

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Bakalářská práce

Vybrané finanční aspekty farmaceutického trhu

The financial aspects of the pharmaceutical market

Eliška Mesarčová

Plzeň 2017

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta ekonomická

Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eliška MESARČOVÁ**
Osobní číslo: **K13B0071P**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**
Název tématu: **Vybrané finanční aspekty farmaceutického trhu**
Zadávací katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

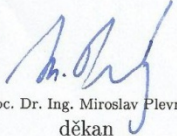
1. Zpracujte teoretický základ k danému tématu.
2. Analyzujte finanční aspekty farmaceutického trhu v ČR.
3. Zhodnoťte náklady a výnosy v dané oblasti.
4. Představte možné kroky optimalizace lékové politiky v ČR a vládní priority.
5. Shrňte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací: **neuveden**
Rozsah kvalifikační práce: **40 - 60 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:

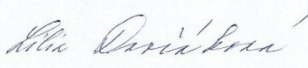
- **DURDISOVÁ, Jaroslava.** *Ekonomika zdraví. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9*
- **PRÁZNOVCOVÁ, Lenka; STRNAD, Ladislav.** *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU. Praha: Maxdorf, 2005. 76 s. ISBN 80-734-5075-5*
- **ZLÁMAL, Jaroslav; BELLOVÁ, Jana.** *Ekonomika zdravotnictví. Praha: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8*

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Pavlína Hejduková, Ph.D.**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání bakalářské práce: **23. října 2015**
Termín odevzdání bakalářské práce: **25. dubna 2016**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 23. října 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma

„Vybrané finanční aspekty farmaceutického trhu“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni dne

.....

podpis autora

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. za vstřícný přístup, cenné rady a připomínky při vedení mé práce. Dále mé rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Obsah

1	Farmaceutický trh a léková politika	9
1.1	Trh farmaceutických produktů	9
1.2	Základní aspekty lékové politiky	10
1.3	Léková politika ČR, aktéři lékové politiky	12
1.4	Farmakoeconomika a regulační omezení v ČR	19
2	Cenová regulace léčiv a tvorba ceny léku	23
2.1	Cenová regulace léčiv a formy cenové regulace	23
2.2	Klasifikace léků v ČR podle cenotvorby	25
2.3	Stanovení výrobní ceny léku	28
2.4	Platby pacientů za léky	33
3	Náklady a výnosy ve zdravotnictví	35
3.1	Celkové výdaje na zdravotnictví	35
3.2	Soukromé výdaje na zdravotní péči přímo placené obyvatelstvem	39
3.3	Zdravotní pojišťovny	41
3.4	Léky	48
4	Návrhy na optimalizaci lékové politiky	54
4.1	Spolupráce farmaceutických firem a lékařů	54
4.2	Distribuce léků	55
4.3	Regulace cen léků	57
4.4	Vyšší spoluúčast pacientů	58
	Závěr	61
	Seznam tabulek	63
	Seznam obrázků	65
	Seznam použitých zkratk	66
	Seznam použité literatury	68

Úvod

Zdravotnictví, a zejména farmaceutický trh, patří v poslední době mezi nejvíce diskutovaná politická témata, a to nejen v České republice, ale i v ostatních zemích světa. Po několik let je předmětem zájmů odborné i laické společnosti, aby byla v této oblasti provedena reforma, která by tento trh posílila. Základní součástí této reformy je i léková politika.

V celém zdravotnictví, zdravotní politice a dalších oblastech je možné se setkat s mnoha aktéry s různými názory a požadavky, jejichž cíle jsou v mnoha případech odlišné. Není tomu jinak ani v oblasti lékové politiky, která je základní součástí zdravotní politiky státu a jejímž cílem je, aby byla zajištěna dostupnost kvalitních, účinných a bezpečných léčiv.

První kapitola předložené práce se zabývá definováním farmaceutického trhu a vymezením lékové politiky a jejích aktérů. Také se zaměřuje na rozdíly mezi farmakoekonomikou a lékovou politikou a regulační omezení v podobě preskripce a indikace.

Finanční aspekty, konkrétně cenová regulace léčiv a tvorba ceny léku, jsou detailněji rozzebrány v kapitole druhé. Nejprve je nastíněna cenová regulace, dále je vymezeno, z jakých komponentů se skládá cena léku. Závěr kapitoly se věnuje platbám pacientů za léky.

Třetí kapitola je věnována konkrétním nákladům a výnosům v oblasti zdravotnictví a zejména v oblasti léčiv. Dochází zde k určení celkových výdajů na zdravotnictví a jejich změny a vymezení soukromých peněžních vydání za léky. Nedílnou součástí práce je vyčíslení konkrétních nákladů a výnosů zdravotních pojišťoven, které jsou jedním z předních aktérů lékové politiky. Závěrem této kapitoly je poukázáno na objem léčiv, jejich distribuci a výdaje za léky.

Návrhy na zlepšení lékové politiky, její zpřístupnění společnosti a novelizace, se nachází v kapitole čtvrté a také poslední. Věnuje se zejména transparentnosti vztahů mezi farmaceutickými firmami a lékaři, aby jejich spolupráce byla více čitelná pro společnost. Dále také novelizaci distribuce léčiv a reformě cenové regulace léčiv, která byla uzákoněna. Závěr této kapitoly je tvořen popisem financování zdravotní péče spojené se spoluúčastí pacientů na této péči.

Závěr této práce je věnován celkovému shrnutí tématu předložené práce.

Cíle a metodika

Hlavním cílem je analyzovat a vymezit základní aspekty a problémy farmaceutického trhu v České republice s důrazem na jeho financování. Předložená práce stanovuje několik dílčích cílů, mezi které patří: vymezení farmaceutického trhu a lékové politiky včetně jejích aktérů, popis cenové regulace léčiv, tvorby ceny léku a doplatků pacientů za léky, definování nákladů a výnosů jak v celém zdravotnictví, tak i soukromých vydání, nákladů a výnosů zdravotních pojišťoven a v oblasti léčiv zejména objemu a spotřebě a vyčlenění návrhů a optimalizace lékové politiky prostřednictvím reformem.

Podkladem k vypracování této bakalářské práce jsou české monografie, ale vyskytují se zde také internetové zdroje. Jedná se zejména o statistické portály a zdravotnické informace a ročenky, které se týkají popisované problematiky.

Některé potřebné údaje nejsou dostupné či aktualizované k roku 2017, leckdy ani k rokům předchozím. Údaje a hodnoty uvedené v této práci jsou, pokud je to možné, ty nejaktuálnější a nejdostupnější.

Nejprve bylo nutné se zaměřit na výzkumný problém, který je odpovídající stanoveným cílům práce. Poté to pokračovalo důkladným seznámením s tématem, které probíhalo formou rešerše odborných publikací a spolehlivých internetových zdrojů. Tyto získané informace byly zpracovány, vytríděny a následně v práci interpretovány a předloženy. Teoretické poznatky byly poté obohaceny na základě statistických dat a využity k další odborné analýze. Vzhledem k tématu práce je tato práce rozčleněna na teoretickou část a praktickou část. V závěru jsou prostřednictvím syntetických metod shrnuty základní zjištěné poznatky.

1 Farmaceutický trh a léková politika

1.1 Trh farmaceutických produktů

Pro pochopení základních rozdílů mezi trhy jednotlivých komodit se cenové transakce v průmyslovém a obchodním trhu rozdělují do tří kategorií, které uvádí Simon (Simon, 1989), a to:

- ✓ trhy běžného spotřebního zboží (typické pro maloobchodní trh s potravinami a oblečením; cena u těchto nákupů je obvykle nízká, dochází zde k opakovaným nákupům a ceny jsou neustále regulovány prostřednictvím vztahů mezi nabídkou a poptávkou; zákazníci mohou signalizovat prodejcům, že jejich ceny jsou příliš vysoké tím, že přecházejí k levnější konkurenci)
- ✓ trhy průmyslového zboží investičního charakteru (zde je poměrně málo zákazníků i prodejců, cena individuálního nákupu je vysoká a nákupy uskutečňovány nepravidelně; typické pro trh s letadly, cukrovary, elektrárny, lékařskými přístroji apod.)
- ✓ trhy speciálního zboží regulované exekutivou (jedná se o trhy regulované vládami nebo zřízenými orgány v zájmu společnosti. Důvodem vytvoření regulovaného trhu je, že tržní mechanismus mezi nabídkou a poptávkou efektivně nefunguje, nebo kdy je stát hlavním představitelem obchodních transakcí nebo tak rozhoduje v zájmu občanů či určité skupiny občanů, aby zajistil sociální únosnost cenových požadavků dodavatelů výrobků či služeb. Typickým příkladem této kategorie jsou ceny nájemného, vody, elektřiny, plynu a také ceny léků. [1])

Léky je možné označit za specifický druh zboží, a stát k nim přistupuje způsobem, který se projevuje ve třech hlediscích:

hledisko ekonomické, kdy stát klade důraz na zájmy zdravotnické před zájmy konkurenčního trhu, a proto přistupuje k cenové regulaci léčiv,

hledisko zdravotnické, kde stát zaručuje kvalitní, bezpečná a účinná léčiva a stanovuje vhodné podmínky registrace léčiv,

hledisko sociální, ve kterém by měl stát zaručit každému občanu přístup ke zdravotní péči, tedy i k lékům. [2]

1.2 Základní aspekty lékové politiky

Základní aspekty lékové politiky

Zdravotní politika jednotlivých států představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých skupin ve společnosti. Zahrnuje směry jednání, které ovlivňují řadu institucí, organizací, služeb a způsoby úhrady systémů zdravotní péče. Z toho vyplývá, že zdravotní politika je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické účinky na zdraví a na poskytování zdravotní péče.

Obrázek 1 – Fáze lékové politiky



Zdroj: vlastní zpracování podle [3]

Obrázek č. 1 zachycuje čtyři fáze lékové politiky. Mezi tyto fáze patří v postupném pořadí identifikace problému, formulace postupů, implementace postupů a poslední vyhodnocování postupů.

Hlavním koordinátorem v oblasti těchto činností se stala Světová zdravotnická organizace, která je jednou ze specializovaných organizací OSN. Ta definovala národní zdravotní politiku jako výraz:

cílů vedoucích ke zlepšení zdravotní situace,

stanovení priorit mezi danými cíli,

určení základních směrů k jejich dosažení.

Mezi hlavní nástroje, jak realizovat zdravotní politiku, je možné zařadit:

- systém zákonů, norem, normativů a standardů
- finanční prostředky a způsoby jejich alokace
- instituce
- informace
- vyjednávání s účastníky zdravotní péče [3]

Cíle lékové politiky

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

Na tvorbě národní lékové politiky všech průmyslových zemí na světě se podílí velká řada účastníků, a tak je léková politika v demokratických zemích mimo jiné výsledkem negociačních procesů, které uspokojují zájmy jednotlivých účastníků vyjednávacího procesu.

Hlavní odpovědnost za tvorbu lékové politiky nese stát, a to buď přímým, nebo nepřímým způsobem. Stát je odpovědný zejména za vytváření právního rámce, ve kterém jsou vymezeny základní funkce a operační prostor pro aktéry, kteří se podílejí na realizaci zdravotnické politiky. Stát musí rovněž disponovat takovými nástroji, aby mohl dodržování legislativních norem vynutit. Mezi důležité úlohy státu patří také to, aby harmonicky spojil zájmy jednotlivých účastníků a zabránil prosazení úzkých zájmů jednotlivých aktérů lékové politiky na úkor zájmů ostatních účastníků.

Zdravotní politika v průmyslově vyspělých zemích se soustřeďuje především na tyto oblasti:

- prostorová a ekonomická dostupnost potřebných léků
- uvedení nových léků na farmaceutický trh a registrace léků
- bezpečnost léků a kontrola bezpečnosti
- účinnost léků
- distribuce léků
- způsob cenotvorby léků hrazených z veřejných prostředků
- způsob regulace úhrad
- preskripce a užití léčiv
- podpora výzkumu nových léčiv
- informační strategie ve vztahu k odborné i neodborné veřejnosti

1.3 Léková politika ČR, aktéři lékové politiky

Obecný právní rámec pro uskutečnění lékové politiky v České republice vytváří tyto legislativní normy:

- Ústavní principy a Listina základních práv a svobod [1]
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 526/1990 Sb., zákon o cenách
- Zákon č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 40/1995 Sb., zákon o regulaci reklamy

V oblasti humánních léčiv vykonává dohled nad správou léčiv zejména Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ) a Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL). MZ je odpovědné za tvorbu a realizaci státní lékové politiky.

Významné místo při plnění cílů lékové politiky náleží tzv. Kategorizační komisi Ministerstva zdravotnictví ČR. Je poradním orgánem ministra zdravotnictví. Kategorizací se rozumí stanovení omezení pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění na určitou medicínskou odbornost, určitý zdravotní stav pacienta a určení způsobu úhrady. [1]

Aktéři lékové politiky

V procesu tvorby a realizace lékové politiky je značný vliv zájmových skupin. Mezi hlavní aktéry lékové politiky patří stát, který vystupuje prostřednictvím svých orgánů, dále zdravotní pojišťovny, výrobci léků, distributoři léků, lékárníci, lékaři, pacienti a Odborné společnosti JEP.

Stát

Stát má odpovědnost na trhu s léky za tvorbu lékové politiky, regulaci a registraci léčiv, stanovení profesních standardů, zajištění dostupnosti k základním lékům a podporu zdravého užívání léčiv. Tyto funkce nezajišťuje přímo, ale prostřednictvím svých orgánů, které vyvažují zájmy jednotlivých stakeholderů (aktérů), zabraňují prosazení úzkých zájmů a odpovídají za uskutečnění a naplnění zájmů veřejných.

Obrázek 2 – Státní orgány ČR



Zdroj: vlastní zpracování podle [4]

Na obrázku č. 2 je znázorněna struktura státních orgánů, které se podílejí na tvorbě farmaceutického trhu. Jako hlavní zde vystupuje stát, který pověřuje své orgány, tj. Poslaneckou sněmovnu, Ministerstvo financí a Ministerstvo zdravotnictví.

Poslanecká sněmovna

V České republice je komorou Parlamentu, která kontroluje vládu. Poslanecké sněmovna má rozhodující slovo při zákonodárné činnosti a pravomoc Senátu je výrazně slabší. Obě komory Parlamentu zřídily Výbory pro sociální politiku a zdravotnictví a v rámci sněmovního výboru zde působí také podvýbor pro lékovou politiku a úhrady zdravotní péče.

Ministerstvo financí

Ministerstvo financí zodpovídá za cenovou regulaci léčiv. Systém cenové regulace v České republice vychází ze zákona č. 526/1990 Sb., o cenách a příslušných prováděcích předpisech.

Od roku 1993 je zavedený systém, který je založený na stanovení maximální ceny léčiv a maximální procentuální přírážky společné pro distributora a lékárníka.

U léčiv, jež nejsou hrazeny, anebo jsou volně prodejné, si výrobci a dodavatelé na základě určitých pravidel stanovují věcně usměrňované ceny. Tato cena vychází z kalkulace na jednotlivé výrobky, které musí obsahovat pouze doložené a ekonomicky prokazatelné náklady a zisk.

Ministerstvo zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví podle zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, je základním orgánem pro léčiva a prostředky zdravotní techniky. V jeho kompetenci je oblast pro stanovení úhrad. Poradním orgánem Ministerstva zdravotnictví byla zřízena Kategorizační komise. Tato komise pomáhá Ministerstvu zdravotnictví s posouzením léčiv s platnou registrací pro účely jejich zařazení mezi léčiva hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění a stanovení výše a podmínek úhrady v souladu s platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Konečná vyjádření a závěry jednání jsou pro Ministerstvo zdravotnictví pouze nezávazným doporučením.

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění provádí kontroly využívání a poskytování zdravotní péče, která je hrazená ze zdravotního pojištění, v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců. Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat a v rozsahu, který je stanoven zákonem a činností revizních lékařů. Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zřetelem na jeho průběh a předepisování zdravotnických přípravků a zdravotní techniky. [4]

Každý člověk, zaměstnanec i osoba výdělečně činná, si mohou vybrat zdravotní pojišťovnu podle svého uvážení a podle nabídky, kterou jednotlivé pojišťovny poskytují. [5]

V nynější době si lze vybrat ze sedmi zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna [6]

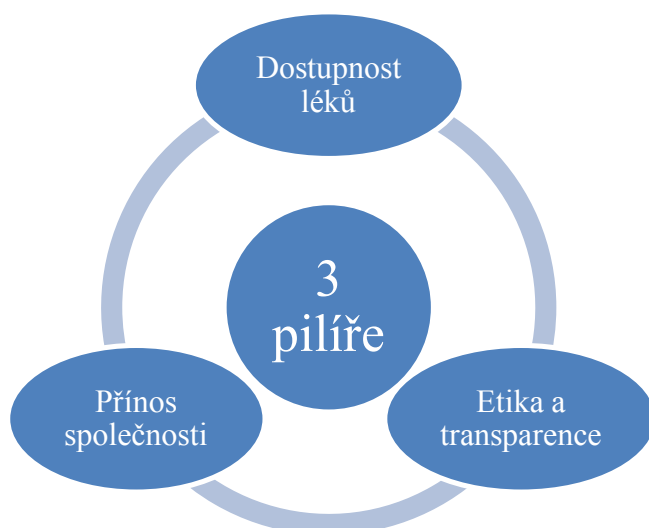
Výrobci

V České republice působí dvě asociace a jedno sdružení, které zahrnují výrobce léků, a to Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (dále jen AIFP), Česká asociace farmaceutických firem (dále jen ČAFF) a Sdružení výrobců volně prodejných léčivých přípravků (dále jen SVOPL). [7] [8]

AIFP

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu sdružuje v nynější době 34 členských společností, mezi největší patří například Pfizer, Novartis, GSK či Bayer. [9]

Obrázek 3 – Základní pilíře AIFP



Zdroj: vlastní zpracování podle [10]

Obrázek č. 3 ukazuje aktivity asociace, které jsou stavěny na třech pilířích. První pilíř zahrnuje dostupnost inovativních léků, kde se asociace zasazuje zejména o spravedlivé a včasné posouzení přínosu inovativních léčiv a zvyšování dostupnosti pro pacienty.

Druhý pilíř je postavený na oblasti etiky a transparence. Aktivity asociace jsou vázány na Etický kodex, který stanovuje vnitřně závazná regulační pravidla. AIFP se aktivně zapojuje, aby se tyto principy rozšířily i na farmaceutické společnosti mimo asociaci, snaží se o upevňování standardů spolupráce s odbornou lékařskou veřejností a má za cíl zlepšovat dodržování obecných zásad na českém farmaceutickém trhu i ve zdravotnictví.

Ve třetím pilíři společnost poukazuje na přínos pro společnost. Myslí tím na přínos nejen pro pacienty, ale i na prohlubování vědomostí společnosti v oblasti medicíny v souvislosti s vývojem léčiv a realizací klinických hodnocení. Dále také poukazuje na přínos pro ekonomiku České republiky. Nově vyvinuté léky mohou zkrátit délku hospitalizace, snížit počet nutných zákroků a dovolit brzký návrat pacientů do běžného života. [10]

ČAFF

ČAFF vznikla 10. ledna 2001 na základě uzavření zakladatelské smlouvy o založení zájmového sdružení právnických osob České asociace farmaceutických firem. Asociace sdružuje celkem 23 členů. [7] [11]

Předmětem činnosti ČAFF je sjednotit a hájit společné zájmy firem, které se angažují v oblasti výzkumu, vývoje, výroby, obchodu, propagace, marketingu v oblasti humánních léčivých přípravků, a dále informatikou v oblasti farmaceutického průmyslu a užití léčivých přípravků.

Její členové mají společné cíle, a to napomáhat zlepšování zdravotní péče, zvyšovat dostupnost léčivých přípravků, zvyšovat úroveň spolupráce farmaceutických firem s pacienty, lékaři, distributory a lékárníky, zdravotními pojišťovnami, státními institucemi a ostatními subjekty, které ovlivňují farmaceutický trh v České republice.

SVOPL

SVOPL sdružuje v současné době 12 členů (platné k 1. lednu 2015). Sdružení chce přispívat k prohloubení dialogů s orgány státní správy, legislativou, zástupci lékařů, lékárníků a zejména široké veřejnosti o všech důležitých otázkách samoléčby.

Cílem sdružení je, aby si dobře informovaný pacient (zákazník) mohl vybírat z dostatečně široké a dostupné škály kvalitních prostředků, které jsou dostupné v lékárně i mimo ni, které mu pomohou při léčbě běžných nemocí nebo přispějí ke zdravějšímu způsobu života.

Sdružení také usiluje o postupné zmírňování administrativní bariéry, která brání rychlejšímu vstupu volně prodejných léčiv na trhu. Dále se snaží o to, aby pravidla platná pro registraci, prodej a reklamu těchto léčiv, byla dostatečně jasná a transparentní. [7]

Velkodistributoři léčiv

Velkodistribuce léčiv a prostředků zdravotní techniky do lékáren je významným segmentem, jehož fungování se odráží v činnosti lékáren a zdravotnických zařízení. Představuje

druhý ze tří stupňů distribuce léků od výrobce k pacientovi. Prvním stupněm je distribuce od výrobce k velkodistributorům a třetí se poté uskutečňuje prostřednictvím výdeje léčiv pacientům a nemocnicím.

V roce 1993 vznikla Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) jako dobrovolné sdružení, které bylo založeno za účelem ochrany a podpory společných zájmů svých členů.

Lékárníci

Lékárníci, kteří vykonávají svou činnost na základě zákona č. 220/1991 Sb., se povinně sdružují v České lékárnické komoře. Zákon zřizuje Českou lékárnickou komoru, Českou stomatologickou komoru a Českou lékařskou komoru jako samosprávné nepolitické stávkové organizace. Komory dbají o odbornou a etickou úroveň ve výkonu povolání a potvrzují splnění podmínek pro výkon povolání. Zároveň také hájí práva a profesní, sociální a hospodářské zájmy svých členů. Komory jsou mimo jiné oprávněny účastnit jednání při tvorbě sazebníků, cen léků a léčivých přípravků a sazebníků ostatních služeb poskytovaných lékárnami. Mají také pravomoc zúčastnit se výběrových řízení při volbách vedoucích míst ve zdravotnictví, vydávat osvědčení o splnění podmínek k výkonu soukromé praxe svých členů, vyjadřovat se k podmínkám a způsobům dalšího vzdělávání členů a řešit stížnosti na výkon povolání těchto členů.

Kromě České lékárnické komory zde působí od roku 1996 Grémium majitelů lékáren (GML). GML podle slov jeho předsedy vzniklo, aby se věnovalo měnící se legislativě v kontextu přidružování do Evropy a kultivaci ekonomického prostředí, ve kterém by měly lékárny fungovat. [4]

Lékárny vydávají léky lidem buď:

- zdarma, pokud je daný lék či zdravotní pomůcka na lékařský předpis, neboť součástí plateb zdravotního pojištění je i platba za léky, léčebné pomůcky či zdravotnické zboží. Tyto léky a pomůcky jsou plně kryty zdravotním pojištěním a lékárna pak získá úhradu za tyto lékařské předpisy přímo od pojišťovny.
- s doplatkem, to znamená, že pojišťovna nehradí jeho plnou cenu ze zdravotního pojištění, ale jen jeho část. Tato část krytá pojišťovnou je pro všechny lékárny stejná, ale výše doplatků se může lišit v závislosti na konkurenci mezi lékárnami.
- s přímou a plnou platbou v hotovosti – zdravotní pojišťovny na jejich úhradu nepřispívají. [12]

Lékaři

Lékaři jsou významnými aktéry z hlediska preskripce, a proto jsou středem farmaceutických firem. Sdružují se v mnoho zájmových sdružení a asociacích. Stejně jako lékárníci jsou na základě zákona č. 220/1991 Sb. sdružení v profesních komorách. Mezi nejznámější odborové organizace, které působí ve zdravotnictví, patří Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů a Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků. [4]

Revizní lékaři zdravotních pojišťoven

Revizní lékaři pověřeni zdravotními pojišťovнами jsou oprávněni posuzovat odůvodněnost léčebného procesu, potřebu lázeňského pobytu jako součást léčebné péče. Dále kontrolují, zda rozsah poskytované péče odpovídá objemu péče vyúčtované zdravotní pojišťovně, zda jsou vyúčtovány jen výkony, léčiva a prostředky, které hradí pojišťovna, a zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Revizní lékař povoluje výjimky v rozsahu výkonů zdravotní péče a výjimky při předepisování léčiv na účet pojišťovny. [5]

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)

SÚKL je národní kompetentní autoritou pro registraci léčivých přípravků v ČR a je rozpočtovou organizací řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Činnost SÚKL je vymezena zákonem o léčivu č. 79/1997 Sb.

Mezi nejdůležitější kompetence SÚKL patří:

rozhodnutí o registraci humánních léčivých přípravků, jejich změnách či prodloužení nebo zrušení registrace,

vedení evidence registrovaných léčivých přípravků.

Z ostatních činností je to osvědčení na splnění podmínek správné výrobní, distribuční, lékárenské praxe a praxe prodejců vyhrazených léčiv. SÚKL povoluje a ukončuje klinické hodnocení, pozastavuje používání léčiva či ho stahuje. Předmětem jeho činnosti je také dozor nad reklamou na humánní léčivé přípravky. SÚKL také provádí monitoring nežádoucích účinků léčivých přípravků a ostatní činnosti spojené s farmakovigilancí. Spolupracuje s národními institucemi členských zemí EU, Evropskou lékovou agenturou, Evropskou komisí atd. [13]

Občané/pacienti

Občané vystupují v systému zdravotní péče v několika rolích, a to jako plátcí zdravotního pojištění, a jako pacienti, tj. cíloví konzumenti zdravotní péče. K ochraně svých práv a zájmů si vytvářejí dobrovolná sdružení. V České republice působí několik patientských organizací, například Svaz pacientů či Občanské sdružení na ochranu pacientů. Tyto organizace upozorňují především na problémy spojené. [4]

Odborné společnosti JEP

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně je dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob, mezi které patří lékaři, farmaceuti a ostatní pracovníci ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických. ČLS JEP má 35 188 členů, kteří jsou sdruženi ve 118 odborných společnostech a 37 spolcích lékařů (platné k červnu 2016). [14] Sdružení dbá o rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařských věd a příbuzných oborů. Usiluje také o jejich využívání v péči občanů se zvláštním důrazem na preventivní činnosti. Mimo jiné také dbá na dodržování etických zásad při výkonu zdravotnického povolání a na další činnosti spojené s výkonem zdravotní péče. [15]

1.4 Farmakoekonomika a regulační omezení v ČR

Farmakoekonomika

Farmakoekonomika je vědní disciplína, která se vyvíjí od 60. let 20. století s cílem popsat efektivní využívání finančních zdrojů na farmakoterapii. Vznikla na základě prohlubování rozporu mezi omezenými finančními zdroji a možnostmi moderní disciplíny a také z důvodu o co nejlepší alokaci zdrojů.

Farmakoekonomika přispívá k řešení vztahu mezi náklady a efektem léčby a má za cíl odhalovat objektivními metodami efektivnější léčebné technologie. Dále popisuje a analyzuje náklady na farmakoterapii ve zdravotnickém systému a ve společnosti. Farmakoekonomika je multidisciplinární obor, který vyžaduje účast odborníků na ekonomiku a farmakoterapii. [16]

V nejširším pojetí je farmakoekonomika chápána jako aplikace ekonomické teorie na vývoj, výrobu, rozdělení a spotřebu léčiv. Na základě užšího pojetí je redukována pouze na klinickou farmakoekonomiku a aplikaci některých metod ekonomiky zdravotnictví na proces volby postupů při léčbě pacientů. Farmakoekonomika napomáhá:

porovnávat relativní ceny a přínosy nových terapeutických intervencí,

zkoumat účelné využití finančních zdrojů ke zlepšování zdravotního stavu obyvatel. [17]

Tabulka 1 – Cíle lékové politiky a farmakoekonomiky

Cíle lékové politiky	Cíle farmakoekonomiky
Zajistit dostupnost kvalitních, účinných a bezpečných léčiv pro ty pacienty, které je potřebují, za přijatelnou cenu.	Předkládat relevantní informace pro rozhodování o ekonomicky a medicínsky nejvhodnějším způsobu terapie.
Společný cíl	
Hledání a nalézání optimálních přístupů k racionální kontrole výdajů na léčiva z veřejných prostředků.	

Zdroj: vlastní zpracování podle [17]

Cíle lékové politiky a farmakoekonomiky jsou předvedeny v tabulce č. 1. Léková politika má za cíl zejména zajistit dostupnost léčiv pro pacienty za přijatelnou cenu a cílem farmakoekonomiky je předkládat relevantní informace pro nejvhodnější způsob terapie z hlediska ekonomiky i medicíny. Jejich společným cílem je, aby našly optimální přístup ke kontrole výdajů za léčiva z veřejných prostředků.

Farmakoekonomika vychází většinou z klinického výzkumu a klinických studií; ovšem mezi těmito dvěma obory existují rozdíly.

Tabulka 2 – Rozdíly mezi klinickým výzkumem a farmakoekonomikou

	Klinický výzkum	Farmakoekonomika
Hlavní cíl	Účinnost v definovaných podmínkách	Účinnost v běžné praxi
Uspořádání studií	Randomizované, zaslepené klinické studie	Farmakoekonomická analýza, může vycházet z klinických studií
Použité prostředky	Účinnost a bezpečnost	Náklady a výsledky
Fáze hodnocení	II. až IV. fáze vývoje léčiva	Obvykle IV. fáze vývoje léčiva
Časový rámec	Obvykle krátkodobý	Dlouhodobý
Prostředí	Ideální klinická praxe	Normální klinická praxe

Zdroj: vlastní zpracování podle [18]

Tabulka č. 2 je založena na rozdílech mezi farmakoekonomikou a klinickým výzkumem. Jejich podstata se liší v tom, jaké mají cíle, v uspořádání studií, použitých prostředcích, fázích hodnocení, časovém rámci a prostředí. Klinický výzkum poukazuje zejména na účinnost a bezpečnost léků a je obvykle krátkodobý, kdežto farmakoekonomika sleduje náklady a výsledky a je to dlouhodobý proces.

Regulační omezení v ČR

V České republice se regulační omezení vztahuje zejména k preskripci a indikaci.

Preskripční omezení

Pokud je to s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku účelné, úhrada přípravku se omezí pro předepisování takového přípravku lékařem se způsobilostí s označením odbornosti uvedené v rozhodnutí (dále jen „preskripční omezení“). Tento přípravek se označí symbolem „L“. Přípravek s preskripčním omezením může předepisovat pouze lékař se specializovanou způsobilostí, který má pro tuto způsobilost uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou o poskytování předmětné zdravotní péče nebo je jím písemně pověřený jiný lékař.

Není-li možné s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku přenechat předepisování přípravku na jiného lékaře, je tento přípravek označen symbolem „E“.

Pokud je nutné, aby předpis přípravku byl schválen revizním lékařem zdravotní pojišťovny, označí se tento přípravek symbolem „W“. [19]

Preskripční omezení se dále dělí na generickou preskripci a generickou substituci.

Generická preskripce se vztahuje na situace, kdy v dnešní době lékaři uvádí na lékařský předpis konkrétní název léčivého přípravku od určitého výrobce. Cílem generické preskripce je nahrazení identifikace konkrétního léčivého přípravku označením názvu jeho léčivé látky, což by mělo za cíl, že by osoba vydávající vybírala a doporučovala pacientovi konkrétní léčivý přípravek. Generická preskripce není dosud právně zakotvena.

Generická substituce představuje záměnu předepsaného léčivého přípravku osobou oprávněnou k výdeji za generický léčivý přípravek za předpokladu, že pacient s takovým postupem souhlasí a předepisující lékař ji zároveň nevyloučil ze zdravotních důvodů. [20]

Indikační omezení

Je-li to s ohledem na bezpečnost a účinnost léčivého přípravku nutné, je úhrada přípravku podmíněna:

přesně uvedené indikaci včetně zahájení a ukončení léčby,

použití pro vyjmenované skupiny pacientů, kteří jsou charakterističtí konkrétním onemocněním či klinickým stavem,

selhání, kontraindikací nebo nedostatečnou účinností předchozí terapie.

Přípravek podle indikačního omezení se označí symbolem „P“ a je oprávněn ho předepsat k úhradě lékař smluvního zdravotnického zařízení pouze v souladu s indikačním omezením. [19]

2 Cenová regulace léčiv a tvorba ceny léku

2.1 Cenová regulace léčiv a formy cenové regulace

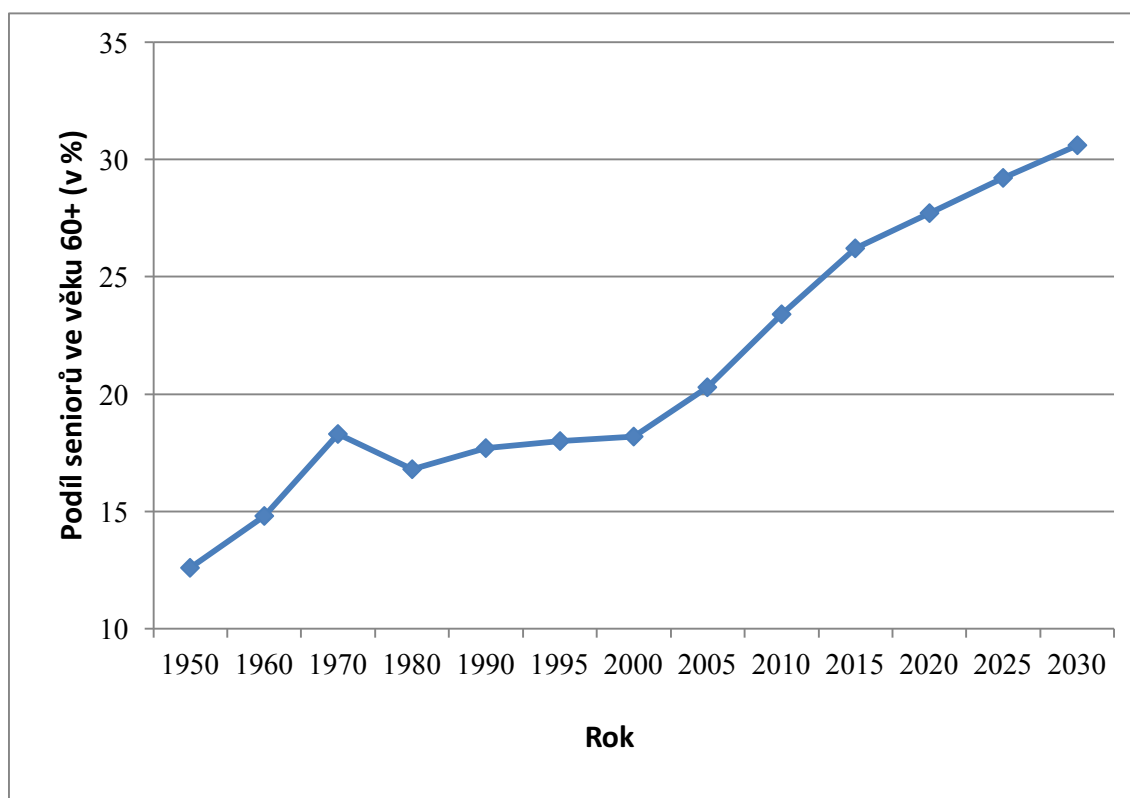
Regulace výdajů na zdravotnictví a zejména na léčiva, je poměrně citlivou otázkou ve všech vyspělých zemích světa. V sedmdesátých letech došlo k rozvoji medicíny a ekonomické výkonnosti a působilo zde několik faktorů:

snížení tempa hospodářského růstu,

objev nových technologií,

stárnutí populace a změna struktury nemocnosti obyvatelstva.

Obrázek 4 – Stárnutí populace ve věku 60+ v období 1970 až 2030 v ČR



Zdroj:vlastní zpracování podle [21]

Obrázek č. 4 znázorňuje, jak od 70. let 20. století docházelo ke stárnutí populace. Začal se zvyšovat podíl seniorů ve věku 60+, kdy v 70. letech jeho podíl dosáhl více než 18 %. Je zřejmé, že i v budoucím vývoji bude docházet ke stárnutí populace.

Na začátku 90. let 20. století musela většina zemí přijmout řadu opatření v oblasti regulace výdajů na léky. Evropská unie ponechává organizaci a financování tohoto sektoru na rozhodnutí národních vlád, lékové politiky se dotýká pouze v Direktivě o transparentnosti

v oblasti léčiv (89/105/EHS). Regulace v jednotlivých zemích respektuje historická pravidla, na základě kterých se odvíjí požadavky pacientů. [17]

V oblasti farmaceutického průmyslu je zpochybňováno to, že cena originálního léčiva je mnohem vyšší než cena generického. V oblasti generických léčiv je většinou konkurence zaměřená na ceny. Cenová konkurence se ovšem vyskytuje i mezi originálními léčivy v určitých terapeutických skupinách. Ačkoliv se mezi originálními léčivy najdou z terapeutického hlediska velmi těžko entity naprosto ekvivalentní, lze je mezi sebou dobře nahradit. [13]

Ekonomické výhody generických léčiv

Mezi podstatné ekonomické výhody lze zařadit zejména cenu a vznik nových farmaceutických společností.

1. Cena - Generická léčiva jsou o 20-80 % levnější než původní originální léky a zároveň musí zabezpečit stejnou bezpečnost, kvalitu a účinnost pro pacienta. Celková dostupnost a používání léku se zvyšují, aniž by se to odrazilo v růstu nákladů na zdravotnictví.
2. Vznik nových farmaceutických společností - Generická léčiva umožňují, aby vznikly nové farmaceutické společnosti, které nemusí vyvíjet nová léčiva nebo produkovat generické ekvivalenty originálních léků, ale mohou se zaměřit na vývoj nových lékových forem, výrobních způsobů, způsobů dávkování a podobně.

Lék je jako jedna z mála komodit hrazen v každé zemi z veřejného zdravotního pojištění a konečný spotřebitel se zajímá pouze o doplatek na lék. Doplatek je rozdíl mezi cenou léků a úhradou ze zdravotního pojištění. [13]

Formy cenové regulace léčiv

Pevný poplatek představuje pevnou částku, kterou pacient zaplatí, když si převezme léčivo v lékárně jako poplatek za vystavení receptu či výdej léčiva. Tento forma regulace úhrad je používána například ve Velké Británii.

Procentuální úhrada tvoří úhradu ve výši od 0 do 100 % podle důležitosti lékové skupiny. Při této úhradě bývá spoluúčast pacienta vysoká, proto zde existuje možnost komerčního pojištění na doplatky. Tento systém je používán například v Maďarsku či Francii.

Systém pevné (referenční) úhrady zohledňuje obsah účinné látky, která je představitelkou farmakoterapeutického účinku v určité skupině léčiv. Je zde charakteristická existence tzv. referenčního přípravku, na základě kterého se nastavuje výše úhrady pro celou konkrétní skupinu léčiv. Tento systém se používá například v Německu či v České republice. [13]

2.2 Klasifikace léků v ČR podle cenotvorby

Zákon o cenách definuje v České republice uvedené způsoby regulace cen:

- úředně stanovené maximální ceny
- usměrňování vývoje cen, které se váže na věcné podmínky – tzv. věcné usměrňování cen. Věcné usměrňování ceny je založeno na stanovení závazného postupu při tvorbě a kalkulaci ceny původce a na stanovení maximálního rozsahu možného růstu ceny ve vymezeném období. Cenový předpis zároveň určuje, které položky je možné zahrnout do ceny připravovaného léčivého přípravku. Maximální obchodní přírůžka je stanovena u léčivých přípravků, které se hradí z veřejného zdravotního pojištění. [17]
- cenové moratorium - cenové moratorium představuje časově omezený zákaz zvyšování cen, které je stanovené vládou. Je to velice výjimečné opatření a může být stanoveno maximálně na dobu 12 měsíců [22]

Maximální ceny

SÚKL reguluje u některých hrazených léků cenu výrobce. Ten v rámci správního řízení stanovuje tzv. maximální cenu výrobce, která představuje horní limit, za který je možný daný léky dodávat na český trh. Pravidla pro stanovení maximální ceny výrobce jsou jasně dána zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, znění platné od 1. 1. 2008.

Maximální cena výrobce se stanovuje třemi způsoby:

- průměrem nejnižších výrobních cen ve 3 zemích referenčního koše (všechny země Evropské unie mimo Bulharska, České republiky, Estonska, Kypru, Lucemburska, Německa, Rakouska, Rumunska, Kypru a Malty) a to jen tehdy, že je potřebný lék na trhu alespoň ve 3 zemích referenčního koše

- v případě, že nelze postupovat podle výše uvedeného bodu, cena je stanovena ve výši ceny výrobce, která byla ve veřejném zájmu písemně sjednána mezi zdravotní pojišťovnou a držitelem rozhodnutí o registraci, dovozcem nebo tuzemským výrobcem, dovozcem nebo předkladatelem specifického léčebného
- pokud není možné postupovat podle výše uvedeného, je možné cenu stanovit ve shodě s výrobní cenou nejbližšího porovnatelného léku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely zjištěné v zemích referenčního koše nebo přípravku v České republice [23]

O MFC žádá navrhovatel, což může být firma, která vyrábí léčivo v tuzemsku či léčivo dodává nebo prodává. MFC představuje maximální hranici, za kterou farmaceutická firma přípravek prodá distributorovi. [13]

Prodejní cena léku

Prodejní cena léku, resp. cena pro konečného spotřebitele, je vypočtena jako suma ceny výrobce, obchodní přírážky a DPH.

Prodejní cena v lékárně, kterou platí koncový spotřebitel, je vypočtena pomocí těchto položek:

- cena výrobce - hodnota, za kterou byl lék dodán lékárně výrobcem či distributorem. Hodní limity ceny výrobce je u hrazených léčiv regulován rozhodnutím SÚKL či je ohlášen držitelem rozhodnutí o registraci. Nic ovšem nebrání obchodování léku za cenu, která je nižší, než je stanovený limit
- obchodní přírážka - ta je tvořena procentní sazbou a tzv. nápočtem, což je pevně daná částka
- DPH - aktuálně platná daň z přidané hodnoty, která je stanovena Ministerstvem financí ČR (k 15. 4. 21017 činí DPH u léčiv 10 %) [24]

Léky regulované obchodní příirážkou

Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví ČR stanovuje, jaké léčivé látky v konkrétních formách nemusí mít regulovanou cenu výrobce. Držiteli těchto přípravků je stanovena povinnost, aby před uvedením daného přípravku na trh ohlásil horní limit, tzv. cenu průvodce. U těchto přípravků je poté uplatněna pouze regulace obchodní příirážka používaná při výpočtu prodejní ceny v lékárně. Distributor a lékárna si mohou uplatnit obchodní příirážku pouze do výše stanovené Ministerstvem zdravotnictví. [23]

Tabulka 3 – Maximální obchodní příirážka stanovená Ministerstvem zdravotnictví v ČR

Pásma	Základ od 0 (v Kč)	Základ do (v Kč)	Sazba	Nápočet (v Kč)
1	0,00	150,00	37 %	0,00 Kč
2	150,01	300,00	33 %	6,00 Kč
3	300,01	500,00	24 %	33,00 Kč
4	500,01	1000,00	20 %	53,00 Kč
5	1 000,01	2 500,00	17 %	83,00 Kč
6	2 500,01	5 000,00	14 %	158,00 Kč
7	5 000,01	10 000,00	6 %	558,00 Kč
8	10 000,01	9 999 999,00	4 %	758,00 Kč

Zdroj: vlastní zpracování podle [23]

V tabulce č. 3 jsou definována jednotlivá pásma maximální obchodní příirážky stanovená Ministerstvem zdravotnictví ČR. Je zde 8 pásem, ke kterým je nastaveno rozmezí základu v korunách. Čím nižší cena léku, tím vyšší může být obchodní příirážka. Nejvyšší obchodní příirážka činí 4 % k ceně léku, která se pohybuje nad 10 000 Kč.

Tabulka 4 – Tvorba orientační ceny léku

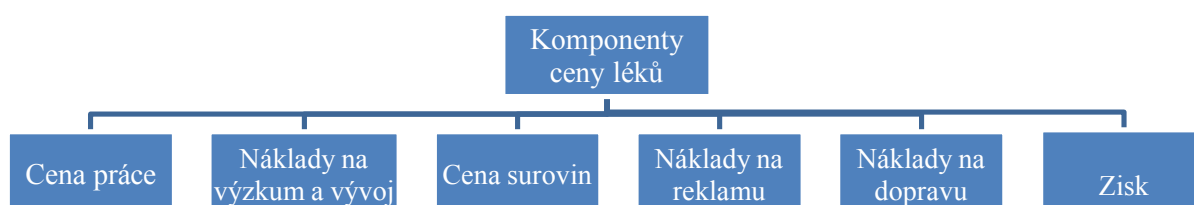
MFC	500 Kč
+obchodní marže distributora, 5 %	525 Kč
+ obchodní marže lékárny, 19 %	595 Kč
+ 10 % DPH odváděné lékárnou	654,5 Kč = orientační cena přípravku

Zdroj: vlastní zpracování podle [13] a zákona č. 235/2004 Sb.

V tabulce č. 4 je názorně ukázána cena přípravku na příkladu. Při MFC 500 Kč dle cenového výměru Ministerstva zdravotnictví čítá obchodní marže 24 %, což činí 120 Kč. K těmto 120 Kč se ještě může připočíst maximální pevná část odpovídající pásmu dle výše základu, tzn. 33 Kč. Rozdělení obchodní marže je v rukou distributora a lékárny. Lékárna má povinnost z ceny přípravku odvést ještě DPH, která činí 10 % (Zákon 235/2004 Sb.)

2.3 Stanovení výrobní ceny léku

Obrázek 5 – Skladba výrobní ceny léku



Zdroj: vlastní zpracování podle [17]

Obrázek č. 5 zobrazuje, z jakých komponentů se skládá cena léků. Do ceny léků jsou zahrnuty náklady na práci pracovníků, na výzkum a vývoj, suroviny, reklama, doprava a zisk, který je přibližně nad 30 %. [17]

Cena práce

Do ceny práce se zahrnují platy a mzdy všech zdravotnických pracovníků, kteří se přímým či nepřímým způsobem podílí na zdravotní péči a na výrobě léku.

Tabulka 5 – Kategorie pracovníků ve zdravotnictví v ČR

Zkratka	Kategorie	Povolání
X	Lékaři	Lékař s odbornou způsobilostí pod odborným dohledem; s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu; se specializovanou způsobilostí
X	Zubní lékaři	Zubní lékař s odbornou způsobilostí pod odbor. dohledem; se specializ. způsobilostí bez odbor. dohl.
X	Farmaceuti	Farmaceut s odbornou způsobilostí bez dohledu; se specializovanou způsobilostí
X	Všeobecné sestry a porodní asistentky	Všeobecná sestra pod odborným dohledem (pouze v době adaptačního procesu); odbornou způsobilostí bez odborného dohledu; se specializovanou způsobilostí Porodní asistentka pod odborným dohledem (pouze v době adaptačního procesu); s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu; se specializovanou odborností
OZPBD	Ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí	ergotarapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant , zdravotně sociální pracovník, optometrista, ortopista , asistent ochrany a podpory veřejného zdraví , ortotik-protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienista, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, biotechnický asistent , radiologický technik, adiktolog
ZPSZ	nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí	psycholog a klinický psycholog, klinický logoped, zrakový terapeut, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odb. prac. v laborat. metodách a v přípravě léčivých přípravků, biomedicínský inženýr, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví
ZPOD	Nelékaři pod odborným dohledem	zdravotnický asistent, laboratorní asistent, ortoticko-protetický technik, nutriční asistent, asistent zubního technika, dezinfektor, řidič vozidla zdrav. záchr. Služby, ošetřovatel, masér, nevidomý a slabozraký masér, laboratorní pracovník, zubní instrumentářka, řidič dopravy nemoc. a raněných, autoptický laborant, sanitář
JOP	Jiní odborní pracovníci a dentisté	psycholog, logoped, oftalmoped, abs. stud. oboru mat.-fyz. zaměření, abs. stud. oboru přírod. zaměření, abs. stud. oboru elektro zaměření, sociální pracovník, abs. stud. oboru pedagogického zaměření (arteterapeut, pracovní terapeut), dentista

Zdroj:vlastní zpracování podle [25]

V tabulce č. 5 jsou zobrazeny kategorie pracovníků ve zdravotnictví. Zdravotničtí pracovníci se dělí na lékaře, zubní lékaře, farmaceuty, všeobecné sestry a porodní asistentky,

ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí, nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí, nelékaři pod odborným dohledem a ostatní odborní pracovníci a dentisté. Nejdůležitější kategorií pro výrobu a vývoj léku jsou farmaceuti, kteří se nejvíce podílí na vývoji léku.

Tabulka 6 – Průměrný měsíční plat zaměstnanců ve zdravotnictví v roce 2015 v ČR

Kategorie	průměrný pře-počtený evi-denční počet za-městnanců	průměrný měsíční plat celkem	
		absolutně	index (2014 = 100)
Celkem	93 787,57	32 559	105,7
lékaři a zubní lékaři	12 758	66 373	108,1
farmaceuti	574,19	43 598	
všeobecné sestry a porodní asis-tentky	33 015,11	30 866	105,3
ostatní zdravotničtí pracovníci ne-lékaři s odbornou způsobilostí	8 499,42	30 727	104,8
zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobi-lostí	3 451,61	30 870	103,9
zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo při-mým vedením	15 445,18	20 385	104,4
jiní odborní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí a dentisté	976,22	28 480	105,3
pedagogičtí pracovníci	144,97	29 094	114
technicko-hospodářští pracovníci	9 560,53	30 347	103,6
dělníci a provozní pracovníci	9 362,34	16 881	105,6

Zdroj: vlastní zpracování podle dat [26]

Na základě tabulky č. 6 je jasné, že celkem ve zdravotnictví pracovalo 93 788 pracovníků. Průměrná mzda všech zaměstnanců ve zdravotnictví činila 32 559 Kč. Nejvyšší mzda patřila lékařům a zubním lékařům a farmaceutům. Právě farmaceutů pracovalo ve zdra-votnictví v roce 2015 více jak 574 a jejich plat činil průměrně 43 598 Kč.

Náklady na výzkum a vývoj

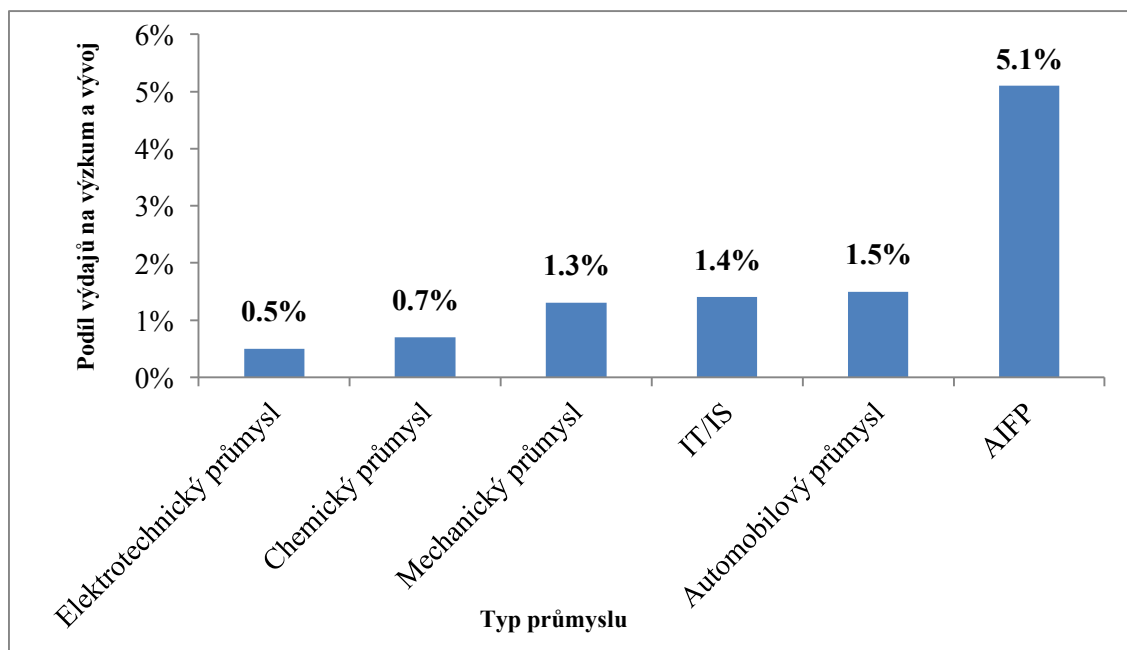
Dnešní výzkum a vývoj léčiv je spíše orientován na léčiva, která jsou schopna ovlivnit příčinu nemoci než její příznaky. Také je více směřován do výzkumu léčiv na tzv. vzácná

onemocnění (onemocnění, která se vyskytují vzácně, s prevalencí nižší než 5 nemocných na 10 tisíc obyvatel). Při výzkumu a vývoji léčiv se v současné době uplatňují charakteristiky jako:

- víceoborovost – na výzkumu a vývoji se podílí tým s vysokou specializací
- systematickosti a racionální přístup
- časová náročnost – proces vývoje léčiva až po jeho registraci trvá v průměru 12 – 15 let
- rizikovost – vývoj léčiva je považován za vysoce rizikový, úspěšnost vývoje léčiv je v přibližně 5 %
- vysoká finanční nákladovost – se zvyšujícími se požadavky na bezpečnost nových léčiv rostou i finanční náklady. Průměrné náklady na vývoj nového léčiva činí přibližně 2,6 miliardy dolarů [27]

V České republice se na vývoj léků zaměřuje Asociace inovativního farmaceutického průmyslu.

Obrázek 6 – Podíl výdajů na výzkum a vývoj na výnosech v ČR



Zdroj: vlastní zpracování podle [28]

Obrázek č. 6 ukazuje, jaký je podíl na výzkum a vývoj. V nynější době působí v ČR 34 farmaceutických firem. (aktualizováno k 8. 4. 2017). Investice do výzkumu a vývoje léků představují 5,1 %, což je 3,5krát více než investice do jiných průmyslů. [28]

Náklady na reklamu

Reklama pro širokou veřejnost je od Státního ústavu pro kontrolu léčiv povolena pouze u léků, které jsou bez lékařského předpisu (volně prodejné). Výjimku mohou tvořit léky vázané na lékařský předpis v rámci vakcinační akce schválené Ministerstvem zdravotnictví.

Reklama, která je zaměřená na širokou veřejnost, musí splňovat následující charakteristiky:

- musí být formulována tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o lék
- obsahuje název léku tak, jak je uveden v registračním rozhodnutí
- podává informace o způsobu správného užití léku
- vyjadřuje jasnou a čitelnou výzvu k pečlivému pročtení příbalové informace [29]

Tabulka 7 – Reklamní investice do léků v letech 2010 a 2011 v ČR

Zadavatel	Hrubé reklamní investice v roce 2010	Hrubé reklamní investice v roce 2011	Rozdíl v %
GlaxoSmithKline	86 755 000 Kč	132 134 000 Kč	52%
Bayer	75 654 000 Kč	123 411 000 Kč	63%
Novartis	59 418 000 Kč	110 740 000 Kč	86%
Boehringer Ingelheim	54 556 000 Kč	97 280 000 Kč	78%
Zentiva	62 624 000 Kč	93 388 000 Kč	49%
Johnson & Johnson	54 788 000 Kč	88 815 000 Kč	62%
Medicom International	36 926 000 Kč	62 049 000 Kč	68%
Reckitt Benckiser (Česká republika)	103 780 000 Kč	39 244 000 Kč	-62%
Janssen-Cilag	23 855 000 Kč	38 570 000 Kč	62%
Berlin-Chemie/A. Menarini Česká republika	43 904 000 Kč	32 641 000 Kč	-26%

Zdroj: vlastní zpracování podle [30]

Z tabulky č. 7 upozorňuje, jaký je celkový objem hrubých inzertních výdajů za léky přesahuje 1,032 miliardy Kč. Meziročně se investice v roce 2011 zvýšily o přibližně 19 %, od 1. 1. 2011 do 30. 6. 2011 šlo o nárůst o 869 milionů korun.

Většina farmaceutických firem zvýšila své výdaje do reklamy přibližně o více než 50 %. Největším skokanem je v tomto směru společnost Novartis, která v roce 2011 utratila za reklamu o 86 % více než v první polovině roku 2010. Výjimkami jsou společnosti Reckitt Benckiser a Berlin-Chemie/A.Menarini.

2.4 Platby pacientů za léky

Platbu pacienta v lékárně je možné rozdělit do dvou skupin na základě toho, zda se jedná o lék částečně hrazený nebo nehrazený ze zdravotního pojištění.

Lék hrazený ze zdravotního pojištění

1. U léků, které jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění, pacient neplatí žádný doplatek.

Příklad plně hrazeného léku:

Prodejní cena (cena, kterou zaplatí konečný spotřebitel): 100 Kč

Úhrada pro koncového spotřebitele ze zdravotního pojištění: 100 Kč

Doplatek pacienta: 0 Kč

2. U léků, které jsou částečně hrazeného ze zdravotního pojištění, pacient platí tzv. doplatek, který představuje rozdíl mezi prodejní cenou a úhradou ze zdravotního pojištění.

Příklad částečně hrazeného léku:

Prodejní cena (cena pro koncového spotřebitele): 100 Kč

Úhrada pro koncového spotřebitele ze zdravotního pojištění: 70 Kč

Doplatek pacienta: 30 Kč

Lék, který není hrazený ze zdravotního pojištění

U léků, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, pacient zaplatí plnou cenu léku.

Příklad nehrazeného léku:

Prodejní cena (cena pro koncového spotřebitele): 100 Kč

Úhrada pro koncového spotřebitele ze zdravotního pojištění: 0 Kč

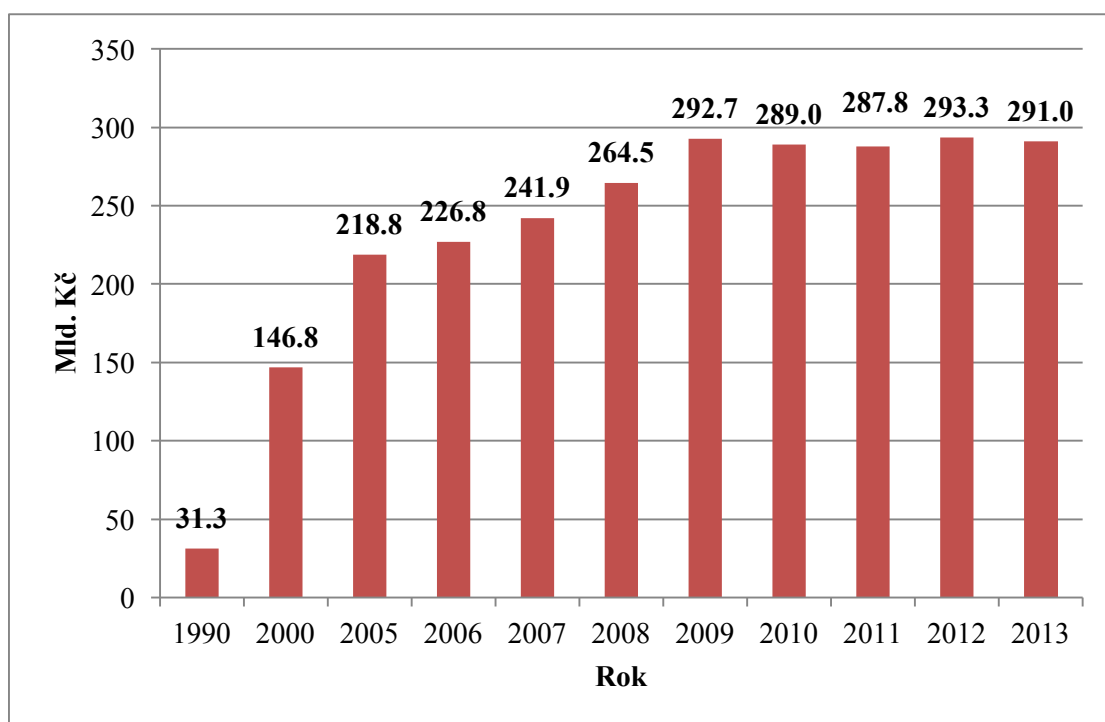
Doplatek pacienta: 100 Kč [31]

3 Náklady a výnosy ve zdravotnictví

3.1 Celkové výdaje na zdravotnictví

Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR se skládají z výdajů veřejných (rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů a výdaje zdravotních pojišťoven) a výdajů soukromých (výdajů placených obyvatelstvem).

Obrázek 7 – Výdaje na zdravotnictví v ČR (v mld. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování podle [32]

Na obrázku č. 7 je znázorněný vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 1990 až 2013. Je zřejmé, že v letech 1990 až 2009 výdaje na zdravotnictví rostly, nejvíce se v tomto období zvýšily v roce 2009 o 28,2 mld. Kč oproti roku 2008. V letech 2010 a 2011 výdaje mírně klesaly až na hodnotu 287,8 mld. Kč, následně se v roce 2012 opět zvýšily o 2 % na 293,3 mld. Kč. Celkově se výdaje v roce 2013 oproti roku 1990 změnilly a zvýšily na 291 mld. Kč, což představuje nárůst o 259,7 mld. Kč.

Tabulka 8 – Celkové výdaje na zdravotnictví a jejich podíl na HDP v letech 2010 – 2014 v ČR (v mil. Kč)

Položky výdajů	2010	2011	2012	2013	2014
Veřejné výdaje	243 281	242 410	246 918	246 562	254 683
z toho rozpočtové výdaje resortů a územních orgánů	20 781	16 863	15 648	16 657	15 671
zdravotní pojišťovny	222 500	225 547	231 270	229 905	239 012
Soukromé výdaje	45 754	45 358	46 388	45 573	45 224
Výdaje celkem	289 035	287 768	293 306	292 135	299 907
Podíl z HDP v %	7,3	7,2	7,3	7,1	7,0

Zdroj: vlastní zpracování podle [33]

Z tabulky č. 8 je zřejmé, jak v průběhu let 2010 až 2014 rostly či klesaly výdaje na zdravotnictví a kolik činil jejich podíl z HDP v %. V roce 2010 činily celkové výdaje (veřejné i soukromé) 289 035 mil. Kč a tvořily podíl na HDP ve výši 7,3 %. V roce 2011 zaznamenaly mírný pokles na 287 768 mil. Kč. V roce 2014 činily výdaje na zdravotnictví rekordních 299 907 mil. Kč a představovaly podíl na HDP ve výši 7,0 %. Při porovnání na výši HDP je nutné brát v úvahu mimořádnou revizi národních účtů, která byla provedena Českým statistickým úřadem v říjnu 2014 a vedla k několikaprocentnímu nárůstu HDP a tím následně ovlivnila podíl výdajů na zdravotnictví na HDP směrem dolů. [33]

Tabulka 9 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR (v mil. Kč)

Rok	Státní rozpočet + územní rozpočty	Zdravotní pojišťovny		Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví
		celkem	z toho zdrav. péče	
2000	17 170	115 792	111 421	132 962
2005	21 263	170 093	164 343	191 356
2010	20 781	222 500	214 373	243 281
2011	16 863	225 547	217 653	242 410
2012	15 647	231 270	222 760	246 918
2013	16 657	229 905	222 985	246 562

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Z tabulky č. 9 popisuje, jaké jsou veřejné výdaje na zdravotnictví jak hrazené ze státního rozpočtu a územních rozpočtů, tak zdravotními pojišťovnami. Nejvíce se na výdajích podílí zdravotní pojišťovny, jejich podíl představuje přibližně 90 % z celkových veřejných výdajů. Velký díl výdajů zdravotních pojišťoven jde i přímo na zdravotní péči.

Tabulka 10 – Meziroční přírůstky veřejných výdajů ve zdravotnictví v ČR

Rok	Celkem		v tom			
	mil. Kč	%	veřejné rozpočty		zdravotní pojišťovny	
			mil. Kč	%	mil. Kč	%
2005	6 531	3,5	-232	-1,0	6 763	4,1
2006	5 672	3,0	1 565	7,4	4 107	2,4
2007	9 537	4,8	23	0,1	9 513	5,5
2008	12 154	5,9	-1 412	-6,2	13 567	7,4
2009	26 035	11,9	4 595	21,4	21 440	10,9
2010	-1 473	-0,6	-5 253	-20,2	3 780	1,7
2011	-871	-0,4	-3 918	-18,9	3 047	1,4
2012	4 508	1,9	-1 215	-7,2	5 723	2,5
2013	-356	-0,1	1 009	6,4	-1 365	-0,6

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Z tabulky č. 10 znázorňuje, jaké byly meziroční přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR. Veřejné rozpočty měly většinou meziroční úbytky, ovšem zdravotním pojišťovnám se výdaje na zdravotnictví téměř vždy zvýšily. Největší přírůstek výdajů je v roce 2009, kdy celkový meziroční přírůstek činil 26 035 mil. Kč, z toho 4 595 mil. Kč ve veřejných rozpočtech a 21 440 v rozpočtech zdravotních pojišťoven. Naopak největšího poklesu výdajů ve zdravotnictví se prokázalo v roce 2010, kdy činil celkový pokles 1 473 mil. Kč, a to zejména ve veřejných rozpočtech.

Tabulka 11 – Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v ČR (v Kč)

Rok	Celkem	v tom	
		veřejné výdaje	soukromé výdaje
2000	14 294	12 943	1 351
2005	21 377	18 698	2 679
2006	22 092	19 191	2 901
2007	23 437	20 011	3 426
2008	25 362	20 971	4 391
2009	27 900	23 329	4 571
2010	27 482	23 132	4 350
2011	27 415	23 094	4 321
2012	27 909	23 495	4 414
2013	27 681	23 458	4 223

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulka č. 11 demonstruje, jak se vyvíjely výdaje na zdravotnictví při kalkulaci na jednoho obyvatele v České republice. V letech 2009 až 2013 se veřejné výdaje pohybovaly na podobné úrovni, ve výši přibližně 27 500 Kč. V roce 2010 a 2011 se veřejné i soukromé výdaje snižovaly, ovšem v roce 2012 se opět o něco zvýšily. V roce 2013 činily veřejné výdaje 23 458 Kč a soukromé 4 223 Kč, což je oproti roku 2000 nárůst o 45 % u veřejných výdajů a 68 % u soukromých. Vyšší výdaje na jednoho obyvatele vyšly z veřejných rozpočtů, celkově měly podíl více jak 80 % na celkových výdajích na jednoho obyvatele.

3.2 Soukromé výdaje na zdravotní péči přímo placené obyvatelstvem

Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči zahrnují zejména výdaje na léčiva a zdravotní prostředky, na ambulantní zdravotní péči a na ústavní péči.

Tabulka 12 – Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele dle statistiky rodinných účtů v ČR (v Kč)

Položka	2009	2010	2011	2012	2013
Léčiva a zdrav. prostředky	2 176	2 243	2 272	2 256	2 172
léky předepsané lékařem	855	893	911	855	742
léky bez receptu a další léčiva	858	854	926	989	1 017
ostatní zdravotnické výrobky	46	71	40	34	37
ortopedické a terapeutické pomůcky	418	424	395	378	377
Ambulantní zdravotní péče	754	731	770	762	799
ambulantní lékařská péče	301	304	296	330	319
ambulantní stomatologická péče	406	394	434	385	434
ambulantní zdravotní péče ostatní	46	33	40	47	45
Ústavní zdravotní péče	195	191	188	312	197
Celkem	3 125	3 165	3 230	3 330	3 168

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulka č. 12 znázorňuje strukturu položek zdravotní péče, za které 1 obyvatele vynaložil peníze. Celkové výdaje za zdravotní péči na 1 obyvatele se do roku 2012 mírně zvyšovaly, v roce 2013 poklesly na 3 168 Kč, což představuje pokles oproti roku 2012 o 162 Kč, tj. o 5 %. Nejvíce peněz na 1 obyvatele představují výdaje na léčiva a zdravotní prostředky, které se v letech 2009 až 2011 zvyšovaly, ale v roce 2012 se meziročně snížily o 16 Kč a v roce 2013 oproti roku 2012 ještě o dalších 84 Kč. Z celkových výdajů na léčiva a zdravotní prostředky představovaly přibližně 78 % výdaje na léky jak předepsané lékařem, tak bez receptu a další léčiva. V oblasti ambulantní péče 1 obyvatele vydal nejvíce peněžních prostředků na ambulantní stomatologickou péči, jejíž výše se v období 2009 až 2013 pohybovala okolo 400 Kč. Nejméně peněz bylo vynaloženo na ústavní zdravotní péči, která se v letech 2009 až 2011 pohybovala pod 200 Kč, v roce 2012 se rapidně zvýšila na 312 Kč, ale v roce 2013 opět klesla o 37 % na 197 Kč.

Tabulka 13 – Odhad peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem dle statistiky rodinných účtů v ČR (v mil. Kč)

Položka	2009	2010	2011	2012	2013
Léčiva a zdrav. prostředky	22 829	23 590	23 848	23 709	22 829
léky předepsané lékařem	8 965	9 392	9 562	8 985	7 799
léky bez receptu a další léčiva	8 997	8 992	9 720	10 394	10 689
ostatní zdravotnické výrobky	483	747	420	357	389
ortopedické a terapeutické pomůcky	4 384	4 459	4 146	3 973	3 963
Ambulantní zdravotní péče	7 911	7 688	8 083	8 008	8 398
ambulantní lékařská péče	3 163	3 197	3 107	3 468	3 353
ambulantní stomatologická péče	4 265	4 144	4 556	4 046	4 562
ambulantní zdravotní péče ostatní	483	347	420	494	473
Ústavní zdravotní péče	2 046	2 009	1 973	3 279	2 071
Celkem	32 786	33 287	33 903	34 996	33 298

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

V tabulce č. 13 je znázorněno, jak se pohybovaly výdaje na zdravotní péči podle statistiky rodinných účtů. V letech 2009 až 2012 se celkové výdaje rodin zvyšovaly, v roce 2009 jejich výdaje činily 32 786 mil. Kč, v roce 2012 to bylo o 2 210 mil. Kč více. V roce 2013 se celkové výdaje meziročně snížily o necelých 5 % na 33 298 mil. Kč. Nejvíce peněžních prostředků rodiny vydaly na léčiva a zdravotní prostředky, z toho opět více jak 78 % na léky. Co se týká ústavní zdravotní péče, tam výdaje v letech 2009 až 2011 klesaly meziročně o 2 %, v roce 2012 zase prudce narostly na 3 279 mil. Kč, tj. o 40 % oproti roku 2012. V roce 2013 jejich výše opět poklesla o 1 208 mil. Kč na celkových 2 071 mil. Kč.

Tabulka 14 – Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem dle statistiky rodinných účtů v ČR (v %)

Položka	2009	2010	2011	2012	2013
Léčiva a zdrav. prostředky	69,7	70,9	70,3	67,7	68,6
léky předepsané lékařem	27,3	28,2	28,2	25,7	23,4
léky bez receptu a další léčiva	27,4	27,0	28,7	29,7	32,1
ostatní zdravotnické výrobky	1,5	2,2	1,2	1,0	1,2
léčebné a protetické prostředky	13,5	13,4	12,3	11,4	11,9
Ambulantní zdravotní péče	24,1	23,1	23,8	22,9	25,2
ambulantní lékařská péče	9,6	9,6	9,2	9,9	10,1
ambulantní stomatologická péče	13,0	12,4	13,4	11,6	13,7
ambulantní zdravotní péče ostatní	1,5	1,0	1,2	1,4	1,4
Ústavní zdravotní péče	6,2	6,0	5,8	9,4	6,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulce č. 14 ukazuje přehled struktury peněžních vydání na zdravotní péči rodin vyjádřenou v %. Z celkových výdajů představovaly léčiva a zdravotní prostředky přibližně 70 % ve všech uvedených letech, v roce 2012 se dokonce snížily na 67,7 %, v roce 2013 se opět zvýšily o 0,9 %. Při pohledu na vývoj výdajů v % u léků předepsaných lékařem, je zřejmé, že v roce 2012 se oproti roku 2011 snížily o 2,5 % a v roce 2013 ještě o dalších 2,3 %. Na druhou stranu se výdaje na léky bez receptu a další léčiva zvyšovaly (vyjma roku 2010), v roce 2013 dokonce dosáhly 32,1 % z celkových výdajů na léčiva a zdravotní prostředky.

3.3 Zdravotní pojišťovny

Náklady zdravotních pojišťoven

Na základě prokázaných výkonů zdravotní pojišťovny provádějí úhrady příslušným zdravotnickým zařízením. Zúčtování, fakturování a vykazování zdravotní péče na individuálních dokladech probíhá prostřednictvím smluvních vztahů mezi danou pojišťovnou a

zdravotnickým zařízením v závislosti na formulaci uzavřené smlouvy a platné metodiky buď měsíčně (například soukromé ordinace) nebo čtvrtletně (například nemocnice).

Tabulka 15 – Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR

Položka	2012	2013	2012	2013	Index 2012=100
	v mil. Kč		podíl v %		
Náklady na zdravotní péči celkem	222 900	218 851	100,0	100,0	98,2
na ambulantní péči					
na praktických lékařů	13 161	13 222	5,9	6,0	100,5
ostatních ambulantních specialistů	34 984	36 062	15,7	16,5	103,1
na ústavní péči	114 180	111 650	51,2	51,0	97,8
na stomatologickou péči	10 042	10 045	4,5	4,6	100,0
na léky a PZT vydané na recepty	42 329	40 809	19,0	18,6	96,4
ostatní nespecifikované náklady	8 204	7 063	3,7	3,2	86,1
Preventivní programy	933	1 148	x	x	123,0

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

V tabulce č. 15 je zřejmá struktura nákladů zdravotních pojišťoven. Nejdůležitější náklady jsou na zdravotní péči, z toho nejvyšší podíl na ústavní péči, který v letech 2012 i 2013 činil více než 50 % z celkových nákladů na zdravotní péči. Dalšími velkými náklady jsou náklady na léky a prostředky zdravotní techniky vydané na recepty, které v roce 2012 činily 42 329 mil. Kč, v roce 2013 meziročně poklesly na 40 809 mil. Kč. Druhou položku v nákladech zdravotních pojišťoven představují preventivní programy, na které v roce 2012 bylo vynaloženo 933 mil. Kč, v roce 2013 se tento náklad zvýšil o 215 mil. Kč.

Tabulka 16 – Výdaje v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR (v mil. Kč)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013
Výdaje zdravotního pojištění	218 630	222 500	225 547	231 437	229 905
z toho výdaje na zdravotní péči	210 033	214 373	217 653	222 095	222 985
provozní režie	8 163	7 667	7 274	8 786	6 274
náklady na zdaňovanou činnost	56	49	69	49	54
platby za zdrav. služby pro cizince	378	421	551	527	592

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulka č. 16 poukazuje na vybrané ukazatele v systému zdravotního pojištění, konkrétně na výdaje. Největší položku činí výdaje na zdravotní péči, které se v letech 2009 až 2013 každoročně zvyšovaly. Největšího nárůstu dosáhly v roce 2012, kdy se meziročně zvýšily o 4 442 mil. Kč. V tomto roce se také výrazně zvýšily náklady na provozní režii, meziročně o 18 %. Náklady na zdaňovanou činnost zahrnují například cestovní pojištění, a ty se v roce 2012 snížily o 20 mil. Kč, snížily se také platby za zdravotní služby pro cizince, a to o 24 mil. Kč, tj. pokles o necelých 5 %.

Tabulka 17 – Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči z hrubého domácího produktu v ČR (v %)

Segment péče	2011	2012	2013
Náklady na zdravotní péči celkem	5,43	5,51	5,36
na ambulantní péči	1,44	1,44	1,45
na stomatologickou péči	0,25	0,25	0,25
na ústavní péči	2,81	2,82	2,73
na léky a ZP vydané na recepty a pokazy	1,00	1,05	1,00

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

V tabulce č. 17 je definován podíl nejdůležitějších nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči z HDP (v %). Nejvyšší podíl na HDP mají náklady na ústavní péči, jejichž podíl v roce 2013 činil 2,73 %. Další podstatnou položkou jsou náklady na ambulantní

péči a na léky a zdravotní prostředky vydané na recepty a na poukazy, kde se tento podíl pohyboval na úrovni 1 % a více.

Tabulka 18 – Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče v ČR (v mil. Kč)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní péče	54 379	55 511	58 000	58 761	60 059
Lůžková péče	107 992	111 816	113 033	113 766	112 742
v tom nemocnice	96 548	102 932	103 980	104 674	103 998
Lázeňská péče	3 182	3 202	2 984	2 521	1 579
Péče v ozdravovnách	48	44	28	26	21
Doprava	1 480	1 458	1 413	1 336	1 497
Zdravotnická záchranná služba	1 588	1 707	1 786	2 020	2 149
Léky vydané na recepty	36 666	34 251	34 134	36 104	34 633
Zdravotnické prostředky na poukazy	5 972	5 999	6 296	6 218	6 058
Léčení v zahraničí	415	445	577	643	785
Vratky regulačních poplatků	260	472	514	428	168
Ostatní náklady na zdravotní péči	1 372	899	1 125	2 101	2 112
Celkem	213 354	215 804	219 891	223 923	221 803

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Z tabulky č. 18 je zřejmé, že nejvíce výdajů zdravotních pojišťoven patřilo do sektoru lůžkové péče, zejména nemocnic. V této oblasti se výdaje v letech 2009 až 2012 meziročně zvyšovaly, nejvyšší nárůst byl v roce 2010 a to o 3 824 mil. Kč. Další velkou oblastí je ambulantní péče, do které spadají zdravotnické služby praktických lékařů, stomatologů, ambulantních specialistů a gynekologů, a ty představovaly na celkových výdajích přibližně 25 %. Co se týká léků vydaných na recepty, zde výdaje v roce 2010 a 2011 klesaly oproti roku 2009, v roce 2011 se opět zvýšily na 36 104 mil. Kč, což byl meziroční nárůst o 5 %. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v letech 2009 až 2012 rostly, v roce 2012 dosáhly výše 223 923 mil. Kč, ale v následujícím roce poklesly mírně o 1 %.

Tabulka 19 – Struktura vybraných nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče v ČR (v %)

Zdravotní péče	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní péče celkem	25,5	25,7	26,4	26,2	27,1
z toho praktičtí lékaři	5,6	5,8	5,9	5,8	6,0
stomatologie	4,6	4,6	4,6	4,5	4,5
ambulantní specialisté	7,7	8,1	8,5	8,4	8,7
gynekologové	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5
Lůžková péče	50,6	51,8	51,4	50,8	50,8
z toho nemocnice	45,3	47,7	47,3	46,7	46,9
Lázně, ozdravovny	1,5	1,5	1,4	1,1	0,7
Doprava	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7
Zdravotnická záchranná služba	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0
Léky vydané na recepty	17,2	15,9	15,5	16,1	16,4
Zdravotnické prostředky na poukazy	2,8	2,8	2,9	2,8	2,7

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulka č. 19 znázorňuje, jak se vyvíjely výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v procentuálním vyjádření. Při pohledu do tabulky č. je patrné, že největší podíl nákladů na zdravotní péči byl v oblasti lůžkové péče, tento podíl činil v letech 2009 až 2013 vždy více jak 50 % výdajů na zdravotní péči. Při pohledu na oblast léků vydaných na recepty, je zřejmé, že jejich podíl na celkových výdajích zdravotních pojišťoven v roce 2009 činil 17,2 %, poté v letech 2010 a 2011 nastal pokles o téměř až 2 %. Nejmenší podíl na celkových výdajích zdravotních pojišťoven představují náklady na dopravu pacientů či dopravu zdravotnickou záchrannou službou, a to vždy do 1 % z celkových výdajů.

Tabulka 20 – Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle druhu poskytované péče v ČR (v Kč)

Zdravotní péče	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní péče celkem	5 241	5 344	5 563	5 589	5 772
z toho praktičtí lékaři	1 151	1 208	1 236	1 245	1 286
stomatologie	938	956	965	948	962
ambulantní specialisté	1 583	1 675	1 795	1 785	1 845
gynekologové	265	280	293	316	324
Lůžková péče celkem	10 408	10 765	10 843	10 822	10 835
z toho nemocnice	9 305	9 910	9 974	9 957	9 994
Lázně, ozdravovny	312	312	289	242	157
Doprava	143	140	136	127	144
Zdravotnická záchranná služba	153	164	171	192	207
Léky vydané na recepty	3 534	3 297	3 274	3 434	3 328
Zdravotnické prostředky na poukazy	576	578	604	591	582
Průměrně na 1 pojištěnce celkem	20 562	20 776	21 093	21 300	21 316

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

V tabulce č. 20 je zdůrazňuje, jak se pohybovaly náklady zdravotních pojišťoven v průměru na jednoho pojištěnce. Celkové náklady na jednoho pojištěnce v období 2009 až 2013 rostly, v roce 2009 čítaly 20 562 Kč, v roce 2013 již 21 316 Kč, což představuje nárůst o 754 Kč. Již z výše uvedených tabulek je jasné, že nejvíce peněz zaplatily pojišťovny za lůžkovou péči. Ta činila vždy více jak 10 000 Kč na jednoho pojištěnce za rok. Dále vysokou částku zdravotní pojišťovny vynaložily za ambulantní péče pro pojištěnce, a to nejvíce za ošetření ambulantními speciality. Náklady na ambulantní péči v letech 2009 až 2012 rostly, v roce 2012 činily 5 589 Kč, což je nárůst oproti roku 2009 o 348 Kč.

Výnosy zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny jsou výběřčím částek zdravotního pojištění všech občanů, jak z částek od zaměstnavatelů, kteří odvádí pojištění z mezd zaměstnanců, tak z pojištění osob samostatně výdělečně činných. Dalším příjmem je platba od státu, který je plátcem pojištění za státní pojištěnce. [35]. Od 1. ledna 2017 nařízení vlády č. 181/2016 Sb. stanovilo, že vyměřovací základ pro pojistné, které je hrazené státem, u osob, za které je plátcem pojistného stát, ve výši 6 814 Kč za kalendářní měsíc. Pojistné takto vypočtené činí tedy 920 Kč měsíčně. [36]

Mezi příjmy zdravotních pojišťoven se řadí pojistné za osoby bez zdanitelných příjmů, které nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti ani nejsou státními pojištěnci a pojištění si hradí sami. [37] Další položka je zúčtování příjmů se zvláštním fondem zdravotního pojištění, jehož účelem je přerozdělování a vyrovnání rozdílů, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami na straně příjmů od plátců zdravotního pojištění. [38]

Posledním druhem příjmu, který je pro zdravotní pojišťovny neméně podstatný, jsou inkasa z pokut a penále za opožděné platby zdravotního pojištění.

Tabulka 21 – Struktura příjmů zdravotních pojišťoven z pojistného v ČR

Položka	2012	2013	Index
	mil. Kč	mil. Kč	2012=100
Předepsané pojistné celkem	170 453	173 743	101,9
od zaměstnavatelů	151 375	154 740	102,2
za osoby samostatně výdělečně činné	15 913	16 230	102,0
za osoby bez zdanitelných příjmů	3 165	2 773	87,6
Zúčtování se zvláštním fondem zdravotního pojištění	57 872	53 676	92,7
Inkaso z pokut, penále a přírážek souvisejících se zdravotním pojištěním	1 111	1 069	96,2

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Z tabulky č. 21 upozorňuje, že nejvyšší příjmy mají zdravotní pojišťovny z předepsaného pojistného, v roce 2013 toto pojistné činilo celkem 173 473 mil. Kč. Nejvyšší podíl (při-

bližně 90 %) v tomto předepsaném pojistném činí pojistné od zaměstnavatelů za své zaměstnance. Menší podíl je za osoby samostatně výdělečně činné a za osoby bez zdanitelných příjmů, jejichž celkový příjem v roce 2013 čítal 19 003 mil. Kč. Dalším důležitým příjmem je zúčtování se zvláštním fondem, kde v roce 2013 oproti roku 2012 byl mírný pokles o 7,3 % na 53 676 mil. Kč. Nejméně peněz z celkových příjmů pojišťovny inkasují z pokut a penál ze zdravotního pojištění.

Tabulka 22 – Platby státu zdravotním pojišťovnám za osoby, za které platí zdravotní pojištění stát v ČR (v mld. Kč)

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Platby	47,8	47,2	49,2	52,5	53,0	59,0	53,7

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Z tabulky č. 22 je zřejmé, kolik činily platby státu zdravotním pojišťovnám za státní pojištěnce, čili za osoby, za které platí zdravotní pojištění stát. V letech 2008 až 2012 se tyto příjmy každý rok zvyšovaly, v roce 2012 to byl nárůst meziročně dokonce o 7 mld. Kč, tj. o více jak 10 %. V roce 2013 se ovšem příjmy snížily o 5,3 miliard korun na 53,7 mld. Kč.

Tabulka 23 – Příjmy zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce v ČR

Ukazatel	2012	2013	Index 2012 = 100
Příjmy celkem	21 852	21 966	100,5

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulka č. 23 ukazuje, jaké jsou příjmy zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce. V roce 2012 tyto příjmy činily 21 852 Kč, v roce 2013 zde byl meziroční růst o 0,5 % na 21 966 Kč.

3.4 Léky

Objem a struktura distribuovaných léčivých přípravků

Údaje o objemu léčivých přípravků, které procházejí distribučním řetězcem, jsou získány integrací měsíčních hlášení subjektů v ČR oprávněných distribuovat léčivé přípravky. Předmětem tohoto hlášení jsou dodávky léčivých přípravků od distributorů a finálních výrobců do lékáren, zdravotnických zařízení a veterinárním lékařům. Hodnocení dodávek léčivých přípravků obsahuje informace vyplývající z hlášení dodávek léčivých přípravků

do lékáren, dalších zdravotnických zařízení a prodejcům vyhrazených léčiv. Mimo jiné byly hodnoceny i přípravky zařazené do specifických léčebných programů a neregistrované přípravky, které byly dodány na základě lékařského předpisu pro daného pacienta. [39]

Objem distribuovaných léčivých přípravků

Tabulka 24 – Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v letech 2006 – 2015 v ČR

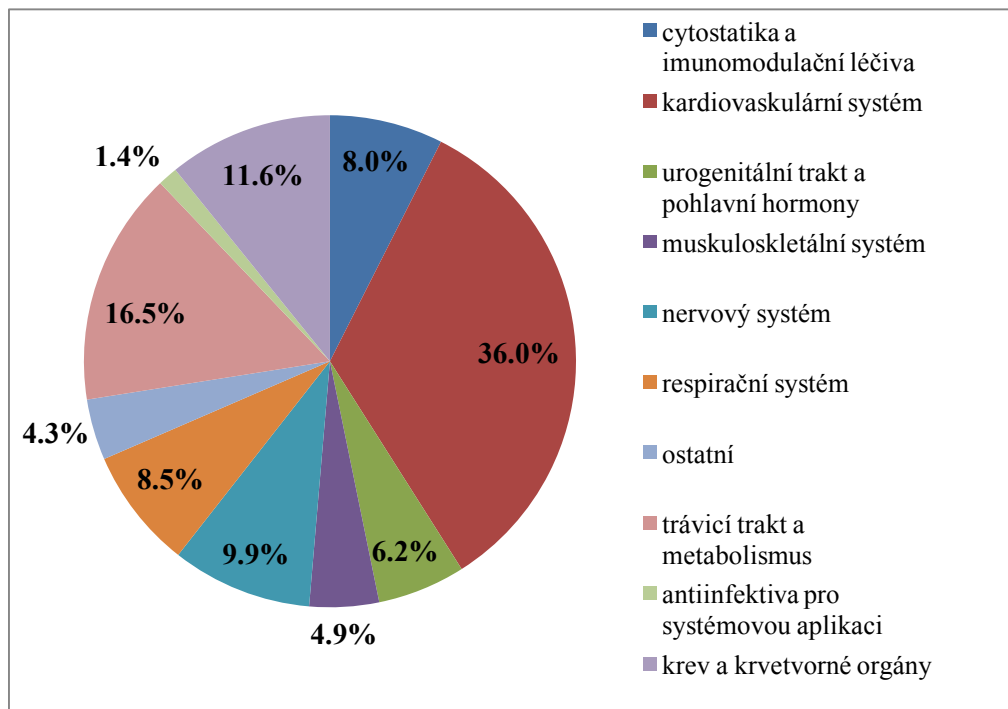
	Rok						
	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015
Počet balení (v mil.)	320,01	317,73	304,59	280,13	268,63	264,25	267,16
Kč (v mld.) ceny výrobce	43,66	52,8	59,04	58,63	55,25	56,46	61,98
DDD (v mil.)	5030,09	5516,17	6053,37	6124,94	6140,56	6294,86	6480,98

Zdroj: vlastní zpracování podle [26]

Z tabulky č. 24 je patrný růst velikosti objemu distribuovaných léčivých přípravků v ČR od roku 2006 do roku 2015 vyjádřených v Kč ze 43,66 mld. Kč na 52,80 mld. Kč při mírném snížení počtu balení na farmaceutickém trhu (z 320 balení na 267 balení). Objem vyjádřený v definované denní dávce (DDD) stoupá na 6 480,98 mil. Kč oproti roku 2010, kdy tento objem činil 6 053,37 mil. Kč (tj. nárůst o 7 %).

Struktura distribuovaných léčivých přípravků

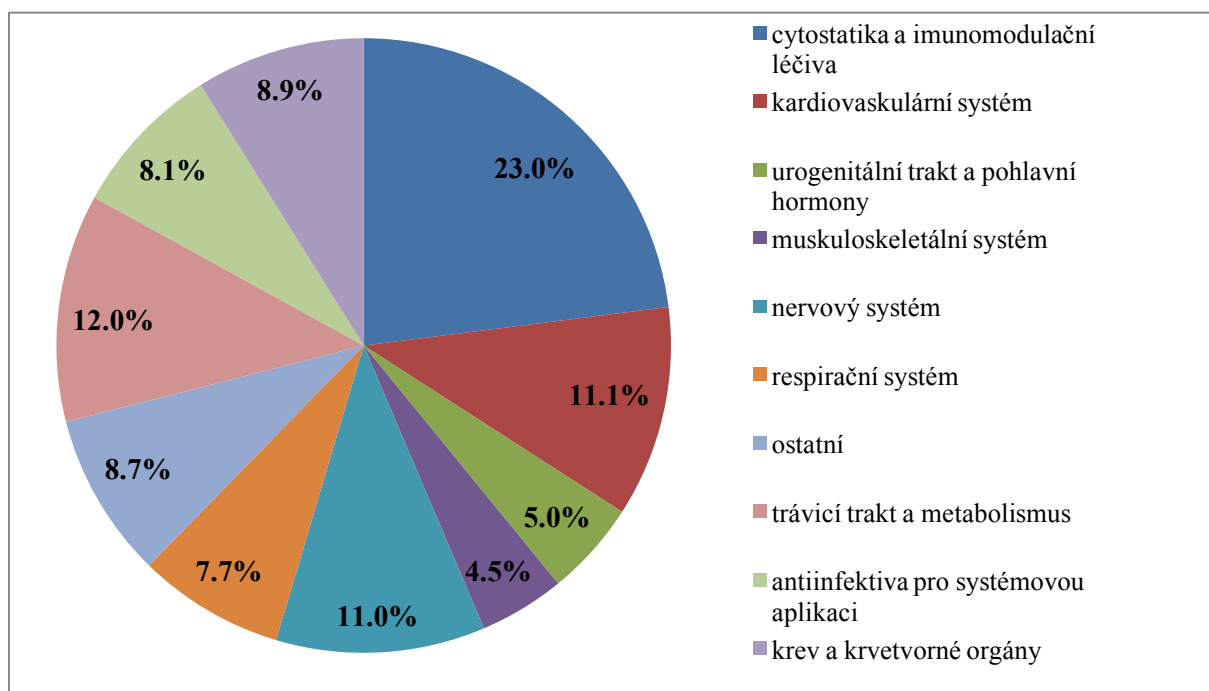
Obrázek 8 – Struktura distribuovaných léčivých přípravků vyjádřená v DDD/1000/d v ČR



Zdroj: vlastní zpracování podle [26]

Z obrázku č. 8 zobrazuje, že největší objem distribuovaných léčivých přípravků vyjádřený v DDD/1000/d představovaly léčivé přípravky z oblasti kardiovaskulárního systému (celkem 36 %). Dále velký podíl na struktuře mají oblasti trávicího traktu a metabolismu (16,5 %) a oblast krve a krevtovorných orgánů (11,6 %). Nejmenší podíl z celkového počtu mají antiinfektiva pro systémovou aplikaci (1,4 %). [26]

Obrázek 9 – Struktura distribuovaných léčivých přípravků ve finančním vyjádření v ČR (v %)



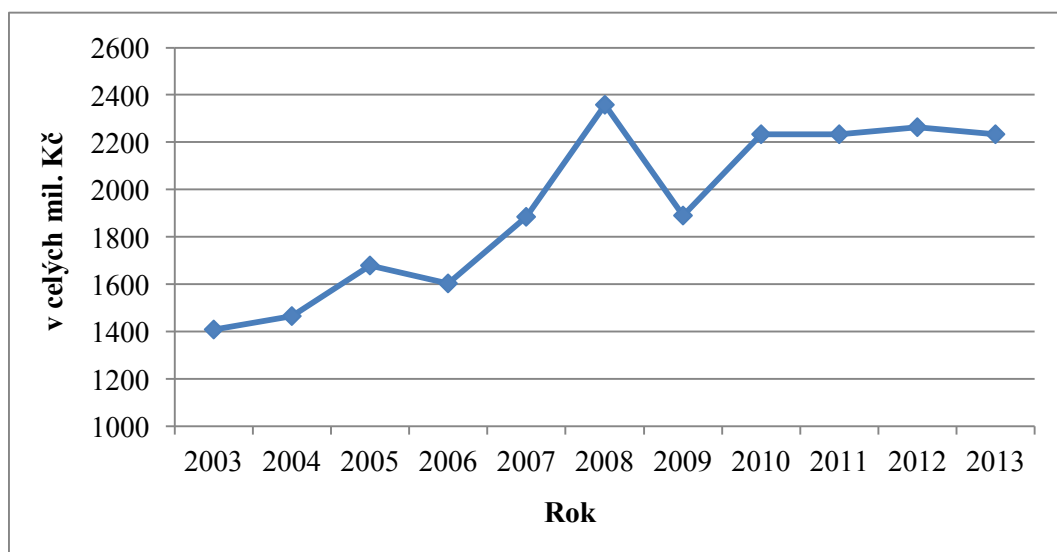
Zdroj: vlastní zpracování podle [26]

Obrázek č. 9 znázorňuje strukturu distribuovaných přípravků ve finančním vyjádření v korunách. Objem v kardiovaskulárním představoval jenom 11,1 %. Léky z oblasti cytostatiky a imunomodulačních léčiv vyjádřené v DDD/1000/d pouze 0,8 %, ale ve finančním vyjádření jejich objem činil 23 %. Ve finančním vyjádření se zvýšil také podíl v oblasti antiinfektiv pro systémovou aplikaci, který činil 8,1 %. [26]

Spotřeba léčiv, výdaje na léky a cena léku

Spotřeba léčiv se nejlépe definuje v definovaných denních dávkách. Definovanou denní dávku určuje Mezinárodní zdravotnická organizace, je dlouhodobě stabilní a hodí se pro srovnání v časové řadě. Přepočítává se na obyvatele, a tak eliminuje demografické vlivy. V následující tabulce je možné spatřit spotřebu léčiv kardiovaskulárního systému v definovaných denních dávkách v letech 2003 až 2013, který má největší zastoupení ve spotřebě léčiv.

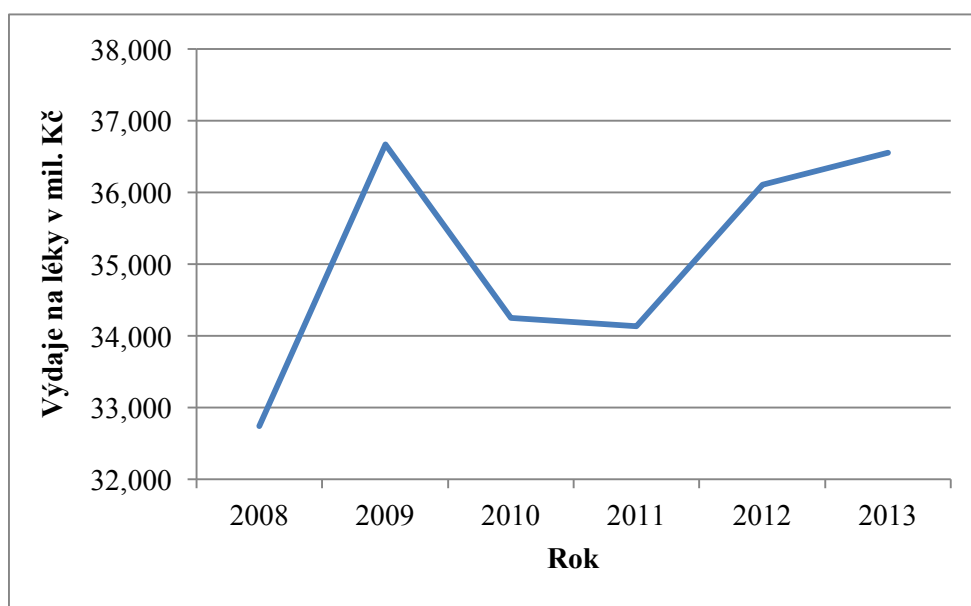
Obrázek 10 – Spotřeba léčiv kardiiovaskulárního systému v definovaných denních dávkách v letech 2003 – 2013 v ČR v celých mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování podle [40]

Obrázek č. 10 demonstruje, jak se vyvíjela spotřeba léčiv v oblasti kardiiovaskulárního systému, ve kterém je právě spotřeba léčiv nejvyšší. Spotřeba léčiv v České republice roste od roku 2003 o 2,5 % ročně. V roce 2006 se ministr zdravotnictví David Rath pokusil nastavit přísnější pravidla pro lékaře, zmrazení nákladů na předepsané léky a důkladnou kontrolu. V roce 2008 tehdejší ministr zdravotnictví zavedl regulační poplatky a další změny. Po roce 2008 do roku 2013 spotřeba léků víceméně roste a v roce 2013 dosáhla na číslo 6,14 miliardy vyjádřené v definovaných denních dávkách. [40]

Obrázek 11 – Výdaje na léky vydané na recept v období 2008 – 2013 v ČR (v mil. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování podle dat [41]

Z obrázku č. 11 je zřejmé, jak meziročně klesaly či rostly výdaje na léky vydané na recept. V roce 2008 výdaje činily 32 748 milionů Kč, v roce 2009 se tento počet zvýšil o 3 9318 mil. Kč, což je nárůst o 12 %. V roce 2010 a 2011 se výdaje pohybovaly přibližně okolo 34 mil. Kč. V roce 2012 se ovšem opět zvýšily na částku 36 104 mil. Kč, v roce 2013 tento růst pokračoval, kdy činil jejich nárůst přibližně 1 %.

Tabulka 25 – Průměrná cena 1 balení léčiva v ČR

Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kč	136,43	146,05	166,17	186,70	193,83	198,36	209,56	205,72

Zdroj: vlastní zpracování podle [34]

Tabulka č. 25 podává přehled o vývoji průměrné ceny léčiva jednoho balení v letech 2006 až 2013. Jak je možné vidět, průměrná cena léčiv meziročně roste přibližně o 5 až 10 Kč. V roce 2009 činil nárůst oproti roku dokonce o 20 Kč, což je možné přisoudit tehdejší ekonomické krizi. V roce 2013 se průměrná cena jednoho balení poprvé za uvedené období snížila, a to o 3,84 Kč na 205,72 Kč.

4 Návrhy na optimalizaci lékové politiky

4.1 Spolupráce farmaceutických firem a lékařů

Spolupráce mezi těmi nejlepšími zdravotnickými odborníky či zařízeními a farmaceutickými společnostmi je nedílnou součástí zdravotnického systému. Má pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče, ale i hodnotu budoucího medicínského výzkumu.

Každodenně se vyskytují situace, kdy je společnost pod nátlakem veřejnosti, médií i politiků na zprůhlednění a objasnění vztahů mezi odborníky a průmyslem. Napadána může být integrita zdravotnických odborníků při předepisování léčiv, nýbrž i odborná úroveň spolupráce.

Evropská federace farmaceutického průmyslu a asociací přistoupila k přijetí Disclosure kodexu, který dává vzniknout iniciativě „Transparentní spolupráce“.

Hlavním cílem této celoevropské iniciativy je objasnit rozsah i podstatu spolupráce mezi zdravotnickými odborníky a farmaceutickými společnostmi a ozřejmit výši souvisejících plateb.

Platby a další plnění poskytnutá jednotlivým zdravotnickým odborníkům

Spolupráci mezi farmaceutickou společností a odborníkem, která podléhá povinnosti zveřejnit pravidla Transparentní spolupráce, je možné rozdělit do následujících kategorií:

- příspěvky na náklady akcí – registrační náklady a náklady na dopravu a ubytování odborníků
- odměny za služby a konzultace – platby přednášejícím, školení, odborné články, vypracování materiálů, poradenství
- plnění spojená s výzkumem a vývojem – náklady na výzkum a vývoj, účast ve výzkumu [42]

Samostatní velcí výrobci léčiv vyplácejí v České republice několik milionů korun ročně lékařům a lékárníkům. V rámci projektu Transparentní spolupráce se jako největší investor ukázala farmaceutická firma Novartis, která za rok 2015 vykazala na sponzoring kongresů či spolupráci lékařů více než 196 milionů Kč. Mezi další firmy patří například Roche s. r. o., Sanofi-Aventis, Bayer či Pfizer. [43]

Tabulka 26 – Výdaje největších farmaceutických firem na spolupráci s lékaři za rok 2015 v ČR

Novartis	196 398 539 Kč
Roche s. r. o.	108 836 901 Kč
Sanofi-Aventis	64 041 109 Kč
Bayer	60 146 553 Kč
Pfizer	42 511 389 Kč

Zdroj: vlastní zpracování podle [43]

Tabulka č. 26 poukazuje na výdaje pěti největších farmaceutických firem působících v České republice na spolupráci s lékaři v roce 2015. Dohromady těchto pět farmaceutických firem vydalo v roce 2015 celkem více než 471 milionů korun. Po farmaceutické firmě Novartis s největšími výdaje se umístila firma Roche s. r. o. Méně jak 100 milionů korun utratily farmaceutické firmy Sanofi-Aventis, Bayer a firma Pfizer, která utratila „pouze“ 42 511 389 Kč, což je o přibližně 154 milionů korun méně než vítězná farmaceutická firma Novartis. [43]

4.2 Distribuce léků

V únoru roku 2017 byla podepsána prezidentem novela zákona o léčivech zakotvena ve Sbírce zákonů jako předpis číslo 66/2017 Sb., který je účinný od 1. dubna 2017. V novele se jde o to, že ministerstvo zdravotnictví bude moci zakázat zpětný vývoz vybraných léků tak, aby v Česku nehrozil jejich nedostatek. Seznam bude vytvářen na základě zpráv z lékáren a ministerstvo zdravotnictví spolu se Státní ústavem pro kontrolu léčiv stanoví seznam léků, jejichž nedostatek může ohrozit zdraví či životy pacientů a v minulosti se už zpětně vyvezly. Firmy jsou povinné ohlásit, pokud budou chtít lék ze seznamu vyvést a ministerstvo stanoví rozhodnutí, zda vývoz omezit či zakázat. Vládní předloha uděluje za nedovolený vývoz léku sankci až do výše 20 milionů nebo zákaz pro distributory až na dva roky.

V normě je začleněn také pozměňovací návrh, na základě kterého budou muset distributoři léků dodat do lékárny přípravek do dvou pracovních dnů. To má řešit případy, kdy někteří velkodistributoři nedodávají vyžádané léky menším lékárnám.

Množství vyvezených léků se v dlouhodobém horizontu postupně zvyšuje. To představuje i následující tabulka.

Tabulka 27 – Reexporty léků v letech 2011 až 2016 v ČR

Rok	Počet vyvezených balení (v mil. Kč)	Hodnota bez obchodní přírážky a DPH (v mld. Kč)
2011	1,9	1,3
2012	4,1	3,1
2013	5,4	3,6
2014	6,3	3,5
2015	6,2	3,0
2016	6,9	3,5

Zdroj: vlastní zpracování podle [44]

Tabulka č. 26 poukazuje na reexporty léků v letech 2011 až 2016. V roce 2016 firmy vyvezly 6,9 milionu balení za 3,5 miliardy korun bez daně z přidané hodnoty a obchodní přírážky, což meziročně představuje nárůst o 700 000 balení a 500 milionů korun více.

Díky novele se také usnadní schvalování klinických studií, které přináší českému zdravotnictví každoročně až dvě miliardy korun. Pravidla budou upravena podle požadavků Evropské unie. [44]

Velká distributorská čtyřka

Alliance Unichem se považuje za nejtransparentnější firmu v oblasti reexportů. Obrat v oblasti reexportů se pohybuje okolo 110 až 160 milionů korun za měsíc, reexporty tak dosahují obratu 1,5 miliardy korun a tvoří přibližně 80 až 90 procent zisků této společnosti. Většina reexportovaných léků jde do Německa, ale část směřuje také do Dánska.

Phoenix vlastní němečtí majitelé, kteří nepovolili reexporty. Spolupracují se seskupením lékáren, které mají distributorské oprávnění.

Pharmos nemá ve vlastnictví konsignační sklady. Distribuce je uskutečněna přes internetovou lékárnou Moje lékárna, kdy zboží získá z jejich distribuce, které dále přeprodává. Pharmos si mimo jiné přebírá zboží z lékáren s povolením k distribuci, kterým léčivo dodává především Alliance Unichen či Phoenix.

ViaPharma má obrat reexportů podobný jako Alliance Unichen, ale uskutečňuje spíše servis lékáren Dr. Max. Dr. Max má domluvené 30procentní slevy za dodávky, pokud je bude preferovat.

Česko se nachází uprostřed Evropy, ale v oblasti reexportů stojí někde mezi extrémy. Cílem dodávek jsou západní bohatší země, například Dánsko, které má trh s léky již z 50 % zásobován z reexportu. Ve Španělsku, Německu, Dánsku a dalších zemích fungují například uskupení lékáren, které vypraví kamión, který objedná se zbožím několik dalších zemí. Česká situace je specifická, protože díky reexportu vyváží zejména drahé položky. [45]

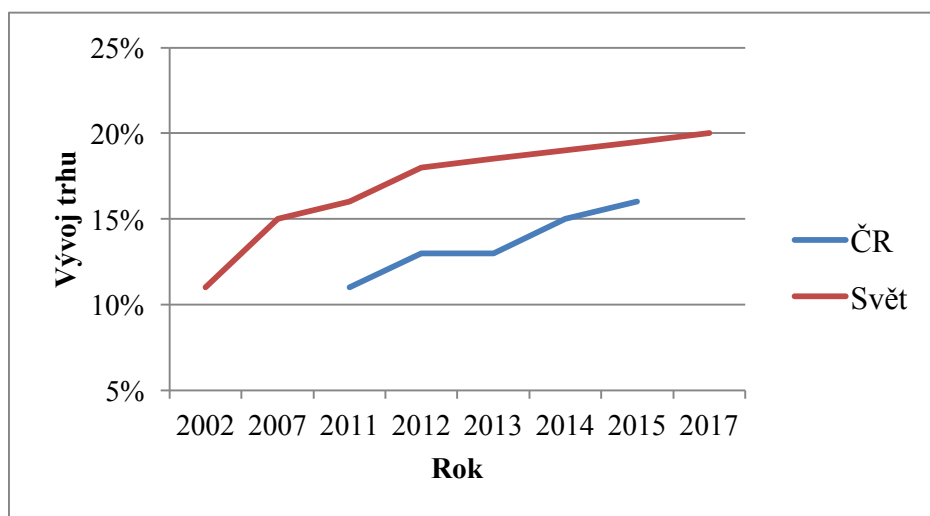
4.3 Regulace cen léků

Na základě sněmovních úprav má novela snížit ceny zejména u léků, které se využívají v biologické léčbě. Levnější bude také generické léčivo. Ministerstvo zdravotnictví počítá s úsporami až do dvou miliard korun během následujících tří let. [44]

Předpis zákona č. 66/2017 Sb. počítá také s tím, že až o 40 procent (nyní až o 32 procent) bude snížena cena generických léčiv, tedy levnějších variant originálních léčiv. Opatření má zapříčinit růst dostupnosti cílené léčby a levnější varianty biologických léků, takzvaných biosimilars. Ministerstvo zdravotnictví počítá s tím, že by to mělo přinést úspory během tří let až do výše dvou miliard korun, které budou využity na léčení více pacientů.

Česká asociace farmaceutických firem ovšem namítá a tvrdí, že kontroverzní snížení cen léků nejspíše oddálí vstup několika zejména biosimilárních léků na český trh a omezí dostupnost léčby u několika onkologických a autoimunitních onemocnění. Podle kritiků příčinou zpětných exportů jsou právě nízké ceny léků. [46]

Obrázek 12 – Vývoj trhu biologických léčivých přípravků ve světě a v ČR v období 2002 - 2017



Zdroj: vlastní zpracování podle [47]

Obrázek č. 12 poukazuje na vývoj biologických léčivých přípravků (biosimilars). Zatímco celosvětově se biosimilars vyvíjí strměji, a v roce 2015 dosahovaly hodnoty 19,5 %, v České republice ve stejném roce pouze 16 %. [47]

4.4 Vyšší spoluúčast pacientů

Základním cílem českého zdravotnictví je především dostupnost zdravotní péče a rovnost v přístupu k péči – množství a kvalita zdravotní péče, kterou dostávají majetní i nemajetní lidé, se téměř neliší. Výdaje na zdravotnictví jsou relativně nízké při porovnání s HDP (viz. tabulka č. 8), tím pádem zdravotnictví dosahuje dobrých výsledků za poměrně málo peněz.

Výdaje na zdravotnictví v ČR se vyznačují poměrně velkou závislostí na veřejných rozpočtech, což je dáno také malou spoluúčastí ze strany pacientů. Břemeno rostoucích výdajů (zejména z důvodu stárnutí populace) ponese zejména veřejné rozpočty, které ale nebudou schopny zajistit financování zdravotní péče v současném množství a kvalitě. Řešením této situace do budoucna je, aby se zvyšovala efektivita výdajů do zdravotnictví či se zapojily dodatečné zdroje (soukromé). [48]

Tabulka 28 – Financování zdravotnictví ve vybraných zemích v roce 2014

Země	Výdaje na zdravotnictví celkem, % HDP	Soukromé financování % HDP
Rakousko	10,3	2,5
Belgie	10,4	2,3
Bulharsko	8,5	X
Chorvatsko	6,7	X
Kypr	6,8	X
Česká republika	7,7	1,3
Dánsko	10,6	1,7
Estonsko	6,1	1,5
Finsko	9,5	2,3
Francie	11,1	2,4
Německo	11,0	1,7
Řecko	8,3	3,2
Maďarsko	7,2	2,4
Irsko	10,1	3,1
Itálie	9,1	2,2
Lotyšsko	5,5	2,2
Litva	6,2	X
Lucembursko	6,3	1,1
Malta	9,8	X
Nizozemsko	10,9	2,1
Polsko	6,4	1,8
Rumunsko	5,1	X
Slovenská republika	7,0	1,4
Slovinsko	8,5	2,5
Španělsko	9,1	2,7
Švédsko	11,2	1,9
Spojené království	9,9	2,0

Zdroj: vlastní zpracování podle [49]

Tabulka č. 26 podává přehled o podílu výdajů na zdravotnictví na HDP v roce 2014 ve vybraných zemích včetně České republiky. V roce 2014 tvořil podíl výdajů na HDP 10 % a více v Rakousku, Belgii, Dánsku, Francii, Německu, Irsku, Nizozemsku a Švédsku. Pod hranicí 6 % byly pouze dvě země, a to Lotyšsko a Rumunsko. V České republice činily celkové výdaje na zdravotnictví 7,7 % HDP.

Mezi evropskými zeměmi jsou velké rozdíly ohledně celkových výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP. Jasný rozdíl je možné spatřit v odstupu mezi západoevropskými zeměmi a zeměmi východní a střední Evropy. Konkrétně v České republice činilo soukromé financování 1,3 % poměru HDP, z čehož lze vyvodit dva základní závěry: podíl soukromého financování zdravotnictví v ČR není zanedbatelný, ale existuje zde prostor pro vyšší spoluúčast. [49]

Zavedení spoluúčasti jako takové mezeru ve financování nevyřeší a zároveň může být překážkou pro čerpání péče samotnými pacienty. Přesto je potřebné především z hlediska motivace chování pacientů pro řízení poptávky pro zdravotní péči. Zavedení spoluúčasti může zapříčinit i vyšší tlak na kvalitu péče.

Zapojení pacientů do financování zdravotní péče může mít různé formy, například připojištění pro určitou oblast zdravotní péče, poplatek za návštěvu lékaře (buď fixní, či procento z ceny), platba za návštěvu speciality, pokud nemá pacient doporučení praktického lékaře. Podle Ministerstva financí ČR a zdravotních pojišťoven je pozitivní cestou zapojení pacientů do financování zdravotní péče prostřednictvím zavedení komerčního pojištění (to je možné v současné době pouze u dentální péče. [48]

Závěr

Léková politika se stává středem zájmu zejména farmaceutických firem. Farmaceutické firmy jsou v systému lékové politiky aktéry trhu, kteří jsou součástí významných rozhodovacích procesů. Farmaceutické firmy mohou vůči ostatním aktérům trhu zaujímat dominantní postavení a tím docílit závěrů, které budou zaručovat zejména jejich prospěch. Na základě tohoto faktu vznikla tzv. transparentní spolupráce, která se zabývá především vztahy mezi farmaceutickými firmami a lékaři a pro společnost jsou více průhledné jednotlivé oblasti lékové politiky.

Výdaje na zdravotnictví státu budou mít nadále rostoucí tendenci. Je to ovlivněno zejména tím, že dochází ke stálému růstu stárnutí populace, zlepšující se technologii a také stoupá počet nádorových onemocnění, jež vyžadují vyšší náklady na léčbu.

Důležitým aspektem lékové politiky je cena a využití generických a originálních léčiv. Díky generickým lékům, které mají podobné či téměř stejné vlastnosti jako léčivo originální, ale jsou za nižší cenu, může stát uspořit více peněz. Tyto úspory se netýkají jen státu, ale zejména občanů jakožto pacientů, kteří jsou koncovými spotřebiteli a kteří za léčivo platí.

Předním aktérem na trhu s léky jsou také zdravotní pojišťovny. Každý občan České republiky musí být zdravotně pojištěn. Za tzv. státní pojištěnce odvádí zdravotní pojištění stát, za své zaměstnance jejich zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné jsou povinni odvádět zdravotní pojištění na základě svých příjmů ze své podnikající činnosti, a osoby bez zdanitelných příjmů si pojištění hradí sami. Zdravotní pojišťovny na základě těchto příjmů následně uvolňují peněžní prostředky zdravotnickým zařízením, které se podílí na zdravotní péči daného občana/pacienta.

Samostatnou a ústřední kapitolou jsou léky jako takové. Jejich objem a spotřeba se každým rokem zvyšují. Zvyšují se také výdaje, které pacienti na léky vynakládají. Roste cena balení léčiv, průměrná cena za balení léčiva představuje v současnosti více jak 200 Kč. Největší oblast ve spotřebě a objemu distribuovaných léčiv představují léky na kardi-ovaskulární systém.

S léky souvisí také lékárny a výdejny zdravotních prostředků. Do popředí se dostávají velké lékárny s vysokými obraty, které jsou upřednostňovány i z hlediska distribuce léčivých přípravků. Zatímco lékárny s velkou působností dostávají objednané léky vždy a

včas, malé lékárny s tímto systémem bojují. Díky tomu, že se malé lékárny spojily a podaly stížnost na své distributory, Ministerstvo zdravotnictví České republiky se tohoto procesu zapojilo s návrhem, který distributorům nařizuje dodání léků všem lékárnám, které si tyto léky objednají.

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Cíle lékové politiky a farmakoekonomiky.....	20
Tabulka 2 – Rozdíly mezi klinickým výzkumem a farmakoekonomikou.....	21
Tabulka 3 – Maximální obchodní přírážka stanovená Ministerstvem zdravotnictví v ČR	27
Tabulka 4 – Tvorba orientační ceny léku	27
Tabulka 5 – Kategorie pracovníků ve zdravotnictví v ČR	29
Tabulka 6 – Průměrný měsíční plat zaměstnanců ve zdravotnictví v roce 2015 v ČR ..	30
Tabulka 7 – Reklamní investice do léků v letech 2010 a 2011 v ČR.....	33
Tabulka 8 – Celkové výdaje na zdravotnictví a jejich podíl na HDP v letech 2010 – 2014 v ČR (v mil. Kč).....	36
Tabulka 9 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR (v mil. Kč).....	37
Tabulka 10 – Meziroční přírůstky veřejných výdajů ve zdravotnictví v ČR.....	37
Tabulka 11 – Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v ČR (v Kč).....	38
Tabulka 12 – Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele dle statistiky rodinných účtů v ČR (v Kč).....	39
Tabulka 13 – Odhad peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem dle statistiky rodinných účtů v ČR (v mil. Kč).....	40
Tabulka 14 – Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem dle statistiky rodinných účtů v ČR (v %)	41
Tabulka 15 – Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR.....	42
Tabulka 16 – Výdaje v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR (v mil. Kč)	43
Tabulka 17 – Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči z hrubého domácího produktu v ČR (v %).....	43
Tabulka 18 – Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče v ČR (v mil. Kč)	44
Tabulka 19 – Struktura vybraných nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče v ČR (v %).....	45

Tabulka 20 – Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle druhu poskytované péče v ČR (v Kč).....	46
Tabulka 21 – Struktura příjmů zdravotních pojišťoven z pojistného v ČR.....	47
Tabulka 22 – Platby státu zdravotním pojišťovnám za osoby, za které platí zdravotní pojištění stát v ČR (v mld. Kč)	48
Tabulka 23 – Příjmy zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce v ČR	48
Tabulka 24 – Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v letech 2006 – 2015 v ČR	49
Tabulka 25 – Průměrná cena 1 balení léčiva v ČR.....	53
Tabulka 26 – Výdaje největších farmaceutických firem na spolupráci s lékaři za rok 2015 v ČR	55
Tabulka 27 – Reexporty léků v letech 2011 až 2016 v ČR	56
Tabulka 28 – Financování zdravotnictví ve vybraných zemích v roce 2014	59

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Fáze lékové politiky	10
Obrázek 2 – Státní orgány ČR	13
Obrázek 3 – Základní pilíře AIFP.....	15
Obrázek 4 – Stárnutí populace ve věku 60+ v období 1970 až 2030 v ČR	23
Obrázek 5 – Skladba výrobní ceny léku	28
Obrázek 6 – Podíl výdajů na výzkum a vývoj na výnosech v ČR.....	31
Obrázek 7 – Výdaje na zdravotnictví v ČR (v mld. Kč).....	35
Obrázek 8 – Struktura distribuovaných léčivých přípravků vyjádřená v DDD/1000/d v ČR	50
Obrázek 9 – Struktura distribuovaných léčivých přípravků ve finančním vyjádření v ČR (v %).	51
Obrázek 10 – Spotřeba léčiv kardiovaskulárního systému v definovaných denních dávkách v letech 2003 – 2013 v ČR v celých mil. Kč	52
Obrázek 11 – Výdaje na léky vydané na recept v období 2008 – 2013 v ČR (v mil. Kč)	53
Obrázek 12 – Vývoj trhu biologických léčivých přípravků ve světě a v ČR v období 2002 - 2017	58

Seznam použitých zkratek

AIFP	Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
AVEL	Asociace velkodistributorů léčiv
ČAFF	Česká asociace farmaceutických firem
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DDD/1000/d	definovaná denní dávka na 1000 obyvatel a den
DPH	daň z přidané hodnoty
EHS	Evropské hospodářské společenství
GML	Grémium majitelů lékáren
HDP	hrubý domácí produkt
JOP	jiní odborní pracovníci
MFC	Maximální cena pro konečného spotřebitele s diferencovanou obchodní přírůžkou a DPH
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PZT	prostředky zdravotní techniky
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OSN	Organizace spojených národů
OZPBD	ostatní zdravotničtí pracovníci nelékaři způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu pro získání odborné způsobilosti
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SVOPL	sdužení výrobců volně prodejných léčivých přípravků
ZP	zdravotní prostředky
ZPOD	zdravotničtí pracovníci pod odborným dohledem

ZPSZ

zdravotníčtí pracovníci mlékaři způsobilí k výkonu zdravotního povolání

Seznam použité literatury

1. **PRÁZNOVCOVÁ, Lenka a STRNAD, Ladislav.** *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU.* Praha : Maxdorf, 2005. 80-7345-075-5.
2. **DURDISOVÁ, Jaroslava.** *Ekonomika zdraví.* Praha : Oeconomica, 2005. 80-245-0998-9.
3. **GLADKIJ, Ivan a STRNAD, Ladislav.** Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. *Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice.* [Online] 2002. [Citace: 20. 04 2017.] <http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/11/Zdravotn%C3%AD-politika-zdrav%C3%AD-zdravotnictv%C3%AD.pdf>. 80-244-0500-8.
4. **DURDA, Lukáš.** Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice. *IPVZ.* [Online] [Citace: 20. 04 2017.] <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/489-analyza-procesu-tvorby-a-realizace-lekove-politiky.pdf>.
5. **STREJČKOVÁ, Alice.** *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent.* Praha : Fortuna, 2007. 978-80-7168-943-0.
6. **Zdravotní pojišťovny.** *Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 2014. [Citace: 20. 04 2017.] http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html.
7. **VLČEK, Jiří.** *Vybraná farmaceutická odvětví: (průmysl, velkodistribuce, výzkum a kontrola).* Praha : Professional Publishing, 2004. 80-86419-69-x.
8. **AIFP.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.aifp.cz/cs/>.
9. **Členské společnosti. AIFP.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.aifp.cz/cs/clenske-spolecnosti/>.
10. **O nás. AIFP.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.aifp.cz/cs/o-nas/>.
11. **ČAFF vybírá PR agenturu, jejím úkolem ale nebude lobbying.** *Zdravotný deník.* [Online] 2016. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/02/caff-vybira-pr-agenturu-jejim-ukolem-ale-nebude-lobbying/>.
12. **BELLOVÁ, Jana a ZLÁMAL, Jaroslav.** *Ekonomika zdravotnictví.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 978-80-7013-551-8.
13. **METYSŠ, Karel a BALOG, Peter.** *Marketing ve farmacii.* Praha : Grada, 2006. 80-247-0830-2.
14. **Základní informace. ČLS JEP.** [Online] 2016. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.cls.cz/zakladni-informace>. 1802-1891.

15. **Poslání ČLS JEP. ČLS JEP.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.cls.cz/poslani.1802-1891>.
16. **VLČEK, Jiří a MÜLLEROVÁ, Hana.** *Farmakoepidemiologie: Farmakoekonomika; Farmakoinformatika: základy pro farmaceuty.* Praha : PANAX, c1999. 80-902126-7-0.
17. **MAAYTOVÁ, Alena.** *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti.* Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 978-80-7357-912-8.
18. **CICVÁRKOVÁ, Martina.** *Využití farmakoekonomiky a dalších ekonomických metod v lékové politice. Mezinárodní komparace.* Brno : Masarykova univerzita, 2006.
19. **Podmínky úhrady léků.** *Practicus.* 11, 2002, 5, stránky 41-42.
20. **KRÁL, Jakub.** *Farmaceutické právo.* Praha : Erudikum, 2014. 978-80-905897-0-4.
21. **Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace na období let 2003 až 2007.** *MPSV ČR.* [Online] 2005. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.mpsv.cz/cs/1072>.
22. **Státní zásahy do tvorby změn. Mendelova univerzita.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=54539.
23. **Kdo stanovuje maximální cenu výrobce u hrazeného léku? O lécích.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.olecich.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-cenu-leku>.
24. **Z čeho se skládá prodejní cena léku? O lécích.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.olecich.cz/encyklopedie/z-ceho-se-sklada-cena-leku>.
25. **CHVÁLOVÁ, Jindřiška.** *Platy a mzdy ve zdravotnictví v letech 2014 a 2015. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR.* [Online] 2016. [Citace: 20. 04 2017.] <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/platy-a-mzdy-ve-zdravotnictvi-v-letech-2014-a-2015.aspx>.
26. **Zdravotnická ročenka České republiky 2015. ÚZIS ČR.** [Online] 2015. [Citace: 20. 04 2017.] <file:///C:/Users/Lenka/Downloads/zdrroccz2015.pdf>. 1210-9991.
27. **SOUČKOVÁ, Lenka, KOSTKOVÁ, Hana a DEMLOVÁ, Regina.** *Jak se vyvíjí nový lék. Praktické lékarenství.* [Online] 2015. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2015/04/07.pdf>.
28. **ŠIMEK, Filip.** *Makroekonomické dopady a přínosy klinických zkoušek, prováděných členskými společnostmi AIFP, pro Českou republiku.* Praha : AIFP, 2017.
29. **Regulace reklamy na humánní léčivé přípravky a lidské tkáně a buňky. Státní ústav pro kontrolu léčiv.** [Online] 2010. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.sukl.cz/sukl/ust-27-verze-3>.

- 30. Atmosphere. Výrobci léků přitlačili na reklamní výdaje.** *E15.cz.* [Online] 2011. [Citace: 20. 04 2017.] <http://zpravy.e15.cz/byznys/obchod-a-sluzby/vyrobci-leku-pritlacili-na-reklamni-vydaje-686724>.
- 31. Kolik zaplatí pacient? O lécích.** [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.olecich.cz/encyklopedie/kolik-zaplati-pacient>.
- 32. VÝDAJE OBČANŮ NA ZDRAVÍ STOUPLY OD R. 1990 TĚMĚŘ 37KRÁT.** *O zdravotnictví.* [Online] 2014. [Citace: 20. 04 2017.] <https://www.ozdravotnictvi.cz/zpravodajstvi/vydaje-obcanu-na-zdravi-stouply-od-r-1990-temer-37krat/>.
- 33. POPOVIČ, Ivan. Výdaje na zdravotnictví 2010–2014.** *ÚZIS ČR.* [Online] 2015. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>.
- 34. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013.** *ÚZIS ČR.* [Online] 2013. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>. 978-80-7472-133-5.
- 35. ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana.** *Ekonomika zdravotnictví.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, str. 73.
- 36. Vyměřovací základ stát.** *VZP ČR.* [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat>.
- 37. Osoby bez zdanitelných příjmů.** *VZP ČR.* [Online] 2015. [Citace: 20. 04 2017.] <https://www.vzp.cz/platci/informace/obzp>.
- 38. Přerozdělování pojistného.** *VZP ČR.* [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>.
- 39. Související informace.** *Státní ústav pro kontrolu léčiv.* [Online] 2010. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.sukl.cz/souvisejici-informace-1>.
- 40. BOČEK, Jan a ŠULEK, Marcel. Léky v datech: Na šem jsme závislí, kolik utrácíme?** *Český rozhlas.* [Online] 2015. [Citace: 20. 04 2017.] http://www.rozhlas.cz/vysocina/doporucujeme/_zprava/leky-v-datech-na-cem-jsme-zavisli-kolik-utracime--1465963.

- 41. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2014.** ČSÚ. [Online] 2015. [Citace: 20. 04 2017.] <https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k2.pdf/14054d21-8941-4d58-bfc9-dde2e3392a99?version=1.1>.
- 42. Transparentní spolupráce.** AIFP. [Online] 2016. [Citace: 20. 04 042017.] <http://www.aifp.cz/cs/eticke-jednani/transparentni-spoluprace/>.
- 43. ČABANOVÁ, Adéla. Žebříček výrobců léků: někteří vyplatili loni lékařům přes sto milionů.** E15.cz. [Online] 2016. [Citace: 20. 04 2017.] <http://zpravy.e15.cz/byznys/obchod-a-sluzby/zebricek-vyrobcu-leku-nekteri-vyplatili-loni-lekarum-pres-sto-milionu-1306902>.
- 44. Sněmovna schválila novelu zákona o léčivech v poslanecké verzi, až praxe ukáže zda uškodí či pomůže.** Zdravotnický deník. [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/02/snemovna-schvalila-novelu-zakona-o-lecivech-v-poslanecke-verzi/>.
- 45. CIKRT, Tomáš. Farmaceutické firmy si stěžují na reexporty. Samy se na nich ale podílejí.** Zdravotnický deník. [Online] 2016. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/01/farmaceuticke-firmy-si-stezuji-na-reexporty-samy-se-na-nich-ale-podileji/>.
- 46. Zeman podepsal protikuřácký zákon i novelu zákona o léčivech.** Zdravotnický deník. [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/02/zeman-podepsal-protikuracky-zakon-i-novelu-zakona-o-lecivech/>.
- 47. KOUBOVÁ, Michaela. Jak si nenechat přerůst novou drahou léčbu přes hlavu? Pro začátek pacientům řekneme, kolik stojí.** Zdravotnický deník. [Online] 2016. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/11/jak-si-nenechat-prerust-drahou-inovativni-lecbu-pres-hlavu-pro-zacatek-pacientum-rekneme-kolik-stoji-navrhujilekari/>.
- 48. Dostupné a kvalitní zdravotnictví ČR udrží jen efektivnějším financováním.** Czech Republic - European Commission. [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] https://ec.europa.eu/czech-republic/news/170116_zdravotnictvi_EU_seminar_cs.
- 49. Výdaje na zdravotnictví v Evropě rostou.** oPojštění.cz. [Online] 2017. [Citace: 20. 04 2017.] <http://www.opojisteni.cz/zahranici/vydaje-na-zdravotnictvi-v-evrope-rostou/>.
- 50. Zákon č. 48/1997 Sb.,** o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

51. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech)

52. Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů

53. Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách

54. Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů

55. Zákon č. 2/1969 Sb., zákon České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky

56. Zákon č. 220/1991 Sb., zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

57. Zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty

Abstrakt

MESARČOVÁ, Eliška. Vybrané finanční aspekty farmaceutického trhu. Plzeň, 2017. 100 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta ekonomická.

Klíčová slova: farmaceutický trh, léková politika, cenová regulace léčiv, tvorba ceny léku, náklady a výnosy ve zdravotnictví

Předložená práce je zaměřená na farmaceutický trh. Nejprve je uvedení definice farmaceutického trhu a lékové politiky. Další kapitoly tvoří cenová regulace léčiv a tvorba ceny léku. Poté následuje definice nákladů a výnosů ve zdravotnictví a na závěr je navržena a doporučena optimalizace lékové politiky.

Abstract

MESARČOVÁ, Eliška. *The financial aspects of the pharmaceutical market*. Plzeň, 2017. 100 p. Bachelor thesis. University of West Bohemia in Pilsen. Faculty of Economics.

Keywords: pharmaceutical market, drug policy, price regulation of drugs, production of medicine prices, costs and revenues in healthcare

The thesis is focused on the pharmaceutical market. At first there are definition of pharmaceutical market and drug policy. The following chapters are price regulation of drugs and drug price formation. After it there is the definition of costs and revenues in the health and in the end there are proposals and recommendations to optimize drug policy.