

V první řadě moje poděkování patří vedoucímu rigorózní práce **Prof. RNDr. PhMr. Janu Solichovi**, CSc. za jeho odborné vedení a pomoc, kterou mi při vypracování rigorózní práce poskytl. Také bych ráda poděkovala mým kolegyním v lékárně za pochopení a trpělivost, mé rodině za podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování této práce.

Prohlašuji, že jsem na této rigorózní práci pracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu.

OBSAH

1. ÚVOD A CÍL PRÁCE	5
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
2.1 Farmakoterapie – Vývoj a současný stav	8
2.2 Léková politika v ČR a v Evropě	13
2.3 Spotřeba léčiv	28
2.3.1 Náklady na léky.....	32
2.4 Základní typy zdravotnických systémů	37
2.4.1 Přednosti a nedostatky základních zdravotnických systémů.....	40
2.4.2 Orgány pojišťovny	45
2.4.3 Činnost pojišťovny	46
2.4.4 Ceny a úhrady léků v některých zemích	52
2.5 Zneužívání léků	57
2.6 Non-compliance	59
2.6.1 Faktory ovlivňující compliance.....	60
2.6.2 Metody pro zlepšení compliance.....	67
2.7. Zdravotní uvědomění a výchova pacientů	68
2.7.1 Role farmaceuta ve zdravotní výchově	73
3. METODICKÁ ČÁST.....	80
3.1. Údaje o sledované lékárně.....	80
3.2 Způsob sledování léků vrácených ke zničení	81
3.3 Charakteristika, základní údaje o sledovaných rodinách	84
4. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST – Výsledky šetření.....	86
4.1 Léky vrácené do lékárny	86
4.1.1 Množství a druhy vrácených léků	88
4.1.2 Finanční hodnota vrácených léků do lékárny.....	93
4.1.3 Rozdělení do ATC skupin	94
4.2 Uchovávání léků v domácnostech.....	101
4.3 Odmítnutí převzetí léků v lékárně	103
5. DISKUZE A ZÁVĚR.....	106
6. POUŽITÁ LITERATURA.....	114
7. PŘÍLOHY	118
8. POUŽITÉ ZKRATKY	124
9. KRÁTKÝ ŽIVOTOPIS.....	125

1. ÚVOD A CÍL PRÁCE

Současné problémy zdravotnictví nejen v ČR, ale v celé Evropě, je jako stoupající nákladnost, která spočívá ve stále stoupajících nárocích ve zdravotní péči. Je to způsobeno jednak se zvyšujícím se počtem starších občanů, prodloužením věku občanů, ale také nejnovější technologií ve zdravotnictví (nové postupy, drahé přístroje).

Jedním z problémů je také nárůst spotřeby léků, které jsou drahé.

Cílem práce je zjistit objektivním způsobem v orientačním průzkumu jednoho malého města negativní vlivy, které působí na spotřebu léků. Jde o jejich nedostatečné užívání a cestu velkého počtu léků do kontejneru. V rámci experimentálního sledování bylo zjištěno:

1. množství léků vrácených nevyužitých do lékárny ke zničení
2. jejich cena a analýza podle farmakologických skupin
3. na orientačním přehledu 20ti vybraných sledovaných rodin získat přehled zásobování léků v domácnostech, jejich využití (resp. zneužití)
4. orientačně bylo dále zjištěno, zda a proč pacienti předepsané léky nevyužívají.

V teoretické části je popsána farmakoterapie jako nauka, její vývoj a současný stav. Protože 60% populace v ČR jsou senioři, pozornost je věnována farmakoterapii ve stáří, nutností individuálního přístupu k preskripci u seniorů. Zdravotní politika jako vědní obor a praktická činnost se objevila až po druhé světové válce. V poválečné době se většina evropských zemí potýkala s řešením těžké zdravotní situace. Rozvoj zdravotní politiky je v těsné souvislosti s rozvojem medicínské technologie a nárůstem výdajů na zdravotnictví ve většině ekonomicky vyspělých zemích světa.

Nezanedbatelný podíl teoretické části popisuje problematiku zdravotní politiky v ČR, její vývoj a současný stav, úhrady léčiv z veřejných prostředků, náklady na léky, dostupnost léků a jejich spotřeba a porovnání se zeměmi EU.

V současné době stále více nabývá na významu i problematika zneužívání léků. Buďto drogová závislost nebo zneužívání omamných látek. Ve své praxi se s těmito problémy setkáváme velmi často. Z tohoto důvodu je v teoretické části mé práce věnována pozornost i této problematice.

V teoretické části jsou popsány základní typy zdravotní péče v ČR a v zahraničí, jejich přednosti a nedostatky.

Neméně důležité jsou znalosti, postoje a chování širokých vrstev obyvatelstva. Jednou z hlavních příčin plýtvání s léky je non-compliance pacientů. Ke zlepšení compliance patří zdravotní uvědomění a výchova pacienta, kde hraje důležitou roli farmaceut. Zdravotní výchovou rozumíme rozvoj a posilování pozitivního zdraví směřující k upevnění odolnosti a k zdokonalování zdraví jednotlivce i společnosti. Zdravotní výchova ovlivňuje znalosti, postoje, přesvědčení, motivaci a chování člověka z hlediska zdraví a nemoci. Vyjadřuje především preventivní pohled na péči a zdraví (51).

Jednou z mnoha úloh lékárníka je pomáhat při prevenci a léčbě symptomů a poruch zdraví, které si nevyžadují konzultaci s lékařem. Se samoléčením je úzce spjata funkce lékárníka jako poradce a informátora o lécích. Lze konstatovat, že samoléčení v ČR je v souvislosti se změnou lékové politiky a rozšířením sortimentů na vzestupu (13).

Z toho důvodu v teoretické části mé práce je popsáno samoléčení jako jeden z mnoha bodů úspor na zdravotní péči a také odbornou a erudovanou schopnost farmaceuta – lékárníka v oblasti samoléčení a zdravotní výchovy.

Metodická část mé práce obsahuje údaje o sledované lékárně a její charakteristiku. Popisuje sledování, získání a zpracování výsledku průzkumu o vrácených nespotřebovaných léčivech do lékárny, jsou zde uvedeny informace o provedení dialogového průzkumu s respondenty v lékárně a základní informace o výsledcích a způsobu šetření léků ve sledovaných domácnostech.

V experimentální části mé práce jsou zpracovány získané údaje a výsledky nespotřebovaných a vrácených léčiv do lékárny do tabulek a grafů.

Do tabulek byly zpracovány všechny vrácené léky podle ATC skupiny a důvodů vrácení. Finanční hodnota je vyjádřena v celých korunách a také v procentech. Dále jsou zde uvedeny důvody non-compliance ve sledované lékárně. Do tabulek jsou zaznamenány také výsledky orientačních návštěv v domácnostech a jaké zásoby léků se nacházejí v domácnostech.

Cílem této části mé práce bylo poskytnout odpověď na hlavní otázku: Jak zacházejí pacienti s léky v domácnostech.

V diskusní a závěrečné části práce je komentář týkající se hlavních cílů průzkumu a jsou vyhodnoceny a shrnuty všechny výsledky šetření.

Příloha uvádí:

- vzor protokolu, vzor dodacího listu
- tabulka – přehled léků v domácnosti
- tři tabulky – roční výkazy o činnosti ZZ za období 3 měsíců
- graf – náklady na předepsaná léčiva v jednotlivých letech.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 *Farmakoterapie – Vývoj a současný stav*

Člověk se od nepaměti snažil pomoci prostředků, které nalézal v přírodě, která ho obklopovala, působit na průběh nemoci. Již na sumerských destičkách, stejně jako na egyptských lékařských papírech nalezneme zprávy o léčivých rostlinách z přesnými údaji o jejich používání, z nichž některé dosud neztratily na významu. Ve středověku byly převzaty do heřbařů, k nimž se řadí známý Mathiolio, jeden z mnoha heřbařů vydaných v Praze. Pochopitelně kromě správných poznatků a pozorování obsahují však mnoho nesprávných závěrů a pověr, které neodpovídají dnešním vědeckým poznatkům (11).

V souvislosti se způsobem života založeného na sběru, lovu nebo zemědělství nalézali léčivé přípravky mezi rostlinami, minerálními látkami a ve zvířecích tělech a zpracovávali je. Mísili je, sušili, kvasili, vařili, pekli nebo také spalovali či tavili v keramických, skleněných a kovových nádobách. Léčivé přípravky pak dostávaly formu kaší, placek, bochníků, odvarů, výluhů, nápojů a roztoků. Protože se lékařská i lékárnická (farmaceutická) funkce postupně soustředila v jediné osobě – léčiteli, nazýváme toto období léčitelstvím (11).

Období léčitelství je nejdelším vývojovým úsekem zdravotnictví, a tím i farmacie. Zahnuje pravěk, od počátku existence člověka asi do roku 2700 př. Kr., i starověk, jehož začátky můžeme hledat přibližně v polovině 4. tisíciletí př. Kr. v Mezopotámii, na sklonku 4. tisíciletí v Egyptě, v polovině 3. tisíciletí v povodí řeky Indu a v Malé Asii (kolem r. 2600 v Tróji), na Krétě a v Řecku a v počátcích 2. tisíciletí př. Kr. v Číně (11).

Nejvýznamnější představitel školy, Hippokrates z Kos (asi 460-377 př. Kr.), nepovažoval zdraví a nemoc za dar nebo trest bohů jako kněžští léčitelé, ale vyšel z filozofického předpokladu, že podobně jako svět je i lidské tělo složeno z rovnovážné směsi čtyř vzájemně protikladných a neproměnných živlů – země, vody, vzduchu a ohně. Porucha rovnováhy mezi prvky a šťávami a harmonie s okolím působila nemoc. Tato představa je základem humorálně patologické teorie. Z ní vychází hippokratovská léčba léky. Převážila v těle některá ze čtyř šťáv, bylo cílem farmakoterapie její přebytek vyloučit nebo přemístit do jiné části těla pomocí léčiva s opačnými vlastnostmi. Proto se podávala projímadla, dávidla, kýchadla, prostředky k pocení, ale pouštěla se též krev žilou a sázely baňky. Léčiva se rozlišovala také do čtyř skupin, na chladivá – např. ocet, kyselé víno, lněné semeno, zahřívající – hořčice, sladké hrozny, navlhčující – roztok medu ve vodě a vysušující – med, šalvěj (11).

Arabští lékaři a lékárníci navazovali na antické a byzantské písemnictví a dále rozvinuli zdravotnické poznatky ve vlastní literatuře a v receptářích. Arabská medicína a farmacie obohatila soubor léčiv o nové rostlinné drogy, např. sennové listy, muškátový ořech, manu, cukr, o nová chemická léčiva a destilací získávané silice a aromatické vody, alkohol a ocet. Také nové aplikační formy přípravků, např. sirupy, ovocné šťávy, zahuštěné výtažky z rostlin či lizy jsou jejím přínosem. Arabští alchymisté se zaměřovali na metalurgicko-chemickou cestu hledání způsobů transmutace kovů a také na léčitelskou snahu získat elixír života – panaceu. Vznikly tak nové chemické látky, např. slabé anorganické kyseliny, zlepšila se laboratorní technika a destilace. Do evropského povědomí pronikaly jejich znalosti a metody ve 13. století (11).

Léčiva a lék jsou nerozlučně spjaty již od prvopočátku s existencí člověka. Neboť současně s člověkem se objevila i nemoc a jeho snaha uchránit si své zdraví. Současně s vývojem společnosti měnily se i léčiva a léky. Od instinktivního jejich používání, přes léčitelské, kněžské a vědecké léčitelské zkušenosti s látkami rostlinného a živočišného původu dospěl člověk rozvíjejícím se medicínským, chemickým a farmaceutickým poznáním ke sloučeninám s přesně definovaným chemickým složením a farmakologickým působením. Moderní medicína a farmacie disponuje nyní velkým množstvím léčiv a léků, které člověk používá diagnosticky, preventivně a léčebně v různých aplikačních formách (12)

Zdrojem nových léčiv se staly objevitelské cesty na Blízký i Dálný východ. Portugalský lékař a botanik Garcia d'Orta ze svého působení v Indii, na Ceylonu a Molukách v polovině 16. století posílal do Evropy zde dosud neznámé rostliny, které výrazně rozšířily sortiment léčiv. (12)

Jedna z nejrozšířenějších nemocí na světě, malárie, našla účinný lék v kůře chinovníku. Její léčivé účinky nebyly známe až do roku 1737. Kůra chinovníku, jehož matečná rostlina byla pojmenována po manželce peruánského vicekrále hraběnky de Chinon, poskytovala účinný lék proti horečce a následně proti malárií. Z kůry chinovníku izolovali v roce 1820 francouzští lékárníci Bienaime Caventou alkaloid chinin. (12)

Stoletý boj proti infekčním onemocněním započal objevením chemoterapie infekčních onemocněním Pavlem Ehrlichem. Dřívější objev antibiotického účinku penicilinu Alexandrem Flemingem, byl realizován až v průběhu druhé světové války. Do české medicínské praxe však již roku 1911 zavedl svůj vynález, tabletované antibiotikum, používané při angínách, laryngitidách, faryngitidách a záškrtu, profesor Univerzity Karlovy Ivan Honl. Používalo se pod názvem Anginol a bylo připravováno kultivací bacilu *Pseudomonas aeruginosa* a následnou izolací antibakteriálních sloučenin. (12)

V začátcích 19. století vznikly a formovaly se nové farmaceutické vědecké disciplíny. Dosavadní *mateia medica* se přibližně v letech 1811-1830 rozštěpila na farmakognózi a farmakodynamiku, resp. farmakologii, která se prolnutím s fyziologií měnila v moderní experimentální vědu o účincích léčiv v organismu. Ta dynamizovala kolem poloviny 20. století i do té doby staticky chápané farmaceutické disciplíny a vnesla do nich biologický aspekt – vztah chemické struktury léčiv k jejich účinku a biologické zkoušky (11).

Dvacáté století bylo charakterizováno kromě jiného také významným rozvojem farmakoterapie. Farmaceutický průmysl se stal jedním z nejrychleji rostoucích odvětví světového hospodářství. Takto skutečnost byla způsobena extenzivním objevováním účinných struktur, zejména v 70. a 80. letech. Ačkoli se začátky průmyslové výroby léčiv datují do konce 19. století, došlo v minulém století k postupnému přehodnocení pohledu na léčiva, a to zaměřením se na jejich bezpečnost. Vedla k tomu především dodatečná poznání o nežádoucích účincích masově používaných léčiv (11).

Dále je třeba připomenout, že 20. století přineslo více objevů než celý dosavadní vývoj. To platí v plné míře též pro oblast léčiv, kde pokračovalo úspěšné hledání nových účinných látek a výsledky práce badatelů se vzápětí využívaly v praxi. Do první poloviny 20. století spadají základní práce na poznání vitamínů, které jsou nepostradatelnými látkami pro živé organismy. Práce na izolaci vitamínů z přírodních zdrojů trvaly dlouho. Nebyly totiž známy jejich nejbohatší zdroje a ani tehdejší chemici neměli k dispozici dostatečně účinné vybavení a citlivé metody. Po získání čistých látek následovala neméně pracná etapa – poznat jejich chemickou strukturu a na jejím základě navrhnout postup syntézy (11).

Ještě důležitější je uplatnění tohoto postupu u rostlinných drog obsahujících silně účinné látky, jak jsou např. alkaloidy. Tam je nebezpečí předávkování mnohem větší, a proto je bezpečnější používat čistou látku než surovinu, v níž obsah účinné látky kolísá. Kromě toho je možné obměnami molekuly zlepšit vlastnosti látky, např. zkrátit či prodloužit dobu působení, potlačit vedlejší účinky, případně specificky zaměřit působení účinné látky (11).

Velký pokrok nastal v přípravě injekcí. Pokyny k jejich sterilizaci přinesly lékopisy již na začátku 20. století (11).

V letech 1992-1993 nastalo období boomu – počet přihlášek k registraci léčivých přípravků i počet registrovaných léčiv a sortiment léčiv na trhu prudce narůstal tak, že v dnešní době odpovídá vyspělým zemím s přibližně stejnou velikostí populace. V roce 1995 částečně restriktivní opatření ze strany VZP a MZ ČR v oblasti úhrad a preksripce léků omezila růstový trend dovozu i spotřeby zahraničních léků. Od začátku devadesátých let došlo u nás také ke snížení standardizované úmrtnosti (hlavně kardiovaskulárních onemocnění), nebo alespoň ke zpomalení vývoje úmrtnosti (u nádorových onemocnění). Lze předpokládat, že se na tomto pozitivním vývoji vedle postupných změn životního stylu populace a nových diagnostických a terapeutických postupů podílelo a stále podílí zavádění celé řady nových účinných léků do klinické praxe.

Smyslem racionálního výběru léčiv je maximálně využít terapeutickou hodnotu léčiva u nemocných, pro které je vhodné, a na druhou stranu zvýšit dostupnost i nákladnější farmakoterapie tím, že se sníží finanční náklady na léčbu využitím cenově přijatelné farmakoterapie tam, kde to je možné. Tím se splní i poslední podmínka účelné farmakoterapie, podle níž by každý občas měl získat na léčbu svého onemocnění adekvátní lék. (1)

Farmakoterapie by měla zlepšovat tělesný, duševní a sociální komfort (viz definice zdraví dle SZO), případný léky navozený diskomfort by neměl být akceptován, pokud převáží nad léčebným efektem léčiva. Případná rizika farmakoterapie by tedy nikdy neměla převyšovat rizika související s neléčením choroby. (1)

Cílem farmakoterapie je odstranit onemocnění, zabránit jeho akutnímu nebo chronickému vlivu na organismus či alespoň odstranit nebo zmírnit jeho symptomy s akceptovatelnou mírou rizika. Cílem by také mělo být, aby zvolená farmakoterapie byla akceptována nemocným. (1)

Důležitým úkolem je stanovit pro každého pacienta optimální individuální režim farmakoterapie.

Lidé se od nepaměti snažili o prodloužení života, udržení mládí a aktivity. Dokládají to záznamy v historických pramenech, ve kterých jsou popsány zajímavé receptury zaručující dlouhověkost. Tyto receptury a metody však můžeme zcela jistě považovat za předchůdce dnešních geriatrik (geriatrika pravá x nepravá). Vědu o stárnutí a stáří nazýváme gerontologií. Gerón znamená řecky starý člověk, logos je nauka.

Její začátky sahají až do starověku. Již staří Řekové měli své představy o stárnutí a stáří. Tak například Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevléčitelnou chorobu, zatímco Galén na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický, přirozený a je třeba jej odlišit od procesů patologických. V průběhu staletí nalézáme v literatuře, umění a vědě představy, snahy či pokusy zjistit příčiny stárnutí, stáří a délky života. Zjistit a pozitivně ovlivnit proces stárnutí a stáří, zachovat si „věčné mládí“. V současné době představuje gerontologie moderní interdisciplinární vědu, která zahrnuje vše, co se týká starého člověka ve zdraví a nemoci. (38)

V ČR dochází od devadesátých let minulého století k populační stagnaci. Důsledkem toho je postupné stárnutí obyvatelstva ČR. Podíl obyvatel nad 60 let stagnuje a v budoucnu se bude pravděpodobně zvyšovat. ČR se tak řadí mezi evropské země s nejstarším obyvatelstvem. Ukazatel střední délky života dlouhodobě roste. S prodlužující se délkou života starších lidí narůstá počet osob, který trpí různými chronickými chorobami. Staří lidé jsou méně odolní proti infekčním onemocněním. Jejich dlouhodobé působení se sčítá s následky jiných patologických procesů. S tím souvisí užívání značného počtu léků, tzv. polypragmazie (47).

Jedná-li se o léčbu pacientů pokročilejšího věku, hovoříme o farmakoterapii ve stáří nebo-li o gerontofarmakoterapii. Gerontofarmakoterapii odlišují od běžné farmakoterapie následující znaky:

- polypragmazie
- převaha terapie symptomatické nad léčbou kauzální
- vysoký výskyt nežádoucích účinků
- farmakologické změny
- geriatrika

Jedním ze základních rysů gerontofarmakoterapie je zvýšený výskyt nežádoucích účinků. Mezi možnostmi, jak tento negativní jev snížit na minimum, patří především respektování farmakologických změn stárnoucího organismu.

Pozvolné zhoršování zdravotního stavu osob vyššího věku vede u nich logicky i vyšší spotřebě léků. Je známo, že více než polovina osob sedmdesátiletých a starších se neobejde bez dlouhodobé farmakoterapie, která navíc sestává většinou z více léků užívaných současně. (38)

Ne všechny podávané léky jsou pro seniorský organismus vhodné, lékaři pečující o starší pacienty by měli respektovat mj. jedno z geriatrických pravidel, které říká, že méně znamená více. Některá běžně předepisovaná léčiva dokonce seniorům škodí a vedou ke vzniku dalších onemocnění a symptomů. Geriatrická preskripce vyžaduje individuální přístup s ohledem na řadu faktorů, které komplikují užití standardních postupů (farmakologické změny, polymorbidita, polyfarmakoterapie, zhoršená adaptace organismu, nespolupráce pacienta s doporučeným lékovým režimem aj.). Při předepisování seniorům jsou nezbytné i znalosti geriatrické farmakologie a lékových interakcí. „Vzhledem k nedostatku těchto znalostí jsou chyby v preskripci časté. Polékové reakce ve stáří nebývají včas rozpoznány, jejich klinický projev totiž ovlivňuje probíhající onemocnění nebo se jeví jako nový klinický problém (30). Změnou farmakokinetiky a farmakodynamiky léčiv se řada účinných látek stává „rizikovými“ v pokročilém věku. Léčiva s vyšším rizikem jsou označována zahraničními experty jako „léčiva nevhodná ve stáří“. Jejich paušální podávání seniorům je nevhodné, neboť bývá spojeno s častým výskytem polékových reakcí, nárůstem polékových hospitalizací, nákladů na zdravotní péči nebo i s vyšší mortalitou. Pro posouzení vhodnosti léčiv ve stáří byla vypracována v roce 1991 první kritéria nevhodných léčiv, tzv. Beersova kritéria, upravená v roce 1997 a 2003. V Kanadě byla publikována tzv. McLeodova kritéria v roce 1997. Důvodem prozatímního převzetí zahraničních kritérií v evropských podmínkách je fakt, že v Evropě dosud specifická kritéria nevhodných léčiv nebyla vytvořena. K uživatelům nevhodných léčiv v Evropě patří především senioři se špatnou ekonomickou situací, polyfarmakoterapií, depresivní pacienti a pacienti užívající psychofarmaka (zejména anxiolytika). Naopak u seniorů vyššího věku (85 let a více) a žijících osaměle byla nevhodná preskripce nízká, pravděpodobně v důsledku vyšší opatrnosti předepisujících lékařů nebo nižší dostupnost péče. (30)

2.2 Léková politika v ČR a v Evropě

Cílem lékové politiky je zajištění dostupnosti kvalitních, účinných a bezpečných léčiv pro celou populaci za přijatelnou cenu a za sociálně přijatelných podmínek kombinací státních byrokratických intervencí a ekonomických nástrojů při respektování odborných aspektů současného medicínského a farmaceutického poznání.

Základními aktéry zdravotní, potažmo lékové politiky se tak stávají:

- vláda republiky spolu s ministerstvy zdravotnictví
- zdravotní pojišťovny navrhuující výši úhrad
- zdravotničtí pracovníci poskytující zdravotní péči
- velkoobchod a maloobchod léků – distributoři léků, lékárny (lékárenská péče)
- farmaceutický průmysl

Léková politika by měla být formována vládou a vycházet z potřeb resortů zdravotní a sociální péče, je nedílnou součástí zdravotní politiky a nemusí být uniformní na celém území státu – regionálně může docházet k určitým odlišnostem. V současnosti je léková politika zpracovávána formou tezí tzv. Střednědobé koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR do let 2003 – 2006, kde jsou zakotveny tři základní prvky možné reorganizace zdravotní politiky:

- posílení vlivu státu v oblasti veřejného zdravotního pojištění → posílení jeho vlivu v oblasti kontroly hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění, zvyšování plateb státu zdravotním pojišťovnám
- regulace zdravotnických služeb → racionalizace sít zdravotnických zařízení včetně doporučených počtů lůžek na tisíc obyvatel či doporučených počtů lékařů na sto tisíce obyvatel v ambulantní péči
- širší spoluúčast pacientů na platbách za tzv. zdravotně-sociální lůžka v nemocnicích či ústavech, zvažuje se i možnost poplatku za výdej léku v lékárně či vyjmutí levnějších léků (do 10,-Kč) z úhrad pojištění

Léková politika je v těchto podnětech představována snahou o prosazení účelné a racionální farmakoterapie se zaměřením podřízení preskripce v nemocnicích určitým standardům (15).

K hlavním problémům současné lékové politiky patří:

- neustále se zvyšuje spotřeba léků, která je dána nemocností populace, návyky pacientů a zdravotníků, průměrným vzděláním a vztahem k vlastnímu zdraví, finančními zdroji, systémem zdravotní péče
- politické problémy – neochota či neschopnost některých politiků diskutovat o některých názorech
- odborné problémy související s nejednotností odborné obce, absencí veřejně dostupných dat o spotřebě léků a poskytnutí zdravotnických služeb
- ekonomické problémy – nedostatek finančních zdrojů

Jisté řešení do budoucna se nabízí v nalezení politického konsenzu a zvyšování efektivity vynakládaných financí a ve změně systému úhrad. Cílem musí být zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, nikoli snížení podílu léků na výdajích ve zdravotnictví. Zdraví musí být chápáno jako klíčový předpoklad rozvoje společnosti a současně jako podmínka a základní součást kvality života každého jednotlivce. (15)

Mezi tři hlavní složky lékové politiky z pohledu SZO patří:

Cena léčiv

Ceny léčiv se v ČR regulují ministerstvem financí, v souladu se zákonem č. 526/1990 Sb. o cenách, zákonem č. 6/1993 Sb. o ČNB a výměrem MF č. 01/2005, které v Cenovém věstníku stanovuje maximální ceny výrobce. Přírážky za obchodní výkony (distributor + lékárna) mohou činit nejvýše 32% maximální ceny výrobce (daň z přidané hodnoty je 5%). Maximální ceny se vyhláší jedenkrát ročně (obvykle k 1.4. či 1.7.) a třikrát ročně jsou doplněny o ceny nově registrovaných léčiv(27). Číselník VZP uvádí celkem čtyři typy cen:

- **ceny vycházející z maximálních cen MF ČR (ORC, MFC)**
- **ceny neregulované**
- **dohodnuté nejvyšší cen (DNC)**

ORC – Orientační cena je cena:

- a) vypočtená na základě maximální ceny stanovené MF, regulované maximální přírážkou za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty, je-li přípravek regulován prostřednictvím maximální ceny
- b) v případě, že cena přípravku je dle výměru MF regulována formou věcně usměrňovaných cen, uvádí se v tomto poli věcně usměrňovaná cena nahlášena výrobcem (dovozcem) včetně přírážky za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty
- c) v případě, že cena přípravku není dle výměru regulována, uvádí se v tomto poli cena nahlášena výrobcem /dovozcem). Včetně maximální přírážky za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty
- d) v případě, že pro přípravek byla uzavřena smlouva o nejvyšší dohodnuté ceně, je v číselnících uvedená kolonka DHC (Dohodnutá nejvyšší cena)

Konstrukce cen léků je stále předmětem problémů. U drtivé většiny léků stanovuje jejich maximální ceny Ministerstvo financí na základě žádosti výrobce. K ceně výrobce se připočítávají přírážky za obchodní výkony farmaceutického velkoobchodu a lékáren. V souvislosti s novelou zákona o DPH došlo ke změně konstrukce výpočtu ceny léku pro konečného spotřebitele. K ceně výrobce se připočte přírážka farmaceutického velkoobchodu (uplatňuje obvykle 5-7% z ceny výrobce), dále lékárna připočte rozdíl mezi přírážkou a přírážkou uplatněnou farmaceutickým velkoobchodem a k výsledné ceně se připočte DPH. (23)

Průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku bez ohledu na jeho původ ve třetím čtvrtletí roku 2005 se proti předchozímu čtvrtletí významně nezměnila. Průměrná cena přípravků dovezených ze států mimo ČR a SR vzrostla o 5,40 Kč. U přípravků z ČR průměrná cena klesla o 7,50 Kč, slovenské přípravky zdražily o necelé 2 Kč. V porovnání se 3. čtvrtletím 2004 průměrné ceny přípravků ve všech oblastech původu vzrostly, stejně jako celková průměrná cena, nejvyšší nárůst byl zaznamenán u přípravků ze skupiny „ostatní“, a to o 20,30 Kč (63).

Pro hlavní ATC skupiny byly porovnány průměrná cena za balení ve 3. čtvrtletí 2005 s průměrnou cenou ve stejném období v roce 2004. Nejvíce vzrostla průměrná cena za jedno balení ve skupinách P (antiparazitika) o 39,4%, což odpovídá vzrůstu o 64 Kč, a S (léčiva smyslových orgánů) o 23 %, což odpovídá 18 Kč a třetí největší nárůst nastal ve skupině B (léčiva krve a krevtovorných orgánů) o 16,8 %, která odpovídají 24,50 Kč. Nejvyšší celkový

nárůst objemu finančních prostředků proti hodnotě pro 3. čtvrtletí loňského roku byl zaznamenán ve skupině L (336 mil. Kč), dále ve skupinách N (224 mil. Kč) a A (léčiva zažívacího traktu a metabolismu) (149 mil. Kč) a skupinách R (137 mil. Kč) a B (94 mil. Kč).

Celková průměrná cena jednoho balení roste a blíží se:

- rok 2002 140,-Kč (4)
- rok 2003 150,90 Kč
- rok 2004 170,58 Kč (23)

V řadě zemí EU jsou významným příjmem lékáren poplatky za lékařský předpis (nebo alespoň část těchto poplatků), např. ve Velké Británii, na Slovensku.

Samotný vstup do EU měl celou řadu důsledků ohledně cen léků.

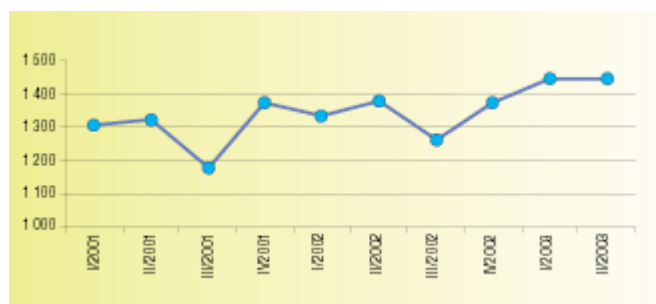
Porovnání cen léčiv ČR se zeměmi EU

Byly analyzovány ceny vybraných účinných látek, které jsou dostupné ve všech zemích EU a které patří do skupiny léčiv dosud chráněných duševním vlastnictvím (s neexpirovaným patentem), a skupiny léčiv, jež mají na trhu generické kompetitory obsahující shodnou účinnou látku. V obou těchto skupinách byli zástupci léčiv volně prodejných i vázaných na lékařský předpis. Jednalo se celkem o 50 účinných látek, jejichž podíl na trhu léčiv v ČR v cenách pro konečného spotřebitele činil 34,09 %.

Průměrná cena jedné dávky léčivé látky ze všech 50 sledovaných činila v ČR 58,8 % průměrné ceny všech zemí EU a byla výrazně nižší než např. ve Slovenské republice.

Graf č. 1: Spotřeba léků v České republice po čtvrtletích v DDD/1 000 obyvatel/den

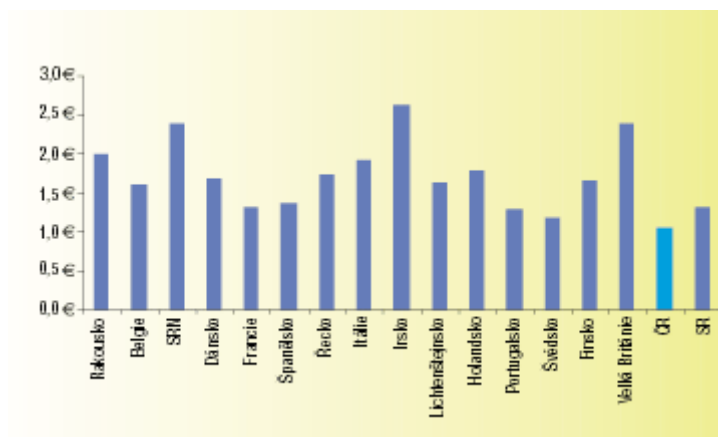
Zdroj:Státní ústav pro kontrolu léčiv(2003)



Graf č.2 :Průměrné ceny za jednu dávku

(celkem 50 účinných látek) léčivé látky v zemích EU, v ČR a v SR v roce 2002 (leden) Zdroj:

Infopharm (2003) podle www.euromedicines.org a národních číselníků cen a úhrad



Graf č.3: Průměrné ceny za jednu dávku

(celkem 11 účinných látek) léčivé látky s neexpirovanou patentovou ochranou v zemích EU,

v ČR a v SR v roce 2002 (leden) Zdroj: Infopharm (2003) podle www.euromedicines.org a

národních číselníků cen a úhrad



U inovativních léčivých látek (tj. takových, u kterých dosud neexpirovala patentová ochrana) byly ve všech zemích zjištěny vyšší ceny, a to včetně ČR, přesto však činila průměrná cena z celkem 11 účinných látek v ČR 62,9 % průměrné ceny všech zemí EU a byla opět výrazně nižší než např. ve Slovenské republice.

Nejvyšší rozdíly byly zjištěny u takových léčivých látek, u nichž na trhu existují generické léčivé přípravky. Průměrná cena jedné dávky u celkem 12 léčivých látek v ČR činila 31,8 % průměrné ceny všech zemí EU a byla jen o málo nižší než v SR (34,6 %).

Graf č. 4: Průměrné ceny za jednu dávku

(celkem 12 účinných látek) léčivé látky s exspirovanou patentovou ochranou v zemích EU, v ČR a v SR v roce 2002 (leden) Zdroj: Infopharm (2003) podle www.euromedicines.org a národních číselníků cen a úhrad



Tabulka č. 1: Shrnutí rozdílů průměrných cen v zemích EU

(vždy 100 %), v ČR a v SR v roce 2002 (leden) Zdroj dat: Infopharm (2003)

	Průměr EU	ČR	SR
Celkem	100%	58,8%	74,2%
Inovativní	100%	62,9%	80,3%
Generika	100%	31,8%	34,6%
OTC	100%	55,6%	54,7%

Výzkum a lékařská věda v poslední době zaznamenala úžasný vzestup ve všech svých sférách poznání, svých technologiích, diagnostických, léčebných i preventivních možnostech. To vše za cenu neustále rostoucích nákladů a finančních nároků, čím dál více přesahující možnosti jejich saturace i v bohatých zemích (náklady na zdravotnictví v ČR v roce 2002 překročily částku 167 miliard Kč, odhad na rok 2003 činí 177 miliard Kč).

Současná situace je na jedné straně charakterizována vysokou úrovní poskytované zdravotnické pomoci a péče (celonárodní pojištění, soustředěná péče do nemocnic, vysoký počet lékařů, rozvoj farmaceutického průmyslu) a dále rostoucími potencionálními možnostmi medicíny (moderní technologie, diagnostická a terapeutická zařízení, genetické inženýrství, biotechnologie) a na straně druhé omezeností zdrojů schopných plně pokrýt všeobecně se zvyšující nároky a požadavky ze stran pacientů

Úhrady léčiv z veřejných prostředků

O úhradě léků musí být rozhodnuto do 90 dnů od podání žádostí výrobcem. Úhrady léků z veřejného pojištění stanovuje ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Jako poradní orgán sloužila Komise pro kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely Ministerstva zdravotnictví – „kategorizační komise“ (jejíž statut a jednací řád byly naposledy vydány ve Věstníku MZ ČR č.4/2004. Základním principem stanovování úhrad léků z veřejného pojištění dosud je, že nejméně 1 léčivý přípravek v zákonem definované skupině musí být plně hrazen. Ministerstvo financí vyhlašuje jednou ročně, s účinností od 1. července, nové maximální ceny, a proto by k tomuto datu měla vždy nabýt účinnosti rovněž novela vyhlášky stanovující výši úhrad. Při stanovování úhrad se podle vyjádření ministerstva zdravotnictví má uplatňovat referenční systém, tj. prokázaný léčebný přínos každé léčivé látky, která má být/je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, musí být standardním způsobem porovnán s prokázaným léčebným přínosem všech léčivých látek podobných, určených k léčbě ve stejné, či obdobné indikaci, úhrada za dávkový ekvivalent pro celou skupinu látek takto vymezených je stanovena na úrovni nejnižší úhrady v dané skupině (22).

Úhrady léčiv v ČR je podle číselníku, který je vydán péči VZP ČR v souladu s vyhláškou MZ ČR o úhradě léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely. **Číselníky jsou zpracovány v souladu se:**

- a) zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- b) vyhláška MZ ČR č. 589/2004 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely (PZLU) v platném znění
- c) výměrem MF, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami
- d) výměrem MF, kterým se stanoví maximální ceny výrobků a výkonů ve zdravotnictví
- e) zákonem č. 235/2004 Sb.
- f) vychází z databáze registrovaných hromadně vyráběných léčivých přípravků (HVLV) státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) platné k datu zpracování číselníku

Jestli porovnáme úhrady léčiv v ČR se zahraničím, je zřejmé, že se úhrady téměř ve všech státech liší.

Např. v Polsku garantují 100% úhradu pouze u 220 základních léků a existují zde různé formy hrazení léků vydávaných na recept: léky plně hrazené státem, léky, u nichž pacient připlácí 30% ceny, 50% cena a léky prodávané za paušální poplatek, zbylou část hradí stát do výše platného limitu. V Polsku je zaregistrováno na 10 000 lékáren a 530 velkodistributorů léků, z nichž 5 kontroluje 60% trhu. Z celkového počtu je přibližně 90% lékáren samostatných a 10% součástí lékárenské sítě. Ze samostatných lékáren je přibližně 1 500 ekonomicky závislých na lékárenských velkoobchodech. Tří- nebo čtyřměsíční opoždění plateb může způsobit, že lékárník přestává být majitelem lékárny.

V Německu existuje volná tvorba cen u výrobců, teda žádná regulace, ale u generik jsou stanovené pevné ceny. Ministerstvo hospodářství stanovuje velkoobchodní rozpětí od 6 do 15 %, ale strop tvoří 72 eur, marže lékáren tvoří 3 % plus 8,10 eur za každé balení. DPH je stanovena na 16 %. Pojišťovny v Německu platí lékárnám do 10 dnů. Lékárny si nekonkurují cenami, ty jsou všude stejné, ale bezplatnými službami (29).

V Nizozemsku se ministerstvo zdravotnictví dohodlo se zástupci lékárníků, zdravotními pojišťovnami a firmami obchodujícími s generickými léčivy o snížení cen léků o 40%, což v roce 2004 přineslo úsporu 622 milionů eur a předpoklad pro rok 2005 činí 685 milionů eur.

Akteři dohody se však dostali do sporu, doufají ale, že se pro příští rok vše vyřeší. V Nizozemsku dojde k dalším změnám ve zdravotním pojištění. Nyní občané, kteří nevydělávají více než 30 000 eur, podléhají veřejnému zdravotnímu pojištění, což jsou přibližně 2/3 obyvatel, ostatní jsou pojištěni soukromě.

Ve Francii existují 3 úrovně úhrady léků z veřejného zdravotního pojištění: 100% u drahých nebo nenahraditelných léků, 65% u běžných léků a 35% u tzv. komfortních léků. Přitom 93% léků je hrazeno ze zdravotního pojištění a 7% není hrazeno vůbec. Ve Francii je cena léků hrazených ze zdravotního pojištění věcně usměrňována, což je nepochybně důvodem, proč patří k nejnižším v Evropě. Nízké ceny léků způsobily, že se ve Francii příliš nerozšířila generika. (29)

V současnosti sílí dlouholetá snaha o zavedení tzv. pevných cen. V praxi by to znamenalo, že doplatky na konkrétní lék by byly ve všech lékárnách stejné. Zatímco kompetence ministerstva zdravotnictví nebyly převzaty a je teda prozatím sestavena meziresortní komise ministerstev zdravotnictví a financí, kde se diskutuje o výši cen léků. Je snahou stanovit jedenkrát ročně úhradové ceny léků.

Dostupnost léků

ČR nikdy neměla závažnější problémy s distribucí léčiv. Jsme jedinou zemí z celé bývalé východní Evropy, která po roce 1990 nezažila nedostatek léčiv na trhu. V ČR jsou dostupné všechny významné a důležité léky, celkový počet registrovaných léků v ČR můžeme označit při porovnání se stavem v zemích EU za mírně nadprůměrnou.

Registrační proces u léčiv se u nás v roce 1999 zkrátil na průměrnou dobu 20 měsíců (bez započtení centralizovaných procedur). Při registraci je posuzována kvalita, účinnost a bezpečnost, ale nejsou prováděny vzájemné srovnávací studie. To znamená, že může být registrován i lék, který je méně účinný než ten, který je již na trhu.

V současné době k 1.4.2005 podle kódů SÚKL je počet registrovaných léků 28 184:

- z toho volně prodejných **1 865**
- z toho vázaných na recept **16 268**
- z toho homeopatických **6 574**
- z toho veterinárních **3 477**

Statut léčiva z hlediska volné prodejnosti je v ČR posuzován v době registrace (nebo na základě výslovné žádosti výrobcem či jím zmocněné osoby) a za volně prodejné léčivo může být označen pouze takový léčivý přípravek, který je prokazatelně účinný a bezpečný, a to pouze z předpokladu, že o to výrobce výslovně požádá.

K dalším složkám lékové politiky ještě patří:

- výroba a distribuce léků
- reklama a propagace

Výroba a distribuce léků

Výroba řady léčiv měla svůj základ v barvářské chemii, neboť mnohé výrobní mezistupěště jsou společné jak léčivům, tak i barvářským meziproduktům. Protože v předválečném období byla výroba léčiv v tehdejší Československu založena z větší části na zpracování dovážených substancí do formy finálních lékových produktů a vlastní produkce řady základních látek chyběla, rozhodl se koncem třicátých let Spolek pro chemickou a hutní výrobu založit výzkumné pracoviště. Sídlo nejprve v Praze, v roce 1939 se přestěhovalo do nově zakoupené firmy Dr. Ing. Robert Heisler v Chrasti u Chrudimi (11).

V roce 1942 byla v Rybitví zahájena vlastní farmaceutická výroba, včetně konečné podoby lékových forem. Po druhé světové válce se zde vyrábělo téměř 18% z tehdejšího sortimentu československých farmaceutických přípravků, na počátku padesátých let to byla více než stovka farmaceutik. V roce 1953 byl farmaceutický průmysl vyčleněn z rezortu ministerstva chemie do odboru ministerstva zdravotnictví. V současné době, na počátku 21. století, zůstávají ve výrobním programu odštěpného závodu SYNTHESIA, který je nyní součástí společnosti Aliachem a. s. (11)

Vznik farmaceutického závodu v Modřanech se datuje od března roku 1932. zrodil se pod jménem Interpharma spol. s.r.o. Nebyl to však závod v nynějším slova smyslu. Měl původně jen dvě laboratoře, dvě kanceláře a jedna místnost sloužila jako balárna. První preparáty byly zhotoveny v licenci firmy Chinoin z Budapešti. Zvláštním způsobem se tehdy výrobky propagovaly – balily se malé balíčky se vzorky preparátů a zaměstnanci Interpharmy je doručovali do pražských lékáren.

Výroba penicilínu u nás byla zahájena v roce 1949. Antibiotika byla distribuována již od začátku roku 1945, což byla značně ztížená možnost vzniku rezistence nesprávnou nebo nesmyslnou aplikací. A zdá se, že tato léková politika prosazovaná od začátku až do dnešní doby nese ovoce, protože antibiotika i dnes většinou znamenají záchranu života (11).

V roce 1994 byla Fondem národního majetku založena akciová společnost SEVAC, a v roce 1997 byla založena dceřina společnost SEVAPHARMA, jejím jediným zakladatelem a akcionářem byl Sevac, a. s. Tím bylo oddělena výroba očkovacích látek, alergenů, imunomodulátorů a diagnostik od výroby krevních derivátů. Další osud Sevapharmy a. s. je spojen se změnou majitele. Veřejnou obchodní soutěží v září 1999 se jí stala a. s. Bioveta, Ivanovice na Hané (11). Tolik k připomenutí historie a podmínek výroby léčiv.

V současné době je největším výrobcem léčiv v ČR firma Zentiva (vznikla spojením Slovakofarmy a Léčivy), která vyrábí převážně generika a firma IVAX Opava (bývala Galena). Také firma WALMARK byla zaměřená na výrobu potravinových doplňků a se zdokonalením výrobní technologie se zařadila do výroby léčiv. Prvním léčivem vyrobeném firmou Walmark byl Septofort. Na trhu je také spousta výrobců léčiv, ale všechny jsou to zahraniční firmy.

V roce 1997 byl přijat zákon o léčivech (č. 79/1997 Sb.), který poskytl legislativní rámec celému procesu výzkumu a vývoje léčiv. Správně výrobní praxe, registrace, skladování a výdaje a distribuce léčiv.

Pro tato odvětví jsou stanovena pravidla v příslušných zákonných normách. Vyhláška č. 411/2004 Sb., kterou stanoví správná výrobní praxe, správná distribuční praxe a bližší podmínky povolování výroby a distribuce léčiv, včetně medikovaných krmiv a veterinárních autogenních vakcín, změn vydaných povolení, jakož i bližší podmínky vydávání povolení k činnosti kontrolních laboratoří (vyhláška o výrobě a distribuci léčiv).

Dovozci a distributoři jsou povinni splňovat požadavky na jakost a zdravotní nezávadnost stanovené zákonem č. 110/1997 Sb. a č. 306/2000 Sb. a prováděcími předpisy. Obaly musí také splňovat § 12 zákon č. 447/2001 Sb., o obalech a § 12 zákon č. 477/2001 Sb., o obalech.

Ve 3. čtvrtletí 2005 mělo povolení k distribuci 247 subjektů. Významný je neustále se zvyšující podíl originálních léků a klesající podíl generik. Díky novým léčivům se prodlužuje délka života a lze vystopovat i pozitivní vztah mezi novými léčivy a poklesem mortality:

- na poklese mortality v letech 1970 – 1991 se více než ze 45% napříč různými nemocemi podílelo zavádění nových léčiv
- průměrná redukce ztracených let života u 19 onemocnění s nejvyšší relativní spotřebou nových léčiv byla 72,7 %
- stejný parametr u 19 onemocnění s nejnižší relativní spotřebou nových léčiv činil pouze 13,0% (15)

Z toho vyplývá, že snížení mortality bylo pětikrát významnější pro onemocnění, na jejichž léčbu byla nejvíce používána nová léčiva. Je možno upozornit i na souvislost mezi poklesem mortality u ischemických chorob srdečních a zvýšenou spotřebou hypolipidemik.

Proti 3. čtvrtletí roku 2004 došlo ve stejném období roku 2005 k 0,91% nárůstu distribuování objemu léčivých přípravků v počtu balení a k 6,65% nárůstu v objemech financí, což představuje relativní nárůst v porovnání s předchozími léty. Dodávky ve 3. čtvrtletí roku 2005 byly v porovnání s 2. čtvrtletím 2005 nižší téměř o 7,34% v objemu financí, což představuje největší pokles za léta 2002 – 2005.

Tabulka č.2: Údaje o objemech distribuovaných léčivých přípravků v ČR po čtvrtletích v období 2001 – 2005 (Zdroj: SÚKL, Spotřeba léčiv, 2005)

Rok	Q	Kč (Mld)	Změna %	Balení (Mil)	Změna %	DDD/1000/den	Změna %
2001	1	10,741	3,01	91,44	5,22	1314,27	2,63
2001	2	11,332	5,5	85,07	-6,97	1330,82	1,26
2001	3	10,174	-10,22	76,16	-10,47	1183,19	-11,09
2001	4	11,996	17,91	90,25	18,5	1382,98	16,89
2002	1	11,634	-3,02	85,53	-5,23	1340,99	-3,04
2002	2	12,344	6,11	84,58	-1,11	1386,11	3,36
2002	3	11,525	-6,64	79,42	-6,1	1269,43	-8,42
2002	4	12,529	8,71	88,77	11,77	1381,79	8,85
2003	1	13,164	5,06	95,19	7,24	1453,32	5,18
2003	2	13,172	0,06	83,69	-12,09	1453,24	-0,01
2003	3	12,649	-3,97	80,32	-4,03	1345,36	-7,42
2003	4	13,231	4,6	86,83	8,1	1367,78	1,67
2004	1	12,885	-2,62	78,47	-9,62	1309,59	-4,25
2004	2	13,671	6,1	78,74	0,34	1345,57	2,75
2004	3	14,189	3,79	83,51	6,06	1404,17	4,36
2004	4	16,251	14,53	98,065	17,43	1576,845	12,30
2005	1	17,021	4,74	105,059	7,13	1642,434	4,16
2005	2	16,231	-4,64	90,208	-14,14	1620,421	-1,34

Byly hodnoceny distribuované objemy léčivých přípravků v 1. čtvrtletí 2005. byly porovnávány jak se 4. čtvrtletím roku 2004, tak s odpovídajícími čtvrtletími v předchozích letech. Zaznamenáván je stálý vzestupný trend hodnoty distribuovaných léčiv. Parametry distribuce léčivých přípravků jednotlivých ATC skupin odpovídají období 1. čtvrtletí 2005

Tabulka č.3: Změny distribuce (počtu balení a finančních nákladů) u ATC skupin s největším celkovým nárůstem distribuce (Zdroj: SÚKL, spotřeba léčiv, 2005)

ATC podskupina	Změna v počtu balení v %	Změna ve finančních nákladech v %
L01	22,2	34,5
L02	20,7	30,3
L03	16,8	0,5
L04	39,1	38
R01	51,9	47,3
R02	47,2	47,2
R03	27,9	34,9
R05	57	55,1
R06	23,8	17,5
R07	11,8	7,7

Reklama a propagace

V ČR je povolena reklama jen na volně prodejné léky, přípustná je i srovnávací reklama na humánní léčivé přípravky, zdravotnické prostředky nebo na zdravotní péči, je-li zaměřena na osoby, které již tyto přípravky nebo prostředky předepisují, vydávají či tuto péči poskytují (odborníci). Za reklamu na léky se považují i návštěvy obchodních zástupců u lékařů či lékárníků, dodávání vzorků přípravků, sponzorování odborných akcí, vědeckých kongresů aj. Novela zákona o regulaci reklamy rozlišuje reklamu na léky zaměřenou na širokou veřejnost od reklamy zaměřenou na odborníky. Informace směřované k široké veřejnosti např. nesmějí v rámci reklamy obsahovat zmínky o indikacích závažných onemocnění. Reklama nesmí naznačit, že účinky přípravku jsou zaručené či nejsou spojeny s nežádoucími účinky. Rovněž je zakázána účast na reklamě těch osob, které by díky společenskému postavení mohly podpořit spotřebu léků.

Účinnost reklamy je mnohdy přeceněna. Při metodách reklamy se působí na početně silné, rozptýlené posluchačstvo pomocí technických prostředků jako tisk, rozhlas, televize, film, internet ale i přednášková propaganda. A názorné prostředky – výstavy, plakáty. Výdaje na reklamu léčiv jsou velmi vysoké. Nejvyšší částky se platí za propagaci léků v **televizi**, následuje **tisk a rozhlas**.

Televize je audiovizuální prostředek obracející se v přesně stanovené vysílací době především k rodině a k jednotlivci. Jedná se o přednáškové cykly, televizní filmy, interview, reportáže i jednotlivé cílené pořady.

Tisk je vizuální prostředek určený jedince, který jej využívá v době, která mu vyhovuje, je to materiál snadno dostupný, přenosný, uchovávající informace na dlouhou dobu a čtenář se k nim může vracet, např. časopisy, letáky,...

Rozhlas zabezpečuje ústní předávání zdravotně výchovné informace. Díky velké pohotovosti při vysílání je jedním z nejlepších způsobů upoutání pozornosti. (51)

2.3 Spotřeba léčiv

Spotřeba léků, jejich výroba a distribuce i způsob jejich poskytování nemocným soustřeďují na sebe v posledních letech stále více pozornosti. Tyto problém se dnes hodnotí nejen z hlediska odborného, ale i z hlediska ekonomického i z hledisek společenských.

Nárůst potřeb léčiv neustále roste, stagnuje objem českých a slovenských léčiv a to jak ve finančním vyjádření, tak i v definovaných denních dávkách. Jejich podíl na trhu nyní klesl pod 26%. Klesl také podíl generických léčiv na trhu a to na 30,9% ve finančním vyjádření, v počtu balení se pohybuje na hranici 50% (15).

Údaje o spotřebě léků jsou důležitou informací, která v sobě obsahuje řadu dílčích prvků. Spotřeba léků je podmíněna zejména:

- objektivní potřebou danou charakterem a výskytem jednotlivých onemocnění
- současným stavem dostupných léčiv
- stavem farmakoterapeutických znalostí a zkušeností předepisujících lékařů
- ekonomickou dostupností léků pro jednotlivce i společnost

I když jsou tyto vlivy obecně známé, nedovedeme v konkrétních případech správně rozpoznat podíl jednotlivých složek, zejména na změnách ve spotřebě léků. Kromě toho zde existuje i celá řada dalších známých i neznámých, které spotřebu léků mohou rovněž ovlivňovat.

Současně si také musíme uvědomit, že všechny faktory, které ovlivňují spotřebu léků, jsou samy ovlivňovány, takže v celém tomto komplexu existují zpětné vazby a vzájemná interakce, jejichž analýza je velmi složitá. Přesto však lze pomocí vhodných postupů využít údajů o spotřebě léků a o jejím vývoji i k odhalení a zhodnocení podílu jednotlivých faktorů na spotřebě léků a jejím vývoji.

Spotřeba léků vázaných na lékařský předpis je dána i úrovní farmakoterapeutických znalostí lékařů v širokém terénu a sklonem k opakování předpisů určitých osvědčených léků, ten se někdy může stát až stereotypem a brzdou v zavádění nových účinnějších léků. Zde je důležitá úloha dostatečně široké a cílené informace o nových lécích, případně léčebných postupech a to jak pro lékaře, tak i pro lékárníky. (14)

Na spotřebu léčiv má vliv věková struktura a nemocnost. Průměrný věk se v naší zemi prodlužuje, tudíž lze dovodit, že porostou nároky na spotřebu léků. Můžeme spekulovat, že naše populace je stále nemocnější ve srovnání se zeměmi EU. Např. v ČR ročně zemře 570 osob/100 000 obyvatel na kardiovaskulární choroby, zatímco v EU polovina. Ale jaká je vlastně motivace pacienta, aby postoupil test na okultní krvácení do stolice, když je pořád zmítán mýtem všeobjímajícího zdravotnictví, které mu ochotně vše a vždy poskytne zdarma. Roli tedy hraje zdravotnický systém a koncepce lékové politiky státu, resp. způsob financování léčiv a míra spoluúčasti. (14)

Spotřeba léčiv v ČR

Absolutní spotřeba léků v České republice je vysoká (32,2 balení/osobu/rok), přesto je stále ještě velmi vzdálená spotřebě ve Francii (48 balení/osobu/rok a je nižší než v Maďarsku). Prakticky ve všech zemích EU je spotřeba léků nižší nebo i výrazně nižší než v České republice.

Spotřeba léků ve finančním vyjádření (2004) 55,8 mld. Kč:

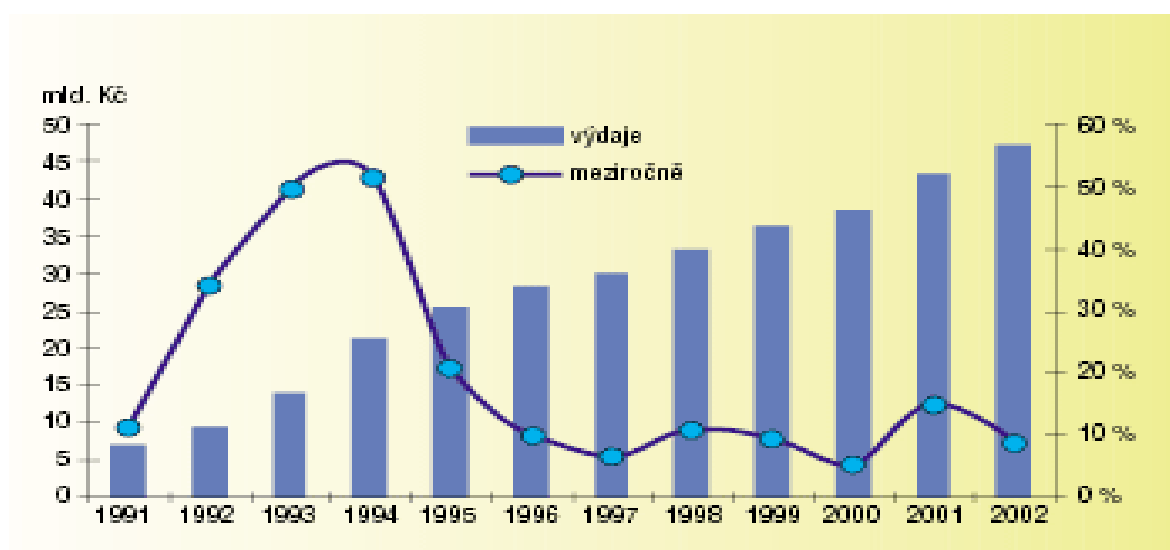
- Spotřeba léků v baleních (2004) 327 mil.
- Spotřeba léků ve finančním vyjádření na obyvatele a rok hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění na recepty (2004) 3 359,- Kč
- Spotřeba léků ve finančním vyjádření na obyvatele a rok (2004) 5 464,- Kč

Růst výdajů na léky je dán v malé míře absolutním růstem spotřeby léků, především však změnami struktury spotřebovávaných léků (tj. předepisováním nákladnějších léků na úkor léků levnějších). Ačkoliv jsou nominální ceny léků v České republice mimořádně stabilní a mají spíše tendenci velmi mírně klesat, průměrná cena 1 balení léku v České republice trvale roste právě díky výše uvedeným strukturálním změnám spotřeby.

Celková spotřeba léků v České republice má trvale rostoucí charakter (meziroční nárůst 2004/2003 činil 6,95%). Podobně je tomu prakticky ve všech zemích Evropy (obvykle s krátkodobými jednotlivými výjimkami). Nárůst spotřeby léčiv v ČR je uveden v následujících grafech.

Graf č. 5 Vývoj spotřeby léčiv v ČR a její meziroční nárůst (ve finančním vyjádření)

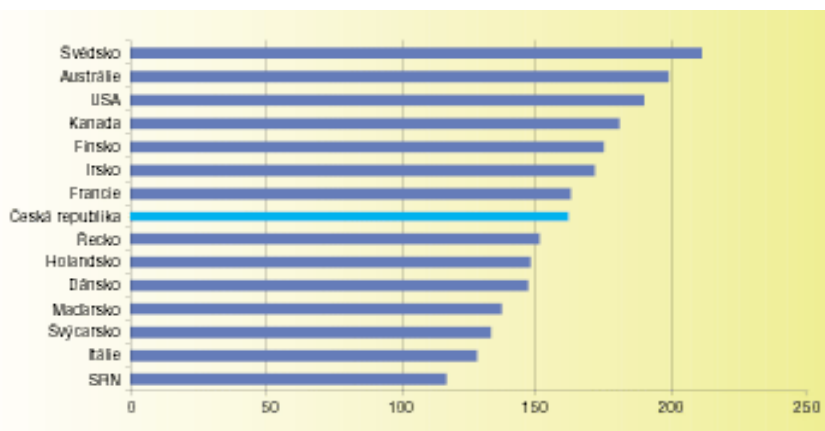
Zdroj:Infopharm(2003)



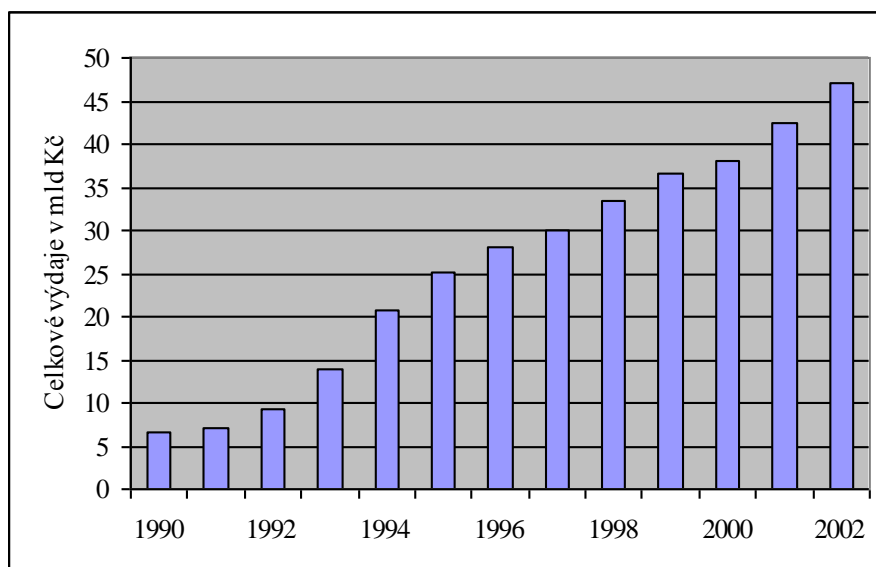
Při vyjádření nárůstu spotřeby ve stálých cenách (tj. cenách očištěných o inflaci) však v roce 2001 činil celkový nárůst spotřeby léčiv v ČR ve finančním vyjádření 162 % hodnoty roku 1990.

Při vyjádření v DDD/1 000 obyvatel/den se v posledních letech pohybuje spotřeba léčiv v ČR mezi hodnotami 1 200-1 300 a v prvních dvou čtvrtletích roku 2003 dokonce přesáhla hodnotu 1 400.

Graf č. 6 :Vývoj spotřeby léčiv v ČR a některých zemích OECD v letech 1990 - 2001
(ve finančním vyjádření) Zdroj: OECD (2003)



Graf č.7 : Vývoj spotřeby léků ve finančním vyjádření (v běžných cenách) Zdroj: Infopharm, a.s. 2003- výroční zpráva ČLK za rok 2002



Za vysokou spotřebou léčiv v České republice je možné vidět celou řadu faktorů, které lze zahrnout do několika velkých skupin. Jsou to především tradice a návyky (pacientů i lékařů), snadnost zneužití systému zdravotní péče pacientem, nedostatečná účinnost kontroly a její obtížnost, a konečně též malá míra spoluúčasti, která nemotivuje pacienta k racionálnímu chování (14).

Spoluúčast pacientů na úhradě léčivých přípravků se v České republice pohybuje kolem 18 % (včetně volně prodejných léků), což je v evropském kontextu velmi nízká hodnota (míra spoluúčasti se v evropských zemích pohybuje mezi 25-30 %, s výjimkami, jako je Holandsko, kde je velmi nízká, nebo Řecko, kde je naopak velmi vysoká). Při porovnávání spoluúčasti je však třeba upozornit na často se vyskytující nekorektní srovnávání různých dat, která jsou různými zdroji zveřejňována, protože mohou být zpracována podle různých metodik a mohou a nemusí zahrnovat např. volně prodejné léky, léky zcela nehrazené z veřejných prostředků atd.

2.3.1 Náklady na léky

Je důležité nezaměňovat dva pojmy – náklady vynaložené na léky a ceny léků. Cenová hladina léčiv v ČR patří k nejnižším v porovnání se zeměmi EU. Ceny originálních léků dosahují zhruba 60% evropského průměru. Také celkový podíl originálních léků je u nás výrazně nižší než v zemích EU. Nelze ovšem při těchto srovnáních zapomenout na odlišné výše platů a důchodů v jednotlivých zemích. Náklady na léky v ČR rostou. Hlavním důvodem rostoucích nákladů na léky jsou změny ve farmakoterapii. V důsledku uvolnění některých proskripčních omezení a změnou farmakoterapeutických postupů se do první linie dostávají léky, které byly ještě nedávno vyhrazeny například jen pro specialisty. Možnost předepisovat léky širším okruhem lékařů sice zvyšuje náklady na léky a dělá starosti plátcům, avšak přispívá k vyšší kvalitě zdravotní péče a je velkým benefitem pro pacienty. V našem systému chybí bohužel jediný motivační prvek, který by vedl pacienty k racionálnímu chování nebo dokonce k úspoře. (14)

Příčiny plýtvání s léky se u nás přinejmenším za posledních 10 let prakticky nezměnily a **přesto náklady stále stoupají**. Špatné chování pacientů, lékařů a firem, podobně jako kulhající organizace zdravotnictví, tvoří však jen polovinu příčin. Zdůraznění druhé poloviny – je fakt, že zvyšující se náklady na léky jsou součástí technologického rozvoje medicíny, kam patří stejně tak jako stále dokonalejší a dražší přístroje, zdravotnické prostředky či příjemnější a bezpečnější prostředí pro poskytování péče.

Celá řada nových a dražších léků přináší úspory v přímých či nepřímých výdajích ve zdravotnictví. Tady je nezastupitelná role farmakoekonomiky. Zdroje úspor ve výdajích na léky je ve třech oblastech:

První je již zmíněné důkladné farmakoekonomické přehodnocení nákladných lékových skupin. Farmakoekonomika není jednoduchá metoda, která umí zastavit růst výdajů na léky, ale může ukázat, do jakých léků a léčebných postupů se z dlouhodobého hlediska vyplatí investovat. Všechny nové léky a také již používané lékové skupiny by měly být vyhodnoceny/přehodnoceny s ohledem na jejich dlouhodobý dopad na mortalitu, morbiditu a kvalitu života v podmínkách České republiky.

Druhou oblastí je nastavení takové hladiny spoluúčasti (doplatků), která omezí plýtvání a nadužívání léků.

Třetí je potom posílení samoléčby a zvýšení ochoty pacientů platit v rámci běžných a nezávažných diagnóz za voně prodejné léky a nenadužívat systém.

Patříme k zemi s nejvyšším počtem předepsaných balení léků na obyvatele, nejvyšším počtem návštěv u lékaře (většinou s preskripcí) a jsme v rámci zemí EU zemí s nejnižší mírou spoluúčasti.

Za deset let se počet přípravků u nás zesateronásobil a zároveň bylo omezeno poskytování nezávislých informací o lécích. Lékaři tak mohou ztratit přehled o jednotlivých přípravcích, což vede k nehospodárné preskripci a může způsobit i dramatické lékové interakce, které mohou ohrožovat život pacienta. Antibiotika nejsou předepisována účelně, což vede ke zvyšování rezistence mikrobů na tato léčiva. (15)

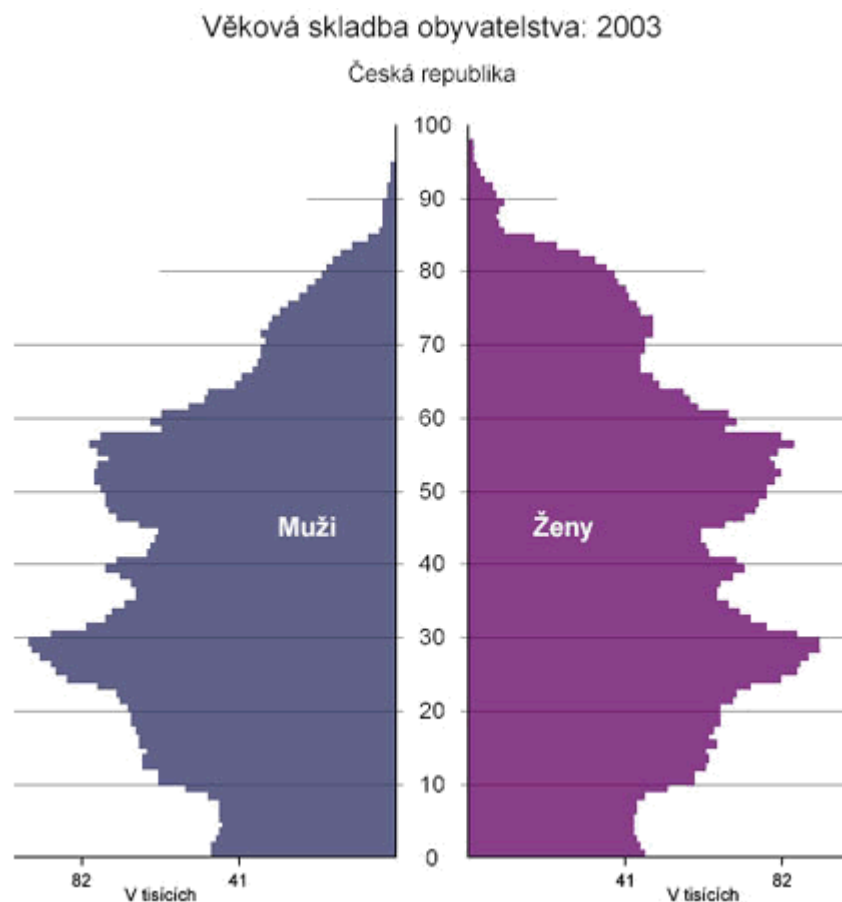
Omšelá fráze, že pacient za den projde několik specializovanými ambulancemi a všude mu něco lékaři předepíší, je bohužel stále pravdou. Stále častěji se setkáváme s tím, že pacienti vydávají velké částky na nejrůznější „léčebné“ doplňky, ale léky požadují zdarma.(15)

Pod vlivem prudkého nárůstu nákladů na léky v 90. letech je od té doby kladen důraz na restrikce (omezení preskripce na specialisty, zavedení referenčních úhrad, omezení preskripce určitých léčiv na diagnózu, finanční limity na preskripci a pokuty za jejich překročení), které mají zamezit neúměrnému zvyšování nákladů na léky. Je přitom přehlížen fakt, že úsporná opatření mohou mít negativní dopady na dostupnost potřebných léčiv. V posledních letech růst nákladů na léky už není tak strmý, ale zůstává rozpor mezi rychle rostoucí nabídkou nových drahých léčiv a možnostmi úhrady z veřejných prostředků. Uplatňování restrikcí může vést k nepředepisování léčiv, odkazování pacienta na jiné lékaře či nemocnici nebo k neposkytování drahých léčiv, která mohou výrazně zkrátit onemocnění a často zamezit vzniku nákladů v jiných segmentech zdravotní péče. (15)

V roce 2001 žilo v ČR 1,423 miliónů obyvatel starších 65 let, tj. 13,8 % obyvatelstva. Z toho bylo čtvrt miliónů starších 80 let. Projekce demografického vývoje obyvatelstva (dle českého statistického úřadu) se shodují v tom, že podíl věkových skupin starších 60 let se zvýší do roku 2030 na více než 30%, přičemž podíl občanů starších více než 65 let dosáhne ¼ z celkového počtu obyvatelstva. Dlouhověkost je jistým ukazatelem civilizovanosti země.

Demografické odhady pro Českou republiku počítají ještě s vyššími čísly. Počet a podíl seniorské populace nad 60 let věku pozvolna narůstal k 17,7 % v roce 1990 a 18,2 % v roce 2000. Přitom podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 v ČR se předpokládá, že podíl seniorské populace nad 60 let věku se bude dále zvyšovat, a to na 23,4 % v roce 2010, dále na 27,7 % v roce 2020 a na 30,6 % v roce 2030

Graf č.8: Věková skladba obyvatelstva ČR 2003



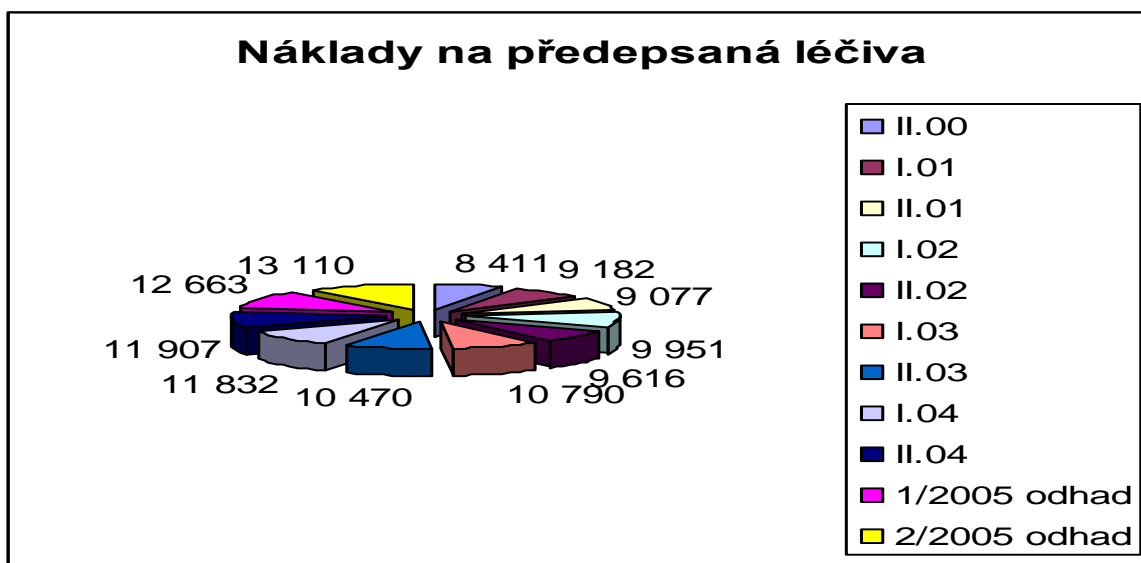
Na druhé straně ale výzkumy prokázaly, že prodlužování lidského věku nemusí samo o sobě nutně vést v období vysokého stáří k vyšší spotřebě specifické zdravotnické péče. Bylo např. propočítáno, že léčení člověka, jenž umírá v 67 letech, vyžaduje v posledních dvou letech před smrtí v průměru 3 x větší finanční náklady, nežli nezbytná terapie člověka, jenž se díky předchozímu relativně zdravému průběhu života dožívá 90 let.

Ovšem na dlouhodobě nepříznivý demografický vývoj a problémy s ním související poukazuje jak zpráva Českého helsinského výboru za rok 2001 (ochrana lidských práv seniorů), tak Národní program přípravy na stárnutí na období 2003-2007, který v polovině května 2002 schválila ČR (20).

Ve druhém pololetí 2004 ve srovnání s 2. pololetím 2003 došlo ke zvýšení nákladů na léky na recepty o 1 972 mil. Kč, tj. o 12,2 %, přičemž náklady na léky na recepty vystavené v lůžkových zařízeních se zvýšily o 534 milionů Kč (9,5%) a náklady na léky na recepty vystavené v ambulantních zařízeních o 1 437 milionů Kč (13,7%). Náklady na ZP vykázaly meziroční nárůst o 104 milionů Kč (5,2%).

Vzestup nákladů na léky o 6,3% je způsoben příchodem nových léků a převáděním pacientů na léky s lepšími vlastnostmi a účinky. Nejvyšší dynamiku mají léky pro onkologická a kardiologická onemocnění. Oproti ZZP činí nárůst nákladů 10%. Nárůst nákladů na PZT vydané na poukazy o 5,2% (ve srovnání se ZPP o 8%) nejvíce ovlivnily předpisy na vozíky pro postižené, u kterých končí směrná doba užití, a dále jako dříve nárůst nákladů na absorpční pomůcky pro inkontinenci. (36)

Graf č. 9: Náklady na předepsaná léčiva, zdroj: Zpravodaj VZP č.3/2005



Pro 1. pololetí 2005 byl do odhadu nákladů zdravotními pojišťovkami promítnut dopad vyhlášky MZ ČR č. 50/2005 Sb., odhad pro 2. pololetí 2005 byl pak proveden za předpokladu nulového nárůstu úhrad (a to na základě informace zveřejněné na internetových stránkách MZ ČR).

Tyto odhady ukazují, že pro 1. pololetí 2005 lze očekávat nárůst nákladů ve výši 6,97% , pro 2. pololetí 2005 ve výši 4,92%, meziročně pak 5,94%. Lze tedy konstatovat, že očekávané tempo růstu nákladů v roce 2005 je vyšší než očekávané tempo růstu příjmů pojistného.

Shrnutí na závěr:

- tempo růstu nákladů převyšuje tempo růstu příjmů
- nedostatečná je dynamika (nárůst) příjmu za pojištěnce, za něž je plátcem stát
- v rozvaze na příští období je zapotřebí zohlednit již existující závazky zdravotních pojišťoven
- odhad nákladů na 2. pololetí 2005 je proveden za předpokladu nulového nárůstu úhrad(35)

2.4 Základní typy zdravotnických systémů

Důsledky druhé světové války vedly k tomu, že vedle pestré směsi různých zdravotnických mikrosystémů, které vznikaly přirozeným vývojem, začaly vznikat v jednotlivých zemích různé zdravotnické makrosystémy.

V poválečném období v ekonomicky vyspělých zemích vznikly čtyři základní typy zdravotnických systémů. S výjimkou socialistického modelu existují dodnes a jsou to [50]:

- *smíšený (pluralitní) zdravotnický systém s převažujícími liberalistickými rysy*
- *systém založený na povinném zdravotním pojištění*
- *systém národní zdravotní služby*
- *socialistický (státní) systém zdravotní péče*

Obecná charakteristika jednotlivých systémů

- ***Smišený zdravotnický systém založený na liberalistické koncepci zdravotnictví***
 - zdravotnická péče je služba, která má charakter zboží; je nakupována prostřednictvím přímé platby nebo prostřednictvím soukromého pojištění individuálního nebo skupinového.
 - Ambulantní lékaři jsou samostatní podnikatelé, lékaři lůžkových zařízení jsou zaměstnanci nebo podnikatelé (spolupodnikatelé).
 - Vlastník zdravotnických zařízení je soukromý nebo veřejný s různým statutem.
 - Profesionální organizace mají silné postavení.
 - Placení služeb:
 1. přímé z 30 až 40%
 2. nepřímé
 - Úloha státu je spíše nepřímá, podíl na financování je 30 – 40%.

Převládá v zemích : **USA, Austrálie, Japonsko, Jižní Korea, Švýcarsko**

- ***Zdravotnický systém založený na povinném zdravotním pojištění***
 - Zdravotní péče je zajištěna veřejným povinným zdravotním pojištěním.
 - Na tvorbě fondů zdravotního pojištění se podílejí: stát, zaměstnavatelé, občané. - Akceptován je princip solidarity.
 - Ambulantní lékaři jsou samostatní podnikatelé, lékaři lůžkových zařízení jsou převážně zaměstnanci ve veřejných nebo soukromých zařízeních.
 - Vlastník zdravotnických zařízení je veřejný nebo soukromý.
 - Profesionální organizace mají silné postavení.
 - Placení služeb je přímé z 10 až 25% nebo nepřímé.
 - Úloha státu je zpravidla významná, nepřímá.

Převládá v zemích: **Rakousko, Německo, Francie, Holandsko, Belgie, Česká republika, Slovensko, Švýcarsko**

- ***Systém národní zdravotní služby***

- Zdravotní péče je služba (zboží) nakupovaná pro občany státem.
- Lékaři jsou samostatní podnikatelé nebo zaměstnanci.
- Vlastník zdravotnických zařízení je převážně veřejný.
- Profesionální organizace mají slabší roli.
- Placení služeb je nepřímé nebo přímé (kolem 10%).
- Úloha státu je centrální, přímá.

Převládá v zemích: **Velká Británie, Itálie, Řecko, Dánsko, Norsko, Nový Zéland, Kanada**

- ***Systém státního zdravotnictví socialistického typu***

- Od roku 1951 fungoval v naší republice. Byl převzat model sovětského zdravotnictví. Pojišťovací systém byl zrušen a zdravotní péči plně převzal do rukou stát. Úhrady za péči byly financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu.
- Všichni pracovníci ve zdravotnictví jsou zaměstnanci.
- Vlastník zdravotnických zařízení je stát.
- Profesionální organizace nefungují.
- Placení služeb převážně nepřímé, s několika výjimkami přímých plateb od 5% do 8%.
- Úloha státu je centrální a rozhodující.

Tento model převládal v zemích socialistického bloku- **SSSR, ČSSR** atd.

Neexistuje zatím ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálně. Týmy kompetentních odborníků porovnávaly vliv rozdílu financování zdravotní péče. Bylo zjištěno, že v podstatě neexistují rozdíly mezi uvedenými modely, co do celkové úrovně péče o pacienty, země se systémy povinného pojištění však měly prokazatelně vyšší výdaje administrativního charakteru [49].

2.4.1 Přednosti a nedostatky základních zdravotnických systémů

2.4.1.1 Smíšený (pluralitní) systém s převahou liberálních prvků

Výhody:

- Bohatá nabídka kvalitních zdravotních služeb
- Podpora rozvoje nových medicínských technologií
- Podpora soutěživosti mezi poskytovateli zdravotní péče

Nedostatky:

- Nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo nezáměrné občany
- Nedostatečná preventivní péče
- Vysoké náklady na péči
- Vysoký podíl nákladů na administrativu systému

2.4.1.2 Systém založený na povinném zdravotním pojištění

Výhody:

- Vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele
- Dostatečně pestrá nabídka zdravotních služeb
- Vyhovující návaznost zdravotnických služeb
- Vyhovující síť zdravotnických zařízení
- Podpora primární zdravotní péče
- Přiměřené náklady na péči

Nedostatky:

- Část finančních prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svoji činnost
- Důraz je kladen na léčebnou péči
- Pojišťovny se mohou dostat z různých důvodů do finančních potíží, které se potom řeší na úkor klientů i poskytovatelů péče
- Systém na administrativu vynakládá značné finance

2.4.1.3. Systém národní zdravotní služby

Výhody:

- Obecná dostupnost kvalitních zdravotních služeb
- Dostatečná nabídka služeb
- Podpora komplexní primární péče
- Přiměřená pozornost návaznosti zdravotních služeb
- Podpora rozvoje nových medicínských technologií
- Podpora ekvity při poskytování zdravotní péče
- Přiměřené náklady na zdravotní péči

Nedostatky:

- Na některé výkony velmi dlouhé čekací doby (neurgentní velké operace)
- Obyvatelé nejsou dostatečně motivováni k péči o vlastní zdraví
- Podpora nesoutěživého klimatu
- Nedostatek finančních zdrojů pro rozvoj v případě ekonomické recese

2.4.1.4 Socialistický model zdravotní péče

Výhody:

- Všeobecná dostupnost základní zdravotní péče
- Prioritou je prevence
- Návaznost péče
- Racionální rozmístění sítě zdravotnických zařízení

Nedostatky:

- Výkonnost systému je nízká
- Chronický nedostatek prostředků
- Ekonomické brzdy v rozvoji medicínských technologií
- Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
- Zcela nesoutěživé prostředí mezi poskytovateli zdravotní péče
- Velmi nízké ekonomické ocenění práce lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků

V ČR převládá zdravotní systém založený na povinném zdravotním pojištění. Síť zdravotnických zařízení tvoří ordinace praktických lékařů, ordinace odborných ambulantních lékařů, nemocnice a odborná lůžková zařízení. Většina ambulantních lékařů je privátních a většina lůžkových zařízení má veřejný charakter. Zřizovateli lůžkových zařízení jsou: MZ ČR, kraje a města.

Většina zdravotnických zařízení má smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, které hradí více než 75% péče. Přímé platby od obyvatel představují méně než 10%.

Financování zdravotní péče je zajištěno prostřednictvím povinného zdravotního pojištění ekonomicky aktivních osob. Za ostatní občany (děti, důchodce, nezaměstnané, matky na mateřské dovolené, vězně) hradí pojistné stát (kolem 55%). Na základě Zákona o veřejném zdravotním pojištění č.48/1997 Sb. je poskytována zdravotnická péče za plnou nebo částečnou úhradu (50)

Jedna z největších pojišťoven je Všeobecná zdravotní pojišťovna. Zřizovatelem veřejnoprávní Všeobecné zdravotní pojišťovny je stát. tato zdravotní pojišťovna má výsadní postavení mezi ostatními pojišťovnami a vznikla v roce 1992. do roku 1995 vzniklo postupně 26 dalších zdravotních pojišťoven tzv. regionálních zaměstnaneckých. V průběhu dalších čtyř let se ukázalo, že na české poměry jde o velký počet zdravotních pojišťoven. Kontrolní mechanismy byly nedostatečné a některé pojišťovny se začaly slučovat nebo zcela zanikly.

V současné době vedle VZP existuje 8 dalších zdravotních pojišťoven a to:

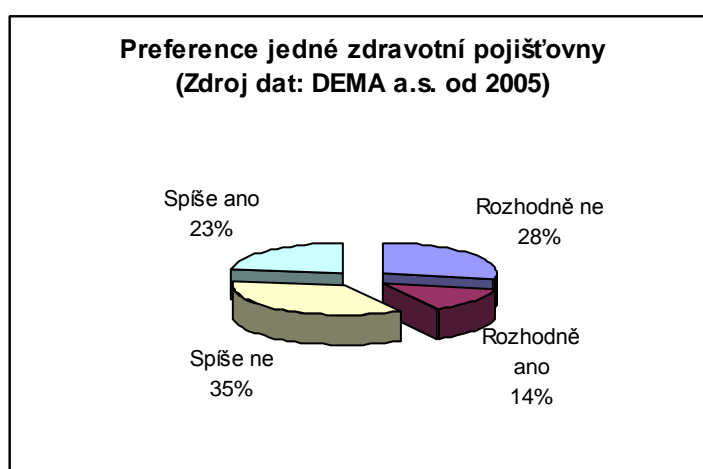
- Česká národní zdravotní pojišťovna
- Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Revírní bratrská pokladna
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- Zdravotní pojišťovna METAL - ALIANCE
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Co vedlo občany k výrazné preferenci působení několika zdravotních pojišťoven? Prvořadě je to potřeba zachovat konkurenční prostředí, tj. možnost porovnávat nabídku služeb různých institucí a vybírat si zdravotní pojišťovnu podle vlastního rozhodnutí.

Občasné se obávají toho, že zavedení jedné pojišťovny by vytvořilo monopol, tj. jakýsi diktát pro občany, lékaře i nemocnice. Podle občanů by se taková bezkonkurenčnost posléze projevila hlavně v podobě zhoršení poskytovaných služeb a zvýšených cen pojistného (62).

Podle § 11 odst. 1 písmeno a) zákona č 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů má pojištěnec právo na výběr pojišťovny provádějící zdravotní pojištění.

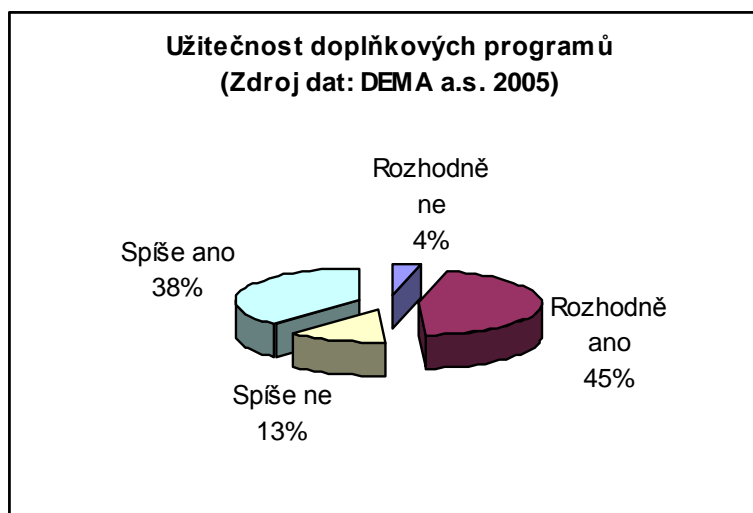
Graf č. 10: Preference jedné zdravotní pojišťovny



Jednotlivé zdravotní pojišťovny mohou nabízet pro své klienty různé doplňkové programy nad rámec základní zdravotní péče. Považují občany takovou konkurenci za užitečnou?

- Naprostá většina občanů České republiky má za to, že doplňkové programy jsou aspektem, který přispívá k formování konkurenčního prostředí v oblasti zdravotního pojištění (83%, z toho 45%, tj. téměř každý druhý občan vyslovuje jednoznačný souhlas).
- Každý šestý občan je přesvědčen o opaku a konkurenci v tomto ohledu nevidí jako užitečnou (17% z toho 4% se vyhraňují krajně odmítavě).

Graf č. 11: Užitečnost doplňkových programů

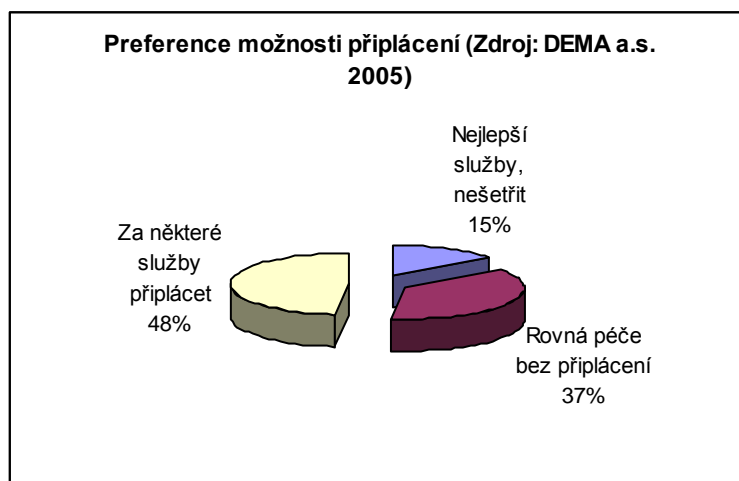


Preference možnosti připlácení

Standardnost či nadstandardnost služeb spojená s připlácením je spojená s připlácením, je jedním z klíčových problémů rozvoje zdravotnictví. Úkolem dotázaných bylo sdělit, se kterým názorem se nejvíce ztotožňují:

- Největší část občanů (48% tj. každý druhý) je pro finanční spoluúčast pacienta u některých typů zdravotních služeb.
- Minimálně každý třetí občan preferuje rovný přístup ke všem pacientům stejně a pouze základní péči bez připlácení (37%)
- Každý sedmý občan se řídí krédem: na zdraví se nemá šetřit, je třeba mít možnost využívat nejlepší možné služby (15%)

Graf č.12: Preference možnosti připlácení



2.4.2 Orgány pojišťovny

Zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mimo jiné mění i zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, nabyt účinnosti dnem 1.8.2004. tento zákon provedl zásadní změny v organizační struktuře Pojišťovny, týkající se zejména nového uspořádání a označení jejich organizačních složek, statutárního orgánu a změn v orgánech Pojišťovny, jimiž jsou Správní rada a Dozorčí rada.

Organizační strukturu Ústředí tvoří v souladu s Organizačním řádem VZP ČR tyto útvary:

- úsek ředitele
- ekonomický úsek
- úsek zdravotní péče
- úsek informačního systému
- úsek provozní a investiční
- právní úsek
- úsek pojistného a služeb pro klienty
- nově zřízený úsek personálních záležitostí

V roce 2004 Pojišťovna pokračovala v přípravě zásadní reorganizace, která se začala realizovat v návaznosti na citovanou novelu zákona o Pojišťovny. Nový Organizační řád VZP ČR reflektující všechny změny zákona a výsledky transformace Pojišťovny byl vydán s účinností od 1.1.2005 (40)

V důsledku změn, které přineslo nové státoprávní uspořádání, jež se promítlo i do novelizace zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, provedené zákonem č. 438/2004 Sb., dochází k 1. říjnu ke změnám v organizační struktuře VZP. Organizační strukturu Pojišťovny tvoří dle zákona Ústředí, krajské pobočky, územní pracoviště a úřadovny.

Od 1. října 2004 se nahrazuje označení „Ústřední pojišťovna“ názvem „Ústředí“ a zavádí se název nové organizační složky „Krajská pobočka“. Zároveň se ruší označení všech okresních složek Pojišťovny „Okresní pojišťovna“, které se nahrazuje názvem „Územní pracoviště“.

Výjimku tvoří Okresní pojišťovna VZP ČR pro hl. m. Prahu, jejíž dosavadní označení se nahrazuje názvem „Krajská pobočka pro hlavní město Prahu“. Od 1. října tedy existují následující krajské pobočky s působností pro příslušný vyšší územní samosprávný celek a s uvedeným začleněnými územními pracovišti VZP ČR:

- Krajská pobočky pro hlavní město Prahu, se sídlem v Praze
- Krajská pobočka pro Středočeský kraj, se sídlem v Benešově
- Krajská pobočka pro Jihočeský kraj, se sídlem v Českých Budějovicích
- Krajská pobočka pro Plzeňský kraj, se sídlem v Plzni
- Krajská pobočka pro Karlovarský kraj, se sídlem v Karlových Varech
- Krajská pobočka pro Ústecký kraj, se sídlem v Ústí nad Labem
- Krajská pobočka pro Liberecký kraj, se sídlem v Liberci
- Krajská pobočka pro Královéhradecký kraj, se sídlem v Hradci Králové
- Krajská pobočka pro Pardubický kraj, se sídlem v Pardubicích
- Krajská pobočka pro kraj Vysočina, se sídlem v Jihlavě
- Krajská pobočka pro Jihomoravský kraj, se sídlem v Brně
- Krajská pobočka pro Olomoucký kraj, se sídlem v Olomouci
- Krajská pobočka pro Moravskoslezský kraj, se sídlem v Ostravě
- Krajská pobočka pro Zlínský kraj, se sídlem ve Zlíně (40)

2.4.3 Činnost pojišťovny

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a platným Organizačním řádem VZP ČR jsou zřízeny okresní pojišťovny v 77 okresech. K přiblížení služeb Pojišťovny klientům, plátcům pojistného a poskytovatelům zdravotní péče zřídily okresní pojišťovny jako svá další pracoviště úřadovny.

Okresní pojišťovny a úřadovny provádějí veřejné zdravotní pojištění na území příslušného okresu a plní úkoly v rozsahu pravomocí daných jim zákonem č. 551/1991 Sb., Organizačním řádem VZP ČR a vnitřními organizačními a řídicími předpisy Pojišťovny.

I v roce 2005 spolupracovali s orgány krajů v rámci probíhající reformy veřejné správy zmocněnci pro krajskou problematiku a jejich zástupci určení vedením VZP ČR z řad ředitelů okresních pojišťoven. (40)

Mezi hlavní úkoly okresních pojišťoven v roce 2004 patřilo i nadále:

- zajištění maximálního výběru pojistného a důsledné vymáhání dlužného pojistného,
- provádění kontrol plátců pojistného, provádění revize zdravotní péče
- úhrada zdravotní péče poskytované pojištěncům smluvními zdravotnickými zařízeními
- kontrola poskytování zdravotní péče smluvními zdravotnickými zařízeními v jejím objemu a kvalitě a kontrola oprávněnosti vyúčtování této péče ve lhůtách splatnosti dle uzavřených smluv a minimalizace závazků po lhůtě splatnosti
- jednání s poskytovateli zdravotní péče o smluvních vztazích, zejména o dodatcích ke Smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče, zejména realizace změn v systémech úhrad a regulačních mechanismů
- důsledky vymáhání dlužného pojistného
- provádění kontrol plátců pojistného

Informační systém

Hlavním úkolem informačního systému pojišťovny v roce 2004 bylo zajištění podpory procesů a činností, k nimž je Pojišťovna ze zákona zmocněna nebo oprávněna. Jde zejména o následující základní činnosti:

- příjem, kontrola, ocenění a úhrada poskytované zdravotní péče
- výběr a kontrola pojistného
- vedení Centrálního registru pojištěnců
- správa Informačního centra zdravotního pojištění

Významným úkolem Pojišťovny je rovněž zabezpečení chodu Kapitačního centra.

V roce 2004 se Pojišťovna a samozřejmě i její informační systém musely vypořádat se dvěma významnými změnami, které měly výrazný dopad na veškeré procesy Pojišťovny. Jednak to byl vstup České republiky do Evropské unie k 1.5.2004, který přinesl změny do systému veřejného zdravotního pojištění, nejzávažnější od jeho vzniku v roce 1992, a druhým důležitým momentem pak byla změna organizačního uspořádání Pojišťovny, vyhlášená na podzim 2004, a ustavení krajských poboček a územních pracovišť. (36)

Aplikace informačního systému pro podporu procesů vyplývajících ze vstupu do EU byly realizovány v průběhu května až července 2004 v návaznosti na dopracování legislativních a metodických předpisů, znamenajících mimo jiné zavedení nových kódů pojištění, on-line zpřístupnění centrálního registru pojištěnců pro úlohy zpracovávané na územních pracovištích, rozšíření aplikací ve smyslu zpracování standardních formulářů EU apod. (40)

Kontrola a kontrolní systém pojišťovny

Dohled nad činností Pojišťovny byl realizován v roce 2004 orgány státní správy reprezentovanými ministerstvy zdravotnictví a financí, Vládou ČR, Poslaneckou sněmovnou a Senátem Parlamentu ČR. Svými specifickými metodami se na kontrole podílely i další subjekty, zejména veřejnost a sdělovací prostředky.

Soustavnou kontrolu vykonávaly také orgány Ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven, zastupující pojištěnce, jejich zaměstnavatele a stát. Státní orgány uplatňovaly své kontrolní pravomoci především prostřednictvím svých zástupců ve Správní radě a Dozorčí radě Pojišťovny.

Další kategorií kontrolní činnosti jsou cílené kontroly řešené na základě stížnosti pojištěnců a zdravotnických zařízení, které byly většinou zaměřeny na aktuální problémy vzniklé v oblasti smluvních vztahů okresních pojišťoven a poskytování zdravotní péče.

Součástí vnitřního kontrolního systému Pojišťovny tvoří interní audit. Pro plnění úkolů interního auditu daných §28 až 31 zákona č.320/2001 Sb., o finanční kontrole, byly v roce 2004 vypracovány 4 interní audity.

Základem kontrolní činnosti Pojišťovny bylo využívání zvláštních úloh zabudovaných v informačním systému, určených k vyhledávání plátců, u kterých nebyly dodrženy zákonem stanovené termíny splatnosti, případně výše jejich plateb pojistného neodpovídala počtu zaměstnanců a průměrné mzdě v dané oblasti a dané činnosti plátce. Na takto vytipované plátce byla pak zaměřena konkrétní kontrolní činnost Pojišťovny, vedle pravidelných kontrol prováděných podle plánu kontrol. (36)

Stěžejní a samozřejmě také nejdůležitější kontrolní činností Pojišťovny byla kontrola placení pojistného podle § 22 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, prováděná fyzickou kontrolou dokladů u plátců pojistného.

Na revizní systém VZP ČR jsou kladeny neustále se zvyšující nároky. Revizní lékaři spravují rozsáhlou agendu aktivit okrasních pojišťoven. Jsou vystavováni nepříjemným tlakům jak ze strany poskytovatelů zdravotní péče, tak samotných klientů při žádostech o schválení či povolení úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. (36)

Významnou činností Pojišťovny bylo i v roce 2005 **zpracování Číselníků VZP ČR** v souladu s vyhláškou MZ ČR č.589/2004 Sb., o hromadně vyráběných léčivých přípravků (HVLP), individuálně vyráběných léčivých přípravků (IVLP), prostředků zdravotnické techniky (PZT) a stomatologických výrobků (STOMAG). Pojišťovna se trvale snaží podávat prostřednictvím číselníků informace komplexní a včasné. Závislost na dodání podkladů pro zpracování od jiných subjektů vedla i v roce 2005 zejména u Číselníku HVLP k opožděnému vydávání v tištěné formě. (36)

Příjmy a výdaje Pojišťovny jsou závislé na počtu pojištěnců a jejich skladbě.

Dosavadní způsob přerozdělení vybraného pojistného v ČR rozděloval mezi pojišťovny 60% vybraného pojistného podle počtu státních pojištěnců u jednotlivých pojišťoven (pojištěnci nad 60 let věku se počítali třikrát). Tento mechanismus byl zaveden na začátku 90.let a jeho hlavním cílem bylo vyrovnat rozdílný podíl státních pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách, protože pojistné, které je státem placeno za ně, je dlouhodobě jen na úrovni jedné pětiny pojistného, které se odvádí za zaměstnance. Nedokázal ale dostatečným způsobem kompenzovat riziko pojišťovny na věkovou strukturu a zdravotní stav jejich pojištěnců a umožňoval tak výběr ziskových pojištěnců podle příjmu, věku a zdravotního stavu.

Nedostatky systému přerozdělení vybraného pojistného vedly nejen k motivaci pojišťoven k výběru pojištěnců podle příjmu, věku a zdravotního stavu, ale také k nedokonalému rozdělení prostředků veřejného zdravotního pojištění. Finanční potíže pojišťoven s nedostatečně kompenzovanou strukturou rizika se nutně promítaly do jejich platební schopnosti. Souběžně se závažnými marnotratnými závadami systému na výdajové straně existují obdobně závažné poruchy na příjmové straně. Z nevýdělečné skupiny obyvatelstva (důchodci, děti, studující, nezaměstnaní) platí zdravotní pojištění stát ze svého rozpočtu. Výše této platby byla stanovena v minulém století bez jakékoli návaznosti na jiné relevantní veličiny (minimální či průměrná mzda a podobně) a je několikanásobně nižší, než je průměr plateb osob, které si platí samy. (35)

Zdravotně pojištěných, jejichž pojištění je hrazeno státem, jsou zhruba dvě třetiny ze všech pojištěnců, přičemž celkový objem úhrad za ně činí výraznou menšinu plateb do systému zdravotního pojištění. V současné době vláda uvažuje o zvýšení těchto plateb (a to o 2 % příjmů do systému). Bude to nepochybně krok správným směrem, ale asi by bylo systémové, racionální, účelné a zejména vhodné pro systém zdravotního pojištění, aby byla výše této platby nejen jednorázově navýšena, ale i navázána například na růžnou mzdu a hrazena z příslušné systémové kapitoly (například ze systému důchodového pojištění, zdrojů podpor v nezaměstnanosti,...) transparentní a věcně odůvodněně strukturované navýšení plateb za nevýdělečné pojištěnce do systému zdravotního pojištění je účelnější, než čas od času ad hoc prováděné „oddlužování“ některých vybraných subjektů, ať už velkých nemocnic, nebo pojišťoven. (35)

V roce 2003 bylo vybráno od zaměstnavatelů pojistné v celkové výši 60,936 miliardy Kč, což je o 2,008 miliardy Kč více než v roce 2002, a to představuje meziroční nárůst o 3,5%. Celková částka vybraného pojistného od samoplátců dosáhla v roce 2003 hodnoty 6,511 miliardy Kč, a to znamená meziroční nárůst o 0,4 miliardy Kč, což je o 5,8%. Toto zvýšení je způsobeno hlavně zvýšením minimální mzdy od ledna 2003 o 8,7%. (36)

Celkové příjmy zdravotních pojišťoven (včetně ČKA) za rok 2004 dosáhly výše 154 870 mil. Kč, což představuje v porovnání s rokem 2003 nárůst činí 11 118 mil. Kč, což prezentuje meziroční nárůst 7,73 %. (36)

Ve 2. pololetí 2004 dosáhly celkové příjmy zdravotních pojišťoven (po očištění vlivu předsunuté platby realizované v 1. pololetí 2004 a bez zahrnutí příjmu ČKA) 78 570 mil. Kč, z toho příjmy z vybraného pojistného činily 61 951 mil. Kč a pojistné za osoby, za něž je plátcem stát, dosáhlo výše 16 619 mil. Kč. Příjmy od ČKA činily 66 mil. Kč. V porovnání s 2. pololetím roku 2003 se celkové příjmy zdravotních pojišťoven (bez ČKA) zvýšily o 5 036 mil. Kč, tj. o 6,8 %, přičemž tempo růstu příjmů z vybraného pojistného (bez ČKA) bylo oproti tempu růstu příjmu ze státního rozpočtu výrazně vyšší (8,0 vs. 2,8 %) (36)

Významný rozpor ve výši příjmů za „státní“ a „nestátní“ pojištěnce, resp. nedostatečná dynamika vývoje příjmů ze státního rozpočtu za osoby, za něž je plátcem stát, je jednou z hlavních příčin současné nerovnovážné bilance veřejného zdravotního pojištění. (35)

Od 1. ledna 2005 bylo prováděno přerozdělování pojistného novým způsobem, přitom roky 2005 a 2006 jsou přechodným obdobím, kdy bude postupně zanikat dosavadní přerozdělování na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a bude postupně nabíhat přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin (tzv. „stoprocentní přerozdělování“). (40)

Nově přijatý způsob přerozdělení zajistí rovné podmínky pro všechny zdravotní pojišťovny bez ohledu na věk a zdravotní stav jejich pojištěnců. Tím dojde k naplnění jednoho z předpokladů principu „peníze sledují pacienta“, k udržení rovného přístupu občanů k potřebné zdravotní péči a k posílení motivace pojišťoven zodpovědně hospodařit se svěřenými prostředky. (41)

Je zřejmé, že zavedení nového modelu povede k přesunům finančních prostředků mezi pojišťovnami a tedy k omezení současných příjmů pojišťoven s převažujícím zastoupením ziskových pojištěnců.

Vzhledem k tomu, že 1. května 2004, se vstupem smlouvy o přistoupení České republiky k Evropské unii o platnost, pozbylo platnosti ustanovení §54 odst. 3 až 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pozbylo právní opory povolení k pojišťovací činnosti, vydané Pojišťovně Ministerstvem financí dne 29.5.2002. Z tohoto důvodu založila Pojišťovna jako jediný akcionář společnost Pojišťovna VZP, a.s. Pojišťovna VZP, a.s., byla zapsána do obchodního rejstříku dne 16. ledna 2004. základní kapitál této společnosti činí 60 mil. Kč a byl splacen z prostředků, které Pojišťovna získala provozováním zdaňované činnosti – smluvního pojištění. Bylo vydáno 600 zaknihovaných akcií v nominální hodnotě 100 000 Kč. Pojišťovna VZP, a. s., vykonává v souladu s povolením Ministerstva financí č.j. 322/102368/2003 ze dne 1. prosince 2003 pojišťovací činnost v rozsahu pojistného odvětví neživotní pojištění – smluvní zdravotní pojištění. (40)

Problémy s pojišťovnami se určitě zmenší, až se napřímí vztahy mezi všemi plátcí a zdravotními pojišťovnami – až stát zaplatí skutečně to, co jeho pojištěnci potřebují a spotřebují. Ale v této chvíli je nutno otevřeně říci, že nemáme na veškerou péči, a že je teda nejvyšší čas, aby se pacient aktivně začal starat sám o své zdraví. Naším pacientům chybí znalosti z oblasti prevence, z oblasti individuálního ovlivňování vlastního zdraví i z jeho udržování. Stále je většina těch, kteří si klidně zaplatí spíš za garanční prohlídku svého auta

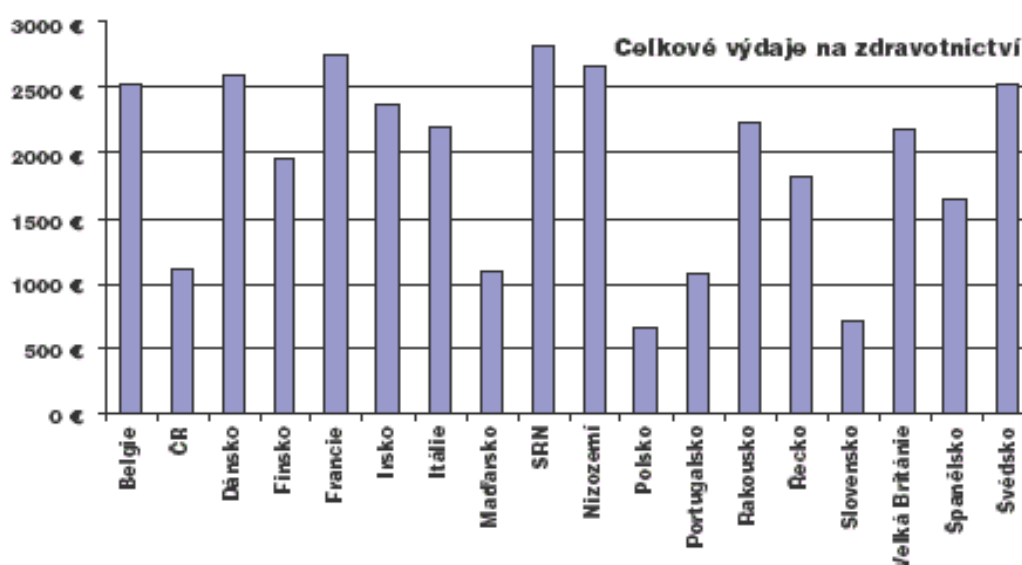
než za preventivní prohlídku lékaře. Pacient by měl vědět především, kolik jeho léčby stojí, kolik bude stát, když e bude chovat mimo doporučení. V každém případě by měl vědět, že existuje prevence, že zdravotní systém není nevyčerpatelný, a že není nekonečný a bezedný ani odbor sociálních věcí. Takže každá forma, kdy se pacient o sobě rozhoduje a finančně se podílí na ovlivnění svého zdravotního stavu je vítána. (41)

2.4.4 Ceny a úhrady léků v některých zemích

V Kanadě funguje systém zdravotního pojištění. Je přesně definováno, které služby budou hrazeny státem (dle federální legislativy). Tato nařízení jsou závazná pro všechny provincie. Je mnoho privátních pojišťoven, které pokrývají služby v různých finančních dimenzích. Z toho vyplývá rozdílná spoluúčasť pacientů na doplatecích za služby, včetně léků v jednotlivých provinciích. Lze říci, že 88% obyvatel Kanady má zvláštní služby pokryty v 62% z privátních zdrojů, v 19% z provincionálních a 7% využívá oba zdroje. Dalších 12% tvoří samotní zaměstnavatelé. (42)

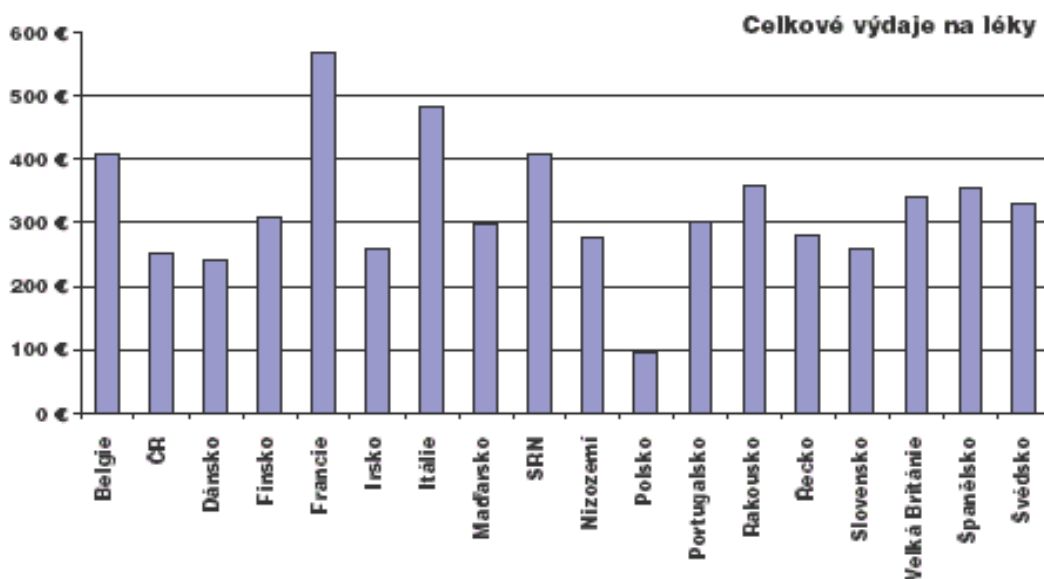
Ceny a úhrady léčiv z veřejných prostředků jsou v nebyvalém zájmu politiků, zdravotnických reformátorů, ale i normálních občanů. Proběhla stručná analýza stavu tvorby cen a úhrad v některých zemích EU, včetně ČR pomocí nejnovějších dostupných dat. Veškeré předložené údaje jsou za rok 2002 (27)

Graf č.13: Celkové výdaje na zdravotnictví Zdroj: VZP



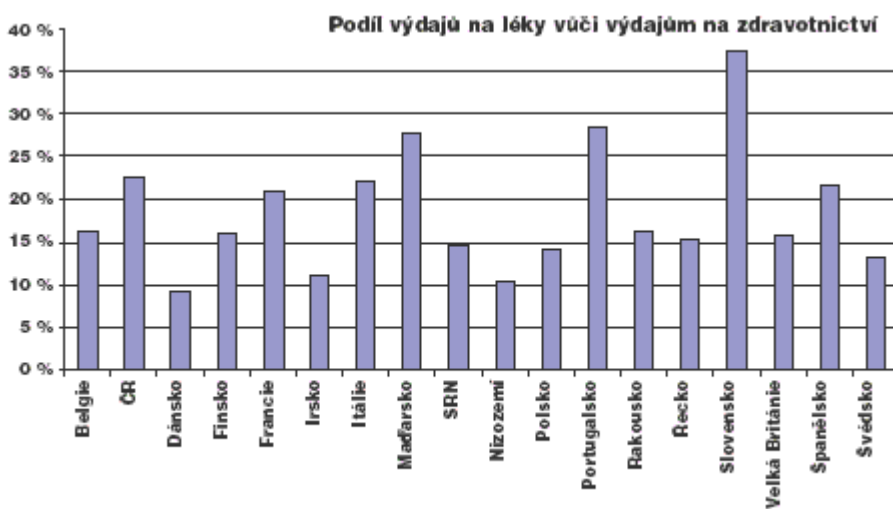
Graf č.14: Celkové výdaje na léky na občana

(opět včetně soukromých výdajů) se pohybují mezi 93 EUR v Polsku po 570 EUR ve Francii (všechny údaje jsou přepočteny podle parity kupní síly). (Zdroj: VZP)



Podíl celkových výdajů na léky k celkovým výdajům na zdravotnictví se pohybuje mezi 9,25 % v Dánsku po 37,25 % ve Slovenské republice.

Graf č. 15: Podíl výdajů na léky vůči výdajům na zdravotnictví Zdroj: VZP

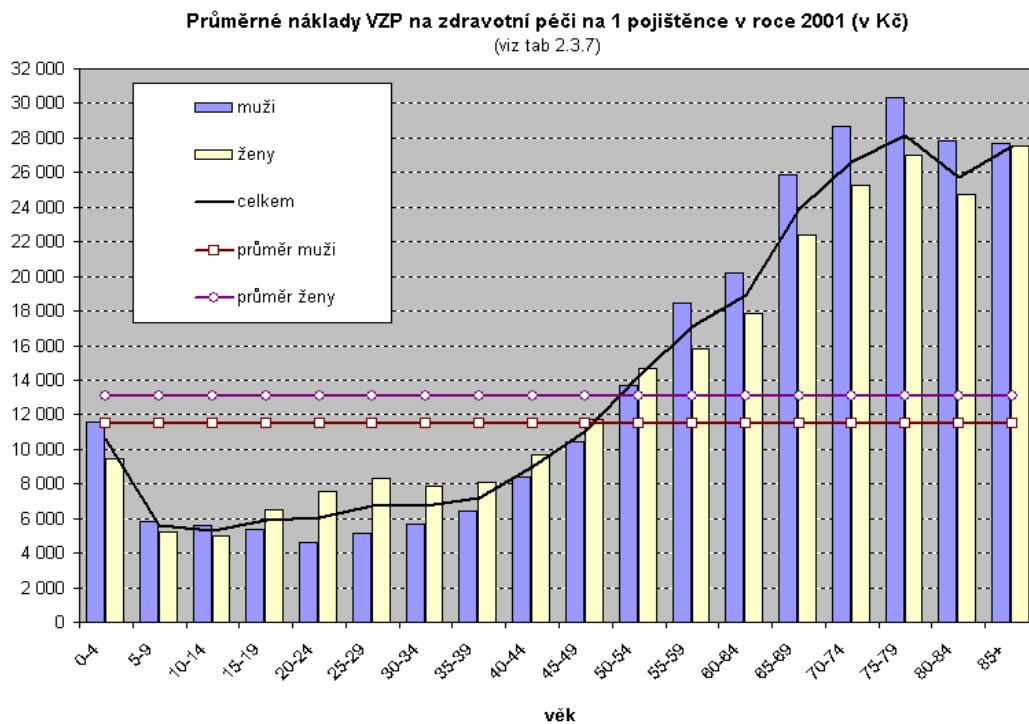


Zůstává otázkou do jaké míry lze sladit individuální hodnotu zdraví a potřebu zdravotní péče jednotlivce se společenskou hodnotou zdraví a s potřebami péče o veřejné zdraví. Současně s tím vyvstávají i otázky etické. Kde jsou hranice záchrany a prodlužování lidského života při dnešní úrovni lékařské techniky? Kde začínají finanční zábrany v léčbě jednotlivců z hlediska potřeby péče o jiné pacienty?

Z následujících grafů č.16 a 17 je patrná tendence neustále se zvyšujících se nákladů na léčbu jednotlivce.

Graf č.16: Průměrné náklady VZP na zdravotní péči na 1 pojištěnce v roce 2001

(Zdroj:VZP)



Graf č. 17: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví (Zdroj: VZP)



Jak je znázorněno v grafech a tabulkách na léky z veřejných prostředků vynakládáme několik desítek miliard korun ročně. Bohužel se nikdo nezajímá o to, zda tyto prostředky (léky) byly vynaloženy účelně a jaký prospěch vlastně přinesly. V této odpovědi je skrytá otázka účelné farmakoterapie, účinnost léků v podmínkách běžné klinické praxe, ale i v lékových interakcích.

Tabulka č.4: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči za rok 2004 (Zdroj:VZP)

Ukazatel	Celkové výdaje
➤ Výdaje státního rozpočtu, v tom:	8 591
▪ Ústavní péče	3 316
▪ Ambulantní péče	X
▪ Zvláštní zdr. zařízení a služby	1 701
▪ Zdravotnické programy	642
▪ Správa	1 631
▪ Výzkum a vývoj	734
▪ Ostatní činnosti	565
➤ Výdaje územních rozpočtů, v tom:	10 283
▪ Ústavní péče	6 749
▪ Ambulantní péče	601
▪ Zvláštní zdr. zařízení a služby	2 581
▪ Zdravotnické programy	156
▪ Správa	8
▪ Výzkum a vývoj	0
▪ Ostatní činnosti	188
➤ Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči	155 569
➤ Přímé soukromé výdaje obyvatel	20 934
➤ Výdaje úhrnem	195 377
➤ Výdaje na 1 obyvatele v Kč	19 142

2.5 Zneužívání léků

Zákon o léčivech už jednoznačně definuje pojem zneužití léčivého přípravku: zneužitím humánních léčivých přípravků se pro účely tohoto zákona rozumí trvalé nebo příležitostné, úmyslné nadměrné užívání léčivých přípravků, doprovázené škodlivými účinky na organismus, včetně psychologických.

K příčinám zneužívání léků řadíme:

- nesprávné užívání léků
- nadměrné užívání léků
- otravy léky úmyslné a neúmyslné
- zbytečné skladování léků v domácnostech
- nevhodné zacházení s nimi

V současné době stále více na významu nabývá i problematika drogových závislostí - kromě alkoholismu, nikotinismu i zneužívání omamných látek - se kterou se lékárník zejména ve větších městech setkává se zvýšenou mírou, byť jen třeba ve formě falsifikovaných receptů.

Látky zmiřující utrpení a zlepšující náladu byly známy a používány v průběhu celé historie lidstva. Znám byl jak kladný, tak i negativní účinek – návyk, při nesprávném používání nebo zneužívání. Proto byly v minulosti většinou dány do rukou omezenému množství lidí. Při používání k léčebným účelům to byli léčitelé, později lékaři, při použití k náboženským účelům to byli kněží.

Rozšířením dopravy, migrací lidí, změnou postojů a smyslu hodnot, zvyšující se dostupností došlo zejména od poloviny 19. století k velkému rozšíření omamných látek do mnoha zemí světa.

Zneužívání omamných látek vedlo nejen ke škodám na zdraví lidí, kteří toxikomanií propadli, ale i ke značným národohospodářským ztrátám. Proto se státy, které byly nejvíce postiženy důsledky hromadného používání těchto látek, různým způsobem bránily volné výrobě, obchodu a spotřebě omamných látek. (42)

K zneužívání léků ve společnosti patří také léková závislost. Lékovou závislostí se rozumí opakované užívání léčiv bez léčebné indikace, často v neúnosně vysokých dávkách. Řada látek ovinujících nervovou soustavu navozuje příjemné stavy jistoty, volnosti, sebevědomí, síly a svěžesti, potlačuje tíživé duševní stavy, navozuje příjemnou náladu. Euforizující účinky jsou stimulem opakující se touhy po dalším užití látky. Formy závislosti na droze jsou:

- **psychická závislost** – představuje zvláštní ladění psychiky, které nutí nemocného k opakovanému užívání drogy.
- **fyziická závislost** – znamená postupnou adaptaci organismu na požívanou drugu nebo její metabolity.

Drogy, které mohou vyvolat závislost:

- typ opiátový
- typ kokainový
- typ barbiturátový
- typ amfetaminový
- typ halucinogenů
- typ alkoholový
- typ inhalační

Mimo tyto hlavní typy závislostí jsou od padesátých let zcela běžné závislosti na látky, které sice nemají klinicky tak závažné důsledky a nevedou pravidelně ke vzniku toxických psychóz, jsou však velice rozšířené a jsou často užívány v různých kombinacích, zpravidla s alkoholem. Patří k nim látky jejichž zneužívání představuje určitý problém (25):

- analgetika
- anxiolytika
- některá antiparkinsonika

Anabolické steroidy jsou léky, které byly vyvinuty ke zvýšení schopnosti organismu budovat tkáňové struktury. Tato vlastnost vedla k zneužívání těchto léků ve sportu, především všude tam, kde výrazný nárůst svaloviny zvyšuje pravděpodobnost zlepšení výkonu. Zneužívání těchto umělých mužských pohlavních hormonů postihlo v určitém období bohužel i kulturistiku.

Každý lék má vedle žádoucích terapeutických účinků i dopad nežádoucí, vedlejší. Zatímco v názoru na pozitivní vliv anabolických steroidů na nárůst svalů se odborníci stále ještě nesjednotili, byly jednoznačně potvrzeny negativní vedlejší vlivy těchto látek na lidský organismus. Patří mezi ně především nebezpečí poškození jater, možnost vzniku rakoviny ledvin, jater a prostaty, atrofie varlat u mužů a maskulinizace u žen, zvýšení rizika rozvoje kardiovaskulárních chorob, zvýšená agresivita atd. hlavní nebezpečí anabolik ve sportu spočívá v tom, že jsou používána v množství vysoce převyšujícím terapeutické dávky, bez lékařského sledování a dlouhodobě.

Na nebezpečí spojené s nekontrolovaným rozšířením anabolik u sportovců upozorňovala mezinárodní kulturistická federace již před mnoha lety. Svůj nekompromisní přístup k zneužívání léků v tréninku kulturistů prokázala zavedením přísných testů při všech světových a kontinentálních mistrovstvích a při všech významných soutěžích. Stále se zvyšující přesnost testů spolu s rostoucí informovaností sportovců přispívají k očištění sportu od těchto léků. (64)

Stavy těžkých závislostí způsobují léčiva, jejichž preskripce je u nás sice přísně sledována, ale v západních zemích jsou jako výnosný zboží artikl v širokém měřítku nezákonně rozšiřována, a dostávají se stále více i na naše území.

Léková závislost představuje jeden z nejzávažnějších sociálních problémů současnosti, její důsledky pociťuje v první řadě rodina a blízké okolí postiženého, ale ve svých důsledcích celá společnost. (25)

2.6 Non-compliance

Pojem compliance pochází z angličtiny a vyjadřuje míru součinnosti pacienta s terapeutickým režimem, tedy schopnost pacienta co nejpřesněji dodržovat lékařem stanovené podmínky léčby¹⁵). Z hlediska léků to znamená dodržování dávek, intervalů mezi nimi, respektování příkazů a zákazů vztahujících se k léku. Pouze 11 % pacientů přesně dodržuje předepsaný léčebný režim. Největší část (56 %) vykazuje adekvátní compliance, což znamená, že užijí více než 80 % dávek léků. Zbývající pacienti (33 %) mají špatnou compliance, tedy užijí pouze 40 - 80 % dávek léku. Minimálně 50 % pacientů neužije dávku alespoň 1x týdně¹). (16)

COMPLIANCE vyjadřuje ochotu a schopnost pacienta přizpůsobit se terapeutickému režimu, který stanovil lékař. Každý laik si jistě dokáže představit, že dosáhnout absolutní ochoty pacienta přizpůsobit se pokynům lékaře je nemožné. Zdravotnickí odborníci by měli vědět, že existuje řada možností, jak compliance ze strany pacienta zvýšit. Přimět pacienta k úplnému dodržování pokynů lékaře je nedosažitelný cíl zvláště v případech, kdy je v souvislosti s lékařovými pokyny výrazně dotčen ve svých návycích nebo stereotypch (omezení přívodu soli, dieta u dyslipidemií jako součásti léčebného režimu) nebo v souvislosti s nežádoucími účinky léků (např. poruchy potence, ze kterých jsou podezřívána některá antihypertenziva).

Compliance se většinou udává v procentech a čím je její hodnota vyšší, tím více pacientů po dobu stanovenou lékařem (podle charakteru onemocnění) dodržuje pokyny lékaře. Zjistit, zda pacient pokyny lékaře dodržuje, či nikoli, je velmi obtížné. V kruzích osob zabývajících se klinickým hodnocením léčiv je v souvislosti s compliance léčiv dávána k lepšímu následující historka: Jeden pacient zařazený do dvojité slepé studie (při dvojité slepé studii ani pacient, ani lékař nevědí, zda pacient aktuálně užívá lék obsahující účinnou látku, nebo placebo) přichází po změně medikace k lékaři a říká: Pane doktore, ta v pořadí čtvrtá krabička léků, kterou jste mi dal minule, obsahuje jiné modré tobolky. Lékař se diví, jak mohl pacient poznat změnu, když jsou tobolky stejné barvy, mají stejnou hmotnost a bez chemické analýzy nelze nalézt rozdíly. Naléhá na pacienta, aby mu sdělil způsob, jak rozdíl zjistil. První tobolky se, když jsem je vhodil do záchodu, potopily, a ty druhé plavou a nemohu je spláchnout, řekl pacient a usmál se. Případy nedobrého compliance se tedy mohou vyskytovat i v prostředí zvýšeného dohledu nad pacientem, který je uplatňován právě při klinickém hodnocení léčiv, a v běžné terapeutické praxi jsou patrně nepoměrně častější. (16)

2.6.1 Faktory ovlivňující compliance

1. Povaha léčení – zde se projevují dva faktory

a) komplexnost dávkovacího schématu - compliance se snižuje s rostoucím počtem léků podaných za den a s dávkovacím intervalem častějším než jednou denně

Tabulka č. 5: Míra compliance ve vztahu k počtu užívaných léků (8)

Počet léků	% compliance
1	89
2	87
3	80
4	78
5	74

Tabulka č. 6: Míra compliance ve vztahu k frekvenci užívání léků (8)

Frekvence podávání	Compliance (%)
1 x denně	73
2 x denně	70
3 x denně	52
4 x denně	42

Se zvyšující se frekvencí dávkování všeobecně klesá compliance pacientů. Při dávkování jednou denně je compliance pacientů zhruba 73 %, kdežto při dávkovacím režimu třikrát denně klesá compliance pacientů asi na 52 %. Když nejčastější příčinou non-compliance je zde opomenutí dávky, neznamená redukce dávkování nutně zlepšení compliance. Při dávkovacím režimu jednou denně je naopak častým problémem předávkování, tj. užití více dávek, než je předepsáno.

b) nežádoucí účinky léků - pacient při nežádoucích účincích přeruší užívání léku, přestože prospěšnost léčby převyšuje nevýhody, může se vyskytnout i alergie na lék.

2. Typ pacienta - chyby v užívání se nejčastěji vyskytují u starých nebo osaměle žijících pacientů. Problémem jsou zejména geriatrickí pacienti vzhledem k poruchám paměti a menší péči o sebe. U dětí bývá špatná compliance důsledkem nedobré chuti a obtížného polykání léků, může být také důsledkem rozhodnutí rodičů o zdravotním stavu dítěte. Často se pacienti neztotožňují s léčbou asymptomatických chorob, jako například HT, vadí jim dlouhodobé užívání léků.

3. Charakter choroby - je nutné, aby lékař pacientovi srozumitelně vysvětlil povahu choroby a její prognózu, co očekává od léčby, včetně možných nežádoucích účinků, zda je pro něj daný lék prospěšný.

4. Lékař a lékárník – příslušníci těchto povolání, kteří nedokážou vysvětlit pacientovi nutnost léčby a léčebný režim jsou hlavní příčinou špatné compliance (17). Osobnost lékaře a lékárníka může ovlivnit nejen compliance, ale i výsledek terapie (placebo efekt).

5. Uvědomění - program samoléčení a dostatečné poučení pacienta o lécích, které užívá, přispívají ke zlepšení compliance pacienta. Vlastní zodpovědnost za užívání léků je významně vyšší, pokud pacient ví, proč lék užívá.

6. Cena – výše doplatku může ovlivnit spolupráci s lékařem.

Tabulka č.7: Compliance u vybraných lékových skupin
(16)

Farmakologická skupina	Compliance (%)
Analgetika	52
Antacida	17
Antiastmatika	46
Antibiotika	65
Antidiabetika	78
Antiglaukomatika	42
Antihypertenziva	61
Antituberkulotika	55
Sedativa	40

Pokud pacienti pokyny lékaře nedodržují, hovoříme o NON-COMPLIANCE. To má řadu příčin, jimž se budeme věnovat podrobněji. Non-compliance není jen situací, kdy pacient lék neužívá. Jedná se též o situaci, kdy pacient užívá lék v nesprávné dávce, v nesprávných dávkových intervalech nebo po nesprávně dlouhou dobu, případně kdy lék užívá spolu s léky, s nimiž vznikají nežádoucí lékové interakce. Míra non-compliance se uvádí v rozmezí 14-95 %. Liší se u jednotlivých skupin léků, a to v závislosti na charakteru léků a na tom, k léčbě kterých nemocí jsou určeny, na složitosti dávkování i délce terapie a na frekvenci a závažnosti nežádoucích účinků. (16)

Non – compliance

Opakem compliance je non-compliance, nesoučinnost. Ta znamená takové chování pacienta, které znehodnocuje léčebný proces. Je nezávislá na věku, pohlaví, úrovni vzdělání a sociální úrovni(15). S tímto problémem se setkal už Hippokrates: "Je třeba myslet i na chyby pacientů, které je nutí lhát o tom, jak dodržují to, co jim předepíšeme".

Non-compliance se může projevat tím, že pacient si buď léky v lékárně vůbec nevyzvedne, nebo po vyzvednutí léku nedodrжуje léčebný plán. Toto chování má různé příčiny. (viz tabulka níže)

Tabulka č. 8: Hlavní příčiny non-compliance (16)

PŘÍPADY	
Nerozumí návodu na použití	33,0%
Domnívá se, že je pro něj vhodnější jiná dávka	24,8%
Domnívá se, že je pro něj vhodnější jiná dávka	13,3%
Domnívá se, že jej již vyléčen	10,5%
Zapomněl lék užít	5,7%
Domnívá se, že příčinou jeho nemoci je lék	4,7%
Cítí k léku odpor	3,8%
Domnívá se, že mu lék škodí při práci	1,0%
Pacient lék ztratil či jej nemá fyzicky k dispozici	1,0%
Různé jiné příčiny	2,2%

K nejčastějším příčinám non-compliance patří nepochopení návodu na použití při současném neporozumění slovním pokynům lékaře. Třetina pacientů není schopna si pokyny zapamatovat a zároveň není schopna vlastními silami z návodu na použití pochopit správné užívání léku. Na druhou stranu je prosté zapomenutí užít lék příčinou non-compliance pouze v necelých 6 % případech.

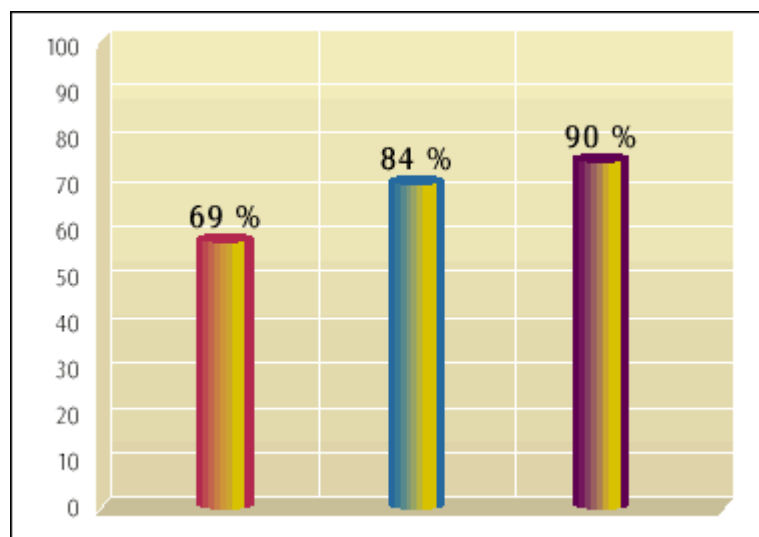
Některé příčiny uvedené v tabulce č. 7 však nemusí mít bezprostředně negativní důsledky, v některých případech si totiž pacient oprávněně může vysadit léčivo či snížit dávkování, a to na základě správné interpretace konkrétní klinické situace. S tímto tzv. inteligentním non-compliance však bohužel pacient lékaře obvykle neseznámí. (16)

Jak bylo uvedeno výše, non-compliance pacienta ovlivňuje řada faktorů, které souvisí s vlastnostmi léků a s charakterem onemocnění. K nejvýznamnějším faktorům patří:

- **délka terapie** - compliance u dlouhodobé, chronické terapie postupně klesá, uvádí se, že po dvou letech léčby dosahuje 65 % původní hodnoty a po třech letech dále klesá na pouhých 35 %;
- **frekvence dávkování** - compliance je ovlivněno frekvencí dávkování jak u léků užívaných jen krátkodobě (např. u antibiotik), tak především u léků užívaných dlouhodobě (např. u antihypertenziv);

- **základní onemocnění** - obecně platí pravidlo, že compliance je vysoké u nemocí se symptomatologií pro pacienta nepříjemnou (bolest, akutní dušnost, těžký obtěžující kašel a další) a menší u asymptomatických nemocí, jako je mírná hypertenze nebo dyslipidémie;
- **účinná látka a její profil nežádoucích účinků** - compliance při krátkodobém a především dlouhodobém podávání prudce klesá u léků, které mají nepříznivé nežádoucí účinky; pacient přitom tyto nežádoucí účinky ne vždy lékaři přizná (např. poruchy potence po podávání b-blokátorů) a raději lék neužívá;
- **lékové formy** - compliance je velmi různá podle složitosti aplikace lékové formy; ve Velké Británii bylo např. zjištěno, že kolem 50 % pacientů špatně inhaluje inhalační kortikosteroidy a přes intenzivní výcvik se přes 15 % pacientů technice inhalace nenaučí; je nezbytné vždy pacientovi pečlivě vysvětlit, o jakou se jedná lékovou formu, aby její použití bylo správné ? jsou známy případy, kdy si pacientky zaváděly venofarmaka vaginálně, protože byla tato léčiva předepsána gynekologem;
- **předání a vysvětlení pokynů pro užívání** - je jedním z klíčových faktorů pro dobré compliance, který je primárně v kompetenci lékaře a na kterém se výrazně podílí lékárník při výdeji léků (nebo v zahraničí v rámci patientských lékových záznamů).

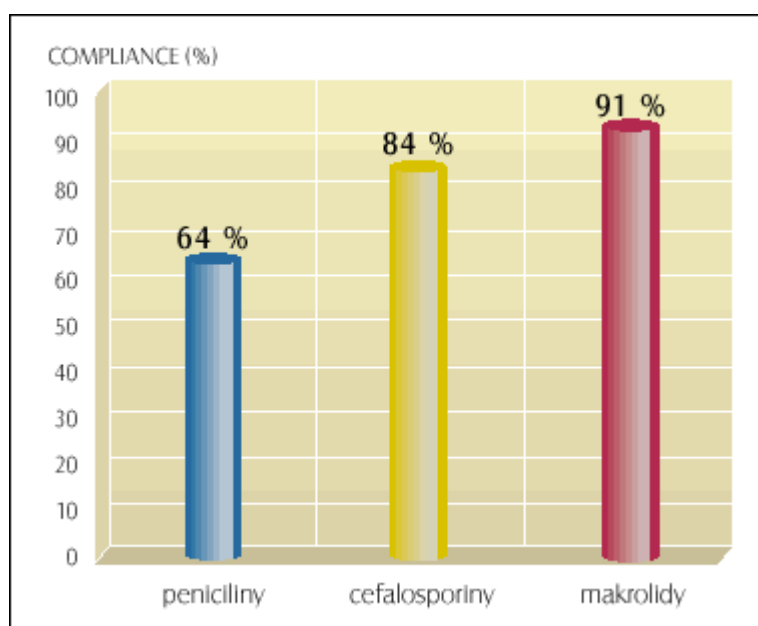
Graf č.18: Compliance antibiotik při podávání v různých dávkových intervalech (16)



Specifické compliance je u dětských pacientů a u starých osob. U dětí je compliance obvykle velmi vysoké, což je dáno snahou rodičů buď podávat lék přímo, nebo (u starších dětí) alespoň výrazně na správné a pravidelné užívání léků dohlížet a kontrolovat je. Je třeba mít na paměti, že informace o správném užívání léku musí směřovat primárně dítěti, a to proto, aby se u něho mohl vyvinout smysl pro zodpovědnost za vlastní zdraví. To platí především u dětí školního věku, u dětí předškolního věku bude role rodičů patrně vždy dominantní. (16)

U starých lidí obvykle převažuje dlouhodobé podávání léků nad krátkodobým. Obvyklé je též užívání několika léků, které mohou být podávány v různých dávkových intervalech nebo v různou denní dobu. Compliance u starých lidí může být zhoršena jejich zapomnětlivostí nebo zmateností, dále skutečností, že užívají více léků a že schéma jejich užívání je ve své podstatě velmi složité, a konečně různým fyzickým a případně i smyslovým omezením (např. špatná pohyblivost, třes rukou, zhoršení zraku apod.). Z tohoto důvodu je třeba ke starým lidem přistupovat velmi citlivě a vhodným způsobem a pro ně přijatelnou cestou se pokusit jim čas od času zopakovat celé schéma léčby, dávkování léků a další informace, které je zajímají. Vzhledem k tomu, že staří lidé mají více času, více využívají tištěné materiály, které si doma v klidu pečlivě pročítají. (16)

Graf č.19: Compliance různých skupin antibiotik charakterizovaných především mírou a závažností nežádoucích účinků (16)



Role lékárníka jako experta v lékové oblasti by měla mimo jiné spočívat v systematickém zvyšování compliance pacientů. K tomuto účelu může lékárník využít svých velmi dobrých odborných znalostí v oblasti účinků a nežádoucích účinků léků, lékových interakcí a interakcí léků s potravou. (16)

Ústní informace pak může lékárník ve vhodných případech doplnit informacemi tištěnými. V individuálních případech pak může poskytnout pacientovi osobní konzultace, jejichž cílem by mělo být optimalizovat farmakoterapii, pokud např. pacient užívá více než 4-5 léků. Lékárník by se mohl stát jedinou osobou, u níž se sbíhají informace o farmakoterapii (nikoli jen léků na recept, ale i volně prodejných). (16)

Je poměrně málo známo, že v České republice v 65-67 % případů předepisuje léky pacientovi jeden lékař (a to obvykle jeho praktický lékař), v 19-23 % předepisují léky dva lékaři, ve 2-4 % tři lékaři a v 1-2 % čtyři a více lékařů. V zahraničí napomáhají lékárníkům řešit otázky spojené s farmakoterapií tzv. patientské lékové záznamy. (16)

Pacient (obvykle dobrovolně) dochází do lékárny, kterou si svobodně vybral, a léky na předpis nebo volně prodejné jsou mu zaznamenávány do jeho osobních záznamů. Lze pak snadněji odhalit možné lékové interakce, snadno lze i sledovat, zda předepsané množství léků odpovídá dávce určené lékařem, z čehož lze mimo jiné odvodit compliance pacienta.

2.6.2 Metody pro zlepšení compliance

1. Podání léků lékařem, sestrou nebo jinou osobou - výrazně zvyšuje compliance. Je ovšem možné jen při hospitalizaci, nebo v případě depotních přípravků.

2. Zjednodušení dávkovacího schématu - lze toho dosáhnout snížením počtu podávaných léků nebo sníženou frekvencí podávání. Počet léků lze zredukovat zvolením kombinace obsažené v jedné tabletě. Snížení frekvence podávání léků dosáhneme výběrem léků s delším biologickým poločasem a s pomalým řízeným uvolňováním. Optimální je dávkování jednou denně.

3. Výchova pacienta - není často používaná, protože je časově náročná. Pacient s asymptomatickou HT bude mít pochopitelně lepší compliance, pokud mu bude dobře a podrobně vysvětlena léčba a možná rizika, než pokud pouze obdrží předpis.

2.7. Zdravotní uvědomění a výchova pacientů

Zdravotní výchovou rozumíme rozvoj a posilování pozitivního zdraví směřující k upevnění odolnosti a ke zdokonalování zdraví jednotlivce i společnosti. Jde o mnohostrannou vzdělávací a výchovnou činnost zaměřenou na utváření uvědomělého a odpovědného jednání člověka se zřetelem na podporu, zachování, popřípadě opětovné získávání zdraví a pracovní výkonnosti.

Zdravotní výchova ovlivňuje znalosti, postoje, přesvědčení, motivaci a chování člověka z hlediska zdraví a nemoci, a je jak součástí celkového vzdělání a výchovy člověka, tak i součástí příslušného systému zdravotní péče (51).

Na péči o své zdraví se mohou lidé podílet těmito aktivitami:

- ochranou a posilováním vlastního zdraví
- sebepéčí a pečovatelstvím v rodinách
- účastí ve svépomocných a charitativních organizacích (např. Červený kříž)
- uplatňováním svých zájmů v oblasti zdravotní péče prostřednictvím zastupitelských orgánů
- péčí o životní prostředí
- dodržováním zásad bezpečnosti při práci, rekreaci i sportu
- respektováním doporučení lékařů

Zdravotní výchova vyjadřuje především preventivní pohled na péči o zdraví a představuje systematický výchovný proces, který se musí stát součástí každého zdravotnického výkonu.

Mezinárodní konference o zdravotní výchově pořádaná v Ottawě v roce 1986 pod záštitou Světové zdravotnické organizace definovala zdravotní výchovu jako proces činností, jejichž výsledkem jsou uvědomění odpovědní lidé, podílející se na vzrůstu kontroly a zlepšení zdraví jednotlivce i společnosti. Všeobecně je cílem zdravotní výchovy přesvědčit lidi k dodržování zásad zdravého způsobu života, k uvážlivému a rozumnému užití zdravotnických služeb, které mají k dispozici, a ke zlepšení zdravotního stavu a životního i pracovního prostředí. (51)

Metody zdravotní výchovy

Metoda znamená cestu, záměrný postup, způsob, jak splnit stanovenou úlohu a dosáhnout vytýčený cíl. Ve zdravotní výchově je to promyšlený a cílevědomý postup při ovlivňování obyvatelstva, vedoucí k osvojení správných zdravotních postojů a návyků. Metody zdravotní výchovy lze dělit dle způsobu přenosu informací nebo podle působení na jednotlivé signální soustavy. Rozhodující kritéria jsou přitom druh a způsob komunikace a stupeň aktivity "předávajícího popř. přijímacího". Dle toho se ve zdravotní výchově uplatňují:

- metody individuálního působení
- metody skupinového působení
- metody masové komunikace.

Druhé dělení (dle signálních soustav) představuje :

- metody mluveného slova
- metody tištěného slova
- metody názorné
- metody kombinované (51).

Nejefektivnější se jeví kombinace různých metod, např. individuální zdravotní výchova by měla navazovat na informace šířené hromadnými sdělovacími prostředky; každé zdravotně výchovné působení by mělo být určeno dané kulturní skupině obyvatelstva. Nejčastější je rozlišování cílových skupin:

dle věku:

- děti
- dospělá populace
- staří lidé

dle zdravotního stavu

- zdraví
- rizikovní
- nemocní

dle specifických zdravotně výchovných potřeb

- ženy,
- těhotné ženy apod. (51).

Individuální zdravotně výchovná činnost

Individuální zdravotně výchovná činnost je neanonymní interakce mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Jde o konkrétní působení na pacienta s konkrétním zdravotním stavem s konkrétní individuální reakcí na podnět poruchy zdraví či nemoci. Tato forma zdravotní výchovy umožňuje reagovat bezprostředně.

Náplní je systematické vedení člověka k ochraně zdraví, zejména ve formě odborné rady nebo doporučení, které zdravotník dává. Hlavní váhu má mluvené slovo a způsob jednání (16). Z hlediska psychologie dbáme nejen na úroveň verbální komunikace, ale také na neverbální (i ta je často přínosem pro získání důvěry pacienta).

V interakci pacient - zdravotník (lékař nebo farmaceut) do popředí vystupuje především znalost zdravotního stavu pacienta, taktický a psychologický přístup k lidem a snaha získat potřebnou spolupráci pacienta (51).

K hlavním metodám individuálního působení na pacienta, využitelných i při práci farmaceuta v lékárně, **patří:**

- ◆ **individuální pohovor**, při kterém dochází k přímému kontaktu mezi osobou, která informace poskytuje a osobou, která je přijímá. Slouží k předání potřebných rad a doporučení; má informativní, stimulační a instruktivní charakter.

- ◆ **individuálně zdravotně výchovná instruktáž**, která slouží ke zprostředkování informací instruktivního charakteru, např. instruktáž při podávání inhalačních léků (ještě stále mnohdy lékařem opomenutá), v širším slova smyslu např. poučení při bezpečnosti práce na pracovišti.

- ◆ **zdravotně výchovná konzultace**, představující přímý mezilidský kontakt mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Slouží ke sdělení doporučení pro zdravý životní styl a pro primární a sekundární prevenci nemoci. Obsahuje pokyny týkající se zdravotně správného chování, zacházení s různými pomůckami pro péči o nemocného, s léky atd. Konzultace je možno doplnit i vhodným tištěným zdravotně výchovným materiálem, viz dále

- ◆ **zdravotně výchovná telefonní služba**, představující nepřímý anonymní kontakt mezi osobou poskytující informace a příjemcem. Slouží k předávání rad nebo informací o určitých problémech zdravého způsobu života, např. Růžová linka napomáhající anonymně ženám při samovyšetření prsu, nebo např. Linka důvěry, Bílý kruh bezpečí pro vyžádání si rady v situacích ohrožení života, či linka Život bez únavy pro pacienty trpícími nádorovým onemocněním a s ním spojenou únavou i anemií,....

- ◆ **osobní zdravotně výchovná korespondence**, představující odpovědi odborníka na písemně předložené otázky tazatele, většinou v rámci dané rubriky určitého hromadně sdělovacího prostředku - časopisu, radia či televize (51), dnes i nového prostředníka - internetu, např. osobní dopisový kurz hubnutí na adrese www.zhubnu.cz.

Skupinová zdravotně výchovná činnost

Skupinová zdravotně výchovná činnost představuje rozdílné zdravotně výchovné působení na skupiny různého věku, pohlaví a povolání. Účinnost této metody závisí na stejnorodosti zájmů příslušné skupiny (těhotné ženy, matky dětí určitého věku, důchodci atd.) a na zpětné vazbě skupiny ke zdravotně výchovnému pracovníku. Tato metoda se hojně užívá při praktickém školení, např. v péči o dítě, v péči o nemocné spolu s množstvím názorných i tištěných pomůcek.

V rámci této metody se používá převážně jednostranných způsobů přenosů informací - přednáška, referát, praktická výuka apod. nebo metod střídavé komunikace mezi přednášejícím a posluchači - skupinová diskuse, kvíz, diskuse u kulatého stolu. Účastníci mohou být také aktivními partnery při cvičení k ovládnutí praktických dovedností - první pomoc, těhotenský tělocvik atd. Cílem těchto setkání je předat zdravotnické informace z určitého tématického okruhu a vypěstovat u posluchačů pro ně praktické dovednosti (6,51).

Pracovníkům ve zdravotní výchově jsou určeny metodické a podkladové materiály; široké veřejnosti pak:

- ≈ brožury o zdravotní výchově - tiskoviny určené pro hromadnou propagaci, kde populární formou osvětlují otázky ochrany a upevňování zdraví
- ≈ pokyny pro nemocné obsahující konkrétní rady a pokyny pro konkrétní skupinu nemocných, kde nemocný je informován o původu, příznacích a léčení dané nemoci i o zásadách správné životosprávy, popř. daných dietních opatřeních
- ≈ vstupní instruktáže určené pro nově přijímané pracovníky zejména na riziková pracoviště, např. s radiačním zářením
- ≈ hygienická minima pro školení pracovníků jednotlivých odvětví, např. hygienický řád v lékárnách
- ≈ letáky určené pro hromadnou propagaci informačního i výchovného rázu obsahující monotematický text o 2 - 8 stranách
- ≈ zdravotnické heslo, jehož stručný text vyjadřuje jednou, dvěma větami poučení, příkaz nebo zákaz, např. "Moderní je nekouřit"

- bleskovka - stručný, jasný heslovitý leták nebo vývěska doplněná výraznou karikaturou (51)

- malé formy zdravotní výchovy - prostředky rychlé názorné zdravotně výchovné informace, např. hygienické rady na nálepkách, zápalkových krabičkách, kalendářích, záložkách, obalovém materiálu apod.

- zdravotnické časopisy, periodika informující o otázkách ochrany zdraví, např. Zdraví, Zdravý život (51) dnes Moje zdraví)

2.7.1 Role farmaceuta ve zdravotní výchově

Oblasti zdravotně výchovné činnosti farmaceuta

Jednotlivá témata odborné profesionální zdravotně výchovné činnosti farmaceuta v lékárně lze vyčlenit do několika skupin. Bezesporu na prvním, velmi významném místě stojí jeho výdejní – dispenzační činnost – farmaceutická péče a v jejím rámci poskytnuté informace. Jedná se o informace o přesném způsobu užití léku, o eventuálních vedlejších účincích, interakcích s jinými léky, interakcích s potravou, případně o způsobu uchování v domácích podmínkách. Předpokládá se i odborná a erudovaná schopnost rady v oblasti samoléčení, tj. vyjma předešlých doporučení i informace o nesprávném užití léků, nadměrném užívání léků. Otravách úmyslných i neúmyslných, zbytečném skladování léků a nevhodném zacházení s nimi (6).

K neméně důležitým tématům zdravotně výchovné práce farmaceuta patří i propagace jeho oboru - farmacie, kam lze zařadit např. snahu o zvýšení prestiže a zdůraznění poslání farmacie, propagaci lékáren jako jediného možného zdravotnického zařízení sloužícího k přípravě a výdeji léků (zvláště při diskutování otázky prodeje léků i mimo lékárny), šíření informací o farmaceutické výrobě, kontrole a výzkumu nových léků (6, 52).

Na prvním nezastupitelném místě všech těchto snah a úkolů stojí farmaceut - lékárník.

Při zachování všech úloh a poslání lékárníka, jako je vykonávání svého povolání profesionálním a etickým způsobem, napomáhání racionálnímu užití léku, poskytování primární zdravotní péče, využívání řídicí, organizační, informační a výzkumné zkušenosti, příprava léků, je svým významem na jednom z předních míst dispenzování léků a farmaceutická péče. (6)

Skupina expertů SZO v roce 1995 definovala cíl a potřebu tzv. zodpovědného samoléčení v následujících čtyřech bodech:

- pomáhat při prevenci a léčbě symptomů a poruch zdraví, které si nevyžadují konzultaci s lékařem
- snížit rostoucí tlak na lékařskou péči při řešení drobných zdravotních těžkostí, především když finanční i lidské zdroje jsou limitované
- zvýšit dostupnost zdravotní péče v okrajových oblastech, kde je z různých příčin komplikované
- umožnit pacientům starat se o své zdraví, a to u lehčích a krátkodobých poruch zdraví (46)

Jednání SZO v Jakartě jako první přineslo vizi obrazu zdravotní výchovy ve dvacátém prvním století. Zhodnocení obrazu začleňování zdravotní výchovy v celosvětovém měřítku; provedení revize, vymezení a popsání nových strategií v dosažení úspěchu zdravotní výchovy, poskytnutí vizí budoucích požadovaných scénářů světového zdraví, vytvoření partnerských vztahů a spolupráce v ulehčení dosažení požadovaných vytčených cílů - to vše bylo předmětem daného jednání. Zdravotní výchova byla označena za velmi výhodnou investici do budoucna. Mezi hlavní priority zdravotní výchovy ve 21. století byly zařazeny:

- podpora společné zodpovědnosti za zdraví
- vzrůst investic do zdravotnického výzkumu
- upevnění a rozšíření spolupráce v oblasti zdravotní výchovy
- vzrůst počtu a povzbuzení aktivit organizací i jednotlivců při podpoře zdraví
- zajištění infrastruktury - systému základů zdravotní výchovy. (32)

K tomu, aby pacient dodržoval pokyny vztahující se k léčbě jeho onemocnění, je samozřejmě nejprve potřeba mu je sdělit. Výrobce léku to činí pomocí piktogramů na krabičkách a příbalových letáků, lékař vysvětlí podstatu onemocnění a rozeptá dávkování. Úkolem lékárníka je zajistit, aby pacient odcházel z lékárny se znalostmi, jak s lékem nakládat. Je třeba také rozeznat, jak informace správně podat. Z tohoto hlediska jsou problémovými skupinami starší lidé (selhávající paměť, velký počet užívaných léků) a chroničtí pacienti, považující své znalosti za dostatečné a další informace o užívání léku za zbytečné - právě tato skupina však vykazuje nejvíce chyb v dávkování.

Je evidentní, že role lékárníka v edukaci pacienta a podpoře compliance je naprosto zásadní, neboť právě on je vysokoškolsky vzdělán v tomto oboru a má nejvíce komplexních informací o léku, jeho účinku, vhodném dávkování, interakcích s ostatními léčivými a nežádoucích účincích terapie.

Mezi občany je samozřejmě stále hodně těch, kteří nechtějí nic vědět, nechají sebou pasivně cloumat po labyrintu zdravotnických zařízení a svoji návštěvu u lékaře začínají a končí větou – „Jak řeknete vy, pane doktore“. Často je za to nemine sladká odměna v podobě receptu a vidiny další návštěvy, která rozhodně nebude poslední v daném roce. V lékárně jsou často titíž lidé schopni smlouvat o korunový doplatek na lék s prokázaným farmakologickým účinkem, aby pak utratili velké peníze za žraločí chrupavky a podobné nesmysly, jejichž účinek je nulový. Nezajímají se, a proto nevědí. (5)

Ve složité problematice volně prodejných léků má esenciální význam chování pacienta. Podnětem pro potřebu konzumace léku je vznik chorobného symptomu, což otvírá rozhodovací proces, ve kterém hraje důležitou úlohu osobnostní struktura individua spolu s jeho osobní zkušeností. Tento rozhodovací proces je úzce spjat s potřebou informací a jejich zdrojů institucionalizovaných do konkrétního subjektu (lékař, lékárník, známí, příbuzní, média, reklamy,...). Z doposud publikovaných výsledků analýzy struktury komponentů samoléčení vyplývá, že informovanost pacienta o léku je předpokladem jeho aktivní účasti na léčbě, a naopak, neostatečná informovanost má značný podíl na neochotě spolupracovat během léčby. (3)

Právě lékárník může svými postoji významně přispívat ke spolupráci s nemocným, protože jeho nespornou výhodou je skutečnost, že jej nemocný může snadno a kdykoliv vyhledat a je také na samém konci procesu spojeného s preskripcí a vydáním léčivého přípravku do rukou nemocného, a často je tak poslední zdravotnickým profesionálem, se kterým nemocný přijde do kontaktu těsně před prvním nebo před dalším užitím léku. Je třeba zdůraznit, že vedení a výchova nemocných k náležitému užívání předepsaných léčivých přípravků jsou nezbytnou součástí úlohy lékárníka – konzultanta. Potřebu poradenství poskytovaného lékárníkem zdůrazňuje studie, která dokumentuje, že nemocní zapomínají až na polovinu předchozích doporučení sdělovaných lékařem během 5 minut po opuštění ordinace. (16)

Právě způsob předání informací nabývá pro práci lékárníka stále většího významu. Lékárník by měl volit srozumitelná slova, podávat stejné informace slovem mluveným, tak psaným, čitelným a přiměřeně velkým písmem v jazyce nemocného. Opakování poskytnuté informace umožní pacientovi, aby si ji zapamatoval. Položením vhodných otázek by se měl lékárník ujistit, že nemocný radám a informacím porozuměl.

Při výdeji léků by měl lékárník navázat s nemocným kontakt. Měl by zdůraznit důležitost léčby, vysvětlit, proč je compliance významná pro samotný průběh terapie, eventuelně demonstrovat aplikaci lékové formy a její použití. (8)

Vůbec nejdůležitější jsou ovšem základy – individuální vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Odkud je třeba začít? Snad se nejprve vrátit ke kořenům. K umění lékaře, ale také farmaceuta – komunikovat s pacientem, přemýšlet v souvislostech, vidět celého člověka a nejenom jeho diagnózu, nebo dokonce tělesnou část, jenže to nestačí.

Nový model partnerství předpokládá vzájemné uznání kvalit, někdy se také mluví o uznání kompetencí. Na straně zdravotníka je odbornost, je to expert na diagnózu, léčbu, lék (nebo třeba ošetrovatelské techniky). Také pacient může být expertem. Je to přeci ten nejlepší znalec svého konkrétního a nezaměnitelného těla, své životní historie, své duše (podobně jako jsou rodiče experty na své děti a tedy partnerem například pro pediatrii). Samozřejmě to platí, pokud pacient je vnímavý a všímavý. (28)

Jednou z hlavních povinností lékárníka je poskytnout pacientovi náležitou informaci, která nabývá na významu zejména v případě léků vázaných na lékařský předpis. Pro léčbu je velmi důležité správné užívání, tzn. dávkování, doba užití, podpůrná opatření – stravovací režim, případné vedlejší účinky (např. závratě), nebo možné interakce, bere-li pacient ještě jiné léky. A právě lékárník je odborníkem se znalostmi účinku léků na pacienta. Zahraniční výrobci jsou povinni dodávat léky s příbalovým letákem tištěným v českém jazyce. To však neznamená, že informace musejí být pacientům naprosto srozumitelné. Zejména ty, které se týkají léků vázaných na recept, jsou totiž určeny lékařům. Mnoho občanů se v posledních letech rozhoduje pro samoléčení (místo návštěvy lékaře s perspektivou pracovní neschopnosti), v přesvědčení, že své zdravotní problémy zvládnou pomocí volně prodejných přípravků. **Trend samoléčení ve světě sílí.**

Samoléčení v současnosti je možné definovat různými způsoby. Samoléčením rozumíme léčení lehkých zdravotních potíží prostřednictvím volně dostupných léků, tzn. takových léků, které jsou dostupné bez lékařského předpisu a jejichž výběru nepředcházela návštěva u lékaře.

Samoléčení znamená péči vybranou jedincem bez asistence osob s profesionálním zájmem, jakými jsou lékaři nebo různí léčitelé. To znamená, že pacient se dostává do role, kdy on sám rozhoduje o své léčbě. Ve všech definicích samoléčby se jako základní okruhy uvádějí:

- podpora, upevnění zdraví,
- prevence onemocnění,
- léčba lehčích onemocnění a poranění,
- léčba chronických onemocnění a rehabilitaci.

Do samoléčení v širším slova smyslu je nutné vedle registrovaných léků a parafarmaceutik zařadit domácí prostředky či různé způsoby alternativní medicíny a farmacie.

Nejdůležitější formou samoléčení je užití volně prodejných léků. Volně prodejné léky definuje vyhláška MZD ČR č.43/1987 Sb. takto „Volně prodejná léčiva jsou ta, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis“. Pro upřesnění je nutné dodat, že následující termíny lze v dnešní době chápat jako synonyma:

- léky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis
- volně prodejné léky
- non prescription (13)

Jednou z nejdůležitějších podmínek účelného a bezpečného užívání volně prodejných léků je dostatečná informovanost jejich uživatelů. Předpokládá se, že právě farmaceut se stane klíčovým poradcem pro samoléčení a volně prodejné léky. To vše klade nároky na odborné znalosti lékárníka, který by měl být schopen poradit, nejen pokud se jedná o vlastní farmakoterapii, ale také rozhodnout, kdy je nezbytná konzultace pacienta s lékařem. To znamená, že se u farmaceuta očekává znalost symptomů u vybraných standardních otázek, podle nichž by měl lékárník postupovat u konkrétních symptomů. I v České republice mají již lékárníci k dispozici příručky, kde lze získat základní informace o jednotlivých onemocněních. (13)

V současnosti jsou farmaceutům k dispozici mnohé publikace, které uvádějí konkrétní postupy ve vztahu k jednotlivým symptomům. Takže se lékárník zcela bezpečně může podle nich řídit, i když je samozřejmě třeba přihlížet i k individuálním potřebám jednotlivých pacientů.

Na pacienta je třeba pohlížet komplexně, nejen jako na nemocného člověka, ale především jako na osobnost, která má svůj názor, pocity, požadavky, včetně psychické stránky člověka. Z tohoto pohledu nikdy nebude možné „rozdělit“ populaci na ty, kdo musejí použít samoléčení, a na ty, kteří nikoliv. Do budoucna bude v samoléčení přiřčena velká úloha samotnému pacientovi, a to zejména takovému, který je schopen být vzděláván a je ochoten spolupracovat. Tento typ pacienta jistě snadno pochopí, že samoléčení má své místo v jeho léčbě, přičemž se však jedná o místo, které je ohraničené. (13)

Proto musí v lékárnách hrát dominantní úlohu principy odborné, humánní a etické nad aspekty komerčními, a to z hlediska personálního i sortimentu.

Právě lékárník se svými erudovanými schopnostmi je ten, kdo rozhodne (po posouzení symptomů onemocnění, jejich délky trvání, intenzity apod.), kdy je nezbytná konzultace pacienta s lékařem či je vhodná samoléčby. A právě on je do jisté míry schopen snížit hlavní rizika a nevýhody samoléčení (předávkování, nevhodná či nesprávná aplikace léku, maskování závažného onemocnění, interakce, nadbytečné či zbytečné užívání léku). Uvádí se, že odchází-li klient nespokojen, hovoří o tom v průměru s dalšími dvanácti lidmi. Je-li spokojen, nemluví o tom s nikým. (13)

Žijeme v rozvinuté společnosti, pro kterou lék není zbožím a ve které zdraví jedince není osobní, ale společenskou hodnotou. Pod tímto dojmem je nutno nazírat i na podání léků nemocným. Musíme rozhodně odmítnout uspěchaný, šablonovitý a mechanický postup při výdeji léků, odsoudit nezúčastněnost a neosobní chování expedientů a záměrně s pocitem hluboké odpovědnosti vůči společnosti, kterou formujeme a pro kterou pracujeme, dát vzniknout takovému promyšlenému kontaktu lékárníka s pacienty, který v sobě obsahuje ony vzpomenuuté nezměřitelné a nezvažitelné, avšak pro dokreslení a doplnění léčby jednotlivce důležité prvky. (39)

Na způsobu použití léků spočívá jejich společenská užitečnost, která se pak projevuje nejen v návratnosti pacientů do pracovního procesu, ale i na hospodárnosti manipulace s léky vůbec. A v tomto ohledu pak může lékárník sehrát mimořádně dobrou úlohu. (39)

Z předešlých podnětů lze tedy říci, že zdravotní výchovu je možno chápat jako komplex aktivit směřujících k soustavnému zvyšování zdravotního uvědomění obyvatelstva se snahou vyvinout v lidech smysl pro odpovědnost za vlastní zdraví a zdraví společnosti, rozvoj osobních schopností a znalostí a zpětnou vazbu při poskytování zdravotnických služeb.

Cílem zdravotně výchovné činnosti jsou uvědomělí, aktivně činní, duševně i fyzicky výkonní, zdraví a kulturní lidé, kteří přijali a dodržují zásady zdravého způsobu života, kteří uváženě užívají zdravotnických služeb a sami se snaží zlepšit svůj zdravotní stav (51).

Právě farmacie, jejíž veškerá činnost, a to vědecká i praktická, je zaměřena na léčiva, má ve zdravotní výchově prioritní postavení. Zdravotní výchova představuje systematický výchovný proces, který se musí stát součástí každého příslušného odborného zdravotnického výkonu, který se dotýká člověka.

Na základě předchozích informací lze tedy farmaceutickou péči definovat i jako zodpovědné sledování terapie lékárníkem s cílem dosáhnout terapeutické výsledky zlepšující kvalitu života pacienta. (44)

3. METODICKÁ ČÁST

3.1. Údaje o sledované lékárně

Sledovaná lékárna se nachází v centru města, ve kterém žije 28 920 obyvatel (údaj k 31.12.2005). Je umístěná ve dvou podlažích jednopatrového domu a je lékárnou základního typu. V přízemí se nachází oddělení pro výdej léků na předpis a volně prodejné léky, laboratoř, sklad léků, expediční místnost, sociální zařízení a místnost uklízečky. V mezipatří je kancelář majitele lékárny. V patře je velká denní místnost, šatna, sociální zařízení + sprcha, kancelář zástupce vedoucího lékárny. Budova je podsklepená, ve sklepě se nachází chladicí boxy k uskladnění léků.

Majitelem lékárny je fyzická osoba – lékárník. Lékárna má 10 zaměstnanců, z toho 5 lékárníků, 3 laborantky, 1 sanitářka a 1 uklízečka. Lékárna má další výdejnu léků sídlící v jiném okrese.

Ve sledované lékárně za pomoci programu Penium bylo možné zjistit potřebné údaje. Z databáze archivovaných dat byla zjištěna celková suma za léky vydané na recept, dále částka, kterou hradila zdravotní pojišťovna a rozdíl byl doplatek, který v hotovosti uhradil pacient.

Měsíční obrat lékárny v roce 2005 činil cca 3 000 000,- Kč, z toho na recepty 2 300 000,- Kč, doplatky 370 000,- Kč (tj.13,9%).

Také podkladem pro vyhodnocení počtu receptů za den byla databáze expedovaných receptů v dané lékárně za sledované období. (viz příloha č.4,5,6)

Průměrný počet receptů za měsíc je cca 5 500, dále 220 poukazů na ZP, 10 žádanek lékařů. Průměrná cena jednoho receptu je cca 490,-Kč. Průměrná cena jednoho poukazu je 676,- Kč.

Ve městě je vedle sledované lékárny dalších 7 lékáren, z nich je jedna lékárna zásobující nemocnici.

Ze zdravotnických zařízení je ve městě nemocnice s poliklinikou, včetně plicní léčebny a dále existuje síť soukromých ordinací, které pokrývají zdravotnickou péči obyvatel, tvoří je:

- 9 obvodních lékařů
- 7 pediatrů
- 2 internisté
- 2 neurologové
- 1 neurochirurg
- 2 psychiatři
- 2 diabetologové
- 2 dermatologové
- 3 alergologové
- 3 gastroenterologové
- 2 proktologové
- 2 endokrinologové
- 2 nefrologové
- 2 ORL
- 3 plicní TRN
- 10 zubařů
- 6 gynekologů
- 3 ortopedi
- 1 homeopat

3.2 Způsob sledování léků vrácených ke zničení

Úkolem mé práce bylo provést průzkum o nepoužitých lécích vrácených do lékárny, analyzovaný materiál tvoří léky vrácené do sledované lékárny za období tří měsíců, září – listopad 2005. Orientační průzkum byl proveden formou zapisování vrácených léků do karet podle ATC skupin. Otázky, které se týkaly druhů a počtu vrácených léků jsem později doplnila o potřebné údaje pomocí AISLIPu a databáze sledované lékárny.

Na každé kartě bylo uvedeno:

- ❖ název léčiva
- ❖ je-li léčivo vázáno na recept, nebo je-li volně prodejné
- ❖ počet balení
- ❖ byl-li lék vrácen v originálním balení
- ❖ načaté balení
- ❖ nenačaté balení
- ❖ šarže
- ❖ expirace
- ❖ cena
- ❖ důvod vrácení

Každou ATC skupinu léků jsem rozdělila do podskupin podle kritéria největšího procentuálního zastoupení počtu vrácených léků. Pro přehlednost jsou data zpracována do tabulek.

Další hodnocení získaných údajů bylo zaměřeno na hodnocení počtu a druhů vrácených léků v podskupinách. Byla vybrána nejvíce početně zastoupená podskupina vrácených léků – skupina C (kardiovaskulární systém). Data jsou zpracována do tabulky.

Cílem dalšího hodnocení nespotřebovaných léků vrácených do lékárny bylo zjistit, v jakých lékových formách byly tyto léky vráceny. Do této části orientačního průzkumu byla zahrnuta všechna léčiva vrácena do lékárny za sledované období. Data jsou uvedena v tabulce.

Informace pro tabulky jednání lidí ve vztahu k lékům (compliance) jsem získala formou rozhovoru s respondenty ve sledované lékárně poté, co odevzdali nepoužitá léčiva. Dotázaných bylo 102 osob, většinou žen.

Účastníci dialogového průzkumu byli obyvatelé daného města nebo blízkého okolí. Respondenti byli informováni o tom, že studia budou použita na zlepšení využití léčiv ve společnosti. Rozhovor se prováděl anonymně bez uvedení osobních údajů respondenta.

Cíleným rozhovorem bylo zjištěno:

- důvod vrácení léků do lékárny
- zda využívali všechny léky předepsané lékařem
- jak často pacient vrací nepoužité léky do lékárny
- z jakých zdrojů se dozvěděl o možnosti vrácení léků do lékárny (a ne vyhodit je do odpadkového koše)

Během měsíce listopadu 2005 ve sledované lékárně byl proveden orientační průzkum, jehož cílem bylo zjistit proč pacienti odmítají převzít předepsané léky. Průzkum se uskutečnil formou dotazu na výše uvedenou otázku poté, co pacient odmítl předepsaný lék převzít. Všechny údaje byly zpracovány do poznámkového bloku, kde se uvádělo:

- název odmítnutého léku
- cena
- doplatek, který měl pacient uhradit
- datum odmítnutí

Na základě ustanovení uvedeném v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 225/2005 Sb., je nově stanoven způsob úhrady IPLP. „Z prostředků veřejného zdravotního pojištění se plně hradí individuálně připravované léčivé přípravky s výjimkou následujících individuálně připravovaných léčivých přípravků, které jsou hrazeny ve výši 20% jejich ceny pro konečného spotřebitele:

- a) analgetické a antipyretické směsi, včetně směsí s kodeinem a etylmorfinem
- b) čaje
- c) vitamíny v perorálních lékových formách
- d) kloktadla

- e) expektorancia a antitusika
- f) antihemoroidalia
- g) hypnotika, sedativa
- h) individuálně připravované léčivé přípravky k léčbě erektilní dysfunkce
- i) lokální antiflogistika a derivancia – gely
- j) individuálně připravované léčivé přípravky, jejichž jedinou součástí jsou nehrazené hromadně vyráběné léčivé přípravky (37)

Všechny odmítnuté recepty na IPLP byly pro názornost sepsány do tabulky, kde se uvádělo:

- celková cena receptu
- doplatek, který hradí pacient

Byly také uvedeny IPLP, které pacienti odmítli převzít na recept a zakoupili si volně prodejný lék.

3.3 Charakteristika, základní údaje o sledovaných rodinách

Při šetření „léky v domácnostech“ bylo navštíveno 20 domácností. Výběr domácností je proveden na základě souhlasu stálých pacientů lékárny s návrhem, že jim lékárník prohlédne jejich lékárníčky a vyřadí staré léky. Byly vybrány domácnosti různých věkových kategorií (25 – 75 let) a s různým počtem členů v rodině.

Seznam všech zásob léků v domácnostech sledovaných rodin byly sepsány ve 20 protokolech, příklad protokolu je uveden v příloze číslo 1 (další protokoly jsou přiloženy v první verzi práce). **Protokol obsahuje tyto údaje:**

- charakter domácnosti
- počet členů v domácnosti
- nemoci jednotlivých členů rodiny
- obsah lékárníčky

Přehled všech léků v domácnostech jsem pro názornost zpracovala do tabulek, kde jsou uvedené údaje:

- domácnost
- počet druhů léků
- počet balení
- celková cena
- prošlé léky
- nepoužitá a nenačatá balení
- použitá, příp. načatá balení
- cena

4. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST – Výsledky šetření

4.1 Léky vrácené do lékárny

Léčiva nevyhovující jakosti, s prošlou dobou použitelnosti, uchovávaná nebo připravená za jiných než předepsaných podmínek, zjevně poškozená nebo nespotřebovaná, musí být zneškodněna včetně jejich obalů tak, aby nedošlo k ohrožení života a zdraví lidí nebo zvířat nebo životního prostředí. (53)

Léčiva mají být odstraněná, pokud jsou prošlá, nevhodná pro použití, pokud je léčba ukončená nebo pacient zemřel.

Všichni, kteří s léčivými přípravky nakládají, tj. výrobci léčiv, distributoři léčiv, zdravotnická zařízení včetně lékárn, veterinární zařízení, osoby provádějící výzkum, prodejci vyhrazených léčiv jsou povinni odevzdat nepoužitelná léčiva osobám oprávněným k podnikání s nebezpečnými odpady.

Dle zákona č. 79/1997 Sb., O léčivech se při nakládání s nepoužitelnými léčivými přípravky postupuje stejně jako při nakládání s nebezpečnými odpady, včetně vedení jejich evidence podle zvláštního právního předpisu (53).

Zákon č. 185/2001 Sb. O odpadech definuje nebezpečný odpad jako odpad uvedený v Seznamu nebezpečných odpadů uvedeném v prováděcím právním předpise a jakýkoliv jiný odpad vykazující jednu nebo více nebezpečných vlastností uvedených v příloze č.2 k tomuto zákonu. V seznamu složek, které podle tohoto zákona činí odpad nebezpečným (příloha č.5) jsou pod kódem C33 uvedeny farmaceutické a veterinární přípravky. Ve vyhlášce č. 981/2001 Sb., kterou se stanoví Katalog odpadů, je jako činnosti, při které mohou vznikat nebezpečné odpady, uvedeno zdravotnictví a jako typy odpadů, které mohou být nebezpečné, jmenovány:

- Specifické odpady z nemocnic, klinik a ostatních zdravotnických zařízení
- Odpad z výroby a přípravy farmaceutických produktů
- Odpadní farmaceutické látky, léky

Dle zákona O odpadech jsou původce a oprávněná osoba pro účely nakládání s odpadem povinni odpad zařadit podle Katalogu odpadů, který Ministerstvo životního prostředí vydá výše uvedeným prováděcím právním předpisem.

Zákon č. 79/1997 Sb. uvádí, že zneškodňování nepoužitelných léčiv provádějí právnické nebo fyzické osoby na základě souhlasu uděleného orgánem kraje v přenesené působnosti a nebo, jde-li o radiofarmaka, Státním úřadem pro jadernou bezpečnost. O udělení souhlasu informuje úřad, který souhlas udělil Ministerstvo zdravotnictví, jde-li o humánní léčiva, nebo Ministerstvo zemědělství, jde-li o veterinární léčivo. Seznam osob oprávněných zneškodňovat nepoužitelná léčiva, mimo transfúzní přípravky, uveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a Ministerstvo zemědělství ve Věstníku Ministerstva zemědělství.

Nepoužitelná léčiva odevzdaná fyzickými osobami je lékárna povinna převzít. Náklady vzniklé lékárně s odevzdáním nepoužitelných léčiv osobám uvedeným výše a s jejich zneškodněním těmito osobami hradí stát prostřednictvím krajského úřadu. Krajský úřad převzal od 1.2003 kompetence vyplývající z §50 a §51 zákona č.79/1997 Sb. O léčivech od okresních úřadů.

Ve vyhlášce č. 383/2001 Sb. o podrobnostech nakládání s odpady jsou uvedeny všechny náležitosti žádosti o souhlas k nakládání s nebezpečnými odpady s další podrobnosti k provozu jak je způsob vedení dokumentace, druhy skládek, kam se který odpad může přijímat. V Příloze č.8 je uvedeno, že mezi odpad, který je zakázáno ukládat na skládky všech skupin patří veškerá léčiva a návykové látky.

Nepoužitelná léčiva se v České republice spalují a popel ze spaloven smí být dle vyhlášky O nakládání s odpady uložen pouze na jednodruhových skládkách, a to po úpravě stabilizace.

Mezi služby poskytované lékárnami patří nejen sběr, ale také odstraňování vrácených, nepoužitých léčiv.

Léčiva mají být shromažďována do schválených kontejnerů v prostorách lékárny mimo sklad a přístup veřejnosti. Zde jsou nepoužitá léčiva bezpečně skladována a ke sběru registrována odstraňovací společností. (53)

Sledovaná lékárna má uzavřenou smlouvu týkající se zákona o odpadech, Sb. 185/2001. Předmětem smlouvy je poskytování služeb v oblasti odvozu a zneškodňování nepoužitelných léčiv odevzdaných fyzickými osobami do sledované lékárny. Specifikace druhu odpadu, který je předmětem smlouvy je uvedena ve vyhlášce Ministerstva životního prostředí č. 381/2001 Sb., (Katalog odpadů) pod číslem 20 01 32 jako jiná nepoužitelná léčiva neuvedená pod číslem 20 01 32 O/N.

Odpad ze sledované lékárny se vyváží 6krát do roka. Údaje se zaznamenávaly v dodacích listech. (viz. vzor dodacího listu - příloha č. 3).

4.1.1 Množství a druhy vrácených léků

Do průzkumu sledování vrácených léků do lékárny byla zahrnuta všechna léčiva vrácena do lékárny. Ve sledovaném období přineslo do lékárny nepoužitelná léčiva:

- celkem 102 osob
- celkový počet balení byl 472.

Rozdělení vrácených léků, zda byla nebo nebyla použita:

<i>Použitá (otevřená) balení</i>	<i>217 ks</i>	<i>45,98 %</i>
<i>Nepoužitá (neotevřená) balení</i>	<i>255 ks</i>	<i>54,02%</i>
<i>Celkem</i>	<i>472 ks</i>	<i>100%</i>

Rozdělení vrácených léků podle charakteru preskripce:

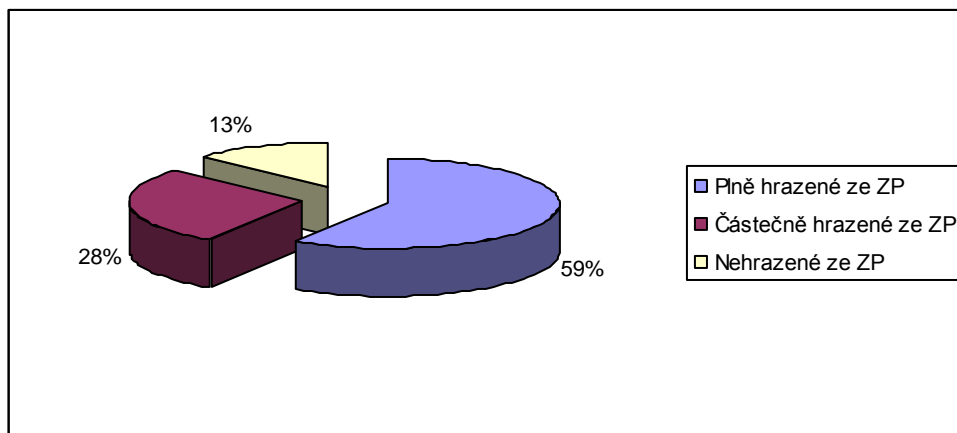
<i>Na lékařský předpis</i>		<i>356 balení</i>
	<i>Použitá balení</i>	<i>150 balení (42,13%)</i>
	<i>Nepoužitá balení</i>	<i>206 balení (57,87%)</i>
<i>Celkem</i>		<i>356 balení (100%)</i>
<i>Volně prodejná léčiva.</i>	<i>Všechna balení použita</i>	<i>116 balení (24,58%)</i>

Podle výsledků šetření se zjistilo, že největší počet zastoupení vrácených léků byly léky vydané na recept (75,4%), což znamená hrazené částečně nebo plně ze zdravotního pojištění. Všechny léky vydané na recept – 356 balení – jsem podle číselníku úhrad seřadila na:

- plně hrazené ze zdravotního pojištění **210 balení 58,98 %**
- částečně hrazené ze zdravotního pojištění **101 balení 28,38 %**
- nehrazené ze zdravotního pojištění **45 balení 12,64 %**
- celkem **356 balení 100 %**

Grafické zviditelnění viz graf č.20

**Graf č. 20: Rozdělení vrácených léčiv podle způsobu hrazení zdravotní pojišťovnou
(v počtu balení)**



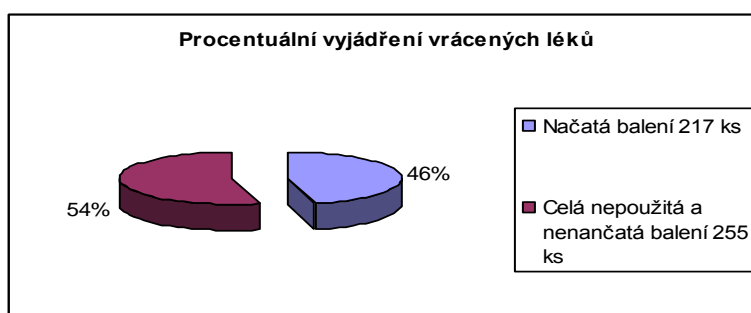
Závěr: Mezi vrácenými léky do lékárny převládají léčiva vydaná na recept a hrazená ze zdravotního pojištění (59%). Je zajímavé, že volně prodejná vrácená léčiva byla všechna aspoň částečně použita.

Z rozhovoru s pacienty se dále zjistilo (pacient to uvedl): že většina nenačatých balení, jak prošlých, tak i použitelných, byla vrácena z důvodů změny léčby. Načatá balení (jak prošlá, tak i použitelná) pak z důvodu vedlejších účinků, nebo že pacient již léky nepotřeboval.

Za dobu sledování bylo vráceno:

- načatých balení: 217 (46%)
- celých nepoužitých a nenačatých balení: 255 (54%)

Graf č.21: Procentuální vyjádření množství vrácených léků



Při průzkumu vrácených nepoužitých léčiv do lékárny byly při rozhovoru s respondenty zjištěny i důvody vrácení léků:

Nejčastějším důvodem byl podle údajů pacientů:

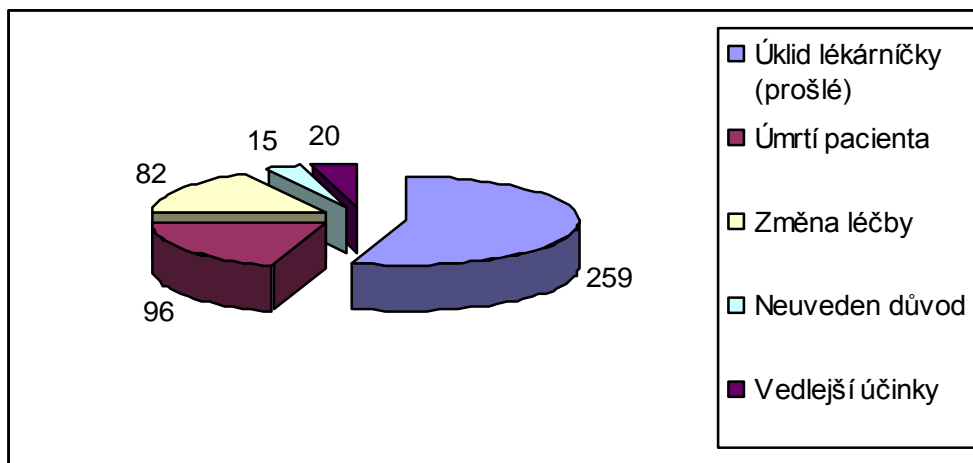
- **úklid domácích lékárníček (prošlé léky)** 259 balení 54,87%
- **úmrtí pacienta** 96 balení 20,34
- **změna léčby** 82 balení 17,38%

Nejméně respondentů uvedlo důvody:

- **vedlejší účinky** 20 balení 4,23
- **neuveden důvod** 15 balení 3,18 %
- **celkem** **472 balení 100 %**

Grafické zviditelnění viz graf č. 22 (níže).

Graf č. 22: Počet vrácených léků do lékárny podle důvodu



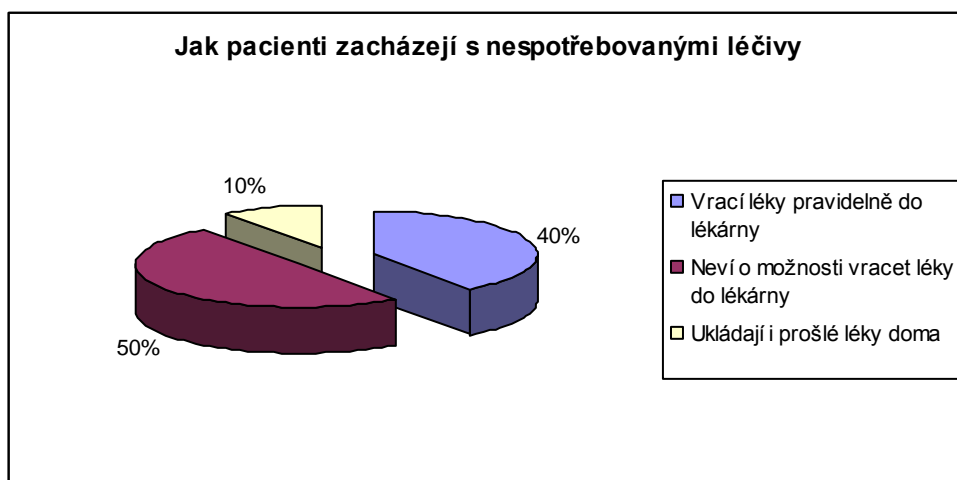
Závěr: Z rozhovoru s respondenty se zjistilo, že nejčastějšími důvody vrácení léků do lékárny byly:

- úklid lékárníčky: 54,87%
- úmrtí pacienta: 20,34%
- změna léčby: 17,38%
- vedlejší účinky: 4,23%
- neveden důvod: 3,18%

Předpokládala jsem, že respondenti vědí o tom, že se nespotřebované léky musí odevzdat do lékárny. Při rozhovoru s respondenty se můj předpoklad nepotvrdil. **Většina respondentů nevěděla o tom, že se nespotřebované léky musí vracet do lékárny a ne shromažďovat v domácnostech nebo vyhazovat do odpadkového koše:**

40% dotázaných uvedlo, že vrací nepoužité léky pravidelně do lékárny, 50% neví o tom, že nevyužité léky se mohou vrátit do lékárny a vyhazují je do odpadkového koše, 10% dotázaných ukládají léky doma i s prošlou expirační lhůtou a jsou schopni užít i prošlý lék. (Nejčastěji starší populace obyvatel).

Graf č.23: Zacházení pacientů s nespotřebovanými léčivý



Při rozhovoru s respondenty bylo také zjištěno, že ne zcela všichni pacienti doužívají léky, které jim předepsal jejich lékař. Na tuto otázku odpovědělo 102 respondentů: výsledky viz. tabulka níže.

Tabulka č.9: Využívání předepsaných léků respondenty (compliance)

Užívání předepsaných léků	Respondenti	
	n	%
Ano	52	50,98
Většinou ano	35	34,32
Většinou ne	7	6,86
Ne	4	3,92
Neodpovídám	4	3,92
Celkem	102	100

Při vyhodnocení této otázky jsem zjistila, že 52 dotázaných (50,98 %) užívá všechny léky, 35 respondentů (34,32%) většinou užívá všechny léky, většinou neužívá 7 dotázaných (6,86 %), ne zvolili 4 dotázaní (3,92%) a stejně tak variantu neodpovídám také pouze 4 respondenti (3,92%). Je pochopitelné, že se nikdo nepřiznává k tomu, že nedodrжуje léčebný režim. Potvrdí to až vrácené léky do lékárny.

Několik pacientů také přiznalo, že se jim léky doma hromadí, protože zapomenou přípravek pravidelně užít.

4.1.2 Finanční hodnota vrácených léků do lékárny

V našem zdravotnickém systému chybí bohužel jediný motivační systém, který by vedl pacienta k racionálnímu chování k lékům nebo dokonce k úsporám.

Při finanční hodnotě vrácených léků do sledované lékárny jsem dospěla k výsledku:

- celková finanční částka za všechna vrácená balení činí: **60 754 Kč**, celková hmotnost vrácených balení je **25,913 kg**.
- z celkové částky:
 - od pacientů zemřelých 11 024 Kč 18,15%
 - změna léčby 8 570 Kč 14,10%
 - vedlejší účinky 4 310 Kč 7,09%
 - prošlé léky 36 850 Kč 60,66%

Příčemž finanční hodnota vrácených léků:

- na recept činí **50 774 Kč** 83,57%
- volně prodejných **9 980 Kč** 16,43%

Z výsledků je patrné, že větší finanční částku představují léky hrazené ze zdravotního pojištění.

Mezi vrácenými přípravky do lékárny byly i léčivé přípravky připravované v lékárně.

Zastoupené byly:

- nosní kapky 2
- oční kapky 3
- tekuté pudry 2
- roztoky 2
- masti 5

Všechny přípravky měly prošlou dobu použitelnosti.

Závěr: Z orientačního průzkumu ve sledované lékárně bylo zjištěno, že finanční hodnota vrácených léků do sledované lékárny byla 60 754 Kč a celková hmotnost 25, 913 kg. Přičemž největší finanční částku představovaly léčiva předepsaná na recept (83,57%), což znamená pro pacienta zdarma nebo s menším finančním doplatkem.

4.1.3 Rozdělení do ATC skupin

Odevzdané léky ke zničení jsem dále rozdělila podle příslušností do ATC skupin. Použila jsem rozdělení kvalifikace léků podle 1 místa ATC klasifikaci (viz tabulka 10).

Tabulka č. 10: Popis ATC kvalifikace na 1 místo – Anatomicko-terapeuticko-chemické skupiny (ATC) identifikují danou účinnou látku z hlediska jejího chemického složení a terapeutického využití. Význam ATC klasifikace na 1 místo je následující:

A	Trávicí ústrojí a metabolismus	L	Antineoplastika a imunomodulační léčiva
B	Krev a krve tvorné orgány	M	Muskuloskeletální systém
C	Kardiovaskulární systém	N	Nervový systém
D	Dermatologika	P	Antiparazitika, insekticidy a repelenty
G	Urogenitální ústrojí a pohlavní hormony	R	Respirační systém
H	Systémová hormonální léčiva s výjimkou pohlavních hormonů	S	Smyslové orgány
J	Antiinfektiva pro systémovou aplikaci	V	Různé

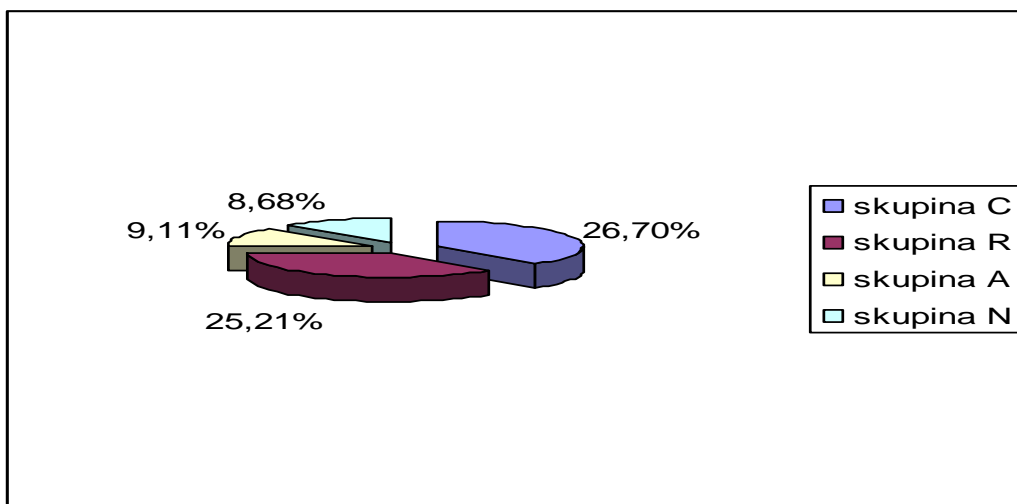
Tabulka č.11: Rozdělení léků na předpis podle ATC klasifikace, všechny vrácené léky

Pořadí	ATC	Léky	%
1	C Kardiovaskulární systém	126	26,7
2	R Respirační systém	119	25,21
3	A Trávicí ústrojí a metabolismus	43	9,11
4	N Nervový systém	41	8,68
5	M Muskuloskeletální systém	39	8,26
6	D Dermatologika	36	7,63
7	J Antiinfektiva pro systémovou aplikaci	21	4,45
8	S Smyslové orgány	17	3,6
9	B Krev a krve tvorné orgány	15	3,17
10	G Urogenitální ústrojí a pohlavní hormony	7	1,48
11	L Antineoplastika a imunomodulační LČ	4	0,8
12	H Systémová hormonální léčiva	4	0,8
	Celkem	472	100

Nejvíce početně zastoupena byla skupina léčiv vrácených do lékárny:

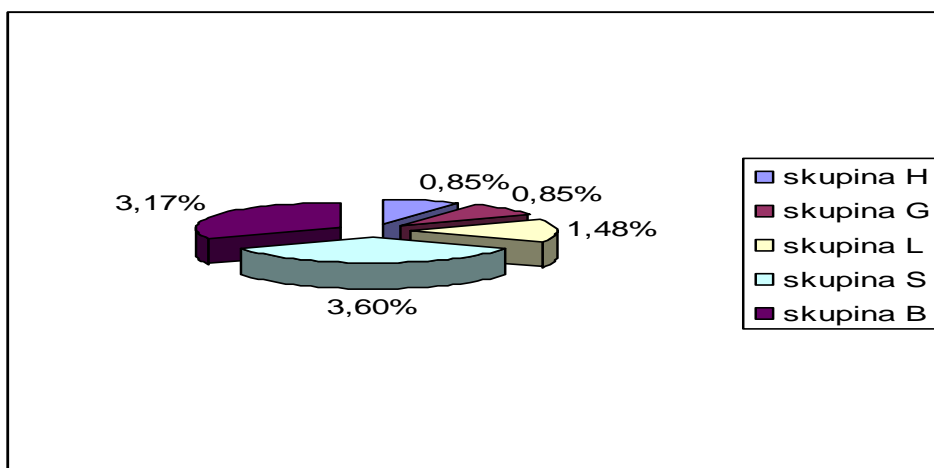
- skupina C – ovlivňující kardiovaskulární systém (26,7%)
- skupina R – respirační (25,21%).
- skupina A – zažívací trakt a metabolismus (9,11%)
- skupina N – nervový systém (8,68%).

Graf č.24 – Nejvíce početně zastoupené ATC skupiny v procentech



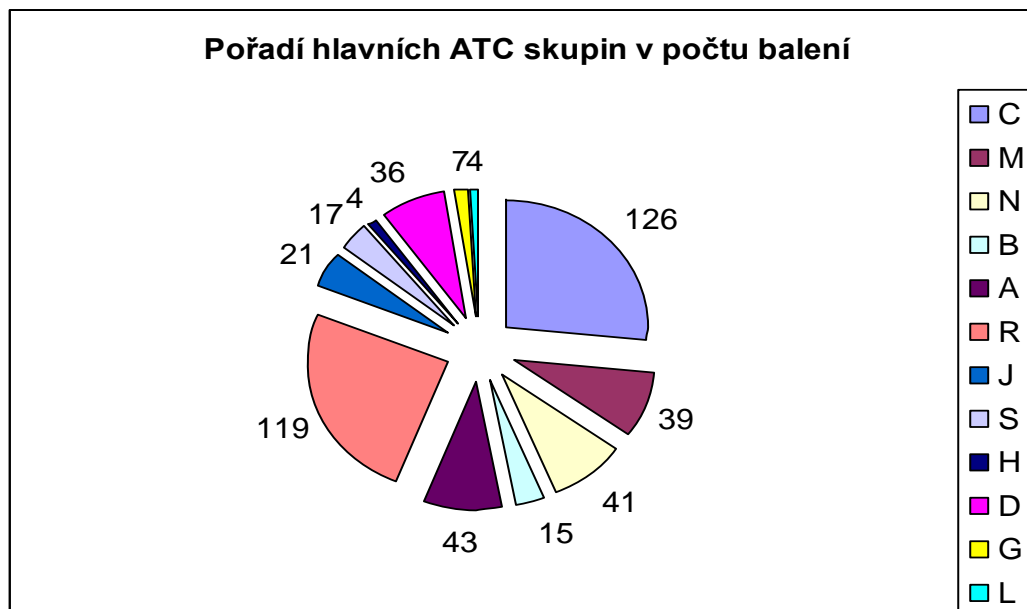
Výrazně méně zastoupeny byly další skupiny léčiv. V rozmezí **0-2%** co do počtu vrácených léků byly kategorie ATC klasifikace: kategorie H – hormony pro celkové použití a L – cytostatika a imonudulační látky (0,85%) a kategorie G – urogenitální trakt (1,48%).

Graf č.25: Nejméně početně zastoupené ATC skupiny v procentech



Z následujícího grafu je zřejmé, že lidé vraceli nejčastěji léky ze skupiny C – kardiovaskulární systém, na druhém místě se objevily léky ze skupiny R – respirační systém a jako třetí nejčastěji vrácené léky se řadí do skupiny A – zažívací trakt a metabolismus.

Graf č.26 – Pořadí hlavních ATC skupin v počtu balení



Bylo provedeno vyhodnocení léků, které všichni pacienti vrátili do lékárny podle ATC podskupin na 3. místa (pro přehlednost jsou zpracovaná data uvedená v tabulce níže)

**Tabulka č.12 : Rozdělení nespotřebovaných vrácených léků podle ATC (na 3 místa)
(100% = počet léků dle skupiny)**

ATC – popis skupiny	Počet léků	%
A02 – antacida, LČ používaná u peptického vředu	4	9,30
A03 – antispasmodika	9	20,93
A04 – antiemetika	4	9,30
A05 –hepatika	8	18,60
A10 –antidiabetika	6	13,95
A12 – minerální látky	12	27,92
B01 – antikoagulancie, antitrombotika	9	60
B03 – antianemika	6	40

C01 – kardiaka	20	15,86
C02 – antihypertenziva	18	14,26
C03 – diuretika	40	31,75
C04 – periferní vazodilatancia	10	7,94
C05 - vazoprotektiva a venofarmaka	4	3,17
C07 – B-blokátory	8	6,35
C08 – blokátory vápníkových kanálů	4	3,17
C09 – LČ ovlivňující renin-angiotenzinový systém	13	10,36
C10 – hypolipidemika	9	7,14
D01 – antimikotika pro dermatologii	12	33,33
D03 – přípravky pro léčbu ran	15	41,67
D07 – kortikosteroidy pro použití v dermatologii	9	25
G01 – gynekologická antiinfektiva a antiseptika	4	57,14
G02 – jiná gynekologika	3	42,86
H02 – kortikosteroidy pro systémovou aplikaci	3	75
H03 – LČ používaná u nemocí štítné žlázy	1	25
J01 – antibakteriální LČ pro systémovou aplikaci	15	71,43
J02 – antimikotika	6	28,57
L02 – endokrinologika	4	100
M01 – protizánětlivá a protirevmatická léčiva	9	23,10
M02 – lokální LČ používaná proti bolestem kloubů a svalů	8	20,51
M03 – myorelaxancia	12	30,75
M04 – antiuratika	10	25,64
N02 – analgetika	14	34,15
N03 –antiepileptika	2	4,88
N05 – psycholeptika	3	7,31
N06 – psychoanaleptika	12	29,26
N07 – ostatní léčiva nervového systému	10	24,4
R01 – nosní léčiva	12	10,08
R02 – krční	10	8,40
R03 – antiastmatika	20	16,81
R05 – léčiva proti nachlazení a kašli	61	51,26
R06 – antihistaminika pro systémovou aplikaci	16	13,45
S01 – oční léčiva	17	100

- nejvíce početně zastoupená podskupina R05 – léčiva proti nachlazení a kašli, 61 balení (51,26%)
- druhá v pořadí byla podskupina C03 – diuretika, 40 balení (31,75%)
- třetí zůstala podskupina R03 – antiastmatika, 20 balení (16,81%)
- čtvrtá byla podskupina C02 – antihypertenziva, 18 balení (14,27%)
- výrazně méně zastoupené byly další podskupiny léčiv

Další hodnocení získaných údajů bylo zaměřeno na hodnocení počtu a druhu vrácených léků do lékárny ve vybrané skupině s největším procentuálním zastoupením co do počtu léků skupiny C – kardiovaskulární systém. Údaje byly zpracovány do tabulek, počet balení daného léku je uveden za názvem léku v závorce.

Tabulka č.13 : Přípravky v ATC skupině podle počtu a druhu vrácených léků

C09 – LČ ovlivňující renin-angiotenzinový systém 1. Prestarium (7) 2. Enap – 5;10 mg (2) 3. Gopten (12) 4. Tarka (2) 5. Tritace (1)	C03 – Diuretika 1. Moduretic (4) 2. Furon (3) 3. Rhefluin (1) 4. Verospiron (2) 5. Hydrochlorothiazid (2)
C01 – Kardiaka 1. Nitropelet (3) 2. Digoxin (5) 3. Mono Mack -40;100 mg (2) 4. Iso Mack (4) 5. Nitroglycerin (6)	C04 – Periferní vazodilatancia 1. Agapurin retard (3) 2. Enelbin retard (2) 3. Oxyphyllin (1) 4. Secatoxin forte (1) 5. Trental 400 retard (2)
C07 – Beta-blokátory 1. Vasocardin – 50,100 mg (2) 2. Lokren (3) 3. Trimepranol (4) 4. Tenormin 50;100 mg (5) 5. Betaloc (1)	C08 – Blokátory vápníkových kanálů 1. Lomir -2,5;5 mg (1) 2. Lusopress (3) 3. Vasexten (2) 4. Presid – 2,5;5 mg (2) 5. Isoptin – 40;240 mg (4)
C02 – Antihypertenziva 1. Cynt 0,3 (2) 2. Cynt 0,2 (4) 3. Tenaxum (1) 4. Crystepin (3)	C05 – Vazoprotektiva a venofarmaka 1. Heparoid (6) 2. Cilkanol (12) 3. Glyvenol (4) 4. Anavenol (3) 5. Ascorutin (2)

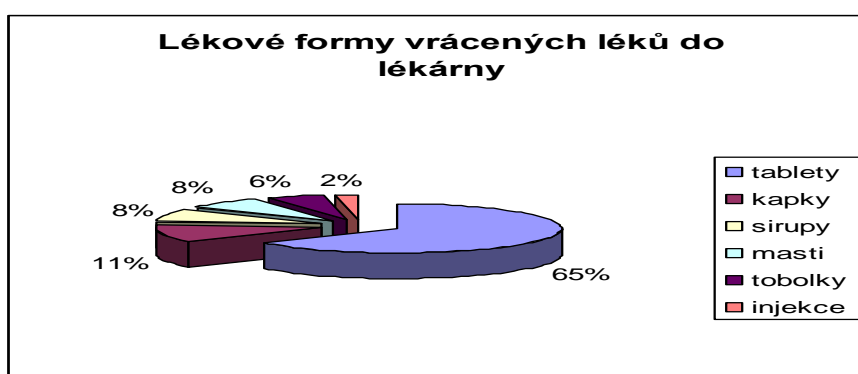
Při šetření se zjistilo, že v největším počtu byly vráceny léky ze:

- Podsk. C 09	Enap 5,10	(12 bal)
- Podsk. C 05	Cilkanol	(12 bal)
- Podsk. C 01	Dioxin	(5 bal)
- Podsk. C 07	Tenormin 50,100	(5 bal)
- Podsk. C 08	Izoptin 40	(4 bal)
- Podsk. C 02	Cynt 0,2	(4 bal)
- Podsk. C 03	Moduretik	(4 bal)
- Podsk. C 04	Agapurin retard	(3 bal)

Pří třídění vrácených léků do lékárny podle lékových forem, bylo zjištěno následující (viz dále graf č.27) :

▪ tablety	307	65,5%
▪ kapky	52	11,01%
▪ sirupy	40	8,47%
▪ masti	36	7,63%
▪ tobolky	27	5,72%
▪ injekce	10	2,12%

Graf č.27: Lékové formy vrácených léků do lékárny



Jak je z grafu patrné, mezi vrácenými léky dominovaly tablety (skoro 70 %), následovaly kapky, dále téměř stejné množství mastí a sirupu, poté tobolky a nejméně vrácených bylo injekcí.

4.2 Uchovávání léků v domácnostech

Při návštěvách, které probíhaly v domácnostech, bylo zjištěno, že pacienti zdaleka nevyužívají všechny léky, které mají předepsané na recept nebo volně prodejné. V domácnostech byly nalezené různé druhy skladovaných léků, často s prošlou dobou použitelnosti.

Ze sepsaných 20 protokolů sledování léků v domácnostech jsem léky seřadila do třech skupin:

- užívané (popř. načatá) balení a léky použitelné
- nepoužitá balení (neotevřená balení)
- léky s prošlou dobou použitelností

Pro přehlednost jsou všechny výsledky zpracované do tabulky (viz. tabulka č.2 v příloze)

Na základě zjištění je nejvíce využívaných léků v rodinách starších občanů. Muži užívají až 4 léky, ženy 4-6 léků na předpis a z toho 2-3 volně prodejné. Není výjimkou, že senioři užívají i prošlé léky.

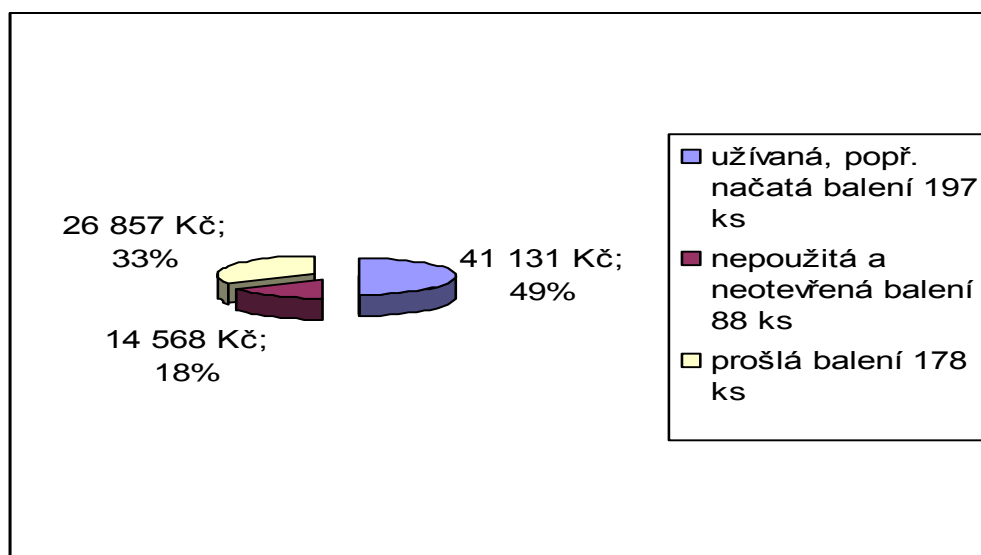
Výsledkem bylo zjištěno, že se v domácnostech nacházelo:

- **463 balení léků** (324 druhů)
- Za celkovou cenu **82 556,- Kč**.

Z toho (viz graf č.28):

- **užívaná, popř. načatá balení:** 197 bal za cenu 41 131 Kč
- **nepoužitá a neotevřená balení:** 88 bal za cenu 14 568 Kč
- **prošlá balení:** 178 bal za cenu 26 857 Kč

Graf č.28: Rozdělení léčiv v domácnosti



Získání údajů v domácnostech má charakter orientačního průzkumu a jeho provádění naráží na problémy získání důvěry respondentů. Proto soubor má jen 20 představitelů – pacienti, kteří dali souhlas k zpracování přehledů. Jde o stálé pacienty lékárny.

4.3 Odmítnutí převzetí léků v lékárně

Zavedením doplatků na léky, které navíc nejsou stálé a pevné, vede k tomu, že někteří pacienti odmítají převzetí léků předepsaných na recept.

Z výsledku orientačního průzkumu odmítnutí převzetí předepsaného léku v lékárně bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem je právě finanční podíl pacienta na ceně léků.

Lidé, kteří si léky nevyzvednou, se většinou domnívají, že platba za předepsané léky nebo doplatek je vysoká. Šlo o léky, které jim byly předepsané lékařem a lékař je neinformoval o doplatku.

Problémy pravidelně vznikají se změnou úhrad v číselníku. Ne každý pacient akceptuje doplatek u přípravků, u kterých se dříve nedoplácelo.

Z orientačního sledování, které jsme provedli jen v listopadu 2005 bylo zjištěno, že důvodem odmítnutí převzetí předepsaného léku byl především vysoký doplatek pro pacienta.

Z orientačního sledování za měsíc listopad bylo odmítnuto převzetí předepsaného léku a to z důvodů pro pacienta vysokých doplatků:

Claritine sirup	cena 145,50Kč	doplatek 75,- Kč	2.11.2005
Claritine Repetabs No7	cena 99,40 Kč	úhrada 0,- Kč	4.11.2005
Detralex No60	cena 417,- Kč	doplatek 282,- Kč	4.11.2005
Depo Provera 150mg/inj	cena 121,10 Kč	doplatek 103,- Kč	8.11.2005
Activelle tbl. 3 x 28	cena 642,- Kč	doplatek 264,- Kč	10.11.2005
Aerius 5 mh No30	cena 257,60 Kč	doplatek 82,- Kč	10.11.2005
Aknoren krém 30g	cena 224,30 Kč	doplatek 165,20 Kč	15.11.2005
Geratam 1200mg No100	cena 347,90 Kč	doplatek 172,90 Kč	18.11.2005
Ganaton	cena 444,- Kč	doplatek 89,- Kč	22.11.2005
Nimesil granulát 30x10	cena 138,70Kč	doplatek 41,20 Kč	22.11.2005
Imuran 50mg	cena 639,10Kč	doplatek 79,-Kč	24.11.2005
Pangrol 16000 No16	cena 65,-Kč	nehradí pojišťovna	24.11.2005
Pevaril krém 30 g	cena 140,70Kč	doplatek 87,60 Kč	28.11.2005
Solmucol No 24	cena 68,30Kč	doplatek 57,50 Kč	30.11.2005
Tensiomin 50mg No202x	cena 103,80Kč	doplatek 35,80 Kč	30.11.2005

Celková cena odmítnutých přípravků činí 3 850,- Kč, doplatek činí 1 700,- Kč

Lze předpokládat, že pokud se zvýší doplatky, tak odmítnutých léků bude více. Na místě je zavedení pevných doplatků a zvýšení informovanosti nejen lékařů, ale především pacientů.

Také v úhradách IPLP nastaly změny, což vedlo k dalšímu odmítnutí pacienty převzít si předepsaný lék a zakoupit si volně prodejný – levnější.

Např. bylo odmítnuto:

- | | | | |
|-------|------------------------|-------------|-------------------------------------|
| 1.Rp: | Mentholi | 12,0 | 116,20 Kč, doplatek 93,-Kč (80%) |
| | Tinc. Capsici | 50,0 | |
| | Spirit. diluti | 200,0 | |
| | DS Machalovo mazání | | |
| 2.Rp: | Mentholi | 5,0 | 184,50 Kč, doplatek 147,50 Kč (80%) |
| | Camphora | 5,0 | |
| | Spirit.díl. | 50,0 | |
| | Carbopolový gel ad | 500,0 | |
| | DS mazání | | |
| 3.Rp: | Carbopoli | 0,84 | 134,80 Kč, doplatek 107,50 Kč (80%) |
| | Aqua destil. | 119,20 | |
| | Indometacini | 0,66 | |
| | Spiritus concentrati | 77,32 | |
| | Mentholi | 0,332 | |
| | Triethanolamini | 1,62 | |
| | DS mazání | | |
| 4.Rp: | Kutvirti | 20,0 | 20,80 Kč, doplatek 16,50 Kč (80%) |
| | DS kloktadlo | | |
| 5.Rp: | Ergotamini | 0,001 | 168,- Kč, doplatek 134,50 Kč (80%) |
| | Cofeini | 0,1 | |
| | Phenobarbitali | 0,002 | |
| | Amydopyrini | 0,2 | |
| | Diazepami | 0,005 | |
| | Oleum Cacao | q.s. No XXX | |
| | DS 2x den při potížích | | |

Zajímavý je fakt, že výše uvedené IPLP (individuálně připravené léčivé přípravky) do té doby, dokud je hradila pojišťovna v plné výši, pacienti vyžadovali velmi často. Jakmile nastaly klíčové změny v úhradě, kdy pojišťovna hradila jen 20% uvedených léků, pacienti odmítají vyzvednout si předepsané léky a kupují si volně prodejné léky, které jsou sice méně účinné, ale levnější. Např.:

ODMÍTNUTO

- Machalovo mazání (viz Rp. č.1)
- Mazání s indometacinem (viz Rp. č.3)
- Čípky proti bolestem s ergotaminem (viz Rp. č.5)

ZAKOUPENO

- Alpa, Lesana, Espoma atd.
- Muscusan gel, Alpa gel atd.
- Valetol, Saridon, Panadol

Závěr: Z orientačního průzkumu, který proběhl v měsíci listopadu vyplynulo, že bylo odmítnuto vyzvednutí léků z lékárny jak na předpis (HVLP), tak i individuálně připravených v lékárně (IPLP), finanční hodnota odmítnutých léků byla:

- VLP 3 850 Kč
- IPLP 4 474 Kč

5. DISKUZE A ZÁVĚR

V posledních pěti letech nebyla v České republice provedená a publikována žádná studia, která by hledala úspory v lékové politice a to zejména v oblasti využívání předepsaných léků pacienty. Studie jsou zaměřeny především farmakoekonomicky na jednotlivé skupiny léků, jejich předpis, náklady na onemocnění atd., ale ne na studie nevyužitých léků

Jedním z problémů lékové politiky v ČR je totiž skutečnost, že stát zbytečně vynakládá prostředky na léky, které nebyly využity a končí v odpadu.. Stále se na tento jev zapomíná i když jde o typické plýtvání s léky. Je způsobeno jak pacienty, tak i lékaři. Solich (66) ve svém sdělení „Úvaha o možných úsporách v oblasti lékové politiky a ve zdravotnictví vůbec“ uvádí, že podle orientačních průzkumů v roce 2005, ale i z předchozích let, se lze kvalifikovaně domnívat, že **25 % léků** předepsaných lékaři je nevyužito. **40% léků** se užívá jinak, než doporučuje lékař. Jen v roce 2005 bylo zlikvidováno léků za nejméně **10-15 miliard Kč**. V odborné veřejnosti se o této problematice mluví, ale nikdo z této skutečnosti nevyvozoval důsledky. Nikdo se nezajímal o to, že zdravotní pojišťovny vydávají na léky ve srovnání s cizinou obrovské částky – a to až 30% svého rozpočtu, i když je všeobecně známo, že náklady pojišťoven v jiných zemích jsou poloviční.. Nevadilo to nikomu a je pochopitelné, že výrobci, velkoobchody a lékárny byli spokojeni. Pacient byl také spokojen, užíval jen to, co chtěl a to, co mu zůstalo vrátil zpět do kontejnerů lékáren, resp. ve většině případů jen do odpadu.

Cílem této práce, která má pochopitelně orientační charakter, proto bylo zjistit přímo v terénu jak se plýtvá s léky v praxi. Jaké množství nespotřebovaných léků se odevzdává do kontejnerů lékáren, provést analýzu těchto vyhozených a nespotřebovaných léků, o které druhy jde, jaká je celková finanční hodnota těchto léků, jaké jsou nejčastější důvody vrácení resp. nevyužití .

Nevyužité léky vrácené do kontejnerů lékáren umožňují nejen analýzy, ale také úvahy proč tomu tak je a kde je chyba ve farmakoterapii. Nejde jen o důvody non-compliance ale z hlediska zdravotního pojištění také o ekonomické pohledy, které z hlediska na úsporu nákladů by měly hrát velkou roli.. Dostupnost peněz v oblasti zdravotnictví je totiž omezená. V posledních desetiletích se sice řídicí orgány zdravotní péče na všech úrovních snažily o poskytování péče na vysoké úrovni, ale ne vždy zde bylo dbáno zásad úspornosti a kontroly,

zda částky vynaložené na tuto péči jsou využívány racionálně a zda nedochází k zbytečnému plýtvání. Léková politika je toho příkladem, že zde účelně postupováno nebylo..

Správně řízená léková politika potenciálně obsahuje kompletní proces od registrace, cenovou politiku, dostupnost až po použití léčiv od předepsání a po pacientovu compliance (či non-compliance). Množství špatně využitých léčiv může sloužit jako hlavní ukazatel účelnosti využití předepsaných léků, ale také zda jejich předpis byl na odborné úrovni.. Ke zřejmým nákladům na získání a likvidaci nepoužitých léčiv, vznikají další náklady řadou cest, jako je neúspěch léčby, zhoršení onemocnění vlivem špatné farmakoterapie, otravy, sebevraždy, stíhání černého trhu s léčivy, zneužívání léčiv až po ekologické očišťování životního prostředí od farmaceuticky aktivních látek.

Důvody compliance jsou zkoumány sice různými způsoby včetně biochemických zkoušek, zda pacient léky správně užívá. Jednou z metod je také sledování prostřednictvím studií provedených při vrácení nespotřebovaných léčiv do lékárny.

Do lékáren jsou vrácena léčiva za nezanedbatelnou finanční částku. Během mého tříměsíčního sledování v jedné z lékáren se jednalo o celkovou finanční částku **60 754 Kč**. Jde o částku zdánlivě nízkou – ve srovnání s počtem vydaných léků, přesto dostatečnou k analýze. Uvědomit si musíme také to, že vrácené léky do lékárny jsou jen vrcholem ledovce nevyužitých léků.. Z rozborů těchto léků vylýnuly tato závěry:

celkový počet vrácených léků **472 ks**

celková hmotnost vrácených léků byla **25,913 kg**

Tyto údaje se týkají pouze jedné z 2 350 lékáren v republice, za období tři měsíců.

Podle údajů Grémia majitelů lékáren (67), průměr vrácených nespotřebovaných léků do jedné lékárny v ČR na rok 2005:

- Počet vrácených balení **5 246 ks**
- Hmotnost vrácených balení **220 kg**
- Cena vrácených balení **855 786 Kč**
- Úhrada vrácených balení pojišťovny **650 350 Kč**

Přepočteme-li průměrné údaje na všechny veřejné lékárny ČR (2 350) pak je možno uvést následující **kvalifikovaný odhad**:

▪ Celkový počet vrácených balení	12 328 100 balení
▪ Celková hmotnost vrácených léků	517 000 kg
▪ Celková cena vrácených léků	2 001 097 932 Kč
▪ Pojišťovny zaplatí za vrácené léky	1 528 321 795 Kč

Nejen vlastní likvidace hodnotných léků, ale i nutné zabezpečení sběru a zneškodňování léků zvyšuje náklady. Je nutné vzít do úvahy i skutečnost, že zlikvidování **100 kg léků** stojí **cca 22 000 Kč**, což je nejméně další miliarda Kč ze státní pokladny.

Celková hmotnost vrácených léků v ČR za rok 2005 - 516 937 kg.

Náklady na likvidaci vrácených léků v ČR za rok 2005 – 1 001 372 614.

Podle našich rozborů vrácených léků do lékárny je zřejmé, že **jednoznačně převládala léčiva vydaná na recept a to s celkovým počtem 356 balení, což činí 75,42% z celkového počtu vrácených léků.** Zastoupená byla léčiva:

- Plně hrazené ze zdravotního pojištění	210 ks	58,98 %
- Částečně hrazené ze zdrav. pojištění	101 ks	28,38 %
- Nehrazené ze zdrav. pojištění	45 ks	1,64%

Finanční hodnota vrácených léčiv vydaných na recept činí **50 774 Kč**, což znamená **83,57%** z celkové částky vrácených léčiv. Přičemž finanční hodnota vrácených léčiv, které si zakoupil pacient za hotové byla **9 980 Kč (16,43%)**. Zajímavé je zjištění, že léky zakoupené pacientem za hotové a nespotřebované byly vráceny do lékárny všechny použité (otevřené), ale mezi léky vydanými na recept byla většina nepoužitá.

Z 356 balení vrácených léků vydaných na recept bylo:

- částečně použitých	150 balení	42,13 %
- nepoužitých	206 balení	57,87 %

Volně prodejná léčiva **116 balení (24,58%)**. Všechna balení byla otevřená..

Úkolem mé práce bylo také srovnání dosažených výsledků s výsledky obdobné studie provedené v menším městě v lékárně základního typu před rokem.

Srovnání s obdobnými výsledky z r.2004 práce. Milštainové (62)

	Milštainová	Bodareu
Doba sledování	4 měsíce	3 měsíce
Balení celkem	1 098	472
Počet osob	113	102
Balení na osobu	9,23	7,41
Kč na osobu	849,81	964,34
Načatá balení	51,64%	50,82%
Prošla balení	56,92%	54,87%
Nejčastější důvody	pacient zemřel	úklid lékárníčky

Při srovnání výsledků studie provedené v roce 2004 p. Milštainovou jsem došla k závěru, že rozdíly nejsou moc patrné, pokud vezmu v úvahu to, že průzkum v mé práci byl o měsíc kratší. Viditelný rozdíl je pouze u důvodu vrácení léků do lékáren.

Při řešení problematiky nespotřebovaných léků je nejdůležitějším faktorem bezesporu **compliance** – schopnost a ochota pacienta spolupracovat s lékařem a lékárníkem při dodržování léčebného režimu. Nepřiměřené a nesprávné užívání, eventuálně neužívání předepsaných, ale i kupovaných léků, může vést – vedle hromadění nespotřebovaných léků – i k závažným zdravotním důsledkům, jejichž léčba si vyžádá další finanční náklady.

Důležitá je komunikace lékárníka s pacientem a veřejností vůbec. Při výdeji léku musí být pacient cíleně seznámen s těmi fakty, které mohou přispět k dosažení co nejrychlejšího uzdravení, a tím docílit racionálního využití léčiv a zmenšení nákladů na léčbu. **Proto compliance pacienta hraje klíčovou roli ve zbytečném plýtvání s léky.**

Reálná hodnota nespotřebovaných léků bude pravděpodobně vyšší, pokud se k lékům vráceným do lékárně připočtou léky shromážděné ze všech domácností a také všechny způsoby jejich likvidace, které nejsou zjištěné.

Z dialogového průzkumu vyplynulo, že více jak 50% dotázaných respondentů neví o možnosti vrácení nespotřebovaných léků do lékárně a zbavují se jich jako běžného odpadu.

Proto není možné zjistit jaké přesné množství léků je nashromážděno a odstraněno v domácnostech. **Důvodů**, proč se léčiva hromadí v domácnostech a stávají se odpadem, **je mnoho. Jedním z nejdůležitějších je non-compliance pacienta**, a to:

- neznalost pacienta
- změna léčby, z důvodu vedlejších účinků nebo nedostatečného efektu, ukončení terapie
- úmrtí pacienta
- nadměrná preskripce

Pokud se týče cen léků v lékárnách – tyto by měly – obdobně jako je tomu ve všech zemích EU – **stát na zásadě: léčiva předepisovaná na lékařský předpis – pevné ceny, včetně pevných doplatků**. Snížily by se tím korupční aspekty v zásobování, diskriminace občanů mimo velkých měst a také zbytečná turistika pacientů za lékem s nižší cenou. Zcestné jsou zde názory na trh – pacient chce mít lék, který je mu předepsán a ne hledat nejvýhodnější lékárnou.

Problémy nastávají se změnou v číselnících. Ne všichni pacienti jsou ochotni pochopit systém doplatků. Ve sledované lékárně jen za **měsíc listopad 2005** byl proveden orientační průzkum, **jehož cílem bylo zjistit, jaké léky si pacienti odmítají vyzvednout v lékárně**. Jednalo se o léky předepsané na recept, které byly odmítnuty z důvodu finanční spoluúčasti pacienta.

Celková finanční částka odmítnutých léčiv byla:

- HVLP přípravků činila **3 850 Kč**, doplatek **1 700 Kč**.
- IPLP **4 474 Kč**.

Jsou obavy, aby nedošlo k omylům, že lidé, kteří léky nutně potřebují si kvůli doplatku lék nevyzvednou. Musí se stanovit hranice pro sociálně slabší vrstvu obyvatel.

Co se týče seniorů, sice pobírají důchod, ale ten není zdaleka tak vysoký, jak je potřeba vzhledem k tomu, že právě senioři bývají mnohem častěji a déle nemocní než mladší generace obyvatel. Pro seniory bývají občas vysoké doplatky na léčiva důvodem k tomu, že si léky nevyzvednou.

Dále nás zajímalo, jak to vypadá se zásobami a shromážděním léků v domácnostech. Při orientačním šetření, které bylo provedeno ve 20 domácnostech v listopadu 2005 bylo zjištěno:

- v domácnostech bylo nashromážděno **463 balení** léků a to
- ve finanční hodnotě **82 556 Kč**

Z toho počtu zjištěných léků byla:

- užívaná, popř. načatá balení: **197 balení v ceně 41 131 Kč**
- nepoužitá a neotevřená balení: **88 balení v ceně 14 568 Kč**
- prošlá balení: **178 balení v ceně 26 857 Kč**

Tyto údaje platí pouze pro **20 domácností** v malém městě, ale takových domácností je podle statistiky České republiky více jak **4 000 000**. Toto je rovněž názorný příklad neracionálního zacházení s léky a jejich plýtvání a **naše poznatky jasně upozorňují na to**, že ani tato skutečnost by neměla být zanedbávána při studiích lékové politiky a ekonomických studiích ve zdravotnictví.

Při rozboru předchozích údajů jsem došla k těmto závěrům:

- mezi vrácenými léčivy do lékárny převažují léčiva plně hrazená zdravotními pojišťovnami
- nejvíce balení léčiv s nejvyšší finanční hodnotou bylo vráceno z důvodů úklidu domácí lékárničky (prošlé)
- největší počet vrácených balení podle ATC skupiny byla léčiva ovlivňující kardiovaskulární systém, respirační systém, trávicí ústrojí a metabolismus

K nejčastějším příčinám plýtvání s léky patří:

- non-compliance pacienta
- změna terapie
- nadměrná preskripce lékařů
- úmrtí pacienta

Plýtvání léků je způsobeno i lékaři a to z důvodů:

- nemají přehled v tom, co pacientovi předepsali jiní lékaři
- předepisují léky na požádání pacienta → nadměrná preskripce léků
- střídají léky (např.vliv návštěv dealerů)

Nelze opomenout ani příčiny plýtvání s léky ze strany zdravotních pojišťoven:

- nedostatečná a nejasná pravidla preskripce
- přílišná tolerance – předepisování na delší dobu, nevidované pacienty
- neodborná a prakticky neexistující kontrola

Výsledky práce také ukázaly, že náklady na léky z prostředků veřejného zdravotního pojištění zásadním způsobem ovlivňuje systém úhrad, regulace, předepisování a spotřeby léků. Nespotřebované léky a léky nashromážděné v domácnostech obyvatel představují nejen odborný, ale i ekonomický problém. **Množství vrácených léčiv se stále zvyšuje**, proto se zdají být důležitými lékové záznamy pacienta, aby bylo možno vysledovat všechna léčiva, která pacient užívá a kdy mu která léčiva byla předepsána

V České republice zatím nejsou patientské lékové záznamy v lékárnách vedeny. Jedná se však o perspektivní službu, o kterou by měly projevit zájem i zdravotní pojišťovny. K tomu, aby se podobný systém mohl v našich podmínkách úspěšně uplatnit, však zbývá dořešit některé problémy a legislativní nejasnosti, např. otázku ochrany individuálních dat. Ze zahraničních trendů je ale zřejmé, že by se i v České republice lékárník mohl uplatnit na poli racionální terapie, a to sledováním skladby předepsaných léků a skladby nakoupených volně prodejných léků. (22)

Je třeba si uvědomit, že jak podle SZO, tak i EU, je lékárna zdravotnické zařízení, léčiva zbožím zvláštního charakteru a na prvním místě je zde zájem o zdraví občanů.

Je nutné stanovit pevné ceny a pevné doplatky, stejně jako systém předepisování a kontroly (nemůže předepisovat kdokoli a třeba na neomezenou dobu), a dále určitě pevná pravidla farmaceutické péče a lékárníky do ní zapojit tak jak je to již v řadě zemí EU. **Je potřeba vychovávat pacienty jak se k lékům chovat** a jakou mají zodpovědnost za vlastní zdraví a to je podle SZO také jeden z úkolů moderního lékárníka.

Etické kodexy světových výrobců to vědí a musejí se podle toho chovat a ne působit na trh tak, že jejich výrobky jsou k dostání kdekoliv a kdykoliv a z bohatých příjmů se dá desátek do pokladny ministra zdravotnictví příslušného státu. Nutné je také i u nás najít odvahu a poukazovat na korupční jednání, které ovlivňuje proskripci i registraci léčiv, či jednání dealerů. **Přece jde o zdraví občanů a pojetí zdravotní péče ve 3. tisíciletí tak jak je stanovena SZO.** (68)

6. POUŽITÁ LITERATURA

1. Vlček, J., Dalecká, R., a kol.: Základy farmakoepidemiologie, farmakoekonomiky a farmakoinformatyk, Isbn 80-90355501, Remedia, s. r. o. 2005 Praha
2. Solich, J., Hartlová, S., Adamec, Č., Klemmerová, V.: Zdravotní uvědomění obyvatelstva a léků, Farmaceutický Obzor, 41, 409, 1977
3. Kartiková, N., Smečka, V.: Problematika non-compliance z pohledu lékárníka, Farmaceutický obzor, 41, 409, 1992
4. Grundmann, M.: Význam compliance v léčbě arteriální hypertenze, Klin. farmakol. farmac. 13, 1, 1999, 6 - 9
5. Suchopar, J.: Ceny léků porostou, Zdravotnické noviny, 50, 40, 2001
6. Solich, J., Hartlová, S.: Zdravotní výchova farmaceuta, SPN, Praha 1986
7. Solich, J.: Užívání léků na svá pravidla, Solutio, Medon, Praha 1999
8. Praznovcová, L.: Compliance pacienta, Panax, 2000 Praha
9. Praznovcová, L.: Lékové záznamy pacienta, Panax, 2000 Praha
10. Praznovcová, L., Peřinová, J., Solich, J.: Geriatrie – gerontologie a problémy seniorů ve společnosti, Solutio, Medon, Praha 1999
11. Broncová, D. a kol.: Historie farmacie v českých zemích ISBN 80-86098-30-3, Milpo Medea 2003
12. Nováček, L.: Léčivo a lék na poštovní známce, Solutio, Medon, Praha 2000/2001
13. Praznovcová, L., Solich, J.: Samoléčení, Solutio, Medon, Praha 200/2001
14. Doležal, T.: Kde mizí peníze za léky zbytečně? Medical tribune, ročník I, 16, 2005
15. Švihovec, J.: Útržky z lékové politiky, Zdravotnické noviny, 50, 20, 2001
16. Suchopar, J.: Otázky kolem compliance léků, Panax – Remedia
17. Kolař, J., Chybova, L., Holečko, D.: Nevyužívané léky vrácené do lékáren, Česká a slovenská farmacie, 2001, 50 (4) 181 - 187
18. Drbal, C.: Nová zdravotní politika, Remedia, Forum Medicinbal, 3, 1, 2001 49-61
19. Drbal, C.: Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza, NHÚ J. Hlávky, Praha 1997
20. Gabriel, J.: Také zdravotnictví musí reagovat na stárnoucí populaci, Zdravotnické noviny, 51, 24, 2002
21. Praznovcová, L.: Farmaceutická péče, Pace News, 3, 2002, 2-4
22. Ceny a úhrady léků v některých zemích, Pace News, 1, 2005, 3-4
23. Výroční správa České lékárnické komory 2004

24. Drhová, L.: Znalost, postoje a chování obyvatel ČR ve vztahů k samoléčení, Postoj k zacházení s léky, Česká a slovenská farmacie, 4, 2005, 168
25. Ustohalová, E.: Farmakologie, ISNB 80-7013-119-5, 1992, 18
26. Wildová, O.: Časopis Eudukafarm Medinews, 3, 2005, 165
27. Ceny a úhrady léků v některých zemích, časopis Pace News, 1, 2005, 1-15
28. Cirkrt, T.: Jsou pacienti vašimi partnery? Časopis českých lékárníků, 8,2005, 2-3
29. Lékárny u nás a v Evropě, Útržky ze zdravotní politiky, Medical Tribune 16,2005
30. Léky potenciálně nevhodné ve stáří, Medical Tribune 16, 2005, 9
31. Pharmindex Kompendium, 80-901781-8-9, Astra, Praha 8
32. Drbal, C.: Perspektiva zdraví, Avicenum, Praha 1970 Kompendium
33. Drbal, C.: Úvahy o zdraví člověka v naší společnosti, Avicenum, 1990 Praha
34. Plaček, D.: Farmaceutická péče a tradiční pojetí farmakoterapie, Čas českých lékárníků, 74, 10, 2002
35. Rybníkář, O.:Jak zhojit české zdravotnictví. Zdravotnické noviny, 25/2005 roč. 54, 29
36. Zpravodaj VZP 2/2005, ročník 14, 10-12
37. Zpravodaj VZP 4/2005, ročník 14, 5-6
38. Geriatrie-gerontologie a problémy seniorů ve spol., Solutio Medon, Praha 1999, 33
39. Vědecké metody řízení a organizace práce v lékárnách, Sborník referátů z farmaceutické konference, TOMOS, Praha, září/1973
40. Zpravodaj VZP 5/2004, ročník 13 4-5
41. Herber, O.: Rozhovor praktického lékaře, Časopis Edukafarm Medinews, č 3/2005
42. Teryll Gosnel, B. Sc. Pharm systém, zdravotní péče v Kanadě, časopis Pace News č 2, 4-5
43. Framm, J., Plaček, D.: Profily léčiv do kapsy, Grada 2002, Praha
44. Szucsová, S., Sýkora, J., Slaný, J.: Východiska a perspektivy lékárenské starostlivosti, Lék. Obzor, 43, 439, 1994
45. Praznovcová, L., Solich, J.: Role lékárníka při samoléčení, skripta Medica, 2, 67, 1996, 329 - 332
46. Praznovcová, L., Solich, J.: Lidé a léky, Závěrečná správa studia 1993 – 1995, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové 1995
47. Nieweg., J.: Psychologie stáří, 2. vydání, Ústav dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, Brno, 1972

48. Hartlová, S.: Návykové látky (omamné a psychotropní látky), Solutio, Medon, Praha 1999
49. Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, 1. vyd., Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1999, 83
50. Gladkij, I., Strnad, L.: Zdravotní politika zdraví zdravotnictví, 1. vyd., Lékařská fakulta UP, Olomouc, 2002
51. Solich, J. a spol.: Lékarenství, Avicenum, Praha 1986
52. Solich, J., Dušková, M., Ruml, M., Vonášková, E.: Tématika zdravotnickoosvětové práce lékárníka I, Problematika propagace farmacie, Farmaceutický obzor, 32, 218, 1963
53. Zákon č. 185/2001 Sb. o odpadech a o změně některých dalších zákonů
54. Zákon č. 79/1997 Sb. o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů
55. Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů
56. Zákon č. 477/2001 Sb. o obalech a o změně některých zákonů
57. Zákon č. 320/2002 Sb. o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů
58. Vyhláška č. 383/2001 Sb. Ministerstva životního prostředí o podrobnostech nakládání s odpady
59. Vyhláška č. 381/2001 Sb. Ministerstva životního prostředí, kterou se stanoví katalog odpadů, seznam nebezpečných odpadů a seznamy odpadů a států pro účely vývozu, dovozu a tranzitu odpadů a postup při udělování souhlasu k vývozu, dovozu a tranzitu odpadů
60. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
61. Vyhláška MZ ČR č. 589/2004 Sb. o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely v platném znění
62. ÚZIS – lékárenská péče v ČR, 2005
63. WWW.SUKL.CZ
64. www.fitnet.cz – aktuální článek
65. Milštainová, J., Nespotřebovaná léčiva vrácená do lékárny, FaFUK Hradec Králové, rigorózní práce 2004
66. Solich, J.: Úvaha o možných úsporách v oblasti lékové politiky a ve zdravotním pojištění vůbec, Hradec Králové, únor 2006

67. Údaje Grémia majitelů lékáren – leden 2006 – zpráva P. Vítka prof. Solichovi
68. Solich, J.: Otevřený dopis k současným problémům ve zdravotnictví – zejména v lékárenství a lékové politice, leden 2006

7. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Protokol –vzor

(Protokolů je sepsáno 20)

Sledování léků v domácnostech

Domácnost č. 1

Charakter rodiny: 1 osoba, vdova 54 let

Léčí se na: Alergie, hypertenze

Obsah lékárničky:					
1. Indobene Gel50g	celé balení	š.033137	exp. 5/2005	prošlé	46,-
2. Imodium Plus No8	6 tbl	š.03TL231	exp. 5/2005	prošlé	120,-
3. Hellicit 20 No14	celé balení	š.3971204	exp. 11/2007		129,-
4. Algifen Neo 10 ml	½ lah.	š.34510077	exp. 10/2006		41,-
5. Aerius 5mg No50	20 tbl	š.05A0503A	exp. 12/2006		356,-
6. Ventolin Spray,200 dávek	celé balení	š.KO1009	exp. 1/2007		97,-
7. Hedelix Sirup	bez obalu, ½ lah.	š. nečitelná	exp. 1/2006		96,-
8. No-Spa No20	12 tbl	š. nečitelná	exp. 7/2005	prošlé	40,-
9. Jodisol sol	½ lah	š. nečitelná	exp. 3/2006		58,-
10. Endiaron No20	6 tbl	š.5431202	exp. 11/2007		66,-
11. Flixonase Spray	bez obalu	š.V288	exp. 11/2006		303,-
12. Panthenol Spray	bez obalu	š.CHB040600	exp. 5/2003	prošlé	135,-
13. Exipial U Lipol.	Celé balení	š.B407	exp. 10/2007		106,-
14. Zodac, 1 blistr	bez obalu	š.318104	exp. 9/2007		165,-
15. Ventolin 200 dávek		š.P135	exp. 7/2000	prošlé	97,-
16. Afonilum SR 125No50	20 tbl	š.03112	exp. 12/2004	prošlé	72,-
17. Berodual 20ml Inh. Bez obalu		š.031547A	exp. 3/2005	prošlé	205,-
18. Eutirox 50	20 tbl	š.2885850	exp. 2/2006		62,-
19. Centrum Silver No25	10 tbl	š. nečitelná	exp. 6/2006		170,-
20. Paralen No10	4 tbl	š. nečitelná	exp.7/2008		8,-
21. Ibalgin 400	3 tbl	š. nečitelná	exp. 8/2004	prošlé	40,-
22. Ambrosan tbl.	2 tbl	š. nečitelná	exp. 7/2006		18,-
23. Kel. s ind. Přípravou	mast	připravena 12.3.2004, půl kelímku			
24. Roztok čirý – na štítku – potírat 3 x denně, připravený 6.7.2003					
25. Spousta tablet a blistrů: Strepsils 2 tbl, Paralen 4 tbl, Paralen 3 tbl, Ibalgin 200 6 tbl, Aspirin C FF 1 tbl, Karbocit 2 tbl, š. a exp. nečitelné					

V domácnosti č.1 bylo zjištěno:

- celkový počet balení 22
- finanční hodnota celkem 2 430,- → z toho:
 - nepoužitá a neotevřená balení 3 balení za cenu 322 Kč
 - užívaná a případně načatá balení léků použitelných 11 balení za cenu 1 433 Kč
 - léky prošlé 8 balení za cenu 755 Kč

Příloha č. 2 – Přehled léků v domácnosti

Přehled léků v domácnostech									
Domácnost	Počet druhů léků	Počet balení	Celková cena	Prošlé	Za cenu	Nepoužité a nenačaté	Za cenu	Použitá a příp. načatá	Za cenu
1	13	22	2 430,-	8	755,-	3	332,-	18	1 343,-
2	14	30	14 458,-	13	1 715,-	4	1 696,-	13	11 047,-
3	11	19	2 656,-	9	1 191,-	5	471,-	7	994,-
4	20	31	13 219,-	18	2 204,-	5	1 322,-	8	9 693,-
5	14	23	2 386,-	8	974,-	5	566,-	10	846,-
6	15	29	8 153,-	12	3 612,-	5	1 773,-	12	2 768,-
7	18	21	2 779,-	8	1 333,-	3	974,-	10	472,-
8	18	23	1 990,-	3	468,-	8	720,-	12	802,-
9	28	43	5 218,-	10	1 982,-	11	1 100,-	22	2 136,-
10	19	23	3 200,-	6	890,-	6	920,-	11	1 390,-
11	11	19	2 662,-	6	908,-	5	820,-	8	934,-
12	16	18	2 360,-	6	720,-	4	720,-	8	920,-
13	23	23	3 180,-	11	1 913,-	5	356,-	7	911,-
14	16	24	2 783,-	9	1 288,-	5	665,-	10	830,-
15	14	16	2 520,-	5	982,-	X	X,-	11	1 538,-
16	13	19	2 620,-	7	1 400,-	4	550,-	8	670,-,-
17	15	16	1 558,-	5	834,-	3	221,-	8	503,-
18	15	18	1 627,-	6	328,-	X	X	12	1 299,-
19	14	20	2 337,-	10	960,-	4	480,-	6	897,-
20	18	26	4 420,-	18	2 400,-	5	882,-	3	1 138,-

POZN: Ceny léků jsou zaokrouhleny na Kč nahoru k 31.12.2005
V seznamu jsou uvedeny jen přípravky obsahující alespoň 20% balení.

Příloha č.3 – vzor dodacího listu

Dodací list

Číslo dokladu

Odesílatel	Dopravce
Oprávněná osoba(název):	Oprávněná osoba(název):
Ulice:	Ulice:
Místo a PSČ:	Místo a PSČ:
Telefon/Fax	Telefon/Fax:
IČ:	IČ:
Příjemce:	Kód druhu dopravy:
Oprávněná osoba(název):	SPZ taž.vozu
Ulice:	SPZ návěsu:
Místo a PSČ:	SPZ přívěsu:
Telefon/Fax	Číslo želez. Vagónu
IČ:	Číslo vodní, letecké zásilky:

Pol.	Název nebezpečného odpadu dle Katalogu odpadů	Kód odpadu	Množství (ks/t)
1.	Jiná nepoužitelná léčiva neuvedená pod číslem 20 01 31/vrácené nepoužitelné léky od občanů	200132	20,5 kg

Náklad předán dopravci:	Náklad předán příjemci:	Náklad přijal:
Dne:	Dne:	Dne:
Odesílatel:	Dopravce:	Příjemce:
Razítko a podpis:	Razítko a podpis:	Razítko a podpis:

Příloha č.4

POMŮČKA PRO VYPLNĚNÍ: Verze pro rok 2004	„Roční výkaz o činnosti ZZ“ A (MZ) 1 – 01 Pro období: 01/11/2005 → 30/11/2005
---	--

II. Činnost (v počtech kusů)

	Celkem	Pro ZP	Žádanky od zdrav. zařízení	Objednávky ostatní
Recepty	5 686	2		
Poukázky	255	12		
Žádanky na léčiva a objednávky na PZT		253	10 6	0 0

III. Tržby (v tis. Kč)

	Celkem	Za léčiva	Za PZT
Tržby od ZP	2 343	2 205	138
Tržby za doplatky od pacientů za částečně hrazená léčiva a PZT	394	392	2
Tržby za volný prodej	267	241	26
Tržby od zdravotnických zařízení	28	26	2
Tržby od ostatních odběratelů	0	0	0

Příloha č.5

POMŮČKA PRO VYPLNĚNÍ:	„Roční výkaz o činnosti ZZ“ A (MZ) 1 – 01
Verze pro rok 2004	Pro období: 01/11/2005 → 30/10/2005

II. Činnost (v počtech kusů)

	Celkem	Pro ZP	Žádanky od zdrav. zařízení	Objednávky ostatní
Recepty	5 470	4 953		
Poukázky	143	140		
Žádanky na léčiva a objednávky na PZT			0 0	0 0

III. Tržby (v tis. Kč)

	Celkem	Za léčiva	Za PZT
Tržby od ZP	2 371	2 244	127
Tržby za doplatky od pacientů za částečně hrazená léčiva a PZT	387	386	1
Tržby za volný prodej	240	224	16
Tržby od zdravotnických zařízení	0	0	0
Tržby od ostatních odběratelů	0	0	0

Příloha č.6

POMŮČKA PRO VYPLNĚNÍ: Verze pro rok 2004	„Roční výkaz o činnosti ZZ“ A (MZ) 1 – 01 Pro období: 01/11/2005 → 30/9/2005
---	---

II. Činnost (v počtech kusů)

	Celkem	Pro ZP	Žádanky od zdrav. zařízení	Objednávky ostatní
Recepty	5 427	5 025		
Poukázky	220	218		
Žádanky na léčiva a objednávky na PZT			6 5	0 0

III. Tržby (v tis. Kč)

	Celkem	Za léčiva	Za PZT
Tržby od ZP	2 322	2 213	109
Tržby za doplatky od pacientů za částečně hrazená léčiva a PZT	374	370	4
Tržby za volný prodej	257	241	16
Tržby od zdravotnických zařízení	33	31	2
Tržby od ostatních odběratelů	0	0	0

8. POUŽITÉ ZKRATKY

ATC	Anatomicko - terapeuticko – chemická klasifikace
LČ	Léčivo
SZO	Světová zdravotnická organizace
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MF	Ministerstvo financí
IVLP	Individuálně vyráběný léčivý přípravek
HVLP	Hromadně vyráběný léčivý přípravek
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik (od roku 1991 neexistuje)
AISLP	Automatizovaný informační systém léčivých přípravků
ČLK	Česká lékárnická komora
OUNZ	Okresní ústav národního zdraví
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
UK	Karlova univerzita
SR	Slovenská republika
UZIS	Ústav statistických informací a statistiky ČR
PZT	Prostředky zdravotní techniky
DDD	Doporučená denní dávka
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
ZP	Zdravotní poukaz
KČ	Koruna česká
ZZ	Zdravotnické zařízení
DPH	Daň z přidané hodnoty

9. KRÁTKÝ ŽIVOTOPIS

Jmenuji se Anna Bodareu, narozena 4.11.1952 v Kosovské Polaně (Ukrajina).

Po ukončení gymnázia jsem nastoupila na vyšší školu (obor farmaceutický laborant) na Jaltě. V roce 1971 jsem úspěšně ukončila studium a nastoupila jsem do okresní lékárny v Grigoriopolu (v Moldávií, kam jsem se provdala), jako farmaceutická laborantka. V roce 1975 jsem začala studovat na Státní univerzitě N. Testemiteanu v Kišiněvě na Farmaceutické fakultě. Během studia jsem pracovala na poloviční úvazek v lékárně jako klinický farmaceut. Po ukončení studia v roce 1980 jsem byla povýšena na zástupkyni vedoucího Grigoriopolské okresní lékárny, kde jsem pracovala po dobu 11 let.

V roce 1991 jsme v důsledku občanské války v Podněstří rozhodli odjet do České republiky za mou matkou a ostatními sourozenci. Od roku 1994 jsem začala pracovat jako farmaceutická laborantka v lékárně ve Valašském Meziříčí, kde pracuji dodnes. V roce 1997 bylo vyhověno naší žádosti o státní občanství České republiky. Ve stejném roce, konkrétně 24.2.1997, byl nostrifikován můj diplom z vysoké školy a mám oprávnění používat akademický titul Mgr.

Jsem vdaná a mám dvě dospělé děti. Můj manžel, Stanislav Bodareu, pracuje ve Valašském Meziříčí jako skladník v Unitools. Dcera Olga studuje Vysokou školu Báňskou – ekonomickou fakultu, syn Sergej pracuje jako fyzioterapeut v lázních Teplice nad Bečvou.

Mezi moje oblíbené záliby patří především moje práce, zajímám se o alternativní medicínu, ráda experimentuji a zajímají mě různé formy léčení pacientů.