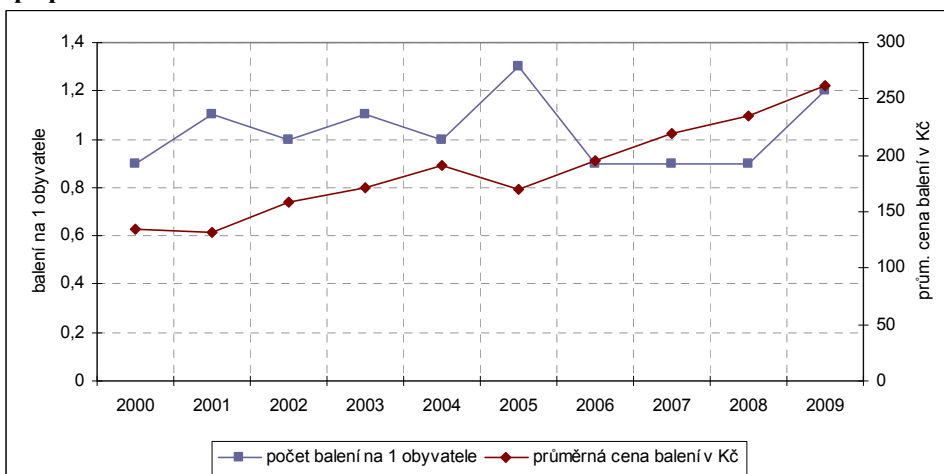
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 46: Různé přípravky - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 47: Různé přípravky - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku



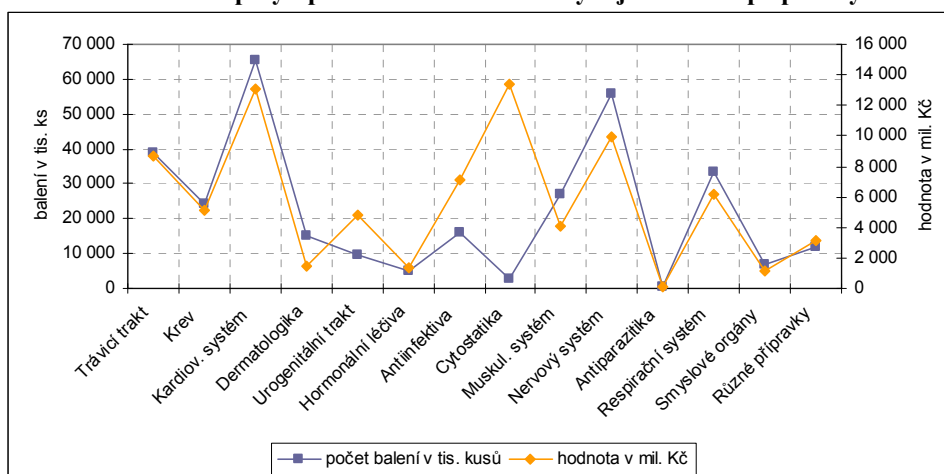
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

4.2.16 Souhrn ATC skupin

V roce 2009 bylo v České republice distribuováno nejvíce balení léčivých přípravků dle ATC klasifikace ze skupiny pro systém kardiovaskulární, nervový a trávicí, současně nejméně léčiv bylo ze skupiny antiparazitika, insekticidy a repelenty. Hodnota přípravků ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala nejvyšší náklady na cytostatika a imunomodulační léčiva, následovaly přípravky pro kardiovaskulární a nervový systém, naopak nejméně nákladnou skupinu tvořily antiparazitika, insekticidy a repelenty. (viz graf 48, 49) Nejvyšší průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku byla u cytostatik a imunomodulačních léčiv, dále u přípravků pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů a následně antiinfektiv pro systémovou aplikaci, přičemž nejnižší cenu měli dermatologické přípravky. Za předpokladu, že by všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila by spotřeba jedním občanem nejvíce přípravků ze skupiny pro systém kardiovaskulární, nervový, trávicí a naopak nejnižší pro antiparazitika, insekticidy a repelenty. (viz graf 50)

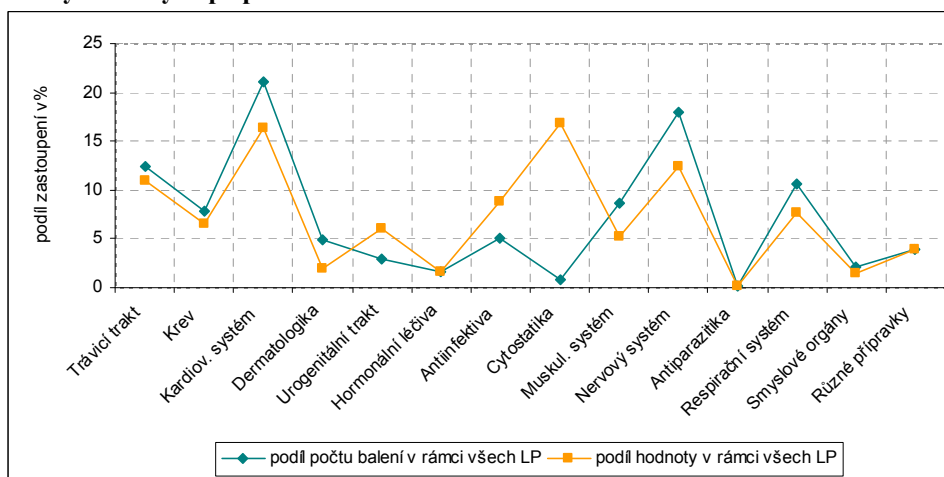
Ve sledovaném období v letech 2000-2009 bylo v České republice distribuováno nejvíce balení léčivých přípravků dle ATC klasifikace ze skupiny pro systém kardiovaskulární, nervový, trávicí a současně nejméně léčiv ze skupiny antiparazitika, insekticidy a repelenty. Hodnota přípravků ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala nejvyšší náklady u skupiny pro kardiovaskulární systém, následovala cytostatika a imunomodulační léčiva a přípravky pro nervový systém, naopak nejméně nákladnou skupinu představovaly antiparazitika, insekticidy a repelenty. (viz graf 51, 52) Průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vycházela v tomto období jako nejvyšší u cytostatik a imunomodulačních léčiv, dále u přípravků pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů a následně antiinfektiv pro systémovou aplikaci, přičemž nejnižší cenu měli dermatologické přípravky. V případě, že by všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, činila by spotřeba léčiv jedním občanem nejvíce přípravků ze skupiny pro systém kardiovaskulární, nervový a trávicí a naopak nejnižší pro antiparazitika, insekticidy a repelenty. (viz graf 53)

Graf 48: Základní ATC skupiny - počet balení a celkové výdaje za léčivé přípravky v roce 2009



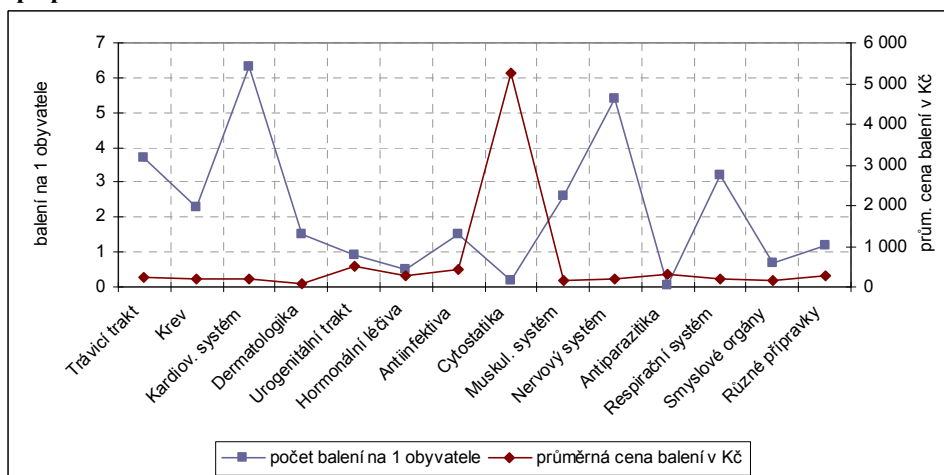
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 49: Základní ATC skupiny – podíl počtu balení a jejich hodnoty v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků v roce 2009



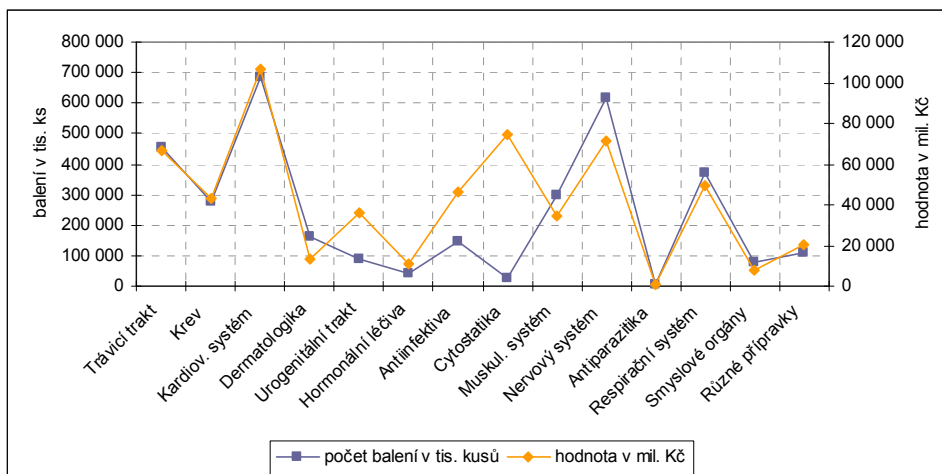
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 50: Základní ATC skupiny - počet distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku v roce 2009



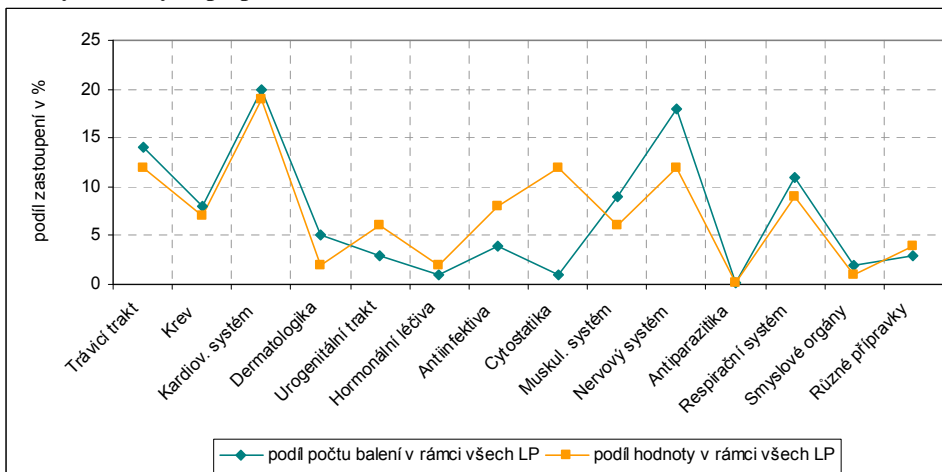
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 51: Základní ATC skupiny - počet balení a celkové výdaje za léčivé přípravky v letech 2000-2009



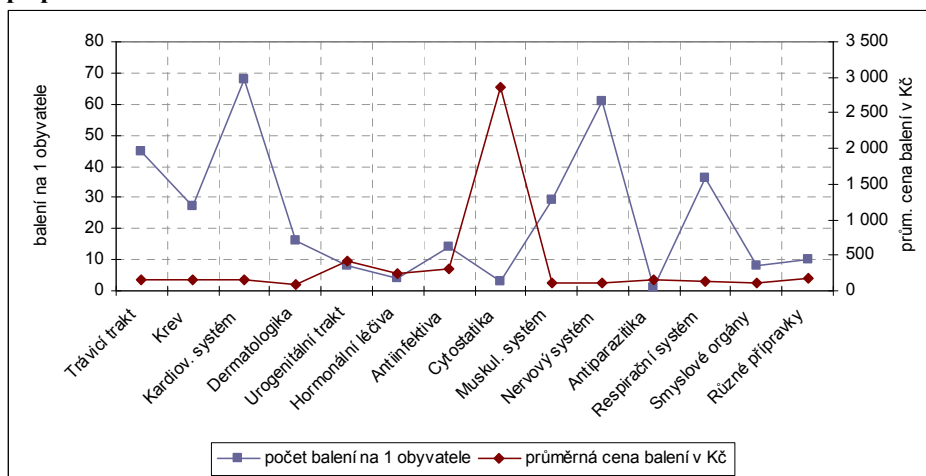
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 52: Základní ATC skupiny – podíl počtu balení a jejich hodnoty v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků v letech 2000-2009



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

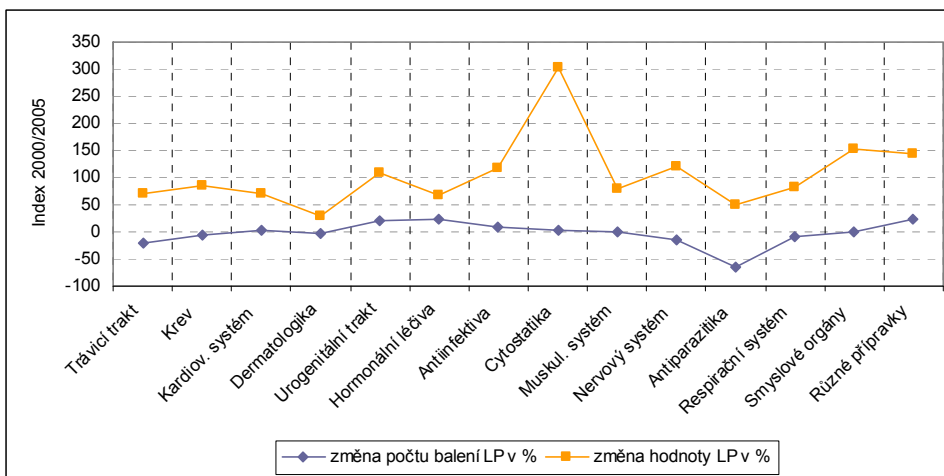
Graf 53: Základní ATC skupiny - počet distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku v letech 2000-2009



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

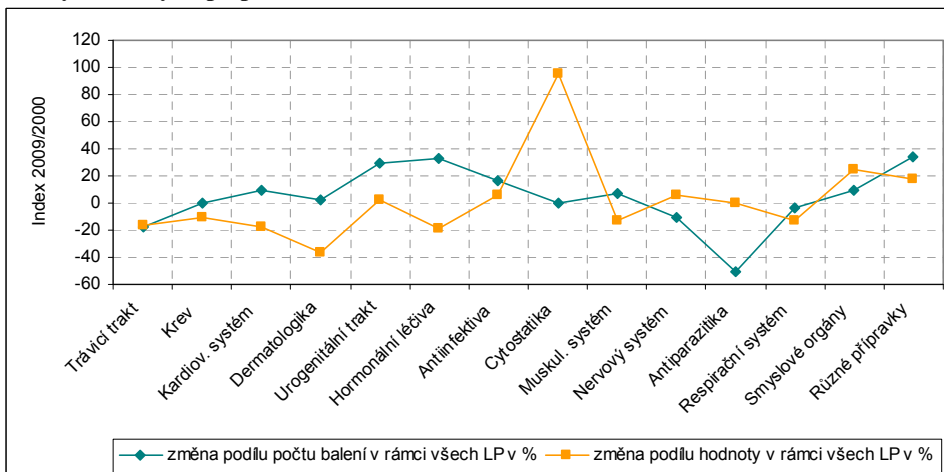
Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k největšímu nárůstu množství distribuovaných léčiv dle ATC klasifikace u skupiny pro systémová hormonální léčiva, následovaly přípravky ze skupiny různé a léčiva pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů, naopak k největšímu poklesu spotřeby došlo ve skupině antiparazitik, insekticidů a repelentů. Hodnota přípravků ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách zaznamenala růst u všech ATC skupin, přičemž nejvyšší nárůst byl u cytostatik a imunomodulačních léčiv, přípravků na smyslové orgány a u skupiny různé, k nejmenšímu nárůstu hodnoty došlo u dermatologik. (viz graf 54) V procentuálním zastoupení v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil nejvíce podíl počtu balení léčiv ze skupiny různých přípravků a podíl výdajů vzrostl na prvním místě u cytostatik a imunomodulačních léčiv, v počtu balení následovaly přípravky systémových hormonálních léčiv a u výdajů léčiva pro smyslové orgány, dále pak balení pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů a náklady na různé přípravky. Současně nejvýznamněji poklesl podíl počtu distribuovaných balení antiparazitik, insekticidů a repelentů a podíl hodnoty u dermatologik. (viz graf 55) Průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vzrostla u všech skupin léčivých přípravků, a to nejvíce u antiparazitik, insekticidů a repelentů, u cytostatik a imunomodulačních léčiv, dále u přípravků pro nervový systém, k nejmenšímu nárůstu hodnoty došlo u systémových hormonálních léčiv. V případě, že by všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala by ve sledovaném období průměrná spotřeba počtu balení na jednoho člověka nejvýraznější zvýšení u přípravků ze skupiny různé, systémových hormonálních léčiv a přípravků na urogenitálních trakt včetně pohlavních hormonů a největší pokles antiparazitika, insekticidy a repelenty. (viz graf 56)

Graf 54: Základní ATC skupiny - počet balení a celkové výdaje za léčivé přípravky, změna v % rok 2009/2000



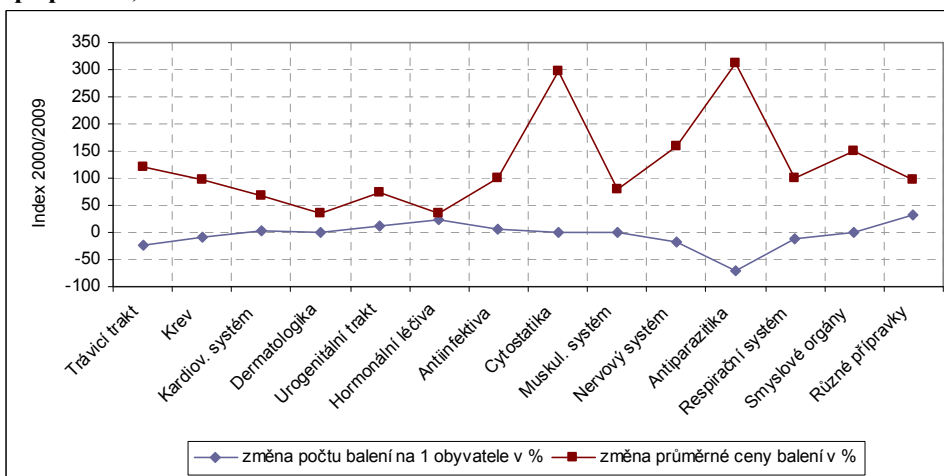
Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 55: Základní ATC skupiny - podíl počtu balení a jejich hodnoty v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků, změna v % rok 2009/2000



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

Graf 56: Základní ATC skupiny - počet distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku, změna v % rok 2009/2000



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, ÚZIS

5 DISKUSE

V České republice představuje počet obyvatel hodnotu srovnatelnou s evropskými zeměmi jako jsou Maďarsko, Řecko či Švédsko²¹ a v roce 2009 byl trend růstu počtu obyvatel srovnatelný se Slovenskem nebo Itálií.²² Celkový počet obyvatel v ČR byl v roce 2009 celkem 10 507 tis., což je více než průměrná roční hodnota v letech 2000-2009, přičemž oproti roku 2000 se v roce 2009 celkový počet obyvatel zvýšil o 2%. V roce 2009 i ve sledovaném desetiletém období převládaly v populaci ženy nad muži, a to celkovým počtem i hodnotou střední délky života při narození, a současně i výdaje zdravotních pojišťoven vzhledem k pohlaví byly určeny především na zdravotní péči určenou ženám. Oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 počet mužů v populaci více než počet žen a současně také výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči vzhledem k pohlaví narostly více u mužů. K největšímu nárůstu populace vyjádřené ve věkových kategoriích došlo u skupiny ve věku 80-84, přičemž tato kategorie zaznamenala i největší nárůst nákladů na zdravotní péči. Druhý nejvyšší růst populace byl u kategorie 60-64 let, která v roce 2009 představovala finančně nejnákladnější věkovou skupinu z hlediska spotřeby zdravotní péče, přičemž v celém sledovaném desetiletém období to byla věková kategorie 55-59 let. Mezi roky 2000 a 2009 vzrostly také demografické ukazatele stárnutí populace vyjádřené jako podíl obyvatel ve věku nad 65 let, průměrný věk obyvatel, hodnota indexu stárnutí i střední délky života při narození. V současnosti je podíl obyvatelstva nad 65 let v ČR srovnatelný např. s Lucemburskem, Norskem nebo Slovinskem²³, se kterým máme i podobnou hodnotu střední délky života při narození.²⁴ V roce 2009 převažoval počet živě narozených nad počtem zemřelých a za celé sledované období let 2000-2009 naopak převažoval počet zemřelých nad počtem živě narozených. V celém sledovaném období představovala podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí nejčastější příčinu smrti onemocnění oběhové soustavy a novotvary. V příčinách úmrtí nastaly nejvýznamnější změny v nárůstu diagnóz onemocnění kůže, infekčních a parazitárních nemocí, následovala skupina onemocnění s příznaky nebo s abnormálními nálezy a

²¹ Viz příloha 1

²² Viz příloha 2

²³ Viz příloha 3

²⁴ Viz příloha 4

naopak k největšímu poklesu došlo u úmrtí způsobených nemocemi nervové soustavy. Zdravotní péče členěná podle hlavních skupin diagnóz MKN byla v tomto období finančně nejvíce nákladná o pacienty s neznámou diagnózou, následovala onemocnění oběhové a trávicí soustavy a novotvary. V objemu výdajů za nemoci definované dle MKN vykázaly v roce 2009 největší vzestup skupiny vrozených vad a deformací následované nemocemi nervové a oběhové soustavy.

Na systém zdravotnictví bylo v České republice v roce 2009 vynaloženo 7,9% hrubého domácího produktu a v celém sledovaném desetiletém období průměrně 7,2% ročně, což jsou hodnoty srovnatelné např. s Maďarskem či Polskem²⁵ Oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 podíl výdajů na zdravotnictví vyjádřený v poměru k HDP o 18%. V letech 2000-2009 výdaje na systém zdravotnictví postupně narůstaly, a to v hodnotě celkové i vyjádřené v poměru k hrubému domácímu produktu, tento růst však nepřevyšoval míru inflace. Z celkových nákladů na zdravotnictví tvoří dlouhodobě nejvýznamnější podíl výdaje veřejné, a to především výdaje ze zdravotního pojištění. V mezinárodním srovnání je podíl veřejných výdajů z celkových nákladů na zdravotnictví u nás srovnatelný se zeměmi jako jsou Lucembursko, Norsko, Švédsko či Velká Británie.²⁶ Mezi roky 2000 a 2009 vzrostly celkové výdaje na zdravotnictví v ČR o 95%, veřejné o 80%, náklady zdravotních pojišťoven o 89% a současně došlo k nárůstu soukromých výdajů obyvatelstva o 236%.

Z celkových nákladů na zdravotnictví tvořil podíl výdajů za léčiva v roce 2009 28%, v letech 2000-2009 průměrně 32% a oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 o 27%. Počítáno podle mezinárodní statistiky OECD je podíl výdajů za léčivé přípravky z celkových nákladů na zdravotnictví v ČR srovnatelný s výdaji např. ve Slovinsku či Španělsku.²⁷ Celkové náklady na zdravotní péči ze zdravotního pojištění zaznamenaly v roce 2009 oproti roku 2000 v ČR růst o 92%, přičemž náklady za léky představovaly zvýšení o 53%. Ze všech distribuovaných léčiv bylo v roce 2009 hrazeno 46% ze zdravotního pojištění za přípravky předepsané na lékařský předpis, ve sledovaném desetiletém období průměrně 57% a oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu o 27%. Z celkových nákladů zdravotních pojišťoven představovaly náklady za léky předepsané na předpis 17% výdajů v roce 2009, v letech 2000-2009 průměrně 21% a

²⁵ Viz příloha 5

²⁶ Viz příloha 6

²⁷ Viz příloha 7

mezi roky 2000 a 2009 činil pokles 23%. Zároveň s tímto klesajícím trendem se zvyšoval podíl výdajů za léčivé přípravky hrazené ze soukromých zdrojů. Soukromé výdaje obyvatel za léky na lékařský předpis vzrostly mezi těmito roky o 320% a náklady za přípravky bez receptu o 87%.

V roce 2009 bylo v ČR distribuováno celkem 313,9 mil. balení léčivých přípravků v hodnotě 79,8 mld. Kč, v období let 2000-2009 činil počet přípravků 3361,2 mil. a jejich hodnota 583,1 mld. Kč. V rámci všech distribuovaných přípravků byla nejčastěji distribuována balení léčiv pro kardiovaskulární, nervový a trávicí systém a současně bylo nejvíce nákladů vynaloženo na cytostatika s imunomodulačními léčivy a přípravky pro kardiovaskulární a nervový systém. Naopak nejméně balení a nejnižší náklady představovaly přípravky ze skupiny antiparazitik, insekticidů a repelentů. Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 k poklesu množství všech distribuovaných balení léčiv o 5% a současně ke zvýšení výdajů o 108% v maximálních stanovených cenách. K největšímu poklesu ve spotřebě došlo u přípravků ze skupiny antiparazitik, insekticidů a repelentů, dále pak u trávicího traktu a nervového systému. Současně nejvíce vzrostl počet distribuovaných balení pro systémová hormonální léčiva, následovaly přípravky ze skupiny různé a léčiva pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů. Hodnota přípravků ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách zaznamenala růst u všech ATC skupin, přičemž nejvyšší nárůst byl u cytostatik a imunomodulačních léčiv, přípravků na smyslové orgány a u skupiny různé, k nejmenšímu nárůstu hodnoty došlo u dermatologik. Průměrná cena jednoho balení v roce 2009 činila 256 Kč, v letech 2000-2009 byla 175 Kč, přičemž oproti roku 2000 v roce 2009 vzrostla o 121%. Nejvyšší průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku byla v těchto letech u cytostatik a imunomodulačních léčiv, dále u přípravků pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů a následně antiinfektiv pro systémovou aplikaci, přičemž nejnižší cenu měly dermatologické přípravky. Průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku vzrostla v roce 2009 oproti roku 2000 u všech skupin léčiv, a to nejvíce u antiparazitik, insekticidů a repelentů, u cytostatik a imunomodulačních léčiv, dále u přípravků pro nervový systém, k nejmenšímu nárůstu hodnoty došlo u systémových hormonálních léčiv. V případě, že by všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala by na jednoho obyvatele v roce 2009 průměrná spotřeba 29,8 balení v hodnotě 7 618 Kč a v letech 2000-2009

průměrná roční spotřeba 32,7 balení s hodnotou 5 670 Kč. Spotřeba jedním občanem činila nejvíce přípravků ze skupiny pro systém kardiovaskulární, nervový, trávicí a naopak nejnižší pro antiparazitika, insekticidy a repelenty. V porovnání roku 2000 a 2009 se spotřeba balení na jednoho obyvatele snížila o 8% a současně hodnota zvýšila o 104%. K největšímu poklesu spotřeby jedním občanem došlo u přípravků ze skupiny antiparazitik, insekticidů a repelentů, dále pak u trávicí traktu a nervového systému. Zároveň nejvíce vzrostl počet distribuovaných balení na jednoho člověka u přípravků ze skupiny různé, systémových hormonálních léčiv a přípravků na urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů. Výdaje za léky přepočtené na jednoho obyvatele a vyjádřené paritou kupní síly v americkém dolaru jsou v ČR srovnatelné např. s Lucemburskem, Norskem nebo Velkou Británií.²⁸

Z léčivých přípravků rozdělených podle ATC klasifikace bylo v roce 2009 s podílem 21% i v období 2000-2009 s podílem 20% nejvíce distribuováno balení ze skupiny pro kardiovaskulární systém. Současně tyto přípravky činily v roce 2009 druhou nejnákladnější skupinu léčiv a ve sledovaném desetiletém období první, přičemž počet balení těchto přípravků v roce 2009 oproti roku 2000 vzrostl o 2% a jejich hodnota o 70%. Cena jednoho balení představovala v roce 2009 devátou finančně nejnáročnější skupinu, v letech 2000-2009 sedmou a mezi roky 2000 a 2009 vzrostla o 67%. V případě, že všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala v roce 2009 i 2000-2009 průměrná spotřeba počtu balení těchto léčiv na jednoho člověka skupinu nejvíce používaných léčiv, která v roce 2009 oproti roku 2000 zaznamenala vzestup o 2%. Vedle výdajů za léčivé přípravky současně také vzrostly náklady za zdravotní péči, rozdělenou dle hlavních skupin diagnóz MKN, za pacienty s onemocněním oběhové soustavy o 197%. Nemoci oběhové soustavy představovaly nejčastější příčinu smrti v roce 2009, 2000-2009 a oproti roku 2000 poklesl počet úmrtí na tuto skupinu diagnóz o 7%.

Hodnota přípravků ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách představovala v roce 2009 s podílem 17% nejvyšší náklady na skupinu cytostatik a imunomodulačních léčiv a v letech 2000-2009 s podílem 12% druhou nejnákladnější skupinu, přičemž náklady oproti roku 2000 vzrostly v roce 2009 nejvíce ze všech léčiv, a to o 303%. V rámci všech distribuovaných přípravků činil počet balení těchto

²⁸ Viz příloha č. 8

přípravků druhou nejméně objemnou skupinu v roce 2009 i v období let 2000-2009 a oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 o 2%. Cena jednoho balení představovala v roce 2009 i ve sledovaném desetiletém období nejvíce finančně náročnou skupinu a mezi roky 2000 a 2009 vzrostla jako druhá nejvíce ze všech léčiv, a to o 296%. V případě, že všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala v roce 2009 i 2000-2009 průměrná spotřeba počtu balení cytostatik a imunomodulačních léčiv na jednoho člověka druhou skupinu nejméně používaných léčiv, která v roce 2009 oproti roku 2000 nezaznamenala žádnou změnu. Současně s výdaji za léčivé přípravky vzrostly také náklady za zdravotní péči, klasifikovanou dle MKN, za pacienty s novotvory o 131%. Novotvary představovaly druhou nejčastější příčinu smrti v roce 2009, i v období let 2000-2009 a oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 počet úmrtí na tuto skupinu diagnóz o 2%.

Léčivé přípravky pro nervový systém představovaly v roce 2009 i v celém sledovaném období let 2000-2009 druhou nejčastěji distribuovanou skupinu léčiv a třetí finančně nejnákladnější, přičemž počet balení těchto přípravků v roce 2009 oproti roku 2000 klesl o 16% a jejich hodnota vzrostla o 120%. Cena jednoho balení představovala v roce 2009 i v letech 2000-2009 čtvrtou finančně nejméně nákladnou skupinu a mezi roky 2000 a 2009 vzrostla o 160%. V případě, že všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala v roce 2009 i 2000-2009 průměrná spotřeba počtu balení těchto přípravků na jednoho člověka druhou skupinu nejvíce používaných léčiv, která v roce 2009 oproti roku 2000 zaznamenala pokles o 17%. Náklady za zdravotní péči, klasifikovanou dle hlavních skupin diagnóz MKN, za pacienty s nemocemi nervové soustavy vzrostly oproti roku 2000 v roce 2009 o 213% a o nemocné s poruchami duševními včetně poruch chování o 122%. Nemoci nervové soustavy představovaly v roce 2009 desátou nejčastější příčinu smrti a v letech 2000-2009 sedmou. Současně duševní poruchy společně s poruchami chování tvořily v roce 2009 i ve sledovaném desetiletém období dvanáctou nejčastější skupinu příčin úmrtí dle MKN. Oproti roku 2000 poklesl v roce 2009 počet úmrtí na skupinu diagnóz s nervovými onemocněními nejvíce ze všech, a to o 25%. Současně také stoupl počet úmrtí způsobené duševními poruchami nebo poruchami chování o 45%.

Léčivé přípravky ze skupiny antiparazitika, insekticidy a repelenty představovaly v roce 2009 i celém období let 2000-2009 nejméně distribuovaná léčiva a

současně také nejméně finančně nákladnou skupinu. Počet balení těchto přípravků v roce 2009 oproti roku 2000 klesl nejvíce ze všech, a to o 64%, a zároveň jejich hodnota vzrostla o 51%, došlo také k nejvyššímu nárůstu ze všech léčiv průměrné ceny balení o 313% a k nejvýraznějšímu poklesu spotřeby balení na jednoho obyvatele o 70%. Cena jednoho balení představovala v roce 2009 čtvrtou a v letech 2000-2009 šestou finančně nejnákladnější skupinu léčiv. Za předpokladu, že všechna balení dodaná do lékáren, zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv byla následně použita pacienty, činila spotřeba jedním občanem v roce 2009 i za sledované desetileté období nejméně ze všech přípravků právě léčiva skupiny antiparazitika, insekticidy a repelenty. Současně s výdaji za tyto léčivé přípravky vzrostly také náklady za zdravotní péči, klasifikovanou dle MKN, za pacienty s infekčními a parazitárními nemocemi o 103%. Infekční a parazitární nemoci představovaly v roce 2009 devátou nejčastější skupinu příčin smrti a v letech 2000-2009 desátou. Oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 počet úmrtí na tuto skupinu diagnóz o 319%.

Léčivé přípravky ze skupiny dermatologik představovaly v roce 2009 osmou a v celém sledovaném období let 2000-2009 sedmou nejčastěji distribuovanou skupinu léčiv a čtvrtou nejméně finančně nákladnou, přičemž počet balení těchto přípravků v roce 2009 oproti roku 2000 klesl o 3%. Jejich hodnota vzrostla v maximálních možných cenách nejméně ze všech ATC skupin, a to o 30%. Současně nejvýznamněji poklesl i podíl dermatologik na celkové hodnotě všech distribuovaných léčiv. V celém sledovaném desetiletém období měly dermatologické přípravky nejnižší průměrnou cenu jednoho balení, která mezi roky 2000 a 2009 vzrostla o 35%. V případě, že všechny distribuované přípravky byly použity pacienty, představovala v roce 2009 i v letech 2000-2009 průměrná spotřeba počtu balení těchto přípravků na jednoho člověka sedmou skupinu nejvíce používaných léčiv, která v roce 2009 oproti roku 2000 nezaznamenala žádnou změnu. Vedle výdajů za léčivé přípravky současně také vzrostly náklady za zdravotní péči, rozdělenou dle hlavních skupin diagnóz MKN, za pacienty s kožním onemocněním o 90%. Nemoci kůže představovaly v roce 2009 čtvrtou nejméně častou skupinu příčin smrti a v letech 2000-2009 třetí. Oproti roku 2000 vzrostl v roce 2009 počet úmrtí na skupinu diagnóz s kožními onemocněními nejvíce ze všech, a to o 400%.

K dalším významným změnám ve spotřebě léčivých přípravků došlo ve sledovaném období u systémových hormonálních léčiv a u přípravků ze skupiny různé. U skupiny systémových hormonálních léčiv došlo oproti roku 2000 v roce 2009 k největšímu nárůstu množství distribuovaných balení a současně k nejmenšímu nárůstu průměrné ceny za balení. V rámci všech distribuovaných léčivých přípravků se zvýšil nejvíce podíl počtu balení léčiv ze skupiny různých přípravků a taktéž spotřeba počtu těchto balení na jednoho člověka.

6 ZÁVĚR

V podmínkách ekonomicky vyspělých zemí, ve kterých odpovídá úroveň zdravotní péče moderním medicínským standardům, je spotřeba léčiv ovlivňována komplexem mnoha demografických, ekonomických a sociálně zdravotních faktorů. Hlavním cílem předkládané práce bylo zmapovat spotřebu humánních léčivých přípravků v České republice v období let 2000-2009 a zaměřit se na faktory, které ji ovlivňují, a indikátory, jež ji charakterizují. Dalšími cíli bylo zmapovat údaje o spotřebě léčivých přípravků pro každou základní ATC skupinu léčiv a shromáždit teoretické podklady o tématech souvisejících v širším kontextu se spotřebou léčivých přípravků. Předkládaná práce vycházela ze tří hypotéz, které se v rámci výzkumu potvrdily a současně se podařilo splnit všechny stanovené cíle.

V České republice v období mezi roky 2000 a 2009 tvořil podíl výdajů za léčiva z celkových nákladů na zdravotnictví přibližně 1/3. Ze všech distribuovaných léčiv byla přibližně 1/2 hrazena ze zdravotního pojištění. V roce 2009 došlo oproti roku 2000 v rámci celkových nákladů na zdravotnictví k nárůstu podílu výdajů za léčiva o 27% a současně také klesl podíl výdajů za léky hrazené ze zdravotního pojištění o 27%, přičemž pokles podílu nákladů za léky z celkových nákladů zdravotních pojišťoven činil 23%. Zároveň s tímto klesajícím trendem se zvyšoval podíl výdajů za léčivé přípravky hrazené ze soukromých zdrojů. Soukromé výdaje obyvatel za léky na lékařský předpis vzrostly mezi těmito roky o 320% a náklady za přípravky bez receptu o 87%. Oproti roku 2000 nastal v roce 2009 pokles celkového množství distribuovaných balení léčiv o 5% a současně zvýšení výdajů o 108% v maximálních stanovených cenách, zároveň také vzrostla průměrná cena jednoho balení o 121%. V porovnání roku 2000 a 2009 se spotřeba balení na jednoho obyvatele snížila o 8% a současně hodnota zvýšila o 104%.

V roce 2009 a v období let 2000-2009 existovaly mezi léčivými přípravky jednotlivých ATC skupin výrazné rozdíly v ukazatelích spotřeby balení i jejich hodnoty, čímž se potvrdila první a druhá hypotéza. Změny, ke kterým došlo mezi roky 2000 a 2009, ve spotřebě balení a hodnotě léčiv potvrdily třetí hypotézu. V roce 2009 i v celém sledovaném období let 2000-2009 byla v rámci všech léčivých přípravků nejčastěji distribuována balení léčiv pro kardiovaskulární, nervový a trávicí systém, přičemž

nejvíce vzrostl počet distribuovaných balení systémových hormonálních léčiv (o 25%), přípravků ze skupiny různé (o 24%) a léčiv na urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů (o 21%). Hodnota přípravků ve finančním vyjádření v maximálních možných cenách v desetiletém období představovala nejvyšší náklady na přípravky pro kardiovaskulární systém, dále za cytostatika nebo imunomodulační léčiva a na léky pro nervový systém. Finanční hodnota léčivých přípravků zaznamenala růst u všech ATC skupin, přičemž nejvyšší nárůst byl u cytostatik a imunomodulačních léčiv (o 303%), u přípravku na smyslové orgány (o 154%) a u skupiny různé (o 143%), naopak k nejmenšímu nárůstu hodnoty došlo u dermatologik (o 30%). Ve sledovaném desetiletém období, a stejně tak i v roce 2009, nejméně distribuovaných balení a nejnižší náklady představovaly přípravky ze skupiny antiparazitik, insekticidů a repelentů. V této skupině léčiv došlo také k největšímu poklesu spotřeby (o 64%). Z výzkumu dále vyplynulo, že v letech 2000 i 2009 představovala nejvyšší průměrnou cenu za jedno balení cytostatika a imunomodulační léčiva, přípravky pro urogenitální trakt včetně pohlavních hormonů a následně antiinfektiva pro systémovou aplikaci, přičemž nejnižší průměrnou cenu měly dermatologické přípravky. Oproti roku 2000 vzrostla v roce 2009 průměrná cena jednoho balení nejvíce u antiparazitik, insekticidů a repelentů (o 313%), u cytostatik a imunomodulačních léčiv (o 296%) a u přípravků pro nervový systém (o 160%). K nejmenšímu nárůstu hodnoty došlo u systémových hormonálních léčiv (o 34%). Výdaje za léky přepočtené na jednoho obyvatele a vyjádřené paritou kupní síly k americkému dolaru byly v tomto období v ČR srovnatelné např. s Lucemburskem, Norskem nebo Velkou Británií.

Výzkum předkládané práce byl provedený za účelem přispění ke zkvalitnění rozvoje lékové politiky v České republice. Zdravotní politika založená na faktech může prostřednictvím nespécifických nezdravotnických i specifických zdravotnických intervencí patřičně účinně ovlivňovat determinanty zdraví a tím i zdravotní stav obyvatelstva. Cestou a metodou ke zlepšování zdraví populace mohou být projekty založené na analýze vztahů mezi různými determinantami a indikátory zdravotního stavu. K možnostem ovlivnění zdravotního stavu člověka patří významným podílem léčivé přípravky. Struktura spotřeby léčivých přípravků je odrazem zdravotního stavu populace, přičemž vhodně ordinovaná léčiva jsou důležitým nástrojem k ovlivňování

kvality lidského života. Z těchto důvodů by léková politika měla zohledňovat hodnocení získaných poznatků a vést k programům s jasně definovanými a měřitelnými závěry.

7 SEZNAM LITERATURY

1. *Analýza zdravotnických účtů ČR 2000 - 2004*. [online]. Český statistický úřad. Poslední aktualizace: 20.3. 2011 [cit. 2011-4-1]. Dostupné z <http://www.czso.cz/>
2. *Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv*. [online]. Poslední aktualizace: 20.1. 2011 [cit. 2011-3-25]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/>
3. *ATC skupiny*. [online]. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Poslední aktualizace: 15.3. 2011 [cit. 2011-3-25]. Dostupné z <http://www.sukl.cz/>
4. Boldiš, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3*. [online]. Poslední aktualizace 31.3. 2006. [cit. 2011-5-20]. Dostupné z <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>
5. Buriánek, J. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2003. 12 s. ISBN 80-7168-754-5.
6. *Country statistical profiles 2010*. [online]. Organisation For Economic Co-Operation and Development. Poslední aktualizace: 1.5. 2011 [cit. 2011-5-10] Dostupné z <http://www.oecd.org/>
7. *Česká republika od roku 1989 v číslech*. [online]. Český statistický úřad. Poslední aktualizace: 20.3. 2011 [cit. 2011-4-1]. Dostupné z <http://www.czso.cz/>
8. Čupka, J. *Podmínky pro zacházení s léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče*. In: Practicus, 2009, roč. 8, č 6, s. 36-37. ISSN 1213-8711
9. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
10. Durda, L. *Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice*. In: Zdravotní politika a ekonomika, 2003, roč. 2, č 1, s. 82-131. ISSN 1213-8096
11. Durdisová, J., Langhamerová, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: VŠE, 2001. 48 s. ISBN 80-245-0217-8
12. Drbal, C. *Změny ve vývoji determinant zdraví*. In: Zdravotnictví v ČR, 2000, roč. 3, č. 1-2, s 6-12. ISSN 1213-6050
13. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
14. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2003*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
15. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
16. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
17. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
18. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>

19. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
20. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
21. Gladkij, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 55 s. ISBN 80-7226-996-8
22. *Health data 2010*. [online]. Organisation For Economic Co-Operation and Development. Poslední aktualizace: 1.5. 2011 [cit. 2011-5-10] Dostupné z <http://www.oecd.org/>
23. Hendl, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
24. Janečková, H., Hnilicová, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. s. ISBN 978-80-7367-592-9
25. *Klasifikace léčivých přípravků - pokyny pro žadatele o statut přípravku vydávaného v lékárně bez lékařského předpisu*. [online]. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Poslední aktualizace: 15.3. 2011 [cit. 2011-3-30]. Dostupné z <http://www.sukl.cz/>
26. Kotlářová, J., Král, K. *Farmacie v ČR po roce 1989*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 33 s. ISBN 80-7184-819-0
27. Kozlová, L. *Některé základní problémy sociologického výzkumu*. In: Kontakt, 2000, roč. 2, č 1, s. 41-44. ISSN 1212-4117
28. Kuchař, M. *Výzkum a vývoj léčiv*. 1 vyd. Praha: VŠCHT Praha, 2008. 9 s. ISBN 978-80-7080-677-7
29. Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. 1. vyd. Berkshire: Open University Press, 2004, 115 s. ISBN 0-335-21465-7
30. Nešpor, K. *Zneužívání léků, závislost na lécích a možnosti prevence*. In: Zdravotnické noviny, 2009, roč. 58, č 12, s. 18-20. ISSN 214-7664
31. Práznovcová, L., Strnad, L. *Farmakoekonomika pro lékaře, farmaceuty a manažery zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 7 s. ISBN 80-7345-048-8
32. Práznovcová, L., Strnad, L. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 7 s. ISBN 80-7345-075-5
33. Prokeš, M. *Léková politika České republiky*. [online]. Poslední aktualizace: 5.4. 2011 [cit. 2011-4-20]. Dostupné z <http://www.ipvz.cz/>
34. Strauss, A., Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Přel. S. Ježek. 1. vyd. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. 12 s. ISBN 80-85834-60-X
35. Vlček, J., Dalecká, R. *Vybraná farmaceutická odvětví*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2004. 5 s. ISBN: 80-86419-69-1
36. Vlček, J., Dalecká, R. *Základy farmakoepidemiologie, farmakoekonomiky a farmakoinformatiky*. 2. vyd. Praha: Remedia, 2005. 3 s. ISBN: 80-903555-0-1
37. Vurm, V. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JČU, 2000. 25 s. ISBN 80-7040-411-6
38. Vurm, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: MANUS, 2004. 29 s. ISBN 80-86571-07-6
39. Vyhláška č. 229/2008 Sb., o výrobě a distribuci léčiv, v platném znění
40. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2009*. [online]. Český statistický úřad. Poslední aktualizace: 20.6. 2011 [cit. 2011-6-10]. Dostupné z <http://www.czso.cz/>

41. Zákon č. 20/1966, Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění
42. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění
43. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění
44. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
45. Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech, v platném znění
46. Zavázalová, H. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 72 s. ISBN 80-246-0467-1
47. *Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Světová zdravotnická organizace, 2001. 13 s. ISBN 80-85047-19-5
48. *Zdravotnická ročenka ČR 2000*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
49. *Zdravotnická ročenka ČR 2001*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
50. *Zdravotnická ročenka ČR 2002*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
51. *Zdravotnická ročenka ČR 2003*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
52. *Zdravotnická ročenka ČR 2004*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
53. *Zdravotnická ročenka ČR 2005*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
54. *Zdravotnická ročenka ČR 2006*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
55. *Zdravotnická ročenka ČR 2007*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
56. *Zdravotnická ročenka ČR 2008*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
57. *Zdravotnická ročenka ČR 2009*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Poslední aktualizace: 6.5. 2011 [cit. 2011-5-10]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>
58. *Zneužívání léčiv*. [online]. Poslední aktualizace: 17.3. 2011 [cit. 2011-4-20]. Dostupné z <http://lekarske.slovníky.cz/>
59. *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR*. [online]. Český statistický úřad. Poslední aktualizace: 20.3. 2011 [cit. 2011-4-1]. Dostupné z <http://www.czso.cz/>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Léčivo

Léčivý přípravek

Léková politika

Spotřeba

Zdraví

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DDD	Definovaná denní dávka
EHS	Evropské hospodářské společenství
HDP	Hrubý domácí produkt
LP	Léčivý přípravek
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
US\$ PPP	Parita kupní síly vyjádřená v americkém dolaru
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZO	Světová zdravotnická organizace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

10 PŘÍLOHY

- Příloha 1: Vybrané evropské státy - počet obyvatel v tis. osob
- Příloha 2: Vybrané evropské státy - pohyb obyvatelstva v %
- Příloha 3: Vybrané evropské státy - obyvatelstvo nad 65 let v %
- Příloha 4: Vybrané evropské státy - střední délka života při narození
- Příloha 5: Vybrané evropské státy - celkové náklady na zdravotnictví v % HDP
- Příloha 6: Vybrané evropské státy - podíl veřejných výdajů z celkových nákladů na zdravotnictví v %
- Příloha 7: Vybrané evropské státy - podíl výdajů za léky z celkových nákladů na zdravotnictví v %
- Příloha 8: Vybrané evropské státy - výdaje za léky na 1 obyvatele v US\$ PPP
- Příloha 9: Vybrané evropské státy - přístupy k regulaci cen léků s patentovou ochranou a bez patentové ochrany, v roce 2003
- Příloha 10: Seznam tabulek uvedených ve výzkumné části
- Příloha 11: Seznam grafů uvedených ve výzkumné části

Příloha 1: Vybrané evropské státy - počet obyvatel v tis. osob

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	8 012	8 043	8 084	8 118	8 175	8 233	8 282	8 315	8 333	8 366
Česká republika	10 273	10 224	10 201	10 202	10 207	10 234	10 267	10 323	10 262	10 271
Dánsko	5 337	5 355	5 374	5 387	5 401	5 416	5 435	5 457	5 461	5 473
Finsko	5 176	5 188	5 201	5 213	5 228	5 246	5 266	5 289	5 307	5 327
Francie	59 049	59 454	59 863	60 264	60 643	60 996	61 353	61 707	61 840	62 149
Německo	82 212	82 350	82 488	82 534	82 516	82 469	82 376	82 247	82 772	82 807
Řecko	10 917	10 950	10 988	11 024	11 062	11 104	11 149	11 193	11 218	11 252
Maďarsko	10 211	10 188	10 159	10 130	10 107	10 087	10 071	10 050	10 035	10 021
Irsko	3 790	3 847	3 917	3 980	4 045	4 134	4 240	4 339	4 250	4 298
Itálie	56 937	56 972	57 151	57 597	58 167	58 597	58 931	59 336	58 851	58 934
Lucembursko	436	442	446	452	458	465	473	480	471	475
Norsko	4 491	4 514	4 538	4 565	4 592	4 623	4 661	4 709	4 707	4 735
Polsko	38 258	38 248	38 232	38 195	38 180	38 161	38 132	38 116	37 927	37 863
Slovensko	5 401	5 380	5 379	5 379	5 383	5 387	5 391	5 398	5 393	5 397
Slovinsko	1 985	1 988	1 991	1 994	1 997	2 001	2 005	2 010	2 015	2 020
Španělsko	40 264	40 721	41 314	42 005	42 692	43 398	44 068	44 874	44 311	44 511
Švédsko	8 872	8 896	8 925	8 958	8 994	9 030	9 081	9 148	9 159	9 198
Švýcarsko	7 184	7 230	7 285	7 339	7 390	7 437	7 484	7 550	7 584	7 628
Velká Británie	58 886	59 114	59 324	59 557	59 846	60 238	60 587	60 975	61 412	61 858

Zdroj: Country statistical profiles 2010, OECD

Příloha 2: Vybrané evropské státy - pohyb obyvatelstva v %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	0,2	0,4	0,5	0,4	0,7	0,7	0,6	0,4	-	0,4
Česká republika	-0,1	-0,5	-0,2	0,0	0,1	0,3	0,3	0,5	-	0,1
Dánsko	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	-	0,2
Finsko	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	-	0,4
Francie	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	-	0,5
Německo	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-	0,0
Řecko	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	-	0,3
Maďarsko	-0,3	-0,2	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-	-0,1
Irsko	1,3	1,5	1,8	1,6	1,6	2,2	2,6	2,3	-	1,1
Itálie	0,0	0,1	0,3	0,8	1,0	0,7	0,6	0,7	-	0,1
Lucembursko	1,4	1,2	1,1	1,2	1,4	1,5	1,6	1,6	-	0,9
Norsko	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	-	0,6
Polsko	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	-	-0,2
Slovensko	0,1	-0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	-	0,1
Slovinsko	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Španělsko	0,8	1,1	1,5	1,7	1,6	1,7	1,5	1,8	-	0,5
Švédsko	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7	-	0,4
Švýcarsko	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,9	-	0,6
Velká Británie	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7	0,6	0,6	-	0,7

Zdroj: Country statistical profiles 2010, OECD

Příloha 3: Vybrané evropské státy - obyvatelstvo nad 65 let v %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	15,4	15,5	15,5	15,5	15,7	16,3	16,7	17,0	17,1	17,3
Česká republika	13,8	13,8	13,9	13,9	14,0	14,1	14,3	14,5	14,7	15,1
Dánsko	14,8	14,8	14,8	14,9	15,0	15,1	15,3	15,5	15,9	16,3
Finsko	14,9	15,1	15,2	15,5	15,7	15,9	16,2	16,5	16,6	16,9
Francie	16,1	16,2	16,2	16,3	16,4	16,4	16,4	16,5	16,5	16,6
Německo	16,4	16,9	17,3	17,7	18,3	18,9	19,5	19,9	20,1	20,3
Řecko	16,6	17,0	17,4	17,7	18,0	18,3	18,5	18,6	18,6	18,7
Maďarsko	15,1	15,2	15,3	15,4	15,6	15,7	15,9	16,1	16,3	16,5
Irsko	11,2	11,2	11,1	11,1	11,1	11,1	10,9	10,8	11,5	11,7
Itálie	18,3	18,6	18,9	19,1	19,3	19,6	19,8	20,0	20,3	20,4
Lucembursko	14,1	13,9	14,0	14,0	14,0	14,1	14,1	14,0	14,5	14,5
Norsko	15,2	15,0	14,9	14,8	14,7	14,7	14,7	14,6	14,7	14,9
Polsko	12,2	12,5	12,7	12,9	13,0	13,2	13,3	13,4	13,4	13,4
Slovensko	11,4	11,4	11,5	11,5	11,6	11,7	11,8	11,9	12,4	12,6
Slovinsko	14,0	14,3	14,7	15,0	15,3	15,5	15,7	15,9	16,0	16,2
Španělsko	16,8	16,9	16,9	16,9	16,8	16,7	16,7	16,6	17,0	17,2
Švédsko	17,3	17,2	17,2	17,2	17,2	17,3	17,3	17,4	17,7	18,1
Švýcarsko	15,3	15,5	15,6	15,7	15,8	15,9	16,1	16,3	16,6	16,9
Velká Británie	15,8	15,9	15,9	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,2	16,3

Zdroj: Country statistical profiles 2010, OECD

Příloha 4: Vybrané evropské státy - střední délka života při narození

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	78,2	78,7	78,7	78,7	79,2	79,4	80	80,3	80,5	-
Česká republika	75,1	75,3	75,4	75,3	75,9	76,1	76,7	77	77,3	-
Dánsko	76,8	77	77,1	77,4	77,8	78,2	78,4	78,4	78,8	-
Finsko	77,7	78,1	78,3	78,5	78,9	79,1	79,5	79,5	79,9	-
Francie	79	79,2	79,4	79,4	80,3	80,3	80,7	80,9	81	81,2
Německo	78,2	78,5	78,5	78,6	79,2	79,4	79,8	80	80,2	-
Řecko	78	78,5	78,7	78,9	79,1	79,3	79,6	79,5	80	-
Maďarsko	71,7	72,3	72,6	72,6	72,8	72,8	73,2	73,3	73,8	-
Irsko	76,6	77,2	77,9	78,4	78,9	79,5	79,8	79,7	79,9	-
Itálie	79,8	80,1	80,3	80	80,9	80,8	81,3	81,5	-	-
Lucembursko	78	77,9	78,1	77,8	79,2	79,5	79,4	79,4	80,6	-
Norsko	78,7	78,9	79	79,5	79,9	80,1	80,4	80,5	80,6	-
Polsko	73,9	74,3	74,6	74,7	75	75,1	75,3	75,4	75,6	-
Slovensko	73,3	73,6	73,8	73,9	74,1	74	74,3	74,3	74,8	-
Slovinsko	75,5	75,9	76,1	76,9	77,3	77,7	78,4	78,2	78,8	-
Španělsko	79,4	79,7	79,8	79,7	80,3	80,3	81,1	81,1	81,2	-
Švédsko	79,7	79,9	79,9	80,2	80,6	80,6	80,8	81	81,2	81,4
Švýcarsko	79,9	80,4	80,5	80,6	81,2	81,4	81,7	81,9	82,2	-
Velká Británie	76,7	76,8	76,9	77,1	77,4	77,4	77,7	77,9	-	-

Zdroj: Country statistical profiles 2010, OECD

Příloha 5: Vybrané evropské státy - celkové náklady na zdravotnictví v % HDP

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,5	-
Česká republika	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7	6,8	7,1	-
Dánsko	8,3	8,6	8,8	9,3	9,5	9,5	9,6	9,7	-	-
Finsko	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,4	8,2	8,4	-
Francie	10,1	10,2	10,5	10,9	11	11,1	11,1	11	11,2	-
Německo	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4	10,5	-
Řecko	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,5	9,7	9,7	-	-
Maďarsko	7	7,2	7,5	8,3	8	8,3	8,1	7,4	7,3	-
Irsko	6,1	6,8	7,1	7,4	7,6	7,5	7,5	7,5	8,7	-
Itálie	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9	8,7	9,1	9,5
Lucembursko	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,8
Norsko	8,4	8,8	9,8	10	9,7	9,1	8,6	8,9	8,5	-
Polsko	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7	-
Slovensko	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7	7,3	7,7	8	-
Slovinsko	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,2	7,8	8,3	-
Španělsko	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,4	9	-
Švédsko	8,2	9	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1	9,4	-
Švýcarsko	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	-
Velká Británie	7	7,3	7,6	7,8	8	8,3	8,5	8,4	8,7	-

Zdroj: Health Data 2010, OECD

Příloha 6: Vybrané evropské státy - podíl veřejných výdajů z celkových nákladů na zdravotnictví v %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	77	76	76	76	76	76	76	76	77	-
Česká republika	90	90	91	90	89	87	87	85	83	-
Dánsko	82	83	83	84	84	84	84	85	..	-
Finsko	71	72	72	73	73	74	75	75	74	-
Francie	79	79	80	79	79	79	78	78	78	-
Německo	80	80	79	79	77	77	77	77	77	-
Řecko	60	61	58	60	59	60	62	60	..	-
Maďarsko	71	69	70	73	72	72	73	70	71	-
Irsko	75	76	76	76	77	77	76	77	77	-
Itálie	73	75	75	75	76	76	77	76	77	77
Lucembursko	85	84	86	84	85	85	85	84	84	-
Norsko	83	84	84	84	84	84	84	84	84	-
Polsko	70	72	71	70	69	69	70	71	72	-
Slovensko	89	89	89	88	74	74	68	67	68	-
Slovinsko	74	73	73	72	73	72	72	72	72	-
Španělsko	72	71	71	71	71	71	71	72	73	-
Švédsko	85	82	82	83	82	82	82	82	82	-
Švýcarsko	55	57	58	58	58	60	59	59	59	56
Velká Británie	79	80	80	80	81	82	82	82	83	-

Zdroj: Health Data 2010, OECD

Příloha 7: Vybrané evropské státy - podíl výdajů za léky z celkových nákladů na zdravotnictví v %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	12	13	13	13	13	13	13	13	13	-
Česká republika	23	24	24	24	25	25	23	22	20	-
Dánsko	9	9	10	9	9	9	9	9	-	-
Finsko	15	15	15	15	16	16	14	14	14	-
Francie	17	17	17	17	17	17	17	17	16	-
Německo	14	14	14	14	14	15	15	15	15	-
Řecko	19	18	19	20	22	22	23	25	-	-
Maďarsko	-	29	28	28	29	31	32	31	32	-
Irsko	14	14	15	15	16	17	17	18	17	-
Itálie	22	23	23	22	21	20	20	19	18	18
Lucembursko	9	10	9	10	10	9	9	9	9	-
Norsko	10	9	9	9	9	9	9	8	8	-
Polsko	-	-	28	30	30	28	27	25	23	-
Slovensko	34	34	37	39	31	32	30	28	28	-
Slovinsko	-	-	21	21	21	21	21	20	19	-
Španělsko	21	21	22	23	23	22	22	21	21	-
Švédsko	14	14	14	14	14	14	14	13	13	-
Švýcarsko	11	11	10	11	11	11	10	10	-	-
Velká Británie	14	14	14	14	13	13	12	12	12	-

Zdroj: Health Data 2010, OECD

Příloha 8: Vybrané evropské státy - výdaje za léky na 1 obyvatele v US\$ PPP

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rakousko	351	362	392	425	442	452	476	503	530	-
Česká republika	230	260	285	324	344	365	346	348	363	-
Dánsko	210	232	264	257	266	270	287	303	-	-
Finsko	273	295	325	344	381	402	387	408	435	-
Francie	421	462	492	500	525	553	565	595	607	-
Německo	362	397	422	445	438	505	513	545	563	-
Řecko	275	316	370	413	460	505	578	668	-	-
Maďarsko	-	277	308	352	375	439	460	434	454	-
Irsko	249	295	341	381	434	482	539	595	656	-
Itálie	454	502	502	494	504	507	527	520	527	528
Lucembursko	299	318	348	367	391	380	396	398	387	-
Norsko	290	303	342	354	384	389	390	383	381	-
Polsko	-	-	208	226	239	240	248	257	274	-
Slovensko	205	226	272	304	331	363	392	438	489	-
Slovinsko	-	-	356	362	385	408	420	411	435	-
Španělsko	327	346	381	468	483	507	535	558	596	-
Švédsko	316	350	379	389	409	406	425	450	457	-
Švýcarsko	349	368	382	401	415	427	432	461	-	-
Velká Británie	260	278	296	313	337	345	355	365	368	-

Zdroj: Health Data 2010, OECD

Příloha 9: Vybrané evropské státy - přístupy k regulaci cen léků s patentovou ochranou a bez patentové ochrany, v roce 2003

Země	Odvětví trhu	Volná cenotvorba	Systém cenové kontroly	Mezinárodní cenová komparace	Kontrola zisků	Systém referenčních cen
Rakousko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany		x	x		
Belgie	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany			x		x
Dánsko	LP s patentovou ochranou			x		
	LP bez patentové ochrany			x		x
Finsko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany		x	x		
Francie	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany					x
Německo	LP s patentovou ochranou	x				
	LP bez patentové ochrany					x
Řecko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany		x	x		
Irsko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany		x	x		
Itálie	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany					x
Lucembursko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany		x	x		
Nizozemí	LP s patentovou ochranou		x	x		x
	LP bez patentové ochrany		x	x		x
Portugalsko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany			x		x
Španělsko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany			x		x
Švédsko	LP s patentovou ochranou		x	x		
	LP bez patentové ochrany		x	x		
Velká Británie	LP s patentovou ochranou	x			x	
	LP bez patentové ochrany		x			

Zdroj: Mossialos, Mrázek, Walley, 2004

Příloha 10: Seznam tabulek uvedených ve výzkumné části

Tabulka 1: Vybrané demografické údaje o obyvatelstvu ČR

Tabulka 2: Věková struktura obyvatelstva podle věkových kategorií

Tabulka 3: Zemřelí podle seznamu příčin smrti dle hlavních skupin diagnóz MKN-10

Tabulka 4: Výdaje na zdravotnictví a jejich podíl na HDP s hodnotou deflátoru

Tabulka 5: Výdaje ze zdravotního pojištění na zdravotní péči podle segmentů v mil. Kč

Tabulka 6: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle pohlaví - ženy a věku v mil. Kč

Tabulka 7: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle pohlaví - muži a věku v mil. Kč

Tabulka 8: Výdaje na zdravotní péči podle hlavních skupin diagnóz MKN-10 v mil. Kč

Příloha 11: Seznam grafů uvedených ve výzkumné části

Graf 1: Vývoj celkových nákladů na zdravotnictví a podílu výdajů za léčivé přípravky

Graf 2: Vývoj výdajů obyvatelstva za přípravky na lékařský předpis i bez předpisu a podílu nákladů ze zdravotního pojištění za přípravky na lékařský předpis z hodnoty distribuovaných léčiv

Graf 3: Vývoj počtu balení a celkových výdajů za léčivé přípravky

Graf 4: Vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 5: Vývoj hodnoty léčivých přípravků na 1 obyvatele a spotřeby v DDD/1000 obyvatel/den

Graf 6: Trávicí trakt a metabolismus - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 7: Trávicí trakt a metabolismus - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 8: Trávicí trakt a metabolismus - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 9: Krev a krvetvorné orgány - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 10: Krev a krvetvorné orgány - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 11: Krev a krvetvorné orgány - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 12: Kardiovaskulární systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 13: Kardiovaskulární systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 14: Kardiovaskulární systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 15: Dermatologika - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 16: Dermatologika - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 17: Dermatologika - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 18: Urogenitální trakt a pohlavní hormony - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 19: Urogenitální trakt a pohlavní hormony - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 20: Urogenitální trakt a pohlavní hormony - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 21: Systémová hormonální léčiva (kromě pohlavních hormonů a inzulinů) - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 22: Systémová hormonální léčiva (kromě pohlavních hormonů a inzulinů) - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 23: Systémová hormonální léčiva (kromě pohlavních hormonů a inzulinů) - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku

Graf 24: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

Graf 25: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků

- Graf 26: Antiinfektiva pro systémovou aplikaci - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 27: Cytostatika a imunomodulační léčiva - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 28: Cytostatika a imunomodulační léčiva - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 29: Cytostatika a imunomodulační léčiva - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 30: Muskuloskeletární systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 31: Muskuloskeletární systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 32: Muskuloskeletární systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 33: Nervový systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 34: Nervový systém - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 35: Nervový systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 36: Antiparazitika, insekticidy, repelenty - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 37: Antiparazitika, insekticidy, repelenty - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 38: Antiparazitika, insekticidy, repelenty - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 39: Respirační systém - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 40: Respirační systém - - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 41: Respirační systém - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 42: Smyslové orgány - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 43: Smyslové orgány - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků
- Graf 44: Smyslové orgány - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku
- Graf 45: Různé přípravky - vývoj počtu balení a jejich podílu v rámci všech distribuovaných LP
- Graf 46: Různé přípravky - vývoj výdajů a jejich podílu v rámci všech distribuovaných LP
- Graf 47: Různé přípravky - vývoj počtu distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny LP
- Graf 48: Základní ATC skupiny - počet balení a celkové výdaje za léčivé přípravky v roce 2009
- Graf 49: Základní ATC skupiny – podíl počtu balení a jejich hodnoty v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků v roce 2009
- Graf 50: Základní ATC skupiny - počet distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku v roce 2009
- Graf 51: Základní ATC skupiny - počet balení a celkové výdaje za léčivé přípravky v letech 2000-2009
- Graf 52: Základní ATC skupiny – podíl počtu balení a jejich hodnoty v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků v letech 2000-2009
- Graf 53: Základní ATC skupiny - počet distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku v letech 2000-2009
- Graf 54: Základní ATC skupiny - počet balení a celkové výdaje za léčivé přípravky, změna v % rok 2009/2000
- Graf 55: Základní ATC skupiny - podíl počtu balení a jejich hodnoty v rámci všech distribuovaných léčivých přípravků, změna v % rok 2009/2000
- Graf 56: Základní ATC skupiny - počet distribuovaných balení na 1 obyvatele a průměrné ceny léčivého přípravku, změna v % rok 2009/2000