

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
**KATEDRA SOCIÁLNÍ A KLINICKÉ FARMACIE**



# **DISERTAČNÍ PRÁCE**

## **Analýza vybraných determinant lékové politiky v České republice**

**Autor:** Mgr. Jan KOSTŘIBA  
**Studijní program:** P5206 Farmacie  
**Studijní obor:** Sociální farmacie – lékárenství  
**Školitel:** prof. RNDr. Jiří VLČEK, CSc.

Tato práce vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu 260 066.


Hradec Králové, 2014

---

*“Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně pod vedením svého školitele. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.“*

.....  
*V Hradci Králové dne 29. září 2014*

---



*Na tomto místě bych rád poděkoval svému školiteli prof. RNDr. Jiřímu Vlčkovi, CSc., za četné cenné rady, podporu a motivaci, kolegyni RNDr. Janě Kotlářové, Ph.D., za pomoc a mnohé věcné připomínky nejen při vypracování konečného znění dotazníků, a in memoriam také PharmDr. Lence Práznovcové, Ph.D., se kterou jsem svou práci v rámci projektu Lidé a léky započal a která mi byla inspirací a oporou na začátku mé vědecké práce.*

# Abstrakt

Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

Katedra sociální a klinické farmacie

Kandidát Mgr. Jan Kostřiba

Školitel prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

Název disertační práce Analýza vybraných determinant lékové politiky  
v České republice

**Úvod:** Léková politika jako součást zdravotní politiky je významným faktorem ovlivňujícím efektivitu zdravotnického systému. Zájmem státu je, aby spotřeba léčiv byla realizována v objemu, který povede k optimalizaci zdravotního stavu pacientů. Mělo by se předcházet plýtvání léky (vysoká spotřeba léků) i zhoršování zdravotního stavu populace v důsledku neadekvátní či nemoderní léčby (nízká spotřeba léků). Cílem lékové politiky je zajistit bezpečná, účinná a kvalitní léčiva a zabezpečit optimální a dostupnou zdravotní péči lidem, kteří ji potřebují v určitý čas a za využití limitovaného objemu finančních prostředků.

**Cíle:** Hlavním cílem práce byla analýza vybraných determinant lékové politiky v České republice. Pozornost byla zejména soustředěna na rozbor vzájemných vztahů mezi lékovou politikou, spotřebou léčivých přípravků a zdravotních služeb a chováním občanů v rámci zdravotnického systému. Dalším cílem práce byla analýza postojů a názorů občanů k vybraným otázkám samoléčení, spotřeby léčiv, lékové politiky a poskytování zdravotní péče a také analýza vzdělávacího systému farmaceutů v otázkách lékové politiky.

**Metodika:** Dle charakteru daného šetření bylo u každého z dílčích projektů využito jiné metodiky dotazníkového šetření. V lékárnách v Hradci Králové byly formou řízeného rozhovoru zjišťovány postoje a názory pacientů k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví, jejich jednání v případě zdravotních problémů, využívání a spotřebě zdravotních služeb a spokojenosti s poskytováním zdravotní péče. Elektronické formy dotazníků bylo využito u studentů a absolventů Farmaceutické fakulty v Hradci Králové a také pro pověřené osoby mající na starosti výuku sociálně-farmaceutických předmětů v rámci celosvětového šetření mezi farmaceutickými fakul-

tami. Zkušenosti a výsledky z těchto pilotních projektů pak byly použity pro reprezentativní sociologické průzkumy, které se konaly formou řízeného rozhovoru prostřednictvím proškolených tazatelů dle parametrů kladených na tento typ výzkumu na území celé ČR s využitím statistických metod umožňujících interpretaci získaných dat platných pro celou populaci ČR.

**Výsledky a závěry:** Na výběr léčivého přípravku má pro farmaceuty největší vliv zkušenost získaná praxí, zcela nejmenší vliv pak reklama všech druhů. Systém cenotvorby LP hodnotí jako příliš složitý. Pro farmaceuty i občany ČR je nejdůležitějším krokem v řešení současných problémů lékové politiky zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách v ČR. Většina občanů se před návštěvou lékaře pokouší o samoléčbu. Hlavním faktorem při výběru lékárny je pro občany ČR vzdálenost a dostupnost, kterou preferují před cenou i kvalitou poskytované služby. Většina občanů nikdy nezaznamenalo nežádoucí příznaky při užívání volně prodejných léčivých přípravků. Porozumění příbalové informace pacienty je velmi dobré. Češi utratí podle zjištění tohoto průzkumu v průměru měsíčně za volně prodejné léčivé přípravky 149,8 Kč a podobné měsíční výdaje vynaloží také na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis (143,0 Kč). Tyto hodnoty představují stále jednu z nejnižších spoluúčastí v rámci zemí OECD, přesto většina občanů vnímá svou spoluúčast jako příliš vysokou. Zatímco většina farmaceutických fakult sociálně-farmaceutické předměty ve svých studijních plánech má, jsou pozorovány významné rozdíly mezi jednotlivými regiony v zastoupení jednotlivých subdisciplín, které souvisí s ekonomickým, politickým a sociálním prostředím daného regionu. Analýza studijních plánů farmaceutických fakult potvrdila důležitost sociálně-farmaceutických předmětů a potvrdila, že tento obor nabývá stále větší důležitosti nejen ve vztahu lék-pacient, ale stále významněji lék-společnost.

# Abstract

Charles University in Prague, Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove

Department of Social and Clinical Pharmacy

Candidate Mgr. Jan Kostriba

Supervisor prof. RNDr. Jiri Vlcek, CSc.

Title of Doctoral Thesis Analysis of Selected Determinants of Drug Policy  
in the Czech Republic

**Introduction:** Drug policy as part of health policy is an important factor affecting the efficiency of the health care system. Interest for the government is to realize the consumption of drugs in quantities which seeks to optimize the health of the patients. It should be avoided wasting drugs (high consumption of drugs) and deterioration of the health status of the population as a result of inadequate or obsolete treatment (low consumption of medicines). The aim of drug policy is to ensure safe, effective and quality medicines and to ensure optimal and accessible health care to people when required using limited funds.

**Objectives:** The main purpose of this thesis was to analyze the selected determinants of drug policy in the Czech Republic. Attention was especially focused on analyzing the relationships between drug policy, consumption of medicines and health services and the behavior of individuals within the health care system. Other aim of the thesis was to analyze the attitudes and opinions of Czech citizens on selected issues of self-medication, drug consumption, drug policy and the provision of health care and the analysis of the education system of pharmacists in drug policy issues.

**Methods:** According to the character of the survey was for each of the sub-projects used different methodology. In the pharmacies in Hradec Kralove was through the directed interview investigated the attitudes and opinions of patients to health and health care issues, their behavior in case of health problems, use and consumption of health care services and satisfaction with medical care. Electronic form of questionnaires was used for students and alumni the Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove and also for authorized persons in charge of teaching socio-pharmaceutical courses in the worldwide survey of pharmaceutical faculties. Experiences and results of these pilot projects were

used for representative sociological surveys through the directed interviews and performed by trained interviewers according to the parameters required for this type of research all over the Czech Republic with the use of statistical methods allowing interpretation of the data valid for the Czech population as a whole.

***Results and conclusion:*** The greatest impact for pharmacists for selection of medicinal product has their work experiences, the completely smallest advertisement of all kinds. The pricing of medicinal products assessed as too complicated. For pharmacists and citizens of the Czech Republic is the most important step in solving the current problems of drug policy establishment of uniform prices in all pharmacies in the Czech Republic. Most of Czech citizens before seeing a doctor attempting to self-medication. For Czechs is the main factor in choosing a pharmacy distance and availability of pharmacy – than price and quality of service. Most of citizens never noticed problems with using of OTC medicines. Understanding of the patient information leaflet is very good. Czechs spend (according to the findings of the survey) on average monthly CZK 149.8 for OTC medicines and CZK 143.0 for prescription drugs. These values are still one of the lowest participation in the OECD countries, but most of citizens perceive their participation as too high. While most pharmaceutical faculties has socio-pharmaceutical subjects in their curricula, there are many significant differences between regions in the representation of sub-disciplines related to economic, political and social environment of the region. Analysis of the curricula of faculties of pharmacy confirmed the importance of socio-pharmaceutical subjects and confirmed that the field is becoming increasingly important not only in relation drug-patient, but still significantly in relation drug-society.

# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Cíl práce .....</b>	<b>15</b>
<b>3 Teoretická část.....</b>	<b>16</b>
3.1. Systémy zdravotní péče.....	16
3.1.1 Poskytování zdravotní péče v ČR.....	16
3.1.2 Financování zdravotní péče v ČR .....	18
3.1.3 Komparace se zahraničím.....	24
3.1.4 Zvyšování ekonomické náročnosti ve zdravotnictví .....	28
3.2 Zdravotní a léková politika .....	32
3.2.1 Zdravotní politika.....	32
3.2.2 Léková politika .....	32
3.3 Spotřeba léčiv .....	36
3.3.1 Determinanty spotřeby léčiv .....	36
3.3.2 Spotřeba léčiv v ČR.....	38
3.3.3 Nedostupnost léčivých přípravků .....	41
3.4 Ceny, regulace a úhrady léčivých přípravků.....	45
3.4.1 Cenová regulace léčivých přípravků.....	46
3.4.2 Regulace maximální ceny původce .....	47
3.4.3 Regulace maximální obchodní přírážky.....	49
3.4.4 Regulace úhrady léčivých přípravků.....	50
3.5 Marketing a reklama .....	52
3.5.1 Historický vývoj.....	52
3.5.2 Současná situace v ČR .....	53



3.6	Farmaceutický průmysl .....	57
3.6.1	<i>Světový vývoj</i> .....	57
3.6.2	<i>Vývoj na území současné ČR</i> .....	59
3.6.3	<i>Současný vývoj a jeho determinanty</i> .....	60
3.6.4	<i>Výzkum a vývoj léčivých přípravků</i> .....	64
3.7	Vzdělávací systém ve farmacii.....	66
<b>4</b>	<b>Praktická část .....</b>	<b>68</b>
4.1	Lidé a léky 2008.....	68
4.1.1	<i>Cíl práce</i> .....	68
4.1.2	<i>Metodika</i> .....	68
4.1.3	<i>Výsledky</i> .....	70
4.1.4	<i>Diskuse</i> .....	77
4.1.5	<i>Závěr</i> .....	79
4.2	Absolventi farmacie 2010–2012 .....	81
4.2.1	<i>Cíl práce</i> .....	81
4.2.2	<i>Metodika</i> .....	81
4.2.3	<i>Výsledky</i> .....	82
4.2.4	<i>Diskuse</i> .....	87
4.2.5	<i>Závěr</i> .....	89
4.3	Sociologický průzkum 2011 .....	90
4.3.1	<i>Cíl práce</i> .....	90
4.3.2	<i>Metodika</i> .....	90
4.3.3	<i>Výsledky</i> .....	93
4.3.4	<i>Diskuse</i> .....	105
4.3.5	<i>Závěr</i> .....	108

4.4	Sociologický průzkum 2013 .....	109
4.4.1	<i>Cíl práce</i> .....	109
4.4.2	<i>Metodika</i> .....	109
4.4.3	<i>Výsledky</i> .....	112
4.4.4	<i>Diskuse</i> .....	115
4.4.5	<i>Závěr</i> .....	117
4.5	Výuka sociální farmacie 2012.....	118
4.5.1	<i>Cíl práce</i> .....	118
4.5.2	<i>Metodika</i> .....	118
4.5.3	<i>Výsledky</i> .....	120
4.5.4	<i>Diskuse</i> .....	124
4.5.5	<i>Závěr</i> .....	127
<b>5</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>129</b>
<b>6</b>	<b>Seznam literatury</b> .....	<b>130</b>
<b>7</b>	<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>145</b>
<b>8</b>	<b>Seznamy tabulek a grafů</b> .....	<b>150</b>
8.1	Seznam tabulek .....	150
8.2	Seznam grafů.....	152
<b>9</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>153</b>

# 1 Úvod

Mezi základní principy racionální farmakoterapie, i přes národní rozdíly ve zdravotnických systémech, patří medicína založená na důkazech (EBM). Moderní přístupy ve farmakoterapii však nelze redukovat pouze na pouhou implementaci EBM, důležité je také vyhledávání a používání pouze věrohodných (validních) dat a informací, důležitá je rovněž implementace zásad efektivní národní lékové politiky. Na významu stále nabývá také princip efektivního hodnocení a rozhodování, pro který se vžil anglický termín Health Technology Assessment (HTA), a který posuzuje dostupné důkazy o účinnosti, bezpečnosti a nákladové efektivitě tak, aby závěry o povaze a možné úloze určité intervence byly ve vztahu k jejímu možnému použití (koupí, úhradě). Je to nikdy nekončící, cyklicky se opakující proces, stejně jako další princip racionální farmakoterapie, kontinuální edukace zdravotníků a pacientů.<sup>[1]</sup>

Léková politika jako součást každé zdravotní politiky je významným faktorem ovlivňujícím efektivitu celého zdravotnického systému. Zájmem každého státu je, aby spotřeba léčiv byla realizována v takovém objemu a kvalitě, které povedou k optimalizaci zdravotního stavu pacientů. Mělo by se předcházet plýtvání léky (vysoké spotřebě léků) i zhoršování zdravotního stavu populace v důsledku neadekvátní či nemoderní léčby (nízké spotřebě LP schopných zajistit dosažení cílů farmakoterapie).<sup>[2]</sup> Cílem lékové politiky je tedy zajistit bezpečná, účinná a kvalitní léčiva a zabezpečit optimální a dostupnou zdravotní péči lidem, kteří ji v daný čas potřebují, za sociálně přijatelných podmínek a za přijatelnou cenu s přihlédnutím na limitovaný objem finančních prostředků.<sup>[1, 2, 3]</sup>

Poskytování zdravotních služeb se stává v mnoha zemích jedním z největších odvětví ekonomiky. Ve všech vyspělých zemích je zaznamenávána snaha o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Ne vždy však množství peněz, které putuje do zdravotnictví, odráží také celkově lepší výsledky systému a zdravotního stavu obyvatelstva popisovaného pomocí mezinárodního srovnání.<sup>[4]</sup> Rychlé technologické změny, rostoucí očekávání pacientů a stárnutí populace vyvolávají potřebu řady reforem v oblasti zdravotnictví.<sup>[5]</sup> Zdravotní stav populace, který reprezentuje hodnota střední délky života (naděje na dožití), má relativně silnou vazbu na celkovou ekonomickou úroveň země. Ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie (EU-27) balancuje Česká republika na

hranici skupiny zemí s průměrnými hodnotami indikátorů zdraví a skupiny zemí s výsledky podprůměrnými.<sup>[6]</sup>

I přes nízké výdaje na zdravotnictví je za posledních 25 let reforem a změn prosazovaných nejen ve zdravotnictví český zdravotnický systém výrazně efektivnější.<sup>[7, 8]</sup> Prosazované reformy a dílčí změny v systému poskytování zdravotní péče v České republice, které v posledních letech stále více ovlivňují i názory veřejného mínění, jsou však často řízeny nejen ekonomickou a organizační potřebou změn, ale i jejich politickým pozadím, tak úzce spojeným s názorem občanů-voličů. Aby byla každá reformní změna občany pochopena a její efektivita byla maximální, je třeba pečlivě analyzovat i data z průzkumů veřejného mínění a věnovat jim patřičnou pozornost.

Názorové boje plynoucí z rozdílných úhlů pohledu a možností řešení konkrétních problémů pak lze sledovat nejen mezi jednotlivými společenskými skupinami obyvatel různých názorových a politických ideologií, ale také mezi společnostmi vyvíjejícími a produkujejícími léčivé přípravky, vládou a nemocnicemi, nemocnicemi a pojišťovnami, pojišťovnami a lékárnami, mezi různými profesními organizacemi poskytovatelů zdravotních služeb, a také mezi lékárnami navzájem (kde významnou úlohu hrají velké lékárenské řetězce, mnohdy svou marketingovou politikou diktující konečnou volbu konkrétního preferovaného výrobce léčivých přípravků). A v tom všem, trochu jako rukojmí, se pohybuje pacient, pro kterého celá tato navzájem propojená pavučina původně existuje. Pacient (zákazník, klient) jako hlavní společný jmenovatel pro všechny zúčastněné však zdaleka nehraje hlavní roli, ve které by svými peněžními hlasy<sup>1</sup>, jak je tomu ve většině jiných odvětví, patřičně rozhodoval a tím řešil potřebné otázky trhu.<sup>[9]</sup>

Farmaceutický trh a poskytování zdravotních služeb má svá specifika, kde neplatí obecné ekonomické zákony nabídky a poptávky, jelikož dobrovolným poptávajícím zde není klient ani běžný zákazník, ale nemocný pacient v obtížné životní a sociální, tedy i finanční situaci a nabízejícímu poskytovateli zdravotní služby je významná část ceny poskytnuté služby zaplácena další stranou – státem, resp. zdravotní pojišťovnou. Toto si vyžaduje značné zásahy ze strany regulátorů trhu, různá omezení, regulace a složitá pravidla.

---

<sup>1</sup> Spotřebitelé svými peněžními hlasy (angl. *dollar votes of consumers*) aktivně rozhodují svou koupí či nekoupí (poptávkou) o tom, co se bude vyrábět a co ne a tím pomáhají odpovědět na jednu ze základních ekonomických otázek – *Co vyrábět?*

Významným milníkem v této regulaci byl rok 2008. Zavedení nových pravidel pro cenovou regulaci a dalších opatření, mj. také regulačních poplatků, ukázalo na řadu selhání, ke kterým díky nim došlo. Byly proto postupně doladovány, byť už jen parametrickými změnami. Průběžně byly zaznamenávány různé situace, kdy cenová regulace selhala, byla nedostatečně účinná nebo dokonce poškozovala některé subjekty, což v několika konkrétních případech vedlo i ke stažení některých LP z českého trhu (naštěstí bez negativních dopadů na zajištění zdravotní péče v ČR).<sup>[10]</sup> Některé z těchto poznatků byly využity při tvorbě novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která se naplno projevila od 1. ledna 2012. Některé změny však byly zásadního charakteru a s takovými ekonomickými dopady, že k jejich realizaci byla (a stále je) potřeba další rozsáhlé diskuse (odborné i politické).<sup>[10]</sup> Otázkou zůstává, zda po parlamentních volbách v roce 2013 a nástupu nové vlády lze ještě hovořit o diskusi. V září 2014 bylo schváleno zavedení třetí sazby DPH a kromě léků (nově i veterinárních) se od 1. ledna 2015 bude 10% sazbou danit také kojenecká výživa či knihy.<sup>[11]</sup> Dva dny po tomto rozhodnutí Poslanecká sněmovna také schválila zrušení regulačních poplatků za návštěvu lékaře a poplatků za recept s účinností rovněž od 1. ledna 2015.<sup>[12]</sup>

Dalším velkým problémem stávající podoby cenové regulace je vnímání a tlak veřejnosti. Pomineme-li obecné připomínky na vysoké ceny LP (což je ovšem důsledkem neznalosti fungování systému a porovnáním se zahraničím to často ani není pravda), veřejnosti velmi vadí různost cen v lékárnách. Systém maximálních cen a obchodních přírážek vede k tomu, že koncové ceny v lékárnách se liší, někdy i významně. Pokud distributoři nebo lékárny neuplatní celou maximální obchodní přírážku, může pacient ušetřit někdy nemalé finanční náklady. Občané to však vnímají jako tlak na aktivní hledání nižší ceny LP a to vede častěji k cenové formě konkurence mezi lékárnami, místo v zahraničí častěji upřednostňované konkurenci necenové – tedy kvalitou poskytované služby, farmaceutické péče v lékárnách. Systém pevných cen by sice cenovou konkurenci lékáren eliminoval, neznamenaloby to však s jistotou úsporu pro pacienta, jelikož místo maximálních cen, kterých lékárna v rámci cenové konkurence často nevyužívá a ceny LP jsou tak reálně nižší, by mohly být stejné ceny cenami pevnými. Je tedy nutné při této změně přistoupit k hlubší revizi a k novému systému stanovování cen a úhrad.<sup>[10]</sup>

Nejen tyto změny, vzhledem k jejich charakteru a nutnosti celospolečenského konsensu, je nutno dlouhodobě diskutovat na mnoha úrovních a pomocí plánovaného edukačního

procesu jej odborné i laické veřejnosti náležitě a dostatečně vysvětlit a obhájit, jelikož efektivita celého zdravotnického systému je závislá na chování všech jeho jednotek.

*Poznámky k terminologii používané v této práci:*

V současně platné legislativě ČR jsou jednoznačně definovány pojmy „léčivo“ či „léčivý přípravek“. Přesto je v práci výjimečně používán také „lék“, zvláště pak v ustálených spojeních či z hlediska lepší srozumitelnosti textu. Pro tyto účely tak v práci „lék“ představuje synonymum pro „léčivý přípravek“.

Dále v této práci slovo „lékárna“ vždy znamená zdravotnické zařízení lékárenské péče a s ním spojené požadavky dané platnou legislativou. „Lékárna“ není chráněné označení a tohoto slova využívají v současnosti i subjekty, které však nejsou lékárnou v legislativním smyslu.

V práci je používán termín „výrobce“ také v případech, kdy je dle platné legislativy myšlen „původce“. Zvláště pak v otázkách cenové regulace LP, kde i SÚKL ve svých oficiálních dokumentech relativně volně tyto dva termíny zaměňuje.

Legislativně správný termín „léčivé přípravky, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis“ se pro zjednodušení v práci zkracuje na „léčivé přípravky na lékařský předpis“, „léčivé přípravky na recept“ nebo pouze zkratkou „LP-Rx“ apod. „Léčivé přípravky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis“ jsou pak nejčastěji označovány jako „volně prodejné léčivé přípravky“ či zkratkou „OTC“.

Za české občany (angl. *Czech citizens*) jsou považováni občané České republiky. Jedná se tedy o vyjádření státní příslušnosti, nikoliv národnosti. Národnostní analýzy obyvatelstva ani žádné další použití tohoto spojení v jiném významu se v této práci nevyskytují.

## 2 Cíl práce

Cílem této disertační práce byla analýza vybraných determinant lékové politiky v České republice. Analýza vzájemných vztahů mezi lékovou politikou, spotřebou léčiv a zdravotních služeb a chováním občanů v rámci zdravotnického systému. Cílem práce byla také analýza postojů a názorů občanů k vybraným otázkám samoléčení, spotřeby léčiv, lékové politiky a poskytování zdravotní péče a také analýza vzdělávacího systému farmaceutů v otázkách lékové politiky.

## 3 Teoretická část

### 3.1. Systémy zdravotní péče

#### 3.1.1 Poskytování zdravotní péče v ČR

Léčiva významně ovlivňují společnost a ta pomocí příslušné lékové politiky zase ovlivňuje život léčiv v dané společnosti. Společnost a její jedinci mohou podstatně ovlivnit postavení konkrétních léčiv při prevenci, kauzální i symptomatické léčbě. Naším záměrem je nalézat, identifikovat a využívat tyto vztahy ve prospěch pacientů i celé společnosti.

Zdravotní péče je v českém systému hrazena převážně z veřejného zdravotního pojištění a její úhrada je doplněna o spoluúčast pacientů. Česká republika patří mezi evropské země s největším podílem veřejných výdajů na zdravotnictví a míra spoluúčasti pacienta je tak jednou z nejnižších (podíl soukromých výdajů k celkovým výdajům na zdraví byl pouze 16 %).<sup>[5, 13]</sup> Reformní kroky vlády, které byly od roku 2008 v systému navýšení spoluúčasti učiněny, přinášejí také vliv na chování českých pacientů. Zavádění různých druhů regulačních poplatků s sebou může přinést řadu socioekonomických problémů a vést ke zvýšení zátěže převážně starších lidí a důchodců.<sup>[14]</sup>

Přístup občanů k vlastnímu zdraví je často dán jejich postupem v případě, kdy se u nich objeví nějaké zdravotní problémy. V takové situaci obvykle dochází k tomu, že se občané pokoušejí léčit sami a teprve v případě neúspěchu navštíví lékaře. Tzv. samoléčba se stává stále důležitější oblastí zdravotní péče a přesouvá zodpovědnost za léčbu lehčích onemocnění na samotného pacienta.<sup>[15]</sup>

Při samoléčbě pacient zpravidla využívá léčivé přípravky, které nejsou vázané na lékařský předpis, a celý proces správného výběru a užívání může být významně podpořen odborným poradenstvím poskytovaným v lékárnách.<sup>[16]</sup> Zda jsou tyto služby dostatečně poskytovány např. také v rámci prodeje v internetových lékárnách, by mělo být předmětem zkoumání. Přestože je i zde provoz zajištěn vysokoškolsky vzdělaným zdravotnickým personálem, který zabezpečuje kvalitu a bezpečnost prodávaných léčivých přípravků, chybějící přímý kontakt s pacientem a větší vzájemná anonymita pacienta i lékárníka může vést k řadě problémů. Mnohem nebezpečnější je však situace při internetovém prodeji mimo legální lékárny, kdy nelze garantovat ani kvalitu ani



bezpečí prodávaných přípravků, které často navíc pocházejí z nelegální činnosti padělatelů a mohou mít dokonce nebezpečné následky na samotné zdraví kupujících.

V legálních případech, pouze registrované internetové lékárny mohou nabízet a prodávat volně prodejná léčiva za splnění podmínek stanovených zákonem České republiky.

Každá schválená lékárna může rozšířit své služby o zásilkový prodej, který nabízí LP prostřednictvím svých webových stránek. Ani v tomto případě není možné nabízet léčivé přípravky, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis (ale pouze registrované volně prodejné léčivé přípravky).<sup>[17]</sup>

Dalším široce rozšířeným místem prodeje obecně známých a dlouhodobě ověřených léčivých přípravků jsou různé prodejny (přesněji prodejci vyhrazených léčiv), např. drogerie, čerpací stanice či prodejny zdravé výživy, které mají licenci pro prodej tzv. vyhrazených léčivých přípravků, jejichž zaměstnanci prošli speciálním školením a mohou zabezpečit správné podmínky pro nákup, skladování i prodej těchto přípravků.<sup>[18]</sup>

Vyhrazené léčivé přípravky mohou být v souladu s rozhodnutím o registraci prodávány bez lékařského předpisu mimo lékárny, t.j. bylinné produkty registrované jako léčivé přípravky (čaje), desinfekční a antiseptické přípravky, nikotinová substituční terapie a některá dobře známá a dlouho užívaná volně prodejná léčiva (ibuprofen, paracetamol, aktivní uhlí, apod.). Jejich kompletní seznam je dostupný např. v databázi SÚKL.<sup>[17, 18]</sup>

Správnou praxí prodejců vyhrazených léčiv se pak rozumí soubor pravidel, která zajišťují, aby se prodej těchto přípravků prováděl v souladu s požadavky na jejich kvalitu, bezpečnost a účinnost a v souladu s jejich zamýšleným použitím.<sup>[18]</sup>

Občané České republiky nejsou výběrem lékárny nijak vázáni na konkrétní zdravotnické zařízení a mohou si poskytovatele farmaceutické péče volit libovolně. Nemají žádnou povinnost se v lékárně registrovat a využívat pak výhod dlouhodobé spolupráce s konkrétním lékárníkem. Výhody z kontinuity farmaceutické péče při zvolení jedné lékárny je teoreticky možná, nejsou však studie, které by to podpořily. Mezi lékárnami jsou v poskytování farmaceutické péče rozdíly,<sup>[19]</sup> i když základní povinnosti jsou pro všechny lékárny a pracovníky dány legislativou.<sup>[20]</sup> Vztah pacienta k lékárníkem, požadavky po odborném poradenství a různé faktory ovlivňující výběr a spokojenost pacienta analyzovaly v minulosti různé dílčí průzkumy,<sup>[21]</sup> nepracovaly však s reprezentativními sociologickými daty.

Pro správnou léčbu občané potřebují komplexní a přesné informace o svých léčivých přípravcích, a také informace přínosech i možných rizicích léčby. Nedostatek informací byl identifikován jako hlavní faktor, proč pacienti neužívají své léky tak, jak jim bylo předepsáno nebo doporučeno.<sup>[22]</sup> Je důležité, aby jim tyto informace byly poskytnuty ve formě, kterou snadno pochopí. Popis výskytu nežádoucích účinků, jejich výčet a správná standardizace, informace o indikaci, správném dávkování či interakcích s jinými léčivými přípravky bývají pro řadu pacientů nesrozumitelné. Ve studiích bylo zjištěno, že pacienty je pravděpodobnost výskytu nežádoucího účinku výrazně přeceňována.<sup>[23]</sup>

### 3.1.2 Financování zdravotní péče v ČR

Hlavní finanční zdroje tvořící největší část podílu na financování zdravotnictví v ČR jsou zdravotní pojišťovny (77 %), domácnosti (15 %) a veřejné rozpočty (7 %). Ostatní finanční zdroje uvedené v **Tabulce 1** tvoří asi 1 % výdajů na zdravotnictví.

**Tabulka 1** Výdaje na zdravotnictví v ČR podle zdrojů financování v letech 2007 až 2012 (v mil. Kč)<sup>[24, 25]</sup>

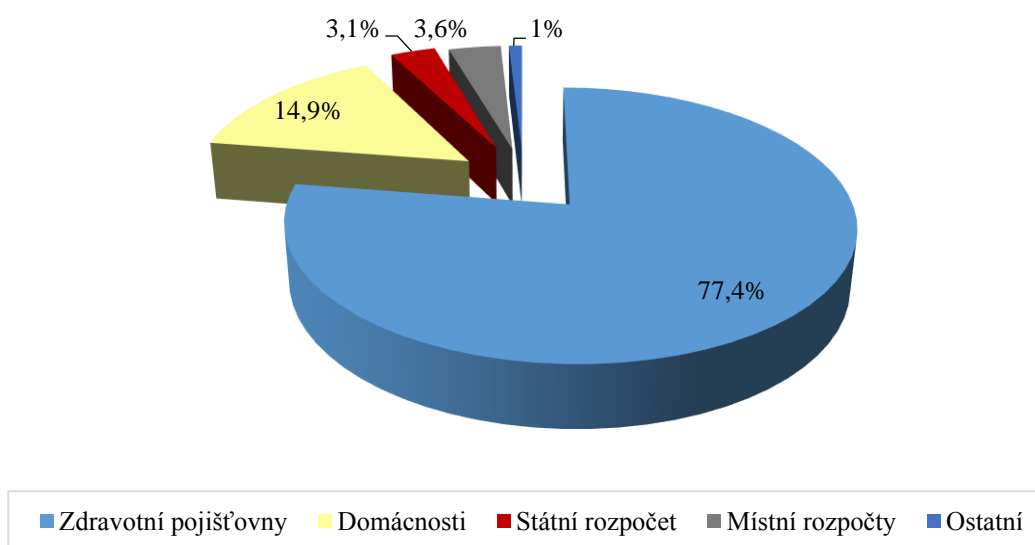
Zdroj financování	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>VLÁDNÍ SEKTOR</b>	206 565	218 719	244 754	238 387	243 822	245 614
- <b>Veřejné rozpočty</b>	22 851	21 439	26 034	24 487	20 966	19 579
- - <i>Státní rozpočet</i>	14 199	12 434	14 846	13 337	11 123	9 151
- - <i>Místní rozpočty</i>	8 652	9 005	11 188	11 150	9 843	10 428
- <b>Zdrav. pojišťovny</b>	183 713	197 280	218 720	213 900	222 856	226 035
<b>SOUKROMÝ SEKTOR</b>	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	46 388
- <b>Domácnosti</b>	31 491	41 288	43 141	41 867	42 275	43 634
- <b>Neziskové instituce</b>	2 517	3 151	3 258	2 559	1 798	1 263
- <b>Korporace</b>	848	943	928	901	908	871
- <b>Ost. soukromé pojištění</b>	514	419	627	427	377	620
<b>C E L K E M</b>	<b>241 934</b>	<b>264 520</b>	<b>292 708</b>	<b>284 141</b>	<b>289 180</b>	<b>292 002</b>

Celkové výdaje na zdravotnictví se ve sledovaném období až na výjimku roku 2010 zvyšovaly průměrným meziročním tempem 4,0 %. Z **Tabulky 1** dále vyplývá, že výdaje zdravotních pojišťoven, na nichž spočívá největší zátěž financování zdravotní péče, rostly průměrným meziročním tempem 4,3 %. Nejvíce ve sledovaném období vzrostly, hlavně díky zavedení regulačních poplatků, výdaje domácností a to průměrně meziročně o 7,4 %. Naopak celkové výdaje na zdravotnictví z veřejných rozpočtů od roku 2009 pozvolna klesaly (průměrně meziročně o 2,3 %), což souviselo s úsporami finančních

prostředků především ve státním rozpočtu (zde výdaje dokonce průměrně meziročně klesaly o 7,5 %).

Situaci jednotlivých podílů zdrojů financování českého zdravotnictví v roce 2012 názorně zachycuje **Graf 1**. Největší podíl na celkových výdajích měly tradičně zdravotní pojišťovny ze 77,4 %, veřejné rozpočty tvořily 6,7 % (z toho státní rozpočet 3,1 % a místní rozpočty 3,6 %), domácnosti hradily 14,9 % celkových výdajů na zdravotnictví a ostatní zdroje tvořily zbývající 1 %.

**Graf 1** Výdaje na zdravotnictví v ČR podle zdrojů financování v roce 2012<sup>[25]</sup>



K vyjádření přiměřenosti výše zdrojů vynakládaných na zdravotnictví ekonomiky dané země se často používá relativního ukazatele – poměru výdajů na zdravotnictví k HDP. Tento ukazatel slouží i k mezinárodnímu srovnávání jednotlivých zdravotnických systémů a používá ji také OECD. Podrobné srovnání jednotlivých zemí je v kapitole 3.1.3.

Vývoj tohoto relativního ukazatele posledních let ukazuje **Tabulka 2**. Celkový nárůst výdajů na zdravotnictví od roku 2000 do roku 2012 představoval 98,9 %, zatímco nárůst HDP činil pouze 75,7 %. Pomyslné nůžky se tak stále rozevírají. Podíl celkových zdravotnických výdajů na HDP dosáhl v roce 2012 téměř 7,6 %, což odpovídá úrovni z předchozích dvou let a trend rozevírání nůžek se tak zastavil. Možnosti a limity financování zdravotnictví úzce souvisí i s vývojem celé ekonomiky, růstem či poklesem makroekonomické veličiny – hrubého domácího produktu. Rostou-li výdaje na zdravotnictví rychleji než celá ekonomika, prohlubuje se strukturální deficit státního rozpočtu a může být ohrožena budoucí stabilita systému.

**Tabulka 2** Vývoj vztahů mezi celkovými výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách a mírou spoluúčasti domácností na celkových výdajích na zdravotnictví v ČR v letech 2000 až 2012<sup>[24, 25, 26]</sup>

Rok	Celkové výdaje na zdravotnictví (mld. Kč)	HDP v běžných cenách (mld. Kč)	Výdaje na zdravotnictví k HDP (%)	Výdaje domácností (mld. Kč)	Spoluúčast domácností (%)
2000	146,8	2 189,2	6,7	13,9	9,5
2001	160,7	2 315,3	6,9	16,1	10,0
2002	178,1	2 414,7	7,4	16,6	9,3
2003	195,2	2 555,8	7,6	19,1	9,8
2004	209,3	2 814,8	7,4	20,9	10,0
2005	215,8	2 983,9	7,3	23,1	10,6
2006	226,8	3 215,6	7,1	25,3	11,2
2007	241,9	3 551,4	6,8	31,5	13,0
2008	264,5	3 689,0	7,2	41,3	15,6
2009	292,7	3 627,2	8,1	43,1	14,7
2010	284,1	3 775,2	7,5	41,9	14,7
2011	289,2	3 841,4	7,5	42,3	14,6
2012	292,0	3 845,9	7,6	43,6	14,9

### Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče

Výdaje na zdravotnictví se také dají analyzovat podle druhu péče. Jednotlivé kategorie druhu poskytnuté péče jsou v **Tabulce 3** hodnoceny bez ohledu druhu poskytovatele. Do ambulantní péče tak např. řadíme souhrnně veškerou ambulantní péči poskytnutou jak praktickými lékaři, specialisty, stomatology i nemocnicemi. Mezi podpůrné služby řadíme výdaje na klinické laboratoře, diagnostické zobrazování, dopravu pacientů, záchrannou službu a všechny ostatní podpůrné služby. V kategorii „Prevence“ jsou zahrnuty preventivní programy zdraví matky a dítěte, plánování rodičovství a poradenství, školní zdravotní služby, prevence přenosných a nepřenositelných nemocí, pracovní lékařství a další. Kategorie „Správa“ obsahuje výdaje vlády, samospráv a zdravotních pojišťoven na provoz své činnosti. V kategorii „Ostatní“ jsou pak zahrnuty výdaje na tvorbu kapitálu u poskytovatelů zdravotních služeb, na kontrolu nezávadnosti potravin, pitné vody a hygienických podmínek a také různé neidentifikovatelné výdaje.

**Tabulka 3** Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR podle druhů péče (v mil. Kč)<sup>[24, 25, 26]</sup>

Druh péče	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Léčebná péče</b>	125 224	141 241	153 829	153 331	159 455	159 871
- Lůžková péče	66 679	72 074	76 887	75 757	78 155	76 812
- Denní péče	3 254	4 758	4 488	4 538	5 137	5 085
- Ambulantní péče	55 078	63 963	72 249	72 850	75 980	77 797
- Domácí péče	213	446	205	186	183	177
<b>Léky a PZT</b>	59 942	63 062	66 929	64 615	66 224	70 012
- Léky	51 317	53 501	57 916	56 052	57 502	61 339
- PZT	8 625	9 561	9 013	8 563	8 722	8 673
<b>Rehabilitační péče</b>	7 959	8 570	11 847	11 527	11 206	11 589
<b>Dlouhodobá péče</b>	9 198	8 650	10 203	10 414	11 229	11 181
<b>Podpůrné služby</b>	12 026	14 331	16 896	15 700	15 763	16 361
<b>Prevence</b>	5 227	6 808	7 776	6 785	6 442	5 866
<b>Správa</b>	7 760	8 920	9 883	8 749	8 758	8 635
<b>Neznámá péče</b>	3 672	4 341	4 201	3 400	2 355	1 831
<b>Vzdělávání</b>	228	182	91	166	204	262
<b>Věda a výzkum</b>	955	728	1 243	923	1 065	1 095
<b>Ostatní</b>	9743	7687	9810	8531	6479	5299
<b>C E L K E M</b>	<b>241 934</b>	<b>264 520</b>	<b>292 708</b>	<b>284 141</b>	<b>289 180</b>	<b>292 002</b>

### **Výdaje domácností na zdravotní péči**

Výdaje domácností byly v minulých letech spíše doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče, nicméně v současné době vzrůstá jejich význam především v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008.

V rámci zpřesnění metodiky jsou používána zdrojová data z rodinných účtů (výdaje za služby ve zdravotnictví) a data z maloobchodního obrátu (výrobky ve zdravotnictví).

Vývoj výdajů domácností na zdravotnictví v letech 2007–2012 vyjadřuje **Tabulka 4**.

**Tabulka 4** Výdaje domácností na zdravotnictví v ČR podle druhu péče (v mil. Kč)<sup>[24, 25, 26]</sup>

Druh péče	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Léčebná péče</b>	7 464	12 533	16 481	12 923	12 735	12 838
- Lůžková péče	407	631	1 029	924	759	1 039
- Ambulantní péče	7 056	11 902	15 452	11 999	11 975	11 799
- - <i>Ambulantní péče (mimo stom. p.)</i>	2 559	4 551	5 908	5 091	4 601	4 954
- - <i>Stomatologická péče</i>	4 498	7 351	9 544	6 907	7 375	6 845
<b>Léky a PZT</b>	22 823	26 876	23 721	26 003	27 091	27 671
- Léky	17 473	20 556	18 143	20 341	21 551	22 112
- - <i>Předepsané léky</i>	6 778	9 878	8 718	8 605	9 115	9 402
- - <i>Volně prodejné léky</i>	10 196	10 052	8 872	11 077	11 757	12 064
- - <i>Ostatní léky</i>	500	626	553	659	679	646
- PZT	5 349	6 320	5 578	5 662	5 540	5 559
- - <i>Brýle</i>	4 120	4 868	4 296	4 361	4 267	4 282
- - <i>OPP</i>	327	386	340	346	338	339
- - <i>Ostatní PZT</i>	903	1 066	941	955	935	938
<b>Rehabilitační péče</b>	1 204	1 879	2 939	2 941	2 449	3 125
- Lůžková péče	965	1 493	2 437	2 188	1 799	2 461
- Ambulantní péče	239	386	502	753	651	664
<b>C E L K E M</b>	<b>31 491</b>	<b>41 288</b>	<b>43 141</b>	<b>41 867</b>	<b>42 275</b>	<b>43 634</b>

Celkové výdaje domácností na zdravotní péči se od roku 2008 pohybují nad hranicí 40 miliard Kč. V roce 2012 bylo dosaženo jejich maximální výše 43 634 mil. Kč, která převýšila i dosavadní hodnotu z roku 2009 (43 141 mil. Kč). Výdaje domácností na zdravotní péči se od roku 2005 zvyšovaly průměrným ročním tempem růstu 9,5 %.<sup>[24, 25]</sup>

V meziročním srovnání 2010 a 2011 byl zaznamenán 18 % pokles výdajů domácností na lůžkovou péči léčebnou i rehabilitační. Sestupný trend se při posledním šetření nepotvrdil a naopak výdaje domácnosti na oba uvedené typy lůžkové péče se zvýšily o více než třetinu v porovnání s rokem 2011. Domácnosti každoročně vydávají největší část prostředků na léky a PZT (63 % výdajů domácností na zdravotnictví).

V uplynulých letech docházelo k postupnému zvyšování výdajů na předepsané léky, které vyvrcholilo v roce 2008 (9 878 mil. Kč). O rok později byl zaznamenán jejich mírný pokles, který pokračoval i v roce 2010. Sestupný trend se však v roce 2011 zastavil a náklady domácností na léky na předpis začaly opět stoupat.

Výdaje za volně prodejné léky se od roku 2009 postupně zvyšují. Při šetření za rok 2012 byl zaznamenán nárůst výdajů za OTC o více jednu třetinu (36 %) v porovnání s uvedeným rokem 2009. Absolutní hodnota pro rok 2012 (12 064 mil. Kč) je prozatím nejvyšší od roku 2000.

### Výdaje domácností na regulační poplatky

V souladu se zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů,<sup>[47]</sup> kterým byl mimo jiné změněn zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,<sup>[48]</sup> začali pacienti od počátku roku 2008 hradit zdravotnickým zařízením nově zavedené regulační poplatky.

Ze čtyř základních druhů poplatků dosáhly nejvyšší částky, a to 1 858 mil. Kč (tj. 35 % z uhrazených poplatků), poplatky za recept, následovaly poplatky za hospitalizaci (resp. za každý den pobytu v ústavní či lázeňské péči) ve výši 1 825 mil. Kč (34 %), za návštěvu u lékaře ve výši 1 474 mil. Kč (28 %) a konečně poplatky za pohotovostní službu ve výši 179 mil. Kč (3 %).

**Tabulka 5** Výdaje českých domácností na regulační poplatky (v mil. Kč)<sup>[24, 25, 26]</sup>

Poplatky	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Poplatky za recept</b>	2 411	2 659	2 657	2 458	1 858
<b>Poplatky za návštěvu lékaře</b>	1 806	1 650	1 530	1 374	1 474
<b>Poplatky za hospitalizaci</b>	1 176	1 263	1 243	1 242	1 825
<b>Poplatky za pohotovost</b>	178	208	192	180	179
<b>C E L K E M</b>	<b>5 571</b>	<b>5 780</b>	<b>5 622</b>	<b>5 254</b>	<b>5 336</b>

Z porovnání vývoje celkové výše vybraných poplatků lze vypočítat výrazný meziroční téměř čtvrtinový pokles (přesně o 24,4 %) ve výběru regulačního poplatku za recept v roce 2012. Tento pokles je dán celkovou změnou konceptu platby poplatku za recept. Do 31. prosince 2011 se platilo 30 Kč za každou (alespoň zčásti z veřejného zdravotního pojištění hrazenou) položku na receptu, od 1. ledna 2012 už pouze za celý recept, a to ovlivnilo výrazné snížení výše tohoto poplatku.

Několikeré drobné změny podmínek (parametrů, výjimek) ve výběru poplatků za návštěvu lékaře ve výši 30 Kč a za využití pohotovostní služby ve výši 90 Kč během sledovaného období neměly ve finančním vyjádření na celkový výběr vliv.

Výrazně se však v roce 2012 zvýšily (konkrétně o 47 %) oproti roku 2011 výdaje za hospitalizaci. A to z důvodu zavedení vyššího regulačního poplatku za jeden den pobytu v nemocnici, ústavním či lázeňském zařízení z 60 Kč na 100 Kč. Nová výše poplatku vstoupila v platnost již 1. prosince 2011. Ústavní soud však vyhověl návrhu skupiny poslanců a 2. července 2013 vyhlásil nález ze dne 20. června 2013<sup>[27]</sup> a poplatek za hospitalizaci zrušil úplně. Vykonatelnost nálezu současně odložil do konce roku 2013 a poplatek za hospitalizaci se tak od 1. ledna 2014 již neplatí.

### 3.1.3 Komparace se zahraničím

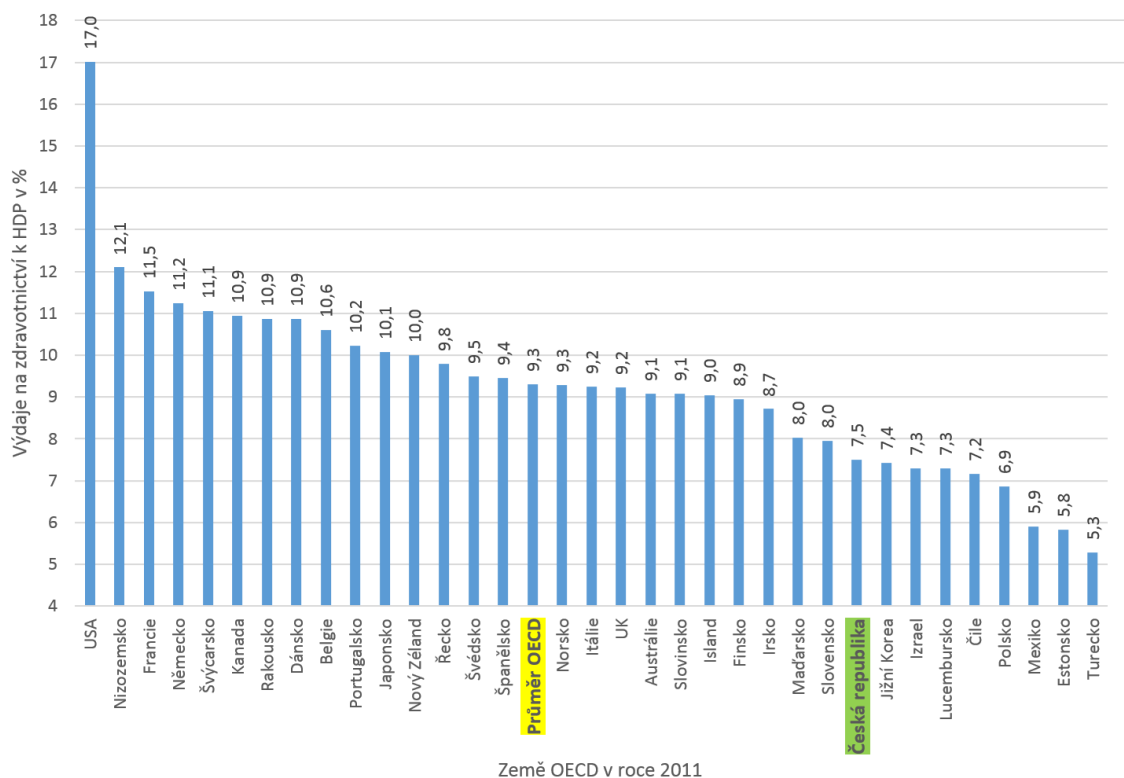
Pro porovnání financování a jeho struktury českého zdravotnictví se zahraničím využíváme OECD Health Data, která zpracovávají údaje o zdravotnictví ze všech 34 členských zemí OECD. Některé země však data zasílají se zpožděním a pro úplnost proto v této kapitole analyzujeme stav z roku 2011.

Důležitým ukazatelem pro porovnání jednotlivých zdravotnických systémů a jejich finanční náročnosti je porovnání celkových výdajů do zdravotnictví k celkovému hrubého domácího produktu dané země. Poměr výdajů českého zdravotnictví k HDP byl v roce 2011 kolem 7,5 %, což ČR řadí do skupiny zemí s nejnižším podílem. Podrobné srovnání všech zemí OECD znázorňuje **Graf 2**. Množství alokovaných peněz do systému zdravotnictví souvisí s celkovou náročností daného systému, která může být ovlivněna životní úrovní obyvatel, mírou používaných inovací, výdaji na vědu a výzkum a je tedy zřejmé, že mnohé investice se mohou ekonomice vrátit v podobě jiných příjmů. Vyšší výdaje však také mohou znamenat neefektivní využívání omezených zdrojů, plýtvání s léky, neracionální nadužívání zdravotní péče, nižší produktivitu práce a v neposlední řadě také vyšší výskyt korupce. Z porovnání takových dat tak nelze jednoznačně usuzovat na dobrý či špatný stav daného systému, slouží však jako jeden ze základních podkladů pro další hlubší analýzu. Výhodné je tak sledovat rozdíly systémově podobných zemí, zemí ze stejného regionu a také data sledovat v časové ose a analyzovat dopady různých opatření zdravotní a lékové politiky.

Zatímco průměr zemí OECD se pohybuje kolem 9,3 %, výdaje na zdravotnictví v USA tvoří 17 % HDP. ČR lze v rámci střední Evropy porovnat se sousedními zeměmi, které mají podobný historický vývoj a podobný typ systému a stojí si tak mezi Slovenskem s 8,0 % a Polskem s 6,9 %.



**Graf 2** Porovnání výdajů na zdravotnictví k HDP zemí OECD v roce 2011<sup>[28]</sup>

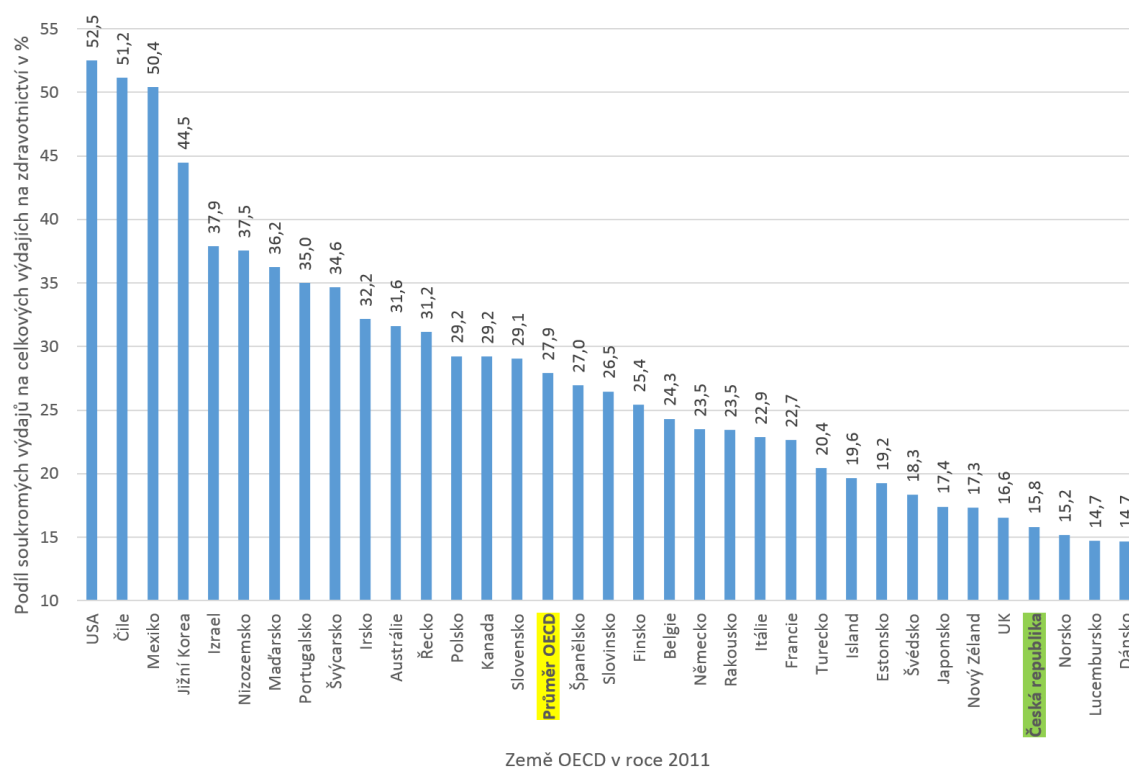


Pro hlubší pochopení fungování systému se dají porovnávat také podíly soukromých výdajů (tzv. soukromého sektoru) na celkových výdajích na zdravotnictví. Mezi soukromé výdaje patří často největší část spoluúčasti domácností. Poměr soukromých výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví za rok 2011 v rámci zemí OECD znázorňuje **Graf 3**.

V ČR není nízký pouze podíl zdravotnictví na HDP, je zde dlouhodobě také jedna z nejnižších spoluúčastí. Soukromé výdaje, kam se neřadí pouze přímá spoluúčast obyvatel, ale také výdaje neziskových institucí, dary, výdaje firem na zdraví zaměstnanců či soukromé zdravotní pojištění, jsou v ČR s 15,8 procenty jedny z nejnižších mezi všemi zeměmi OECD. Samotná přímá spoluúčast domácností, kam se řadí regulační poplatky, doplatky za léky či příplatky za nadstandard, tvořila přes 92 % soukromých výdajů a v roce 2011 byla v ČR 14,6 %. Zbylé 1,2 % soukromých výdajů představovaly ostatní z výše uvedených složek.

Nejvyšší soukromé výdaje zaznamenávají naopak dlouhodobě USA (52,2 %). Z evropských zemí je pak spoluúčast soukromých subjektů nejvyšší v Nizozemsku (37,5 %), Maďarsku (36,2 %) a Portugalsku (35,0 %). Jednu z nejvyšších přímých plateb domácností má Švýcarsko a souhrnné soukromé výdaje tam dosahují 34,6 %.

**Graf 3** Podíl soukromých výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví zemí OECD v roce 2011<sup>[28]</sup>



Nárůst celkové spoluúčasti domácností na celkových výdajích ve zdravotnictví byl jedním z bodů reformy zdravotnictví, kterou v ČR prosazovaly pravicové vlády od září 2006 do června 2013. Podle původních plánů měla spoluúčasť do roku 2014 narůst na 22 %<sup>[29, 30, 31]</sup>, což se nerealizovalo.

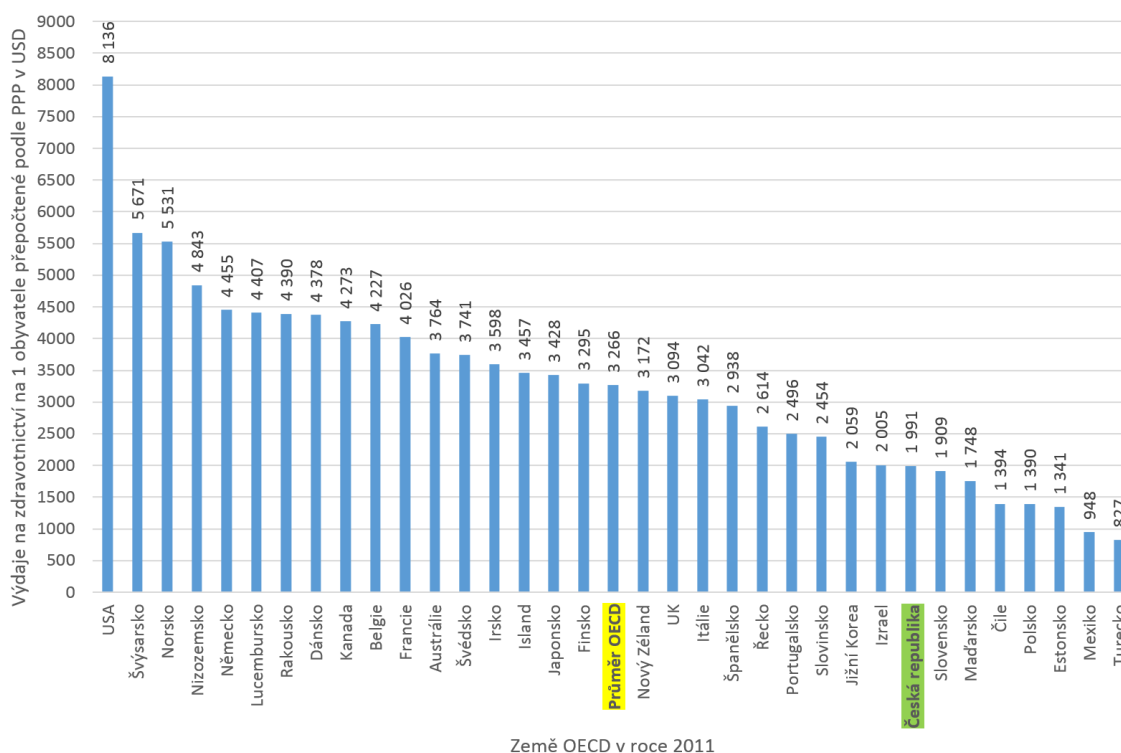
Nízké soukromé výdaje byly v roce 2011 v Evropě také ve Švédsku (18,3 %) či Velké Británii (16,6 %). Ještě nižší než v ČR pak v Norsku (15,2 %) a vůbec nejnižší v Lucembursku a Dánsku (v obou 14,7 %).

Zbývající část financování zdravotnictví tvoří výdaje veřejné (též nazývané jako vládní sektor. Nejčastěji složené z výdajů státních a územních rozpočtů a výdajů veřejného zdravotního pojištění. Poměr je dán charakterem a typem zdravotního systému, přítomností povinného zdravotního pojištění či některého ze systémů národní zdravotní služby. Tento systém (označován jako NHS) je typický pro Velkou Británii, Itálii, Řecko, Dánsko, Švédsko, Finsko, Portugalsko, Norsko, Nový Zéland a Kanadu a vyznačuje se tím, že převážná část veřejných prostředků na zdravotnictví pochází z veřejných rozpočtů. Naproti tomu v ČR, Polsku, Slovensku, Rakousku, Německu, Francii, Nizozemsku,

Belgii či Slovinsku jde rozhodující část veřejných financí z veřejného zdravotního pojištění.

Podle OECD Health Data lze porovnávat vývaje na zdravotnictví vztažené na jednoho obyvatele a přepočítané podle parity kupní síly (PPP) a cenové hladiny v jednotlivých zemích jak je znázorněno v **Grafu 4**. V tomto porovnání jsou sice výdaje v ČR vyšší než v zemích středoevropského regionu (v Polsku, Maďarsku a na Slovensku), nedosahují však stále úrovně většiny ostatních zemí OECD.

**Graf 4** Porovnání výdajů na zdravotnictví přepočteno na 1 obyvatele a PPP zemí OECD v roce 2011 (v USD)<sup>[28]</sup>



Toto porovnání podle PPP porovnává kromě celkového objemu financí směřujících do zdravotnictví také míru nákladnosti jednotlivých zdravotnických systémů. Zvláště patrné je to právě u prvních zemí v tomto žebříčku, tedy USA, Švýcarsku a Norsku.

Celkově lze konstatovat, že srovnávání zemí podle jejich výdajů na zdravotnictví ani ve vztahu k HDP ani po přepočtu na 1 obyvatele a zohlednění PPP nesvědčí výhradně o celkové úrovni zdravotnictví ani výsledcích zdravotní péče, v nichž dle ukazatelů v mezinárodních srovnání vychází ČR relativně velmi příznivě.<sup>[32]</sup>

### 3.1.4 Zvyšování ekonomické náročnosti ve zdravotnictví

Zvyšování ekonomické náročnosti zdravotnictví souvisí s potřebou jeho stále většího podílu na celkovém HDP a nepřestávající snahou o stále efektivní využívání omezených zdrojů pro maximalizaci realizovaných (a současně neomezených) potřeb.

Příčiny růstu nákladů, kterým čelí tvůrci zdravotní i lékové politiky, mají několik níže popsaných příčin.<sup>[2, 3, 33, 34, 35]</sup>

#### **Příčiny a důvody:**

##### **1. Inovace a rozvoj ve zdravotnictví**

S rozvojem a rozvinutým výzkumem v oblasti medicíny a farmacie souvisí vysoké náklady na vstup nových a obvykle finančně nákladných léčebných metod a farmakoterapie. S tímto rozvojem souvisí také inovace diagnostických metod. Ty jsou často nákladnější nejen na pořízení, ale také během běžného provozu a navíc paradoxně díky jejich vyšší citlivosti dochází k rozšiřování počtu nemocných indikovaných k léčbě. Stoupají tedy nejen náklady na samotnou léčbu, ale také na samotná vyšetření a stanovení diagnózy.<sup>[34]</sup>

Za inovaci (zavádění nových technologií nebo výrobků) lze v oblasti zdravotnictví označit jakýkoli vývoj, který zlepší stávající stav a výkonnost systému.

Inovace může mít v širším měřítku povahu:<sup>[36]</sup>

- **klinickou** – např. nové zákroky, postupy a léčiva u dříve neléčitelných onemocnění, finančně efektivnější poskytování nového způsobu léčby ve srovnání s předcházejícím,
- **administrativní** – např. informační technologie pro zlepšení infrastruktury,
- **strukturální** – např. zásadní reformy zdravotnického systému.

Inovace zahrnuje léčivé přípravky, léčebné techniky a procesy a organizační reformu, přičemž je zřejmý její přínos v podobě prodloužení střední délky života a zlepšení kvality života. Hnací silou řady inovací, ale i aktivit výrobců generických přípravků v oblasti farmaceutického výzkumu a vývoje je komerční úspěšnost. K výjimkám patří léčivé přípravky určené k léčbě vzácných onemocnění.<sup>[37]</sup>

## 2. Demografické změny – stárnutí populace

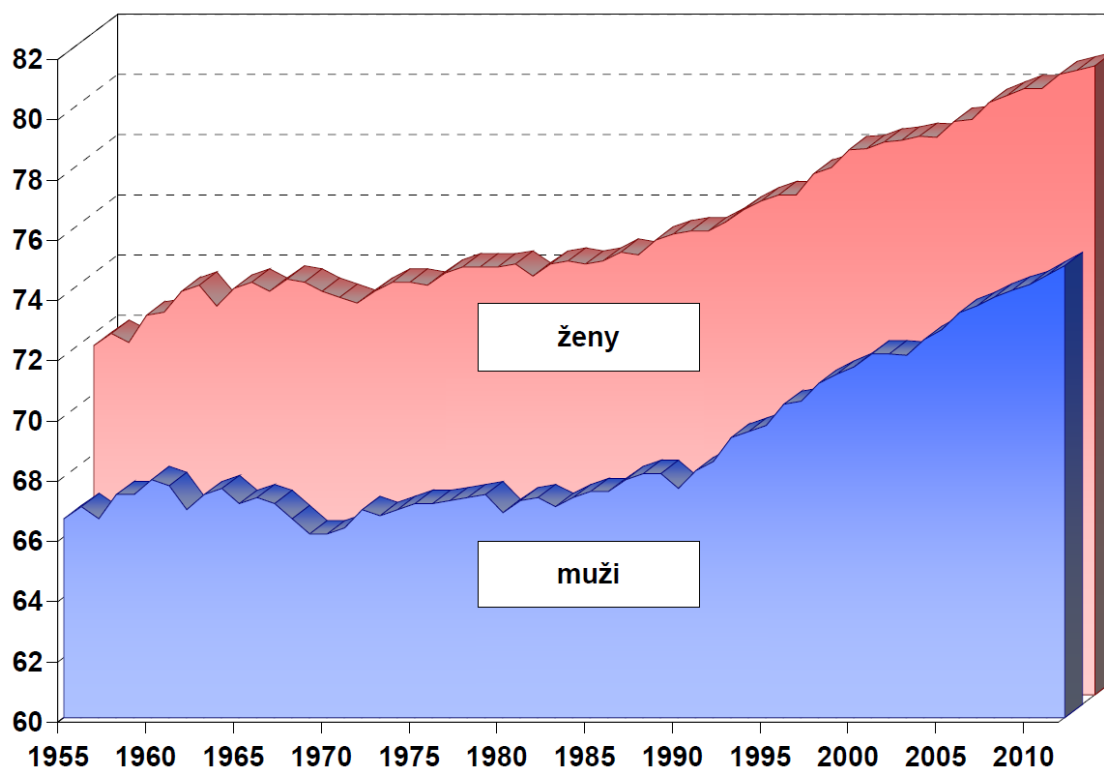
Ve všech ekonomicky vyspělých zemích dochází ke stárnutí populace (viz **Graf 5**).<sup>[28]</sup> Mezi jeho ekonomické důsledky patří především rostoucí finanční zatížení důchodového a zdravotnického systému. Jako indikátor stárnutí populace se používá nejčastěji poměr počtu osob ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0–14 let, tzv. index stáří. Ten se postupně zvyšuje a v ČR nabývá hodnot uvedených v **Tabulce 6**.

**Tabulka 6** Hodnoty indexu stáří v ČR v letech 2004–2012<sup>[13]</sup>

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Index stáří	94,0	97,0	100,2	102,4	105,1	107,0	107,8	110,4	113,3

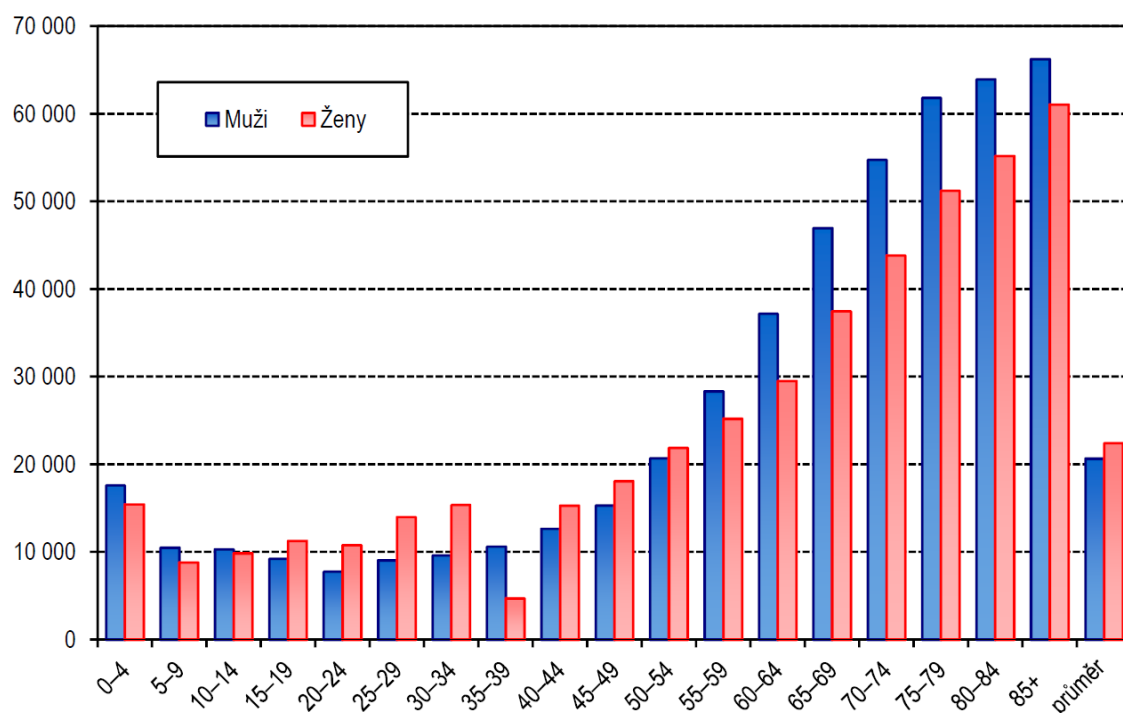
Střední délka života se v ČR stále zvyšuje a v roce 2012 dosáhla hodnoty pro muže 75,00 a pro ženy dokonce 80,88 let. Nejdelšího věku (80 let) se v Evropě dlouhodobě dožívají muži ve Švýcarsku, Islandu, Švédsku, v Itálii a na Kypru. Ženy dosahují nejdelší střední délky života při narození ve Španělsku, Francii, Itálii a Švýcarsku (přes 85 let). ČR tak za těmito zeměmi zaostává asi o 4 roky u mužů, resp. 5 let u žen.<sup>[13]</sup>

**Graf 5** Vývoj střední délky života při narození u obyvatel ČR v letech 1955–2012 (v letech)<sup>[13]</sup>



Prodlužování střední délky života není pouze důsledkem stále se zlepšujících podmínek pro život v naší společnosti a tedy i důsledek dobrého fungování zdravotnického systému, ale bohužel také příčinou potíží s jeho financováním. Dochází totiž ke zvyšování podílu věkově starší generace (viz **Tabulka 6**), tedy populace s větší pravděpodobností výskytu polymorbidity, která je spojena s vyššími náklady na zdravotní péči, jak znázorňuje **Graf 6**.<sup>[34, 38]</sup>

**Graf 6** Průměrné náklady zdravotních pojišťoven za zdravotní služby na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2012 (v Kč)<sup>[38]</sup>



### 3. Zvyšování nároků na bezpečnost a účinnost LP

Stálé zvyšování nároků na bezpečnost léčivých přípravků a současně populační doložení dokladů o jejich účinnosti nutí výrobce k vyšším investicím do klinického hodnocení nových LP a proto se vývojové náklady u nových chemických entit stále zvyšují a dosahují hodnot 1–1,7 mld. USD.<sup>[39, 40]</sup>

S bezpečností souvisí také nákladné zavádění a dodržování systému správných praxí (laboratorní, klinické, výrobní, lékárenské, distribuční) ve farmacii.

V rámci požadavků vyplývajících z EBM jsou pak v rámci randomizovaných klinických studií (po uvedení LP do praxe) vysoce nákladná také populační doložení dokladů o jejich účinnosti.

## **Možnosti řešení:**<sup>[1, 3, 33, 34]</sup>

Při hledání řešení se často naráží na střet zájmů medicínských (snaha uzdravit pacienta bez ohledu na objem finančních zdrojů) a zájmů ekonomických (snaha o vynaložení co nejmenšího množství financí, které však ještě vede k uzdravení pacienta). Evidence LP je v oblasti medicíny zpracována nejdokonaleji a protože výdaje za farmakoterapii tvoří podstatnou část všech výdajů na zdravotnictví, snaha všech reforem se ve hledání úspor na straně výdajů soustředí také na regulaci spotřeby LP.

### **1. Alokace finančních toků**

Rozdělování finančních prostředků může být významným několika úrovnovým regulačním prvkem a pomocí různých finančních limitů na pacienta, na diagnózu, stanovení dotací nemocnicím apod. může být docíleno řady efektivních úspor. Tento prvek je však nutné nastavit v základní koncepci celého zdravotnictví a stanovit v zásadách zdravotní i lékové politiky.

### **2. Spoluúčast pacienta**

V rámci solidárních systémů, kde je základní péče občanům poskytována bezplatně (resp. z veřejného zdravotního pojištění) je nutné pro práci se spoluúčastí nejprve definovat základní a nadstandardní péči a jednoznačně určit tu zdravotní péči, za kterou již budou občané bez rizik platit zcela sami. S tímto souvisí samotná kategorizace LP i podpora samoléčení a s ní spojený přesun některých LP mezi volně prodejná. Samoléčení nejen přenáší na občana část finanční zátěže (vyšší spoluúčast), ale zvyšuje také význam péče o vlastní zdraví, prevenci nemocí, zdravý životní styl, zamezuje plýtvání LP apod.

### **3. Racionální využívání LP**

Racionální farmakoterapie (účelné a racionální využívání LP) je koncept vhodného a efektivního využívání LP a jejich potenciálu s využitím poznatků EBM. Výběr LP by měl být realizován v co nejmenším finančním nákladu při současném zajištění dostatečného účinku. S tím souvisí i maximalizace účinku vhodně zvoleného LP správnou edukací pacienta a poučení o možných rizicích terapie a jejich minimalizaci. Maximální využití terapeutické hodnoty LP tak přináší úspory, které navíc pomohou zvýšit dostupnost nákladné terapie.

## 3.2 Zdravotní a léková politika

### 3.2.1 Zdravotní politika

Zdravotní politika jako vědní obor i cílevědomá praktická činnost se zrodila v podstatě až po 2. světové válce, v souvislosti s řešením těžké zdravotní situace ve většině evropských zemí v poválečném období. Její rozvoj souvisí také s rozvojem medicínských technologií a rychlým růstem výdajů na zdravotnictví ve většině ekonomicky vyspělých zemí světa.<sup>[41]</sup>

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví populace a jednotlivých společenských skupin dané země. Vedle koncepce zdravotních služeb dané země zahrnuje i činnosti dalších institucí, dobrovolných organizací a jednotlivců, které se týkají péče o zdraví.<sup>[3]</sup>

Lze rozeznávat čtyři základní fáze tvorby zdravotní politiky.<sup>[41]</sup>

- identifikace problému a rozpoznání východisek,
- formulace postupů – kdo, jak, kde,
- implementace postupů,
- vyhodnocení postupů.

Hlavními nástroji státu při realizaci cílů národní zdravotní politiky, včetně politiky lékové jsou:<sup>[3]</sup>

- systém zákonů, směrnic, norem a standardů,
- finanční prostředky a způsoby jejich alokace,
- instituce,
- informace,
- vyjednávání s jednotlivými účastníky zdravotnického systému.

### 3.2.2 Léková politika

Léková politika státu je pak chápána jako velice důležitá a živá součást této rozsáhlé a často velice dynamické zdravotní politiky státu. Cílem lékové politiky je zajištění účinných, bezpečných a kvalitních léčiv pro celou populaci v potřebném množství, v potřebný čas a za sociálně přijatelných podmínek (cena, spoluúčast). Na tvorbě národní lékové politiky všech průmyslově vyspělých zemí se podílí řada účastníků, a tak



léková politika v demokratických zemích je mimo jiné výsledkem negociačních procesů, jejichž výsledkem je uspokojení zájmů všech jednotlivých účastníků vyjednávacího procesu. Mezi hlavní účastníky lékové politiky patří stát prostřednictvím svých zákonodárných (parlament) a výkonných (vláda) orgánů, regionálních orgány státní samosprávy, výrobci léčiv, distributoři léčiv, plátcí zdravotních služeb (v našem systému převážně zdravotní pojišťovny), poskytovatelé zdravotních služeb (hlavně lékaři a farmaceuti), občané jako uživatelé zdravotních služeb a zároveň plátcí zdravotního pojištění.<sup>[3]</sup>

Hlavní odpovědnost za lékovou politiku má stát, který vytváří její právní rámec, ve kterém vymezuje základní funkce a procesy jednotlivých účastníků. Stát tak balancuje mezi prosazováním specifických zájmů jednotlivých aktérů, kteří by jejich prosazením mohli omezit zájmy ostatních. Stát tak hledá kompromis, jehož fungování bude vyhovovat společnosti jako harmonickému celku.

Léková politika vyspělých zemí se soustředí především na:<sup>[42]</sup>

- dostupnost potřebných LP a jejich distribuci,
- uvádění nových LP na trh, proces jejich registrace,
- kontrolu bezpečnosti LP,
- kontrolu účinnosti LP,
- způsob cenotvorby a úhrad LP,
- kontrolu spotřeby léčiv a racionální preskripce,
- podpora výzkumu a vývoje nových LP,
- informační strategii ve vztahu k odborné i laické veřejnosti.

Léková politika EU sleduje dva základní cíle:<sup>[3]</sup>

- ochranu zdraví populace jednotlivých členských zemí EU a
- volný pohyb léčivých přípravků mezi zeměmi EU.

Předpisy EU upravují oblasti registrace léčiv, jejich výroby, propagace, distribuce a duševního vlastnictví. V EU také existují normy upravující způsob vytváření cen farmaceutických přípravků a jejich úhrad v národních systémech zdravotního pojištění. Neexistuje však jednotná norma pro celou EU, v této oblasti je regulace plně v kompetenci jednotlivých členských států. Jedinou směrnicí, která výhradně upravuje tvorbu cen a úhrad je Směrnice 89/105/EHS ze dne 21. prosince 1988 o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejím začleněním do

rámce národních systémů zdravotního pojištění.<sup>[43]</sup> Podle této směrnice musí být rozhodování o cenách a způsobu úhrad transparentní a založeno na ověřitelných a objektivních kritériích.<sup>[3]</sup> Právě za netransparentnost (resp. její nízkou úroveň) v oblasti cenotvorby a systém úhrad ze zdravotního pojištění byla v minulosti Česká republika Evropskou unií často kritizována.

V současné době je proto středem zájmu státu, pojišťoven, ale i poskytovatelů zdravotních služeb a pacientů zejména usměrňování výdajů za léčivé přípravky. Negativně vnímaným trendem byl stále rostoucí podíl výdajů na léky k celkovým výdajům na zdravotnictví. Výdaje na léčiva v zemích evropské patnáctky (dále jako EU-15) se z celkových výdajů na zdravotnictví pohybovaly v roce 2003 kolem 15 %, v ČR to bylo kolem 25 %. Po zavedení řady reforem a tlaku na snížení spotřeby léčivých přípravků v ČR, snížení její úhrady zdravotními pojišťovnami a následně tlaku na výrobce a snížení prodejní ceny se snížil podíl výdajů za léčivé přípravky na necelých 19 % z celkových výdajů na zdravotnictví v roce 2010.<sup>[32]</sup> Jednalo se o významnou úsporu, která umožnila alokovat omezené finanční zdroje na jiné výdaje, jakými byly např. platy lékařů a zdravotních sester či modernizace přístrojového vybavení nemocnic. Podíl výdajů na léky v ČR se tak postupně přibližuje situaci běžné ve vyspělých zemích EU.

Za zmínku také stojí další důležitý trend, a to postupné zvyšování spoluúčasti pacientů (poměr soukromých výdajů domácností k celkovým výdajům na zdravotnictví). Spoluúčast není důležitá pouze pro větší tok peněz ze strany pacientů do systému, ale především pro obecné povědomí o zdraví, které bylo před rokem 1989 vnímáno jako majetek státu, který o něj „bezplatně“ pečoval. Spoluúčast tak přenáší tuto psychologicky významnou úlohu na samotného pacienta, který si více uvědomuje hodnotu svého zdraví, vede své chování k významnější prevenci nemocí a celkově nakonec ušetří zdravotnictví nemalé výdaje. Spoluúčast v ČR je stále na jedné z nejnižších úrovní v rámci zemí OECD, přesto se z hodnoty kolem 10 % (tato hodnota byla téměř konstantní až do roku 2006) postupně vyšplhala až k 19 %.<sup>[32]</sup>

Dlouhodobým cílem lékové politiky v ČR je dosáhnout podílu spoluúčasti na celkových výdajích na zdravotnictví okolo 20 až 21 % (s postupným navyšováním bylo počítáno i v programových prohlášeních vlád na roky 2007 až 2014).<sup>[29, 30, 31]</sup> I přes reformní kroky, které se těmito vládám povedlo prosadit, stále je finanční zatížení českého pacienta nižší než ve většině ostatních vyspělých zemí EU či OECD.<sup>[44]</sup>

Vedle regulace výdajů na léčiva se pozornost v zemích EU soustřeďuje na další aspekty lékové politiky, zejména na bezpečnost používaných léčiv, jejich účinnost a racionální využívání. Regulace výdajů na léky a kontrola nákladů farmaceutického sektoru je však jednou z nejsilnějších a neexistuje žádná vyspělá země, která by tuto formu regulace neměla v rámci své zdravotní (lékové) politiky významně definovanou. Strategická opatření směřují jednak k regulaci poptávky po lécích a také k regulaci nabídky a ceny léků. Při všech činnostech zdravotní politiky je třeba zaměřit pozornost vždy na všechny účastníky systému zdravotnického systému: výrobce a distributory léčivých přípravků, poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnický personál), plátce (zdravotní pojišťovny, územní celky – města, kraje) i pacienty.<sup>[3]</sup>

## 3.3 Spotřeba léčiv

### 3.3.1 Determinanty spotřeby léčiv

Celková spotřeba léčiv i její struktura a časová dynamika je dána výsledkem vzájemného působení mnoha různých faktorů, které mohou být postupně popsány v následujících skupinách:<sup>[3]</sup>

#### *Faktory demografické a biologické povahy*

- počet obyvatel
- věková struktura obyvatel
- struktura populace dle pohlaví
- socioekonomická struktura populace
- úroveň vzdělanosti obyvatelstva
- úroveň a struktura nemocnosti

#### *Faktory socioekonomického prostředí*

- ekonomická vyspělost země
- poměr výdajů zdravotnictví na celkový HDP
- úroveň a struktura zaměstnanosti
- životní úroveň obyvatelstva (HDI) a míra diferenciací životní úrovně<sup>[45]</sup>
- úroveň sociální péče a její vymezení vůči péči zdravotní

#### *Faktory související se zdravotnickým systémem*

- typ, struktura a financování zdravotnického systému
- úroveň a efektivita zdravotní politiky státu
- úroveň a efektivita lékové politiky státu, způsob a míra regulace trhu s léčivými
- management organizace a návaznost zdravotních služeb a přístup k nim
- podíl, struktura a dynamika soukromých výdajů (spoluúčasti) občanů (pacientů) na celkových výdajích na zdravotnictví

### ***Faktory související s poskytováním zdravotní péče***

- síť zdravotnických zařízení (struktura a hustota sítě, dostupnost)
- pregraduální a postgraduální systém vzdělávání zdravotnických pracovníků
- preskripční chování lékařů (míra kontroly ze strany zdravotních pojišťoven i pacientů, elektronizace a lepší dohledatelnost v systému, doporučené postupy, farmakoekonomika)
- etické principy a korupce ve vztazích průmysl-lékař (nadstandardní motivační odměny za častější a preferovanou preskripci), průmysl-lékařník (množstevní rabaty, „pozitivní a negativní“ listy lékárenských řetězců)

### ***Faktory týkající se plátců zdravotních služeb***

- množství prostředků použitelné na financování péče (úhradu léčiv) determinované makroekonomickými údaji národní ekonomiky (zaměstnanost, výše mezd, výběr zdravotního pojištění)
- řešení základní ekonomické otázky mezi neomezenými potřebami (požadavky, nároky) a omezenými finančními zdroji pojišťovny
- úroveň, důslednost a efektivita revizní a kontrolní činnosti
- vlastní léková politika zdravotních pojišťoven

### ***Faktory související s chováním občanů***

- životní styl obyvatel (míra kuřáctví a alkoholismu, způsob a kvalita výživy, sportovní a volnočasové aktivity a další)
- zneužívání a nadužívání zdravotní péče a regulační mechanismy zdravotnického systému, který tomuto chování zabrání
- samoléčba a její vztah k úrovni farmaceutické péče poskytované v lékárnách
- zdravotní uvědomění obyvatel, orientace v systému péče o zdraví, prevence nemocí (preventivní prohlídky, očkování), vztah k vlastnímu zdraví

### ***Faktory týkající se výrobců a distributorů léčiv***

- inovace ve farmaceutickém průmyslu, vstup generických přípravků
- cenová politika výrobců reagující na situaci na trhu (spotřeba, konkurence) a aktuální lékovou politiku (systém úhrad léčivých přípravků)
- distribuční cesty, komunikace, propagace

### ***Faktory týkající se různých zájmových skupin***

- aktivity profesních skupin zastupují zájmy jednotlivých členů systému
- aktivity odborů (nátlakové akce, stávky) a aktivity odborných a zájmových skupin ve vztahu prevence nemocí a ochraně zdraví

### ***Faktory související s reklamou a médií***

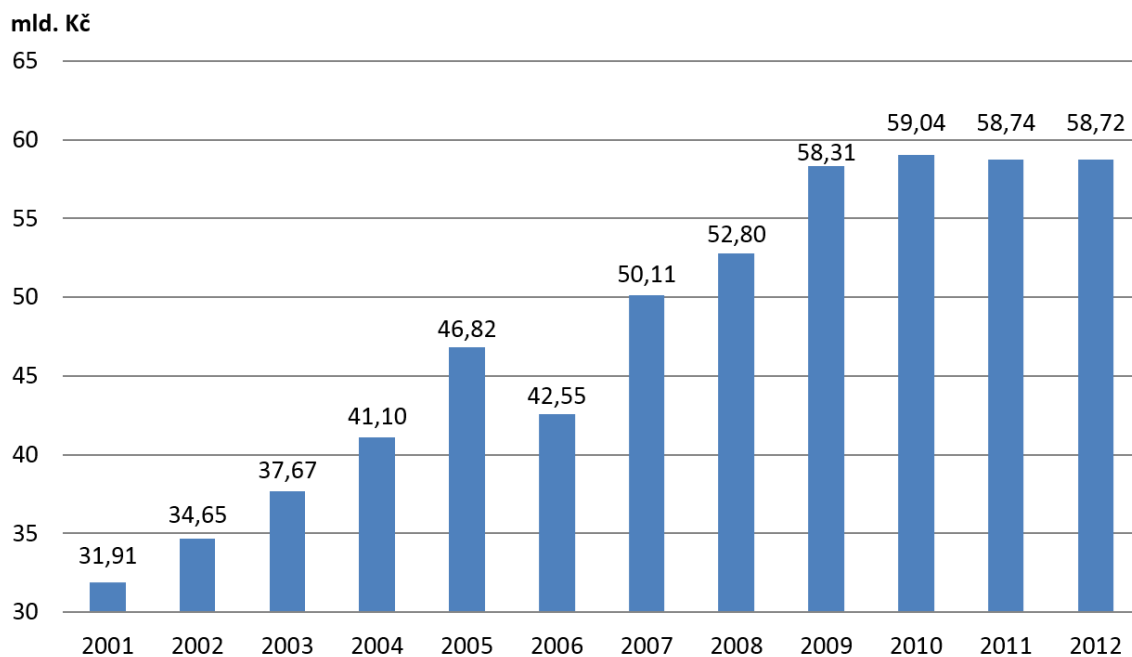
- informace poskytované široké odborné i laické veřejnosti
- pravdivost, úplnost a relevantnost informací
- omezení reklamy na LP

### **3.3.2 Spotřeba léčiv v ČR**

Údaje o spotřebě léčiv v ČR zpracovává na základě povinných hlášení od distributorů a výrobců SÚKL. Výdaje za LP tvoří dlouhodobě výraznou položku ve výdajích na zdravotnictví a jsou vyjadřovány objemy distribuovaných LP do lékáren, dalším zdravotnickým zařízením a prodejcům vyhrazených léčiv. Do roku 2010 oficiální statistiky o spotřebě LP v ČR publikovaly údaje zahrnující maximální obchodní přírážku a DPH. Od roku 2010 se metodika výpočtů změnila a hodnoty se uvádějí v cenách výrobce, tedy bez obchodní přírážky a DPH. Pro porovnatelnost jsou tak starší data v grafech uváděných v této kapitole přepočítána dle nové metodiky.

Spotřebu LP lze jednoduše vyjádřit pomocí celkové finanční hodnoty v mld. Kč (viz **Graf 7**). V tomto případě však hodnota neodráží skutečnou spotřebu léčiv. Ceny (tedy i spotřeba vyjádřená tímto způsobem) se zvyšují nejen v důsledku inflace a změny kurzu (resp. změny parity kupní síly) české měny a jiných makroekonomických vlivů, ale také díky faktorům mikroekonomické povahy, zvláště pak s rostoucími výdaji na vývoj nových (inovativních) LP (mj. díky stále rostoucím nákladům souvisejícím s bezpečností vyvíjeného LP).<sup>[39]</sup>

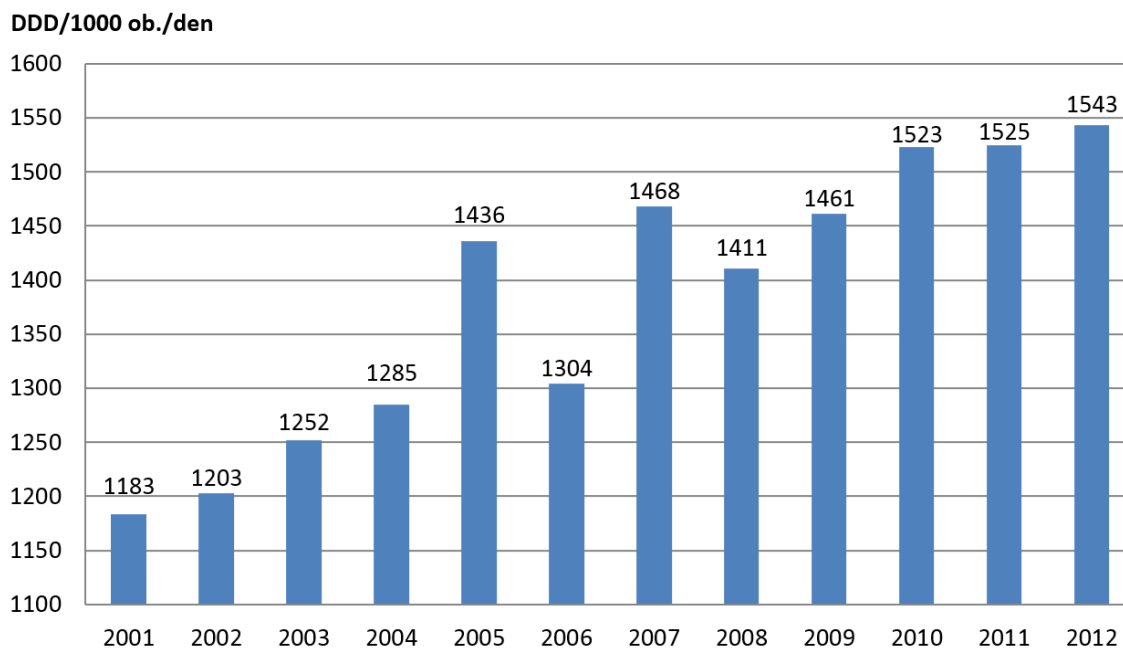
**Graf 7** Vývoj spotřeby LP v ČR v letech 2001–2012 (v mld. Kč)<sup>[32]</sup>



Finanční údaje vztahující se ke spotřebě LP jsou přepočítány na ceny výrobce, tj. bez obchodní přírážky a DPH.

Podobné je to s vyjadřováním spotřeby LP pomocí počtu balení. Vyjádření spotřeby LP pomocí celkového počtu definovaných denních dávek (DDD), případně jejich přepočet na počet obyvatel pak mohou mít přesně opačnou vývojovou tendenci. Např. v roce 2012 sice poklesla spotřeba LP vyjádřena v počtech balení oproti roku 2011 o 5,6 %, ve finančním vyjádření pak zůstala téměř beze změny, avšak přepočtena na DDD spotřeba vykazovala nárůst o 1,4 %. S korekcí demografických vlivů pak počítá DDD přepočtená na 1000 obyvatel a 1 den (DDD/1000 ob./den), podle tohoto výpočtu pak spotřeba narostla o něco méně, o 1,2 % (viz **Graf 8**).

**Graf 8** Vývoj spotřeby LP v ČR v letech 2001 až 2012 (v DDD/1000 ob./den)<sup>[32]</sup>



Z analýzy spotřeby LP v letech 2001–2012 vyplývá řada souvislostí.

Dlouhodobý a celosvětový trend farmaceutického trhu, který ve finančním vyjádření roste průměrně o 3–6 %<sup>[46]</sup> ročně, mj. díky vývoji ke stále účinnější léčbě, uvádění nových LP na trh či celosvětovým stárnutím populace, byl zvrácen v roce 2006 přesně opačným trendem, kdy trh s LP v ČR klesal nejen díky nižšímu počtu předepsaných balení, ale také v celkovém finančním vyjádření. Vedle běžných postupů, mezi které patří regulace cen a úhrad, používání levnějších variant přípravků či dodržování preskripčních a indikačních omezení, byly totiž v roce 2006 ministerstvem zdravotnictví lékařům a nemocnicím stanoveny tak přísné limity na předepisování LP, které způsobily pokles spotřeby všech léčivých přípravků.

Další výjimečné snížení spotřeby LP jdoucí proti trendu celosvětového vývoje nastalo v roce 2008 a bylo ovlivněno hned několika faktory. Jedním z nich bylo zavedení nového systému stanovování maximálních cen LP a PZLÚ a výše a podmínek úhrady z veřejného zdravotního pojištění, který je od 1. ledna 2008 plně v kompetenci SÚKL. Dalším významným faktorem bylo nabytí účinnosti zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů,<sup>[47]</sup> rovněž k 1. lednu 2008, kterým se měnilo několik desítek zákonů, mj. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,<sup>[48]</sup> kde se §16a zavedly regulační poplatky a stanovila jejich výše.



Vliv na změnu spotřeby léčiv v roce 2008 oproti roku 2007 před uvedenými změnami byl následující: Spotřeba hodnocená podle počtu distribuovaných balení LP se sice snížila o 7,4 %, což představovalo nejnižší počet balení za předešlých 12 let, ve finančním vyjádření se však spotřeba navýšila o 5,37 % (přepočítáno dle metodiky platné od roku 2010 na ceny výrobce, tj. bez obchodní přírážky a DPH). A podle ukazatele spotřeby vztahujícího DDD/1000 ob./den se jednalo taky o snížení spotřeby, konkrétně o 3,9 %.

Poslední odchýlení od celosvětového vývoje stále rostoucích výdajů za LP<sup>[46]</sup> je situace pozorovatelná od roku 2010, kdy se trend zvyšování spotřeby LP jak ve finančním vyjádření, tak v přepočtu na DDD zastavil. Ve finančním vyjádření díky tlaku na snižování maximálních cen původce, i přes celkový růst spotřeby dle DDD, je stagnace výdajů na LP patrna dokonce již od roku 2009.

### 3.3.3 Nedostupnost léčivých přípravků

Častým problémem při poskytování zdravotní péče bývá nedostupnost konkrétních léčivých přípravků, označované jako „výpadky“. Tyto problémy v dodávkách léčiv trápí dlouhodobě zdravotníky a pacienty v celé Evropské unii a stále častěji znepokojují i české lékaře a lékárníky při plnění jejich dennodenní práce a mohou mít pro pacienta i fatální následky.<sup>[49]</sup> Jen ve Velké Británii podle tamních zpráv chybí ročně milion balení LP a problém se týká všech druhů LP a všech zemí bez ohledu na jejich ekonomiku či ceny LP a je způsoben mnoha faktory, které se snaží analyzovat a řešit i celoevropské instituce a navrhují řadu opatření, která by mohla problém podle aktuálních potřeb jednotlivých zemí vyřešit.<sup>[50]</sup>

Podle zprávy FIP z roku 2013, 98,8 % nemocnic zažilo výpadky léčiv v průběhu posledních 12 měsíců, přičemž 63 % uvedlo, že problémy spojené s výpadky LP se objevily přinejmenším každý týden.<sup>[51]</sup>

Hledání konkrétní jedné příčiny nedostupnosti LP ukazuje na komplexnost tohoto problému.<sup>[52]</sup> Příčiny narušení výpadku v dodávkách LP podle zprávy PGEU mohou být způsobeny:<sup>[53]</sup>

- Povahou farmaceutického průmyslu. Farmaceutický průmysl se stále více globalizuje a produkce se koncentruje na méně míst po světě. Tato tendence může mít vážný dopad na kapacitu výroby, pokud se objeví například problémy s kvalitou, nebo se vyskytne problém s dodávkami základních surovin.

- Změnami v poptávce po LP, které vyplývají jak z dlouhodobých faktorů, jako jsou například demografické změny, ale také i z krátkodobých faktorů jako jsou výběrová řízení na LP, která vedou k problémům v poskytování dostatečného množství LP na některých trzích.
- Zavedením fixních kvót na léčiva farmaceutickým průmyslem často nepřesně hodnotí skutečnou úroveň pacientových potřeb, stejně jako odstranění tradiční role velkodistributorů jako výsledek modelu DTP na některých trzích.
- Extrémním tlakem na cenu léčiv v rámci dodavatelského řetězce způsobující koncentraci výrobní kapacity a snižování nákladů na jejich skladování.
- Cenovými strategiemi a regulačními změnami.
- Zrušením veřejné povinnosti a požadavků na minimální národní zásoby LP v některých zemích.
- Nedostatečným upřednostňováním malých trhů s léčivy.
- Působením Evropského vnitřního trhu (například tzv. reexportů) a rozdílných cen LP.

A právě poslední z důvodů uváděný ve zprávě PGEU se stává stále palčivějším problémem, který reaguje na přísnější regulaci cen LP v ČR, kdy se stává u mnoha LP velmi výhodný jejich reexport do zahraničí. Výrobci tak ztrácejí příjmy z prodejů v zemích, kde cena jejich přípravku byla vyšší, protože se do těchto zemí cestou reexportů distribuují ze zemí, kde je regulovaná cena mnohem nižší. Výrobci se těmto praktikám snaží bránit různými cestami, např. kontrolovaným prodejem lékárnám, limitacím podle předchozích prodejů apod. Pro pacienty je reexport nepříjemný proto, že jejich přípravek díky nižší ceně než je v zahraničí, dočasně na českém trhu chybí a mnohdy nemá svou adekvátní možnou náhradu a je nutná změna léčby, což sebou přináší riziko. Nejedná se o malé částky, za které se LP reexportují z ČR do zahraničí. Distributoři vyčíslili paralelní export za rok 2013 na 6 mld. Kč, paralelní import je dle nich desetinásobně nižší. Dovoz léků má však podle jejich slov v poslední době tendenci narůstat.<sup>[54]</sup>

Narůstající zájem lékáren o zřizování licence pro distribuci (a umožnění reexportu) je dán přísnější cenovou regulací, která způsobuje u mnoha LP výrazné rozdíly v jejich ceně v ČR a v zahraničí. Podle databáze lékáren SÚKL aktuálně ke dni 19. září 2014 z celkového počtu 2 838 lékáren registrovaných v ČR je 361 těch, jejichž provozovatel je současně také držitelem povolení k distribuci.<sup>[55]</sup> Největší nárůst provozovatelů lékáren mající také povolení k distribuci byl do první poloviny roku 2013,

během posledního roku (září 2013 až září 2014) se počet povolení zvýšil jen o sedm (počet lékáren byl ke dni 23. září 2013 celkem 2806, a z toho s potřebným povolením k distribuci 354).<sup>[55]</sup>

Nižší ceny LP v ČR a tím větší motivace k vývozům do zahraničí jsou způsobeny také vlivem pohybů kurzu české koruny, kdy dochází často k tomu, že je maximální cena původce pro konkrétní LP stanovena i pod nejnižší evropskou cenou.

Následující problém, způsobující složitost regulace vývozu LP do zahraničí, je však jedním ze základních principů fungování EU a je zakotven ve směrnici ES o volném pohybu zboží. Poté, co vstoupila v platnost Lisabonská smlouva, byla Smlouva o ES pozměněna a přejmenována na Smlouvu o fungování Evropské unie (SFEU). Ustanovení o volném pohybu zboží (bývalé články 28–30 Smlouvy o ES) zůstala nezměněno, ale byla přečíslována na články 34–36 SFEU.<sup>[56]</sup> Články 34 a 35 zakazují množstevní omezení dovozu, vývozu a tranzitu zboží mezi členskými státy, článek 36 však nevylučuje tento zákaz odůvodněný mimo jiné ochranou zdraví a života lidí a zvířat. Toho s úspěchem využívá Slovensko, kde má ŠÚKL právo zakázat vývoz LP při jeho nedostatku. Na Slovensku je distributor povinen informovat ŠÚKL s třicetidenním předstihem o plánovaných dodávkách do zahraničí a teprve v případě nevyjádření úřadu může export realizovat. ŠÚKL může v případě ohrožení dostupnosti odpovídajícího množství LP pro slovenský trh konkrétní export nepovolit a pravidelně této možnosti s úspěchem využívá.<sup>[57]</sup>

Pro české zdravotnictví jsou nejrizikovější skupinou originální LP, pro které ještě neexistuje generická alternativa nebo jiný způsob terapie a jejich nedostatek na českém trhu je pro pacienty zdraví ohrožující komplikace. Chybějící generický LP (nebo originál mající již své generické substituty) může být nahrazen jiným a situace s jeho nedostatkem tak může být často jednodušší.

V ČR se regulace vývozu LP do zahraničí zatím omezuje pouze na některé paragrafy zákona č. 378/2007 Sb. o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů, kde podle §23 odst. 1 písm. d) jsou výrobci i distributoři LP povinni poskytovat ŠÚKLu podle jejich požadavků bezúplatně podklady a informace potřebné pro správu fondu odborných informací o LP, včetně údajů vztahujících se ke spotřebě léčivých přípravků.

Podle §77 odst. 3 pak v případě, že je LP odebírán provozovatelem lékárny, který je současně držitelem povolení k distribuci, musí být v této dokumentaci uvedeno, zda odběratel odebírá LP jako provozovatel lékárny nebo jako distributor.

Podle §77 odst. 7 pak v případě, že distributor, který není držitelem rozhodnutí o registraci tohoto léčivého přípravku, zamýšlí distribuovat z jiného členského státu do ČR LP, kterým byla udělena registrace podle přímo použitelného předpisu Evropské unie upravujícího postup při registraci a dozoru nad léčivými přípravky, je povinen tento svůj úmysl oznámit držiteli rozhodnutí o registraci a SÚKLu.

Podle pokynu SÚKLu pro distributory (DIS 13 – verze 4 platná od 1. 1. 2011) o hlášení dodávek distribuovaných humánních léčivých přípravků,<sup>[58]</sup> se hlášení zasílá za každý kalendářní měsíc (do 10. dne po jeho ukončení), dále se podle tohoto pokynu nově zasílá zvlášť hlášení dodávek a zvlášť vratek a součástí hlášení jsou kromě dodávek subjektům oprávněným k výdeji v ČR také dodávky ostatním distributorům a dodávky subjektům oprávněným k výdeji mimo ČR a zahraničním odběratelům.

Efektivní regulace vedoucí k eliminaci nedostupnosti LP na českém trhu však musí mít komplexnější charakter. Podle vyjádření během diskusí<sup>[59]</sup> různých odborných institucí (MZ, VZP, SÚKL, ČLnK, AIFP) by se kroky české zdravotní a lékové politiky měly ubírat k:

- vyšší regulaci při udělování povolení k distribuci,
- průběžnému a dokonalejšímu vyhodnocování údajů o dostupnosti,
- aktuálnímu a bezodkladnému informování lékařů a lékárníků,
- sledování opatření v regulaci paralelního exportu LP v dalších zemích EU a jejich aplikace do českého modelu,
- změně výpočtu maximální ceny,
- novele Zákona o léčivech (zakázat vývoz LP z důvodu nedostatečného množství na českém trhu nebo v případě problému jeho výrobní kapacity).

### 3.4 Ceny, regulace a úhrady léčivých přípravků

Prodejní cena léčivého přípravku je součtem hodnot – ceny původce, obchodní přírážky a DPH.<sup>[20, 24, 60]</sup>

- cena původce – cena, za kterou je LP dodáván původcem první osobě oprávněné LP distribuovat nebo vydávat, bez obchodní přírážky a DPH.<sup>[58]</sup> Horní limit této ceny původce je u hrazených LP regulován rozhodnutím SÚKL nebo je ohlášen držitelem rozhodnutí o registraci. V obou případech ji nesmí výrobce (příp. dovozce) při uvedení na trh překročit. Nic však nebrání tomu prodávat LP za cenu nižší než je takto stanovený horní limit.
- obchodní přírážka – je tvořena procentní sazbou a pevnou částkou tzv. nápočtem. Horní hranice obchodní přírážky je u hrazených LP stanovena Cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to pomocí jednotlivých pásem dle konkrétní ceny původce. Obchodní přírážka se v ČR dělí mezi distributora a lékárnu dle vzájemných individuálních obchodních podmínek.
- DPH – daň z přidané hodnoty za výdej a prodej léčivých přípravků v lékárnách. Sazby této daně a parametry jejího použití jsou dle zákona o DPH a v jeho přílohách.<sup>[60]</sup> Před vstupem ČR do EU (1. května 2004) byl výdej a prodej humánních léčivých přípravků v lékárnách, podobně jako i jiné zdravotní služby od DPH osvobozen. Vzhledem k harmonizaci českého práva s evropským došlo ke zdanění výdeje a prodeje LP v lékárnách sníženou sazbou DPH, jejíž výše zaznamenala v dalších letech vývoj popsáný v **Tabulce 7**.

**Tabulka 7** Vývoj sazby DPH za výdej a prodej humánních LP v lékárnách v ČR<sup>[60]</sup>

Časové období	Sazba DPH
do dubna 2004	0 %
od května 2004	5 %
od 2008	9 %
od 2010	10 %
od 2011	14 %
od 2012	15 %
od 2015 <sup>[11]</sup>	10 %

Regulace cen LP je vzájemně provázaný systém, který představuje:<sup>[61]</sup>

1. vymezení jednotlivých složek ceny, které budou podléhat regulaci ceny, které jsou v podmínkách ČR reprezentovány maximální cenou původce (výrobce) a maximální obchodní přírůžkou (souhrnnou marží distributora/ů a lékárny),
2. vymezení těch LP, které budou podléhat regulaci ceny,
3. stanovení způsobu, jakým se jednotlivé složky ceny budou regulovat,
4. stanovování konkrétní výše regulované ceny.

### 3.4.1 Cenová regulace léčivých přípravků

Základní legislativou pro cenovou regulaci LP jsou:

1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,<sup>[48]</sup>
2. Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2013/FAR, o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely,<sup>[62]</sup>
3. Cenové rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví 1/13-FAR, kterým se stanoví seznam ATC skupin, které v uvedené lékové formě nepodléhají cenové regulaci stanovením maximální ceny.<sup>[63]</sup>

Regulaci podléhají léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely alespoň zčásti hrazené ze veřejného zdravotního pojištění.

Hrazený léčivý přípravek je ten, který má stanovenou vyšší úhrady z veřejného zdravotního pojištění a není podstatné, zda v konkrétním případě pacient úhradu čerpá či si ho

platí sám. Takových LP je v ČR asi 9 000 různých položek (variant, kódů). Reálně se jich však obchoduje asi jen 6 000.<sup>[61]</sup>

Cenová regulace LP má několik úrovní – regulace maximální ceny původce a maximální obchodní přírážky (u HVLP) a věcné usměrňování ceny (připravovaná radiofarmaka a transfúzní přípravky, taxa laborum u IPLP, některá nová LP).

Cenové regulaci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (regulací maximální cenou nebo obchodní přírážkou), podléhají všechny léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Výjimku tvoří pouze přípravky, které jsou hrazeny při ústavní péči v rámci paušálu a dále LP, které byly Cenovým rozhodnutím MZ vyřazeny z cenové regulace. Při cenové regulace využívá SÚKL tzv. vnější cenové reference ze států EU. Tento tzv. referenční koš je definován zákonem o veřejném zdravotním pojištění a jeho prováděcí vyhláškou.<sup>[48]</sup>

Teoreticky mnohem větší skupinou jsou LP, které z veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou (např. antikoncepce, některé podpůrné a doplňkové LP, OTC, některé vakcíny, apod.). Ty si hradí pacienti sami. Registrovaných jich je v ČR celkem přes 50 tisíc, reálně se jich však obchoduje jen zlomek. V praxi je tedy obchodováno mnohem více LP, které mají úhradu z veřejného zdravotního pojištění (asi 6 000) než těch, které úhradu nemají (těch je nakonec asi jen 2 000).<sup>[61]</sup>

Ceny léčivých přípravků, které nejsou hrazeny ze veřejného zdravotního pojištění, nemají regulovanou cenu původce ani obchodní přírážku. Jediným regulačním mechanismem je v tomto případě klasický konkurenční boj známý z neregulovaného tržního prostředí.

### **3.4.2 Regulace maximální ceny původce**

Cena původce (v užším významu výrobce) je u některých hrazených LP v ČR regulována rozhodnutím SÚKL. Ten v rámci správního řízení stanoví tzv. maximální cenu původce, tedy horní limit, za který je možné daný LP dodávat na český trh. Pravidla pro stanovení maximální ceny původce jsou jasně vymezena zákonem.<sup>[48]</sup>

### **Maximální cena původce se stanovuje:<sup>[61]</sup>**

1. Průměrem nejnižších výrobních cen ve 3 zemích referenčního koše (všechny země EU kromě Bulharska, ČR, Estonska, Lucemburska, Německa, Rakouska, Rumunska, Kypru a Malty), a to pouze v případě, že je potřebný LP na trhu nejméně ve třech zemích referenčního koše. Země referenčního koše tvoří státy EU s paritou kupní síly blízkou ČR, které provádějí cenovou regulaci LP a PZLÚ.
2. Pokud LP není uváděn na trh ani ve 3 zemích referenčního koše, neuplatní se tento postup a místo něj přichází na řadu 2. pravidlo. Tím je, že maximální cena se stanoví ve výši průměru jeho tří nejnižších cen ze všech zemí EU. V takovém případě se stanovování maximální ceny posuzovaného přípravku postupuje tak, že se hledají všechny země EU, kam je daný LP od daného původce uváděn na trh. Ze všech těchto zemí se vyberou tři, kde je cena za daný LP nejnižší. Maximální cenu pak stanovíme jako průměr cen původce z těchto tří zemí.
3. Pokud LP není uváděn na trh alespoň ve třech zemích EU, přichází na řadu třetí pravidlo, a tím je, že se hledá nejbližše terapeuticky porovnatelný LP, bez ohledu na to, zda v ČR nebo v EU, a stanoví se maximální cena podle nejnižší ceny tohoto terapeuticky porovnatelného LP. Hledá se tedy LP např. od jiného původce obsahující stejnou léčivou látku, ve stejné lékové formě, ve stejné síle a velikosti balení. Pokud takový neexistuje, snižují se kritéria (jiná velikost balení, případně jiná síla apod.), dokud se nějaký porovnatelný LP nenajde.

Maximální cena ale není v České republice regulována vždy. V roce 2007, když cenová regulace léčiv přešla z kompetence Ministerstva financí na Ministerstvo zdravotnictví, v souladu s liberálními ekonomickými teoriemi padlo rozhodnutí, že regulovat by se měly ceny jen v případě, kdy je to nezbytné. Proto byl vytvořen mechanismus, podle kterého se v naprosté většině případů rozhodujeme, zda se bude u daného LP (resp. léčivé látky) regulovat jeho maximální cena původce či nikoliv.

Ministerstvo financí má však v úmyslu znova usilovat o kontrolu cen a také o celkovou regulaci v „dlouhodobém výhledu“. Podle ČAFF bude reálným důsledkem této změny zhoršení dostupnosti kvalitních LP na českém trhu, protože v ČR již dnes máme jedny z nejlevnějších LP v rámci EU a ministerstvem financí navrhované řešení je zbytečným krokem zpět. Zkušenost posledních 20 let jasně ukazuje, že SÚKL je v cenové regulaci mnohem úspěšnější.<sup>[64]</sup>



Pokud v rámci jedné léčivé látky a cesty podání existují alespoň čtyři LP od nejméně čtyř výrobců, pak se považuje dílčí trh této léčivé látky za dostatečně konkurenční a maximální cena původce se nereguluje.

Výše uvedeným pravidlem (deregulace při čtyřech různých LP od čtyř různých původců) došlo k deregulaci zhruba u poloviny počtu všech hrazených LP v ČR. Cena původce je tedy regulována jen u asi 4 500 kódů (variant) hrazených LP.

### 3.4.3 Regulace maximální obchodní přírážky

U přípravků, které mají regulovanou maximální cenu původce, je uplatněna i regulace obchodní přírážky, která se používá při výpočtu prodejní ceny v lékárně. Distributor spolu s lékárnou mohou uplatnit obchodní přírážku pouze ve výši stanovené Ministerstvem zdravotnictví v Cenovém předpisu.

Maximální obchodní přírážka se v ČR přímo odvíjí od ceny výrobce a má degresivní charakter. To znamená, že čím vyšší je cena výrobce, tím procentuálně nižší je obchodní přírážka, kterou mohou distributoři a lékárna uplatnit.<sup>[61]</sup>

Na rozdíl od regulace maximální ceny původce, regulace maximální obchodní přírážky je regulována u všech hrazených léčivých přípravků. Distributor a lékárna se při určení toho, zda daný LP podléhá cenové regulaci tedy ohlíží jen na to, zda daný LP má stanovenou úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Pokud ano, pak regulaci ceny podléhá a mohou si přidat obchodní přírážku jen do té výše, aby se distributor (případně i s dalšími distributory) a lékárna do regulované ceny vešli.<sup>[61]</sup>

Maximální obchodní přírážka se na rozdíl od maximální ceny původce nestanoví ve správním řízení, ale je stanovena přímo v cenovém předpise vydávaném Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku MZ.

Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví ČR<sup>[63]</sup> dále stanovuje konkrétní léčivé látky v konkrétních lékových formách, které nemusí mít regulovanou maximální cenu původce. U těchto přípravků je držiteli rozhodnutí o registraci stanovena povinnost, aby před uvedením daného přípravku na trh ohlásil horní limit, za který bude LP uvádět na trh, tzv. cenu původce. U těchto přípravků, je poté uplatněna pouze regulace obchodní přírážky, která se používá při výpočtu prodejní ceny v lékárně.

Distributor spolu s lékárnou mohou uplatnit obchodní přírážku pouze ve výši stanovené Ministerstvem zdravotnictví, jejíž historický vývoj znázorňuje **Tabulka 8**.

**Tabulka 8** Historický vývoj maximální obchodní přírážky v ČR

Časové období	Obchodní přírážka (%)
1990–1996	38
1997–1999 (do července)	35
od srpna 1999–2005	32
leden až červenec 2006	29
od srpna 2006	4–37

V současné době se pro výpočet maximální obchodní přírážky využívá model degresivní marže, kdy se k částce vypočtené procentuální sazbou připočte maximálně pevná částka odpovídající pásmu dle výše základu (tzv. nápočet).

Aktuálně platnou maximální obchodní přírážku stanovenou v cenovém předpise Ministerstva zdravotnictví<sup>[62]</sup> pro jednotlivá cenová pásma znázorňuje **Tabulka 9**.

**Tabulka 9** Maximální obchodní přírážka (dle pásem degresivní marže)<sup>[62]</sup>

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

### 3.4.4 Regulace úhrady léčivých přípravků

Od roku 2008 byl zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,<sup>[48]</sup> SÚKL pověřen stanovováním výše a podmínek úhrady léčivých přípravků ze zdravotního pojištění, a to v rámci správního řízení, které má tímto zákonem přesně nastavená pravidla.

Výše ceny, kterou zaplatí pacient (tedy doplatek), je závislá na výši úhrady ze zdravotního pojištění. Doplatek pacienta = konečná cena – úhrada ze zdravotního pojištění.<sup>[61]</sup>

Zásady stanovení výše a podmínek úhrady LP a PZLÚ je popsán v § 39b Zákona o veřejném zdravotním pojištění.<sup>[48]</sup> Podle něj při stanovení výše a podmínek úhrady u léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely SÚKL posuzuje:<sup>[48, 65]</sup>

- terapeutickou účinnost a bezpečnost,
- závažnost onemocnění, pro kterou je přípravek určen,
- hodnocení nákladové efektivity (poměr mezi náklady a přínosy spojenými s použitím daného produktu ve srovnání s použitím jiného LP),
- veřejný zájem (zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění),
- vhodnost cesty podání, lékové formy, síly a velikost balení,
- obvyklé dávkování a nezbytnou délku léčby,
- míru součinnosti osoby, které je podáván (např. frekvence užívání během dne, doprovodná režimová opatření),
- nahraditelnost jiným LP hrazeným ze zdravotního pojištění a porovnání jeho cen a úhrad
- dopad na náklady ze zdravotního pojištění způsobené užíváním LP,
- doporučené postupy odborných institucí a odborníků.

Vlastní stanovení probíhá formou správního řízení, do kterého může vstupovat zdravotní pojišťovna a původce léčivého přípravku. Délka správního řízení je stanovena na 75 dnů v případě samostatného stanovení úhrady nebo 165 dnů v případě, kdy se současně v rámci jednoho řízení stanovuje úhrada i cena původce.

## 3.5 Marketing a reklama

### 3.5.1 Historický vývoj

V období mezi 1. a 2. světovou válkou došlo k růstu regulace v oblasti reklamy. Podnět k ní daly praktiky, které používali výrobci tzv. patentních léčivých přípravků. To byla jedna z oblastí, kde se jako první uplatnil tzv. masový marketing<sup>2</sup>. Termín patentní existoval ještě z koloniální éry, kdy dekret královské přízně (angl. *a patent of royal favour*) byl odvoláním na povolení britské koruny. Termín patentní tedy neznamenal ochranu léčivého přípravku v dnešním slova smyslu.<sup>[40, 66, 67]</sup>

Výrobci léčivých přípravků hledali prostředek, který by dodal jejich výrobkům důvěryhodnost. Pro tento účel bylo posvěcení královským patentem výborným nástrojem. Patentní LP však byly extrakty z kořenů nebo léčivých rostlin fungující na alkoholové bázi. Některé prostředky byly neškodné a fungovaly na principu placebo efektu<sup>3</sup>. Jiné ovšem obsahovaly látky jako kokain, morfin nebo opium. Přinášely dočasnou úlevu, která byla navozena alkoholem a jinými sedativy. Už v 18. století se patentní LP používaly jako posilující prostředky pro pocit zdraví a pohody nebo na léčbu různých chorob, proti ztrátě chuti k jídlu a stárnutí. Tehdy si výrobci rovněž uvědomili, že reklama je zviditelní a odliší od konkurence a že prostřednictvím reklamy dosáhnou také většího tržního podílu. Proto se staly na začátku 19. století patentní LP nejvíce veřejně propagovanou reklamní položkou.<sup>[40, 66]</sup>

Na začátku 20. století průmysl patentních LP vzkvétal. Zadavatelé reklamy si však uvědomovali, že nepravdivá tvrzení výrobců těchto léčivých přípravků poškozují jejich dobré jméno, a proto se objevily v roce 1912 první pokusy o samoregulaci reklamy. Rovněž vlády jednotlivých států přijaly zákony, které vyžadovaly doklady o pravdivosti reklam. Byly založené na modelu státní regulace publikované v roce 1911 v magazínu *Printer's Ink*, který se zabýval reklamním průmyslem. Součástí amerického reklamního průmyslu se tak stalo nové a velice důležité regulační prostředí a LP, které tyto změny přežily, se musely uchýlit k daleko opatrnější a střízlivější reklamě.<sup>[40, 67]</sup>

---

<sup>2</sup> Z angl. *mass marketing* je marketing (v užším smyslu reklama) zaměřený na co nejširší okruh lidí.

<sup>3</sup> Placebo (z lat. *placere* – líbit se) je neúčinná látka, která je upravena do stejné formy jako léčivý přípravek a může mít dokonce i stejný vzhled a stejnou chuť.

Patentní LP iniciovaly rovněž zákony týkající se složení a kvality léčivých přípravků. První zákon, který se vztahoval na jakost a kvalitu léčiv, přijatý v roce 1906 americkým parlamentem, byl zákon o čistotě potravin a léčiv a vznikl jako reakce na to, že existovala řada přípravků, jež obsahovaly neúčinné či návykové látky.<sup>[40]</sup>

V dnešní době se regulace reklamy na léčivé přípravky často v jednotlivých zemích liší a můžeme zde nalézt výrazné rozdíly. Reklama na léčivé přípravky je chápána jako jedna z významných forem placené propagace, která pomocí neosobní a často masové komunikaci cíleně informuje a ovlivňuje chování široké i odborné veřejnosti.<sup>[67]</sup>

### 3.5.2 Současná situace v ČR

Reklamu definuje § 1 odst. 2 zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, jako „oznámení, předvedení, či jinou prezentaci šířenou zejména komunikačními médii, mající za cíl podporu podnikatelské činnosti, zejména spotřebu a podporu zboží“.<sup>[68]</sup>

Kromě výše zmíněného zákona o regulaci reklamy se problematikou propagace LP z pohledu ochrany spotřebitelů LP zabývá také zákon č. 634/1992 Sb. o ochraně spotřebitele.<sup>[69]</sup> V rámci marketingu a během veškeré propagace humánních léčivých přípravků se musejí dodržovat také stavovské předpisy profesních zdravotnických organizací. Jedná se zejména o etické kodexy České lékárnické komory a České lékařské komory.

Mezi další zákony, podle kterých se reklama na LP řídí, patří zákon č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání a zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. Do 31. prosince 2013 se např. pro definici klamavé a srovnávací reklamy používal zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník. Ten k 1. lednu 2014 nahradil rozsáhle novelizovaný zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.<sup>[70]</sup>

Ze všech zmíněných právních norem pak vychází pokyn Státního ústavu pro kontrolu léčiv UST-27 verze 3 (Regulace reklamy na humánní léčivé přípravky a lidské tkáně a buňky), platný od 19. září 2011.<sup>[71]</sup>

Regulací reklamy léčivých přípravků se na evropské úrovni věnuje také směrnice č. 2004/27/ES ze dne 31. března 2004<sup>[72]</sup> a klamavou a srovnávací reklamou v medicíně pak směrnice č. 2006/114/ES ze dne 12. prosince 2006.<sup>[77]</sup>

**Z této široké legislativní regulace a nařízení pak vyplývá následující:**<sup>[74, 75]</sup>

Za reklamu na humánní LP se považují všechny informace, přesvědčování nebo pobídky určené k podpoře předepisování, dodávání, prodeje, výdeje nebo spotřeby humánních léčivých přípravků. Jedná se zejména o návštěvy obchodních zástupců s humánními LP u osob oprávněných je předepisovat, dodávat nebo vydávat, dále dodávání vzorků humánních LP, podporu předepisování, výdeje a prodeje humánních LP pomocí daru, spotřebitelské soutěže s nabídkou nebo příslibem jakéhokoli prospěchu nebo finanční či věcné odměny. Za reklamu se také považuje sponzorování setkání konaných za účelem podpory předepisování, prodeje, výdeje nebo spotřeby humánních LP a navštěvovaných odborníky a také sponzorování vědeckých kongresů s účastí odborníků, včetně úhrady nákladů na cestovné a ubytování souvisejících s jejich účastí.

Předmětem reklamy v ČR mohou být pouze registrované humánní léčivé přípravky. Dále se rozlišuje reklama zaměřená na širokou a odbornou veřejnost.

Na širokou veřejnost smí být zaměřena pouze reklama na léčivé přípravky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis a dále na humánní léčivé přípravky, u nichž byla schválena vakcinační akce Ministerstvem zdravotnictví ČR. Předmětem reklamy pro širokou veřejnost nesmí být humánní léčivé přípravky obsahující omamné a psychotropní látky.

Za odbornou veřejnost se považují osoby oprávněné léčivé přípravky předepisovat nebo vydávat, tedy lékaři a lékárníci). Na ni pak může být zaměřena i reklama na přípravky, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis.

Zmíněná legislativa upravuje také poskytování reklamních vzorků LP. Ty mohou být poskytnuty pouze výjimečně a to pouze osobám oprávněným k předepisování LP, tedy lékařům. Reklamní vzorky tak nemohou být poskytovány ani pacientům, ani ostatním zdravotnickým pracovníkům, kteří nejsou oprávněni léčivé přípravky předepisovat.

Dále, reklamními vzorky nemohou být LP, které obsahují omamné a psychotropní látky. Těmito se rozumí látky uvedené v přílohách č. 1 až 7 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů.<sup>[76]</sup>

Reklamními vzorky dále nemohou být takové LP, které nejsou registrovány, a to včetně těch, u nichž byla registrace zrušena nebo zanikla uplynutím doby její platnosti.

Reklamními vzorky nemohou být ani takové LP, které sice jsou registrovány, avšak dosud nebyly uvedeny na trh, nebo u nichž došlo k dlouhodobému přerušení či ukončení uvádění na trh.

Reklamními vzorky nemohou být dále takové LP, jejichž užití při poskytování zdravotní služby musí předcházet proces přípravy.

Reklamními vzorky nemohou být ani LP, u nichž bylo požádáno o podmínky a výši úhrady, ale ta nebyla doposud stanovena.

Dar, výhra v soutěži, prospěch nebo odměna v rámci podpory předepisování, výdeje a prodeje LP zaměřené na odbornou veřejnost, musí být nepatrné hodnoty, která podle upřesnění SÚKL má být ve výši maximálně 1500 Kč za rok na jednoho odborníka. A současně musí mít vztah k vykonávané odborné činnosti. Každý dar v hodnotě nad 500 Kč pak navíc podléhá zákonům o daních z příjmů. To se týká také sponzorských darů i poskytnutých reklamních vzorků.

Legislativa pak upravuje podmínky reklamy na volně prodejné léčivé přípravky. V ní musí být uveden název účinné látky, indikace a upozornění, že o vhodném dávkování a případných nežádoucích účincích bude pacienta informovat jeho lékař nebo lékárník.

Reklama na LP nesmí vyvolávat dojem, že LP nemá nežádoucí účinky, nahradí návštěvu lékaře a že jeho účinek je zaručený. Reklama nesmí být zaměřena výhradně na osoby mladší 15 let, nesmí vyvolávat strach a obecně využívat všech nevhodných, přehnaných a zavádějících způsobů. Za reklamu využívající motivu strachu se považuje taková reklama, která vyvolává strach či obavy o zdraví a uživatel z tohoto důvodu zakoupí nebo použije LP, který by jinak nezakoupil nebo nepoužil. Motiv strachu byl např. použit v reklamních materiálech na některé očkovací látky a SÚKL za ně uložil sankce.

Nepřípustné jsou také klamavé reklamy, které byly novelou zákona o ochraně spotřebitele přejmenovány na nekalé obchodní praktiky, které jsou v zákoně přesně definovány a jejichž výčet je v přílohách tohoto zákona uveden.

Přípustná je srovnávací reklama, musí být ale zaměřena výhradně na odbornou veřejnost a musí současně splňovat požadavky na srovnávací reklamu v občanském zákoníku.<sup>[70]</sup>

Dozorovým orgánem pro reklamu na humánní LP a sponzorování v této oblasti je od roku 2002 SÚKL, avšak s výjimkou reklamy v rozhlasovém a televizním vysílání. Te-

levizní a rozhlasovou reklamu na LP dozoruje RRTV. Od roku 2008 je SÚKL rovněž dozorovým orgánem pro reklamu a sponzorování v oblasti lidských tkání a buněk.

Reklama na PZT specificky regulována není. Pokud je prováděna, musí odpovídat obecným požadavkům zákona o regulaci reklamy. Dozor nad dodržováním zákona v případě reklamy na PZT vykonávají krajské živnostenské úřady, které provádí dozor také nad reklamou na doplňky stravy.

Prodejní katalogy lékárny a ceníky, pokud neobsahují popis vlastností humánních LP, za reklamu nejsou považovány. Pokud však publikované materiály obsahují další informace, např. o vlastnostech LP, jsou za reklamu považovány a musí splňovat požadavky zákona o regulaci reklamy. Takové materiály pak, jak v tištěné, tak elektronické formě (zveřejněné na internetu) nesmí zmiňovat LP, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis a musí obsahovat všechny náležitosti, které vyžaduje zákon o regulaci reklamy, a to včetně výzvy k pečlivému pročtení příbalové informace.



## 3.6 Farmaceutický průmysl

### 3.6.1 Světový vývoj

Farmaceutický průmysl se nachází v nelehké pozici, která je dána nejen ekonomickou významností tohoto globalizovaného odvětví a z ní vyplývající finanční náročnosti inovativních procesů a investic v zájmu zachování konkurenceschopnosti jednotlivých společností, ale s přibývajícimi problémy s financováním zdravotnictví musí také umět reagovat na aktuální legislativní kroky směřující k regulaci výdajů nejen na nákupy léčivých přípravků zdravotnickými zařízeními, ale také samotnými domácnostmi.

Současný stav musíme posuzovat nejen z regionálního pohledu, ale z důvodu značných přesunů kapitálu v průběhu bouřlivého 20. století a pomyslného rozdělení světa na dva nesmiřitelné tábory také z pohledu časového. Jen pohled na historický vývoj především 2. poloviny 19. a následně celého 20. století umožní pochopit příležitosti i hrozby, které pro zdejší průmysl představuje sektor zahraničí. Neschopnost v době globalizovaného světa a volného pohybu zboží, služeb, osob a kapitálu jasně rozlišit tuzemskou společnost od zahraniční celou současnou složitou situaci jenom dokresluje.

20. století přineslo jednoznačně nejvíce objevů nejen v oblasti léčiv. Právě zde úspěšně proběhlo hledání nových účinných látek, které se vzápětí začaly využívat také v praxi.<sup>[3, 67]</sup>

V roce 1904 bylo v Německu 2320 chemických továren se 114 000 zaměstnanci. Německo před 1. světovou válkou produkovalo celou jednu pětinu celosvětové výroby léčiv a současně bylo jejich největším vývozcem. Po 1. světové válce se situace změnila. Na první místo se dostaly Spojené státy americké, jejichž objem výroby léčiv se v letech 1905 až 1929 zvýšil více než šestinásobně. Ve 30. letech 20. století založily velké americké firmy vlastní výzkumná oddělení. Farmaceutickou výrobou se zde v tu dobu zabývalo přes tisíc firem v přibližně 2400 závodech, které měly celkem 60 000 zaměstnanců.<sup>[37, 67]</sup>

Na začátku 20. století byl farmaceutický trh z hlediska kvality přípravků značně roztržitý. Na straně jedné existovaly už léčivé přípravky, jejichž účinnost a působení na lidský organismus byly vědecky testovány metodami, které můžeme pokládat za předchůdce dnešních klinických studií, na straně druhé byly ovšem trhy na celém světě zaplaveny obrovským množstvím podvodných přípravků, které v tom lepším případě

neškodily. Právě tyto přípravky, které byly podporovány reklamou s mnoha fantastickými a neověřenými tvrzeními, dokonce ovlivnily samotný reklamní průmysl, protože ve Spojených státech amerických iniciovaly první zákonná omezení týkající se právě reklamy.<sup>[67]</sup>

Po druhé světové válce expandovalo v Evropě schéma národního zdravotního pojištění, které mělo za následek růst spotřeby léčivých přípravků a přímý vliv na veřejné finance. Vládou subvencované zdravotní fondy a státní zdravotní služby pokrývaly větší část ceny přípravků. Od zavedení systému úhrad se stala léčiva široce diskutovanou politickou otázkou v mnoha zemích. Zvláště ve Velké Británii, kde Národní zdravotní služba (NHS) poskytovala značnou úhradu léčivých přípravků a stomatologických výkonů. Výdaje na zdravotní péči mířily spirálovitě vzhůru, a ačkoliv výdaje na léčiva tvořily jen menší část celkového účtu za zdravotnictví, pro ostatní průmyslové společnosti se staly předmětem závisti. Britské ministerstvo zdravotnictví zavedlo v letech 1969 až 1970 dobrovolnou cenovou regulaci léčiv. Mnohé farmaceutické společnosti odmítly přijmout toto rozhodnutí, a proto britská vláda vynesla na světlo již existující zákon, který nebyl od konce 1. světové války aplikován, a vydala první povinné patentové licence, které dovolovaly jiným firmám vyrábět kopie originálních LP. Konečným výsledkem byla cenová válka mezi originálními výrobci a generickými firmami.<sup>[37, 67]</sup>

Na konci 60. let 20. století přitáhl vlnu mezinárodní kritiky farmaceutického průmyslu a jeho cenové politiky velkolepý úspěch benzodiazepinových sedativ. Vlivná FDA reagovala na tuto kritiku rychle a nově zavedené přípravky byly daleko přísněji testovány a byly ostře kontrolovány i po zavedení na trh. Propagační materiál, instrukce k použití, detailní zkoumání vedlejších účinků – vše bylo kontrolováno daleko přísněji a důsledněji. Existovala snaha zkrátit patentovou ochranu originálních léčiv a obchodní značky a zvýhodnit tak generické LP.<sup>[40, 67]</sup>

V letech 1978 až 1980 vznikl zcela nový vědní obor kombinující molekulární biologii a imunologii: genetické inženýrství. Tato technologie představuje významnou inovaci a hybnou sílu ve výrobě léčiv a pokrok v léčbě mnoha lidských nemocí. Vytváří jedno z klíčových budoucích směřování ve výrobě farmaceutického sektoru a s ním spojený ziskový potenciál.<sup>[40]</sup>

Výrazná převaha farmaceutického průmyslu v zahraničí, jeho ohromné finanční zajištění hlavně v USA, s tím spojené výzkumné činnosti v hodnotách miliard USD, velké

množství nových přípravků a jejich rozšíření na celosvětové trhy způsobilo výrazné snížení konkurenceschopnosti československého farmaceutického průmyslu ve 2. polovině 20. století. Přesto i v této době došlo na našem území k řadě zajímavých a důležitých objevů.<sup>[67]</sup>

Mnohonásobně zvýšené náklady na výzkum a vývoj nových léčivých přípravků byly zapříčiněny mimo jiné také stále přísnějšími kritérii na kvalitu a bezpečnost. Po řadě skandálů s problémy, které se vyskytly u nových přípravků a musely být staženy z trhu, Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1968 zavedla soubor pravidel – tzv. správné praxe.<sup>[40, 67]</sup> K těm nejdůležitějším patří:

- Správná výrobní praxe (angl. *Good Manufacturing Practice*),
- Správná laboratorní praxe (angl. *Good Laboratory Practice*),
- Správná klinická praxe (angl. *Good Clinical Practice*).

Tato pravidla zajišťují dodnes jednotný přístup k vývoji i výrobě léčiv. Tyto směrnice přiměly mnohé výrobce léčiv zmodernizovat organizaci výroby, zdokonalit mezioperační kontrolu při výrobě, zvýšit kvalifikaci personálu a podrobně dokumentovat každý stupeň při výrobním procesu. To vše samozřejmě znamenalo, že výrobci zvýšili své náklady a to asi o jednu třetinu.

Dalším významnou institucí, která se zasloužila o zvýšení bezpečnosti při výrobě a výzkumu léčiv, byl vedle WHO také americký Úřad pro potraviny a léky (FDA). Ten na konci 60. let 20. století začal požadovat, aby výrobci léčivých přípravků používali na silně účinná léčiva takové obaly, které by nemohly otevřít děti. Tento požadavek vyplynul ze statistiky, která uváděla, že polovina otrav u dětí byla způsobena požitím LP.

Stále zdražování bylo příčinou stále významnějšího trendu 2. pol. 20. století a to ve sdružování výrobců a vytváření často velkých nadnárodních organizací. Staré firmy a značky zanikaly a místo nich se objevovaly nové. Mimo to se vytvářely volné strategické aliance. Ty se někdy ukázaly být výhodnější než pouhé splynutí výrobců.<sup>[67]</sup>

### 3.6.2 Vývoj na území současné ČR

Situace na našem území před rokem 1989 nepodléhala globálním vlivům zemí na západ od našich hranic. To s sebou neslo značné výhody i nevýhody. Zahraniční farmaceutické firmy neviděly tehdejší Československo jako nadějný trh pro své LP. Převážná část zahraničních LP podléhala rozhodnutí dovozní komise a celkový objem dovozu byl

limitován. Přestože u nás byly nejdůležitější LP zaregistrovány, jejich počet byl malý a odpovídal nižšímu evropskému průměru a mnohé z nich se vůbec nedovážely. Český trh se spoléhal především na vlastní a částečně i na generické LP dovážené z ostatních zemí RVHP<sup>4</sup>, zejména z Maďarska, Polska, NDR a také z Jugoslávie. Jen několik zahraničních firem mělo v Československu přímá zastoupení. Ta prováděla svou činnost prostřednictvím obchodních zastoupení v rámci monopolu zahraničního obchodu, řízených tzv. Správou služeb diplomatického sboru, která byla přímo podřízena kromě jiných orgánů i ministerstvu zahraničního obchodu.<sup>[67, 77]</sup>

Farmaceutické firmy ze západní Evropy i zámoří si brzy uvědomily, že nesmějí váhat, pokud chtějí být včas na východoevropských trzích. Jejich příchod se pochopitelně projevil nejen vybudováním obchodních zastoupení, ale i ve strmém nárůstu dovozu i spotřeby zahraničních léčiv. V letech 1992–1993 nastalo období velkého rozmachu – počet přihlášek k registraci léčivých přípravků i počet registrovaných LP a jejich sortiment na trhu prudce narůstal. V dnešní době odpovídá vyspělým zemím s přibližně stejnou velikostí populace (Portugalsko, Rakousko či Belgie).<sup>[40]</sup>

V roce 1995 částečně restriktivní opatření ze strany VZP a MZČR v oblasti úhrad a preskripce léčivých přípravků omezila růstový trend dovozu i spotřeby zahraničních přípravků.<sup>[41, 77]</sup>

Liberalizace trhu po roce 1989 vytvořila stimulační tlak i na výrobní základnu tuzemských farmaceutických výrobců, což vedlo ke zlepšení technologické úrovně zavedením SVP, ke zvýšení produktivity práce a k prudkému rozvoji marketingu. Otevřením trhu pro zahraniční výrobce se množství tuzemských produktů postupně snižovalo.<sup>[67, 78]</sup>

### 3.6.3 Současný vývoj a jeho determinanty

Zpátky ale k významným milníkům významným pro světový farmaceutický průmysl mající dosah i do dnešních dní. V roce 1984 schválila americká vláda novou úpravu patentové ochrany léčiv a umožnila tak dřívější vstup generických výrobců na farmaceutický trh. Patentovou ochranu nově upravoval zákon, který umožnil generickým firmám vyvíjet a registrovat generické přípravky ještě před vypršením patentové ochra-

---

<sup>4</sup> Rada vzájemné hospodářské pomoci, obchodní organizace sdružující v době studené války (5. ledna 1949 – 28. června 1991) socialistické státy sovětského bloku: Československo, Polsko, Sovětský svaz, Rumunsko, Maďarsko, Bulharsko a část období také Albánie, NDR, Mongolsko, Jugoslávie, Vietnam a Kubu.

ny originálního přípravku. Producenti originálních léčiv začali zaznamenávat pokles obrátu a zisku a na tuto situaci zareagovali zvýšením výdajů do výzkumu a vývoje nových léčiv. Rychlost výzkumu se však vzhledem k omezujícím terapeutickým cílům zpomalovala. Za obřími fúzemi a akvizicemi minulých převážně dvou dekád bychom mohli vidět především tyto příčiny:<sup>[40, 77, 78, 79, 80,]</sup>

- zvyšující se náklady na výzkum, vývoj a registraci LP,
- zvyšující se náklady na marketing a pronikání na regionální trhy,
- relativně krátká patentová ochrana,
- agresivnější konkurence generických firem,
- snižující se počet nově objevených molekul,
- zvyšující se nároky na kvalitu a bezpečnost jak výroby, tak terapie.

Fúze a akvizice zvyšují konkurenceschopnost nového obřího podniku a posilují tak pozici obou (všech) původních společností, které dříve samostatně z výše uvedených důvodů pocítovaly problémy. Vzájemná konkurence originálních a generických firem vedla velice často k jejich spojení a takto nově vzniklí spojenci snáze čelili problémům pramenícím z podstaty jejich samotného rozdílu v chování na farmaceutickém trhu, výhodám a nevýhodám obou typů.

V **Tabulce 10** je seznam dvanácti největších farmaceutických společností podle zveřejněných výročních zpráv za roku 2009.<sup>[81]</sup>

**Tabulka 10** Největší farmaceutické společnosti v roce 2009 (meziroční změna)<sup>[81]</sup>

	Společnost	Země	Tržby v mld. USD (2009/2008)	Čistý zisk (mld. USD) (2009/2008)	R&D výdaje (mld. USD)
1.	Johnson & Johnson	USA	61,9 (-2,9 %)	12,3 (-5,3 %)	7,0 (-7,8 %)
2.	Pfizer	USA	50,0 (+3,5 %)	8,6 (+6,6 %)	7,8 (-1,3 %)
3.	Roche	Švýcarsko	47,4 (+7,5 %)	8,2 (-21,5 %)	9,5 (+11,6 %)
4.	GlaxoSmithKline	UK	45,8 (+16,5 %)	9,2 (+20,3 %)	6,6 (+11,5 %)
5.	Novartis	Švýcarsko	44,3 (+6,8 %)	8,5 (+3,6 %)	7,5 (+3,5 %)
6.	Sanofi	Francie	42,0 (+6,3 %)	12,1 (+17,9 %)	6,6 (+0,2 %)
7.	AstraZeneca	UK/Švédsko	32,8 (+3,8 %)	7,5 (+23,1 %)	4,4 (-14,9 %)
8.	Abbott Laboratories	USA	30,8 (+4,2 %)	5,7 (+21,4 %)	2,7 (+2,1 %)
9.	Merck & Co.	USA	27,4 (+15,0 %)	13,0 (+64,2 %)	5,8 (+20,8 %)
10.	Bayer HealthCare	Německo	22,3 (+3,8 %)	2,4 (+38,8 %)	2,6 (+5,9 %)
11.	Eli Lilly	USA	21,8 (+7,2 %)	4,3	–
12.	Bristol-Myers Sq.	USA	18,8 (+6,2 %)	4,4 (+19,9 %)	3,6 (+3,8 %)

Pro porovnání vývoje je v **Tabulce 11** uveden seznam deseti největších farmaceutických společností podle velikosti tržeb v miliardách USD v dřívějších letech.<sup>[40]</sup>

**Tabulka 11** Největší farmaceutické společnosti podle velikosti tržeb v mld. USD v letech 1981, 1995 a 2002<sup>[40]</sup>

	1981		1995		2002	
1.	Hoechst	2,56	Glaxo Wellcome	12,50	Pfizer	42,27
2.	Ciba-Geigy	2,10	Merck	11,30	GlaxoSmithKline	26,99
3.	Merck	2,06	Hoechst Marion R.	8,40	Merck	21,44
4.	Roche	1,48	Novartis	8,10	Aventis	18,29
5.	Pfizer	1,45	Briston-Myers Squibb	7,40	AstraZeneca	17,84
6.	American Home Pr.	1,42	Pfizer	7,10	Johnson & Johnson	17,20
7.	Sandoz	1,42	Roche	6,90	Bristol-Myers Sq.	14,70
8.	Eli Lilly	1,36	Johnson & Johnson	6,30	Novartis	13,55
9.	Bayer	1,23	American Home Pr.	6,10	Wyeth	12,38
10.	SmithKline Beecham	1,22	SmithKline Beecham	6,10	Roche	12,37

Časté rozdělování farmaceutických společností na inovativní (originální), které přinášejí nově objevené léčiva na trh a jsou po vypršení patentové ochrany existenčně ohrožovány druhé skupiny – generických společností, které využívají na úspěchu originálních výrobců a vyrábějí kopie jejich dočasně patentem chráněných přípravků. Bližší pohled však tuto striktní hranici stírá, oba typy společností se v současnosti propojují a navzájem si poskytují výhody dané jejich charakterem, což s sebou nese výsledný přínos pro

všechny složky zdravotnického systému a tato vzájemná participace je tak velmi užitečná pro celou společnost. K dokreslení skutečné situace je třeba zdůraznit, že lze dnes pouze s velikými obtížemi (a zda vůbec) nalézt čistě inovativní a čistě generickou společnost. Vzájemnými fúzemi dvou i více farmaceutických společností se především posílila jejich pozice na trhu a konkurenceschopnost oproti těm společnostem, které takový krok neučinily a zůstaly izolovány. Lavinovitě se tento trend šířil v 90. letech 20. století napříč celým trhem ke všem subjektům a často dost nepřehledná a měnící se situace se v poslední době relativně uklidnila.

Nově vzniklé společnosti, mající charakter inovativních i generických, dokáží lépe zajistit stálé generování nových léčiv pro zajištění kontinuity svého dalšího výzkumu a zároveň dokáží pokrýt poptávku po již široce užívaných léčivech generickou velkoprodukcí, která umožní rozšíření a především zlevnění výsledného produktu a tedy přístup k němu široké populaci i z chudších regionů.

Fúze se ve většině případů farmaceutickým firmám podle dostupných statistik vyplácí. Např. spojením společností Glaxo Wellcome a SmithKlineBeecham se zvýšil v roce 2002 kumulovaný obrat koncernu o 9 % a sloučením těchto firem došlo k úsporám v následujících 3 letech v celkové výši 1 mld. USD.<sup>[40]</sup>

K významnému zvýšení celkového obratu po sloučení dvou firem došlo např. v případě společností Astra a Zeneca.

Na fúzi společností Pfizer a Pharmacia lze pozorovat i další úspěchy tohoto kroku: dochází k rozšíření potenciálu výzkumné činnosti. Pfizer po úspěšné fúzi investoval do výzkumu a vývoje v přepočtu 210 mld. Kč. Své portfolio navíc rozšířil o 120 nových chemických látek a 80 projektů pro inovaci a zdokonalení stávajících produktů.<sup>[40]</sup>

Významným krokem v českém a slovenském farmaceutickém sektoru bylo ovládnutí největší slovenské farmaceutické společnosti Slovakofarmy českou společností Léčiva v roce 2003. Tím začala úspěšná expanze Zentivy do střední a východní Evropy.

Spojování farmaceutických firem však spolu s hospodářským prospěchem a technologickým vývojem v oboru přináší také řadu problémů.<sup>[40]</sup>

- první roky po spojení se nové subjekty zabývají pouze sebou samými, trh a inovace v oboru zůstávají v pozadí,

- vznik nové větší společnosti s sebou nese riziko pro vedení a řízení, které se často stávají pomalými a neefektivními a brzdí další vývoj podniku,
- samotná tržní hodnota nového podniku bývá stejná nebo dokonce nižší než součet hodnot původních celků před spojením,
- z analýz jednoznačně vyplývá, že neexistuje žádná závislost výše návratnosti do výzkumu a vývoje a velikostí samotného podniku,
- expertní analýzy dokonce tvrdí, že až 70 % fúzí ve všech oborech končí neúspěchem a nové obří podniky automaticky nezaručují větší konkurenceschopnost oproti předchozímu stavu.

### 3.6.4 Výzkum a vývoj léčivých přípravků

Vývoj nového léčivého přípravku je velmi náročný jak z hlediska potřebných finančních prostředků, tak z hlediska časového.

Jen na uvedení nového léčivého přípravku na farmaceutický trh se v roce 2012 musely vynaložit náklady přesahující 1,3 mld. USD a tato částka rok od roku stále roste.<sup>[82]</sup> Tato obrovská suma totiž zahrnuje také náklady na výzkum a vývoj léčiv a léčivých přípravků, které se nikdy na farmaceutickém trhu neobjeví. Tyto náklady na výzkum a vývoj léčivých přípravků, které se nikdy na trhu neobjevily, představují okolo 3/4 celkových nákladů.<sup>[37]</sup>

Vývoj nového léčivého přípravku (originálního LP) je dále ztížen rostoucím rizikem vstupu generických přípravků po vypršení patentové ochrany trvající 20 let. Trvá totiž často až 15 let, než se na farmaceutickém trhu objeví realizovatelný přípravek. Čas na uskutečnění potřebných tržeb nutných pro návratnost vysokých investic do výzkumu a vývoje se tak zkracuje na pouhých 5 let. To vysvětluje vysokou cenu nového originálního léčivého přípravku, která musí všechny tyto ekonomické problémy vyřešit.<sup>[37, 66, 83]</sup>

Kromě uvedených okolností existuje riziko terapeutické neúspěšnosti a stažení přípravku z trhu zejména z důvodů objevení závažných nežádoucích účinků v rámci farmakovigilančního dozoru nad léčivými přípravky již uvedenými na trh. Se stáhnutím LP je spojena nejen ztráta očekávaného zisku, ale také finanční odškodnění pacientů a ohrožení dobrého jména společnosti.<sup>[37]</sup>



Originální LP stojí na špici farmaceutického výzkumu a přinášejí výrazný terapeutický prospěch. Jsou výsledkem dlouhodobé snahy inovativních firem orientovaných na vyhledávání a vývoj nových originálních léčiv. Inovativní společnosti investují do výzkumu a vývoje nejčastěji 10–20 % ze svého obratu.<sup>[83]</sup>

Stejně jako ve všech odvětvích, také ve farmaceutickém průmyslu je tvorba zisku hlavním motorem a hybatelem změn vedoucích k vyšší efektivitě a inovaci. Jedná se o obor, který dokonce patří mezi vysoce ziskové. Podnikatelským zájmem farmaceutických společností je vývoj a prodej nových léčiv, a proto jsou do nich investovány velké sumy jako zdroje budoucího příjmu. Vložené investice jsou ovšem dlouhodobé a velice rizikové.<sup>[40]</sup>

Nový léčivý přípravek je zpravidla novou chemickou látkou. Cílem farmaceutického výzkumu je nalézt LP pro doposud nevléčitelné nemoci a dokonalejší LP pro nemoci již léčitelné. I přes obrovský pokrok v oboru za posledních 100 let populaci stále chybí efektivní léčivé přípravky pro terapii zhruba 3/4 ze současně známých asi 30 000 chorob. Pokračující výzkum a vývoj nových léčivých přípravků je tedy neustále potřebný a slouží nejen k samotné léčbě, ale také prevenci onemocnění. Zavádění stále nových léčivých přípravků na trh přispívá ke zkrácení doby hospitalizace a také ke snížení počtu návštěv u lékaře, což jsou kritéria pečlivě sledovaná zdravotními pojišťovnami po celém světě.<sup>[84]</sup>

I přes značný pokrok, kterého bylo při výzkumu a vývoji nových léčiv na akutní i chronické choroby v posledních desetiletích dosaženo, zůstává stálá inovace i nadále velice důležitá, neboť existuje řada doposud neléčitelných onemocnění, možný nástup nových infekčních nemocí (a riziko návratu těch starých) a rostoucí nebezpečí stále vyšší rezistence vůči současné léčbě chronických nemocí. Nedávné úspěchy s vývojem více než 30 přípravků na léčbu HIV/AIDS, spolu s vakcínami proti HPV, pneumokokům a rotavirům ukazují na jedinečnou a významnou roli farmaceutického vývoje také v oblasti léčby nemocí v chudých rozvojových zemích.

### 3.7 Vzdělávací systém ve farmacii

Mnoho změn týkající se jak poskytování zdravotní péče, tak role lékárníka, je v různých regionech světa vnímáno rozdílně. Práce na systému zvýšení bezpečnosti, kvality a účinnosti léčivých přípravků vyžaduje současný rozvoj také pregraduálních studijních programů věnujících se sociální farmacii a jí podobným disciplínám.

Rešerší studijních plánů farmaceutických a lékařských fakult bylo zjištěno, že zdaleka horší stav ve výuce témat souvisejících se zdravotní a lékovou politikou je v případě fakult lékařských, kde problematika vyučována velmi okrajově a někde chybí zcela. Přitom farmaceut i lékař jsou aktivními účastníky v realizaci obou politik do praxe a neznalost a nepochopení může celou jejich prosazovanou koncepci zmařit.

Situace na farmaceutických fakultách je výrazně lepší a témata jako léková politika, pochopení významu léku ve společnosti, financování zdravotní péče, kontrola bezpečnosti a mnoho dalších zde mají společného jmenovatele – Sociální farmacie. Rychle se zvyšující potřeba rozvoje těchto předmětů úzce souvisí také s množstvím nových přístupů v metodice jejich výuky. Proto je výzkum v této oblasti, změn studijních plánů a spolupráce farmaceutických fakult a jejich reakce na tyto výzvy tak důležitý a v nedávné minulosti zaznamenal řady zajímavých rozdílů různých vývojových trendů.<sup>[85, 86]</sup>

Role lékárníka je popisována funkcemi souvisejícími s poskytováním farmaceutické péče, profesionálním hodnocením a rozhodováním, odbornou komunikací, managementem konkrétního segmentu zdravotnického systému, celoživotním vzděláváním, předáváním znalostí a zkušeností svému okolí, vedení lidí a v neposlední řadě také s určitým stupněm badatelské činnosti.<sup>[87, 88]</sup>

V této souvislosti je třeba, aby byli budoucí lékárníci v rámci pregraduální výuky vzdělávání a trénování ve všech disciplínách souvisejících se Sociální farmacii. Mohou pak mít dobré základy a dostatečnou přípravu pro poskytování služeb orientovaných na pacienta, které jsou spojeny s každou s výše uvedených funkcí.<sup>[89]</sup>

Pro dosažení tohoto cíle by měli vysokoškolští pedagogové sestavit návody na tvorbu studijních plánů s požadavky jednotlivých předmětů a subdisciplín, které pak mohou být použity k informování, podpoře a pomoci všem poskytovatelům zdravotních služeb, kteří by pak zajistili, aby nejvyšší prioritou v celém systému vzdělávání byla bezpečnost pacientů.<sup>[90]</sup>

Sociální farmacie je mezioborová disciplína, která umožňuje farmaceutům převzít odpovědnost za rozhodnutí týkající se otázek souvisejících s léčivými přípravky na úrovni společnosti. Je pravděpodobné, že tak rychle se rozvíjející obor, jakým v posledních letech Sociální farmacie je, bude mít ve studijních plánech farmaceutických fakult stále významnější postavení.<sup>[91]</sup>

Sociální farmacii lze definovat jako disciplínu, která se zabývá úlohou léků ze společenského, vědeckého a lidského hlediska. Opírá se o teorie sociálních a behaviorálních věd, včetně psychologie zdraví. Sociální farmacie v sobě integruje všechny společenské faktory, které ovlivňují použití léčivého přípravku nejen jako prostředku léčby v medicíně, ale také z hlediska lékové politiky, regulačních mechanismů, medicíně založené na důkazech (EBM), etiky a chování všech jednotek zdravotnického systému. Sociální farmacii definuje velké množství autorů a vědců. Široce akceptovaným se pak stal názor těch, kteří v Sociální farmacii vidí snahu vnímat léčiva v širších souvislostech a zahrnují do jejich hodnocení právní, etické, ekonomické, politické, sociální, komunikační a psychologické aspekty s cílem přispět k bezpečnému a racionálnímu užívání LP.<sup>[92, 93]</sup>

Neexistuje pouze jeden nejlepší model vzdělávání a odborné přípravy farmaceutů, který by byl přijatelný po celém světě. Existují ale společné koncepce, zásady a postupy, které by měli respektovat tvůrci studijních plánů pro farmaceuty tak, aby vyhovovaly potřebám společnosti jak na lokální, regionální, tak i globální úrovni. A právě proto by měly farmaceutické fakulty sdílet znalosti a své zkušenosti z výuky mezi sebou navzájem napříč zeměmi.<sup>[94]</sup>

Výuka sociální farmacie se ve studijních plánech stává stále více důležitou díky množství faktorů, které mohou ovlivňovat zdraví a společnost. Hluboké pochopení problematiky týkající se tohoto oboru může pomoci dalšímu rozvoji farmaceutické profese směrem ke zlepšení celkového zdraví populace.<sup>[95]</sup>

Sociální farmacie se zabývá studiem lidského chování a jako společenská věda je často spojována s disciplínami, které studují jak jednotlivce, tak malé i velké společenské skupiny prostřednictvím psychologie, sociologie a antropologie.<sup>[96]</sup> Jako relativně nový obor, je výzkum teoretického základu v oblasti sociální farmacie stále v procesu vývoje.<sup>[97]</sup>

## 4 Praktická část

### 4.1 Lidé a léky 2008

#### 4.1.1 Cíl práce

Cílem projektu Lidé a léky, který byl řadu let veden PharmDr. Lenkou Práznovcovou, Ph.D., a který analyzoval vzájemné vztahy lidí a léků ve společnosti, byla analýza chování, názorů a postojů pacientů ve zdravotnickém systému v průběhu dynamicky se měnících reformních let, analýza a struktura spotřeby léčiv a soukromých výdajů domácností na LP na předpis OTC, počet navštěvovaných lékařů, frekvence návštěv u lékaře, analýza vzájemných vztahů (důvěry) mezi pacienty, lékárníky a lékaři, a také názory na lékovou politiku uplatňovanou v ČR, vztah k reformám a míře spoluúčasti. Analýzy probíhaly na regionálních úrovních a hledaly nejrůznější korelace mezi demografickými, sociologickými, teritoriálními a behaviorálními vlivy v kontextu měnící se zdravotní a lékové politiky, cen a úhrad léčivých přípravků a regulačních opatření směřujících k větší efektivitě farmakoterapie a celého zdravotnického systému.

#### 4.1.2 Metodika

S ohledem na druh šetření a anonymizaci respondenta během celého trvání sběru dat s dodatečnou prací s veřejně dostupnými údaji (ceny a doplatky LP) nebylo potřeba pro provedení této pilotní studie podepisovat žádné informované souhlasy ani žádat o schválení etickou komisí.

#### **Dotazník**

Dotazník „Lidé a léky“ (pro jeho plné znění viz **Příloha 1**) byl rozdělen na tři části:

První část (6 otázek) charakterizovala osobu dotazovaného (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, bydliště, socioekonomický status (povolání) a celkový počet členů společné domácnosti.

Druhá část (13 otázek) se týkala užívání LP vázaných na lékařský předpis a OTC, regulačních poplatků, frekvence návštěv u lékaře, výdajů na LP a lékařskou (zvláště též stomatologickou) péči. Tato druhá část se zabývala také zdroji získávání informací

o LP, negativními zkušenostmi s užíváním LP a také plýtváním s LP a vztah tohoto chování k reformě zdravotnictví a zavedení poplatků.

Třetí část pak analyzovala vztah a důvěru pacienta ke konkrétní lékárně, svému lékárníkovi a lékaři. Rovněž zkoumala názor na výši finanční spoluúčasti jednotlivce v systému financování LP v ČR.

### **Sběr dat**

Inovovaný výzkumný záměr a projekt výzkumu byl zpracován v průběhu ledna až května 2008 a reflektoval záměr tazatelů soustředit další ročník projektu „Lidé a léky“ k aktuální problematice – zavedení regulačních poplatků. Jeho oponování a společná diskuse celého vědeckého týmu proběhla během června 2008.

Následoval předvýzkum sloužící k ověření instrumentů a znění jednotlivých otázek, který byl realizován na výběrovém souboru 58 respondentů (návštěvníků lékáren) v období od 14. července do 22. srpna 2008. Některé otázky na základě tohoto předvýzkumu byly přeformulovány, doplněny, nahrazeny nebo jinak upraveny. Konečná podoba tazatelského archu tak byla stanovena na základě výsledků tohoto předvýzkumu.

Vlastní sběr dat byl uskutečněn ve dvou lékárnách v Hradci Králové v období od 3. listopadu 2008 do 19. prosince 2008. Jedna z lékáren byla řetězcová, druhá neřetězcová.

Šetření (sběr dat) bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele (stejného během celého trvání sběru dat) s respondentem. Tazatel četl otázky přesně podle znění v dotazníku. Otázky byly zkonstruovány jako uzavřené, polootevřené či otevřené, dle charakteru každé otázky.

Validace a vkládání dat do počítače proběhlo od 5. ledna 2009 do 27. března 2009. Do 19. června 2009 bylo uskutečněno čištění dat, vypočítána jejich základní deskriptivní statistika a provedena jejich základní interpretace.

Data (odpovědi) byla sbírána po celou dobu trvání šetření tazatelem osobně. Respondenti nebyli vybíráni podle žádného klíče, byli osloveni všichni příchozí. V obou lékárnách se nacházela pouze jedna tára s výdejem na lékařský předpis a jedna s výdejem bez lékařského předpisu. Byli oslovováni pouze příchozí k táře určené k výdeji na lékařský předpis. V případě výskytu fronty čekajících pacientů, bylo re-

spondentovi umožněno usednout s dotazníkem k připravenému stolku a v době, kdy se tazatel věnoval jinému pacientovi, respondent vyplňoval dotazník sám. Případné nejasnosti a zpětná kontrola vyplněného textu v době nepřítomnosti tazatele byly sjednoceny po návratu k táře. Tento problém vzhledem ke klidnému provozu v obou lékárnách však nastal zcela výjimečně a nečinil při sběru dat žádnou komplikaci.

### **Návratnost**

V rámci šetření bylo tazatelem osloveno celkem 387 občanů (návštěvníků lékárny) s žádostí o rozhovor k problematice spotřeby léčiv, výdajů na zdravotní péči a lékové politiky. Rozhovor odmítlo poskytnout 144 oslovených, tj. 37,2 %. S rozhovorem naopak souhlasilo 243 respondentů, tj. 62,8 % oslovených.

Dalších 43 dotazníků bylo následně po analýze dat zcela s průzkumu vyřazeno pro neúplnost či nefunkčnost logických vazeb a tento počet byl připočítán do celkové non-response, která tak činila 48,3 %.

Analýzou odmítnutí účasti na šetření bylo zjištěno, že jejich důvodem byl nejčastěji nedostatek času (68 oslovených; 47,2 % z těch, kteří odmítli) a neochota spolupracovat na projektu týkající se zmíněného tématu (20; 13,9 %), zbytek uvedl jiný důvod (17; 11,8 %) nebo neuvedli důvod žádný (39; 27,1 %). Hlubší analýza odmítnutí účasti (např. dle věku či pohlaví) bohužel provedena nebyla.

### **Analýza dat**

Každý vyplněný tazatelský arch prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby, úplnost a věrohodnost vyplnění. Vyřazeno bylo 25 tazatelských archů s nefunkčními logickými vazbami a dalších 18 pro neúplně vyplněné (jednalo se o případy, kdy respondent odmítl na danou otázku odpovědět a předčasně ukončil rozhovor a část dotazníku tak zůstala nevyplněna). Tyto tazatelské archy byly zahrnuty do non-response.

Pro výpočet deskriptivní statistiky bylo využito programu MS Excel.

#### **4.1.3 Výsledky**

Základní charakteristiku zúčastněných shrnuje **Tabulka 12**. Sledovány byly informace o pohlaví, věku, nejvyšším dosaženém vzdělání, místě bydliště, socioekonomickém zařazení (povolání) a celkovém počtu členů společné domácnosti.

**Tabulka 12** Základní charakteristika zúčastněných respondentů (N = 200)

<b>Pohlaví</b>	<b>N (%)</b>
muži .....	68 (34,0)
ženy .....	132 (66,0)
<b>Věk</b>	
<i>aritmetický průměr = 56,3 let (<math>\sigma = 20,49</math>)</i>	
<i>medián = 59 let</i>	
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	
základní .....	4 (2,0)
vyučen/a .....	59 (29,5)
středoškolské bez maturity .....	11 (5,5)
středoškolské s maturitou .....	96 (48,0)
vysokoškolské .....	27 (13,5)
<i>bez odpovědi</i> .....	3 (1,5)
<b>Místo bydliště (velikost sídla)</b>	
do 500 obyvatel .....	6 (3,0)
do 1 000 ob. ....	9 (4,5)
do 5 000 ob. ....	15 (7,5)
do 10 000 ob. ....	8 (4,0)
do 50 000 ob. ....	2 (1,0)
do 100 000 ob. ....	159 (79,5)
do 500 000 ob. ....	0 (0,0)
nad 500 000 ob. ....	1 (0,5)
<b>Socioekonomický statut (povolání)</b>	
starobní důchodce .....	77 (38,5)
zaměstnanec .....	47 (23,5)
student, učeň .....	22 (11,0)
soukromník, podnikatel .....	19 (9,5)
v domácnosti .....	11 (5,5)
pracující důchodce .....	10 (5,0)
mateřská dovolená .....	5 (2,5)
invalidní důchodce .....	5 (2,5)
nezaměstnaný .....	3 (1,5)
<i>bez odpovědi</i> .....	1 (0,5)
<b>Velikost domácnosti (počet společně žijících osob)</b>	
1 osoba .....	43 (21,5)
2 osoby .....	71 (35,5)
3 osoby .....	35 (17,5)
4 osoby .....	31 (15,5)
5 osob .....	15 (7,5)
6 osob .....	3 (1,5)
<i>bez odpovědi</i> .....	2 (1,0)

## Léčivé přípravky vázané na lékařský předpis

Další část šetření se zaměřila na užívání léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis (LP-Rx). Souhrnné výsledky popisuje **Tabulka 13**. K této problematice byl sledován počet LP-Rx užívaných pacientem během posledního měsíce, měsíční soukromé výdaje na LP-Rx (spoluúčast na ceně LP) a měsíční výdaje za regulační poplatky (RP) spojené s výdejem na recept.

**Tabulka 13** Počet užívaných LP-Rx a soukromé výdaje s nimi související (N = 200)

Počet pacientem užívaných LP během posledního měsíce	N (%)
1.....	51 (25,5)
2.....	42 (21,0)
3.....	28 (14,0)
4.....	31 (15,5)
5.....	21 (10,5)
6.....	16 (8,0)
7.....	9 (4,5)
8.....	1 (0,5)
10.....	1 (0,5)
<i>prům. počet LP = 3,1 (<math>\sigma = 1,9</math>)</i>	
<i>medián = 3</i>	
<b>Měsíční soukromé výdaje (doplátky) na LP-Rx</b>	
0 Kč.....	21 (10,5)
do 50 Kč.....	52 (26,0)
51–100 Kč.....	50 (25,0)
101–150 Kč.....	16 (8,0)
151–200 Kč.....	28 (14,0)
201–300 Kč.....	23 (11,5)
301–500 Kč.....	8 (4,0)
501–1000 Kč.....	2 (1,0)
<i>medián = 51–100 Kč</i>	
<b>Výše měsíčních výdajů za RP na recepty</b>	
0 Kč.....	12 (6,0)
do 50 Kč.....	107 (53,5)
51–100 Kč.....	69 (34,5)
101–150 Kč.....	10 (5,0)
151–200 Kč.....	1 (0,5)
201–300 Kč.....	1 (0,5)
<i>medián = do 50 Kč</i>	



## Využívání lékařské péče a soukromé výdaje na ni

Další část dotazníku se věnovala využívání lékařské péče a výše soukromých výdajů na ni, dále byl sledován počet různých lékařů, kteří pacientovi v posledním měsíci předepsali LP. Výsledky shrnuje **Tabulka 14** a doplňuje také výsledky týkající se celkového počtu návštěv u lékaře za rok (týká se všech lékařských specializací) a porovnává údaje o návštěvnosti před zavedením regulačních poplatků (RP), tedy před 1. 1. 2008 a po jejich zavedení. Respondenti tohoto průzkumu vykazovali nižší návštěvnost po zavedení RP, která **klesla** z průměrného počtu 6,73 návštěv v roce 2007 na 6,17 návštěv v roce 2008, tedy asi o 8,3 %.

**Tabulka 14** Počet předepisujících lékařů a frekvence návštěv u lékaře (N = 200)

Počet pacientovi předepisujících lékařů během posledního měsíce	N	(%)
0.....	4	(2,0)
1.....	157	(78,5)
2.....	31	(15,5)
3.....	8	(4,0)
<i>prům. počet lékařů = 1,2 (<math>\sigma = 0,54</math>)</i>		
<i>medián = 1</i>		
Počet návštěv u lékaře za rok	před RP	po RP
0–5.....	84 (42,0)	96 (48,0)
6–10.....	85 (42,5)	84 (42,0)
11–15.....	24 (12,0)	15 (7,5)
16–20.....	7 (3,5)	5 (2,5)

Pokud dotazovaný odpověděl, že jednoho konkrétního lékaře navštívil v posledním měsíci vícekrát, byl tento předepisující lékař započítán pouze jednou. Do celkového počtu návštěv lékaře byly započítány všechny návštěvy, tedy i opakovaně u stejného lékaře. Do počtu návštěv byla rovněž započítána i pohotovostní služba a akutní, neplánovaná ošetření.

Další část šetření se zaměřila na otázky týkající se výše ročních soukromých výdajů (spoluúčasti) na lékařskou a stomatologickou péči. Podrobné výsledky jsou uvedeny v **Tabulce 15**.

V datech týkajících se lékařské péče není zahrnuta péče stomatologická, ta je znázorněna zvlášť. V údajích o výši ročních výdajů na lékařskou i stomatologickou péči nejsou zahrnuty regulační poplatky (RP). Těm byla věnována samostatná část tabulky.

**Tabulka 15** Roční soukromé výdaje na lékařskou a stomatologickou péči (N = 200)

<b>Výdaje na lékařskou péči bez RP</b>		<b>N (%)</b>
0 Kč.....	183	(91,5)
do 50 Kč.....	3	(1,5)
51–100 Kč.....	6	(3,0)
101–150 Kč.....	2	(1,0)
151–200 Kč.....	1	(0,5)
201–300 Kč.....	3	(1,5)
301–500 Kč.....	2	(1,0)
<i>medián = 0 Kč</i>		
<b>Výdaje na RP za lékařskou péči</b>		
0 Kč.....	5	(2,5)
do 50 Kč.....	7	(3,5)
51–100 Kč.....	57	(28,5)
101–150 Kč.....	33	(16,5)
151–200 Kč.....	37	(18,5)
201–300 Kč.....	40	(20,0)
301–500 Kč.....	18	(9,0)
501–1000 Kč.....	3	(1,5)
<i>medián = 101–150 Kč</i>		
<b>Výdaje na stomatologickou péči bez RP</b>		
0 Kč.....	22	(11,0)
do 50 Kč.....	1	(0,5)
51–100 Kč.....	2	(1,0)
101–150 Kč.....	2	(1,0)
151–200 Kč.....	10	(5,0)
201–300 Kč.....	10	(5,0)
301–500 Kč.....	34	(17,0)
501–1000 Kč.....	13	(6,5)
nad 1000 Kč.....	2	(1,0)
<i>medián = 301–500</i>		
<i>stomatologickou péči nevyužívá..... 104 (52 %)</i>		
<b>Výdaje na RP za stomatologickou péči</b>		
0 Kč.....	0	(0,0)
do 50 Kč.....	81	(40,5)
51–100 Kč.....	12	(6,0)
101–150 Kč.....	3	(1,5)
<i>stomatologickou péči nevyužívá..... 104 (52,0)</i>		

Do výdajů za lékařskou péči byla zahrnuta veškerá spoluúčast pacienta, tedy i RP za pobyt v nemocnici a využití pohotovostní služby.

## Volně prodejné léčivé přípravky

Volně prodejná léčiva (OTC) jako doplněk terapie, ale ještě častěji jako LP určený k samoléčení, byla důležitou součástí šetření a úzce souvisí s problematikou lékové politiky a výše finanční spoluúčasti pacienta na celkových nákladech zdravotní péče. Podrobné výsledky znázorňuje **Tabulka 16**. Kromě počtu užívaných OTC za poslední měsíc a výdajů na ně, bylo také zjišťováno, co je pro respondenty hlavním zdrojem informací potřebných k výběru a správnému užívání OTC.

**Tabulka 16** Počet užívaných OTC, výdaje na ně a hlavní zdroj informací o nich (N = 200)

<b>Počet užívaných OTC za poslední měsíc</b>	<b>N (%)</b>
0 .....	69 (35,0)
1 .....	68 (34,0)
2 .....	46 (23,0)
3 .....	13 (6,0)
4 .....	2 (1,0)
5 .....	2 (1,0)
<i>prům. počet užívaných OTC = 1,09 (<math>\sigma = 1,04</math>)</i>	
<i>medián = 1</i>	
<b>Měsíční výdaje na OTC</b>	
0 Kč.....	58 (29,0)
do 50 Kč.....	60 (30,0)
51–100 Kč.....	59 (30,0)
101–150 Kč.....	14 (7,0)
151–200 Kč.....	6 (3,0)
201–300 Kč.....	3 (1,0)
<i>medián = do 50 Kč</i>	
<b>Hlavní zdroj informací o OTC</b>	
sám/sama.....	49 (24,5)
lékař .....	32 (16,0)
lékárník .....	87 (43,5)
laik v blízkém okolí .....	22 (11,0)
reklama.....	10 (5,0)

Tazatel pomohl dotazovaným s určením toho, co je OTC a co ne. Nejčastěji respondenti uváděli různé potravinové doplňky, které tato otázka nezahrnovala.

Za hlavní zdroj informací o OTC uváděli respondenti sebe sama ve čtvrtině případů a do tohoto výsledku byly započítány i případy, kdy respondent uvedl, že si informace o OTC vyhledal na internetu či si je přečetl z příbalového letáku.

Problém plýtvání LP se snažila analyzovat další část dotazníku, ve které respondenti odpovídali na otázku, zda díky reformě zdravotnictví a zavedení regulačních poplatků změnilo své chování ve vztahu k nevyužitým (či neužívaným) LP předepisovaných lékaři. Dvě třetiny respondentů uvedlo, že reformní kroky vedoucí k zamezení plýtvání s LP na jejich chování žádný vliv nemělo. Výsledky shrnuje **Tabulka 17**.

**Tabulka 17** Vliv zavedení RP na plýtvání s LP (N = 200)

<b>Po zavedení RP</b>	<b>N (%)</b>
neplýtvá léky.....	42 (21,0)
užívá jiné léky.....	13 (6,5)
přestalo užívat některé léky .....	8 (4,0)
<i>žádný vliv</i> .....	<i>137 (68,5)</i>
<b>LP předepisované lékařem užívá</b>	
všechny .....	143 (71,5)
většinu.....	53 (26,5)
některé .....	4 (2,0)
žádné .....	0 (0,0)
<b>LP, které neužívá nebo nepotřebuje</b>	
v lékárně nikdy nevyzvedává.....	40 (20,0)
již nevyzvedává .....	28 (14,0)
stále vyzvedává.....	3 (1,5)
<i>užívá všechny LP</i> .....	<i>129 (64,5)</i>

### **Důvěra v lékárně, lékárníka a lékaře**

Vzájemnou důvěru respondentů k lékárně, lékárníkovi a lékaři šetřila část dotazníku, ve které se tazatel respondenta ptal, zda si své LP vyzvedává a kupuje zpravidla ve stále stejné lékárně, zda jich navštěvuje více nebo zda využívá jiné možnosti. Více než polovina (53 %) dotazovaných uvedla, že navštěvuje stále stejnou lékárně.

Otázka, vzhledem k prostředí rozhovoru a pozici tazatele, týkající se důvěry k lékárníkovi, byla postavena jednoduše a respondent pouze uvedl, zda má svého lékárníka, kterému důvěřuje či nikoliv. I v tomto případě více než polovina (54 %) uvedla, že ano.

U otázky týkající se důvěry respondenta k jeho ošetřujícímu lékaři, bylo využito škály odpovědí od „plně důvěřuji“, přes „spíše důvěřuji“ a „spíše nedůvěřuji“ až po „nedůvěřuji“. Většina (94,5 %) dotazovaných uvedla, že jejich důvěru ošetřující lékař má.

Podrobné výsledky souhrnně představuje **Tabulka 18**.

**Tabulka 18** Důvěra v konkrétní lékárnu, lékárníka a lékaře (N = 200)

Místo vyzvedávání a nákupu LP	N	(%)
stále stejná lékárna.....	106	(53,0)
různé lékárny .....	84	(42,0)
pro LP si posílá.....	7	(3,5)
LP dostává od lékaře.....	1	(0,5)
LP zajišťuje pečovatelka.....	2	(1,0)

Svého lékárníka, kterému důvěřuje,	N	(%)
má .....	108	(54,0)
nemá .....	89	(44,5)
<i>bez odpovědi</i> .....	3	(1,5)

Svému ošetřujícímu lékaři	N	(%)
plně důvěřuje .....	92	(46,0)
spíše důvěřuje .....	97	(48,5)
spíše nedůvěřuje .....	7	(3,5)
zcela nedůvěřuje .....	0	(0,0)
<i>bez odpovědi</i> .....	4	(0,0)

### Názory na výši finanční spoluúčasti za LP

Poslední otázka dotazníku se týkala postoje respondenta k výši finanční spoluúčasti za léčivé přípravky včetně výdajů za regulační poplatky vztahujících se na výdej na recepty. Většina (51,5 %) respondentů uvedla, že ji považuje za vysokou. Kompletní výsledky uvádí **Tabulka 19**.

**Tabulka 19** Názory na výši finanční spoluúčasti za LP (N = 200)

Finanční spoluúčast považuje za	N	(%)
nízkou .....	3	(1,5)
adekvátní.....	91	(45,5)
vysokou.....	103	(51,5)
<i>bez odpovědi</i> .....	3	(1,5)

#### 4.1.4 Diskuse

Rok 2008 byl v celém projektu „Lidé a léky“ klíčový, protože analyzoval chování, názory a postoje pacientů v době po bezprostředním zavedení regulačních poplatků.<sup>[47, 48]</sup> V době šetření se vybíraly RP za každou položku na receptu, kterou bylo myšleno libovolné množství (maximálně pokrývající devadesátidenní terapii) LP, který měl alespoň částečnou úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

Uváděnou výši výdajů jsme společně s pacienty dohledávali, a kontrolovali a pokud to bylo možné, s pomocí lékové historie pacienta a lékárenského počítačového systému.

Průzkum týkající se soukromých výdajů na stomatologickou péči byl ovlivněn větší přítomností starších občanů, kteří se šetření zúčastnili a kteří často uváděli vlastnictví umělého chrupu a podle toho také odlišné využívání stomatologické péče na rozdíl od zbytku populace.

Mnoho (52 %) respondentů uvedlo, že stomatologickou péči nevyužívá. Toto nebylo způsobeno pouze zanedbáním péče, ale také vyšším průměrným věkem respondentů, kteří již vlastní chrup neměli.

Otázka na OTC, které by si respondent po špatné zkušenosti znova nekoupil nebyla vhodně formulovaná a výsledky neumožňovaly statistické zpracování a vyhodnocení dat.

Mnoho respondentů mělo problém rozlišit OTC od všeho ostatního, co se dá v lékárně koupit „bez receptu“. Často tak uváděli potravinové doplňky, různé vitamíny a kosmetiku, které nepatřily do kategorie léčivých přípravků. V tomto ohledu byl rozhovor s pacientem a vyplňování dotazníku tazatelem velmi přínosný a často zamezil chybám, které by v případě samostatného vyplňování respondentem často nastaly.

Otázka týkající se hlavního zdroje informací o OTC a jejich užívání se ukázala jako nedostatečná, jelikož v tomto případě byla velmi častá kombinace více zdrojů a výsledky tak byly zkresleny. Pro další výzkum v této oblasti tak byla v budoucnu otázka otevřena více možným odpovědím. Také respondenti často (ve čtvrtině případů) uváděli jako zdroj informací sebe sama a to i v případě, že následně uvedli, že informace vyhledali (sami) na internetu nebo si (opět sami) přečetli příbalový leták. Tyto možnosti tak byly v dalších šetřeních doplněny a upřesněny.

Otázka, zda respondenti díky reformě zdravotnictví a zavedení regulačních poplatků změnili své chování ve vztahu k nevyužitým LP analyzovala stávající chování pacientů a nereflektovala případnou změnu oproti stavu před rokem 2008. Podobné dotazníkové šetření nemá potřebný nástroj, díky kterému by u podobných otázek, u kterých by se respondent mohl cítit ze svého chování zahanbeně, byla zajištěna pravdivost odpovědi. Stejného problému jsme si při analýze výsledků šetření byli vědomi u otázek týkajících se důvěry respondenta ke konkrétní lékárně, lékárníkovi a lékaři. U otázky týkající se

názoru na výši finanční spoluúčasti pacientů se podobný ostych a neochota odpovídat neprojeví.

Důležitým parametrem pro úspěšnou léčbu je také dobrá komunikace a vzájemná důvěra mezi jednotlivými složkami zdravotnického systému. Důvěra k lékárně, lékárníkovi, lékaři... Kolik lékáren navštěvuje (pro příště), podle čeho si je vybírá.

Průzkum byl opakován také v roce 2010, ale díky nevěli vedení i některých zaměstnanců lékáren, kteří nepochopili důležitost výzkumů podobného charakteru a nebyli nakloněni vědeckému poznání v oblasti sociální farmacie a lékárenství, byl předčasně ukončen a nasbíraná data nebyla vzhledem k jejich nízkému počtu dále zpracována, ale pouze prezentována na vědeckých konferencích.<sup>[75]</sup>

Projekt „Lidé a léky“ sloužil jako pilotní projekt pro sociologické průzkumy konané v letech 2011 a 2013 a poznatky z něj byly zapracovány k lepší formulaci otázek, nabízeným možnostem odpovědí a přispěly tak ke zlepšení metodiky i hodnocení získaných dat.

#### 4.1.5 Závěr

Podle výsledků nereprezentativního pilotního průzkumu konaného na konci roku 2008 ve dvou lékárnách v Hradci Králové na 200 pacientech (z toho 66,0 % žen) jejichž průměrný věk byl 56,3 let (medián 59 let) vyplývá, že průměrný počet užívaných LP-Rx byl u dotazovaných během posledního měsíce 3,1 (medián 3) a střední měsíční soukromé výdaje na doplatky za tyto LP činil bez RP 51–100 Kč a střední výše RP se pak pohybovala do 50 Kč. Pacienti dále uvedli, jim že v 78,5 % případů LP předepisuje jeden lékař (průměrný počet 1,2) a návštěvnost u lékaře klesla z průměrných 6,73 návštěv v roce 2007 (před zavedením RP) na 6,17 v roce 2008, tedy o 8.3 %.

Většina respondentů (91,5 %) uvedla, že má nulové soukromé roční výdaje na lékařskou péči (bez RP), samotné RP pak měly střední hodnotu 101–150 Kč ročně. Stomatologická péče byla hodnocena zvláště, jelikož 52 % respondentů uvedlo, že ji nevyužívá. Roční soukromé výdaje u těch, kteří tuto péči využívají, se nejčastěji pohybovaly v rozmezí 301–500 Kč, což zároveň představovalo i střední hodnotu, medián. Za RP u stomatologa vydali ze svého nejčastěji do 50 Kč ročně.

Volně prodejných léčivých přípravků za poslední měsíc užívali respondenti průměrně 1,09. Nejčastěji (ve 35 % případů) uváděli žádný a střední hodnota soukromých výdajů

na OTC se pohybovala do 50 Kč. Hlavním zdrojem informací pro výběr OTC byl pro pacienty jejich lékárník (uvedlo 43,5 % dotazovaných), následovalo ve 24,5 % vyhledávání informací svépomocí (např. prostřednictvím příbalových letáků, internetu či vlastních zkušeností) či na základě doporučení lékaře (16 %) či blízké osoby z okolí (11 %). Jen 5 % respondentů uvedlo jako zdroj informací o OTC reklamu.

Vliv zavedení RP na zacházení pacientů s LP přiznalo 31,5 % pacientů. Nejčastěji přiznali, že se snaží neplýtvat LP (14 % přiznalo, že LP, které neužívají, dříve vyzvedávali a nyní již nikoliv), méně často pak, že užívají jiné LP nebo některé LP přestali užívat úplně. Zbytek (68,5 %) uvedlo, že na ně zavedení RP nemělo žádný vliv.

Věrnost jediné lékárně při vyzvedávání LP a nakupování OTC přiznalo 53 %, zbytek ve většině případů navštěvuje více lékáren. Podobný počet (54 %) uvedlo, že má svého lékárníka, kterému důvěřuje a s plnou důvěrou ke svému ošetřujícímu lékaři se svěřilo 46 %, částečnou (s výhradami) pak 48,5 % respondentů.

Celkovou finanční spoluúčast za LP (soukromé výdaje) považuje 51,5 % za vysokou, 45,5 % za adekvátní a jen 1,5 % za nízkou.



## 4.2 Absolventi farmacie 2010–2012

### 4.2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo analyzovat názory, postoje a zkušenosti s lékovou politikou v praxi lékárníků prostřednictvím studentů farmacie, kteří na konci 5. ročníku po absolvování šestiměsíční lékárenské praxe vyjádřili své čerstvé zkušenosti na vybrané otázky lékové politiky a samotné práce v lékárně. Dotazníkové šetření (viz **Příloha 2, 3 a 4**) sloužilo k široké analýze práce lékárníka, jeho zkušeností a názorů na současnou problematiku farmacie. Pro účely této práce byly ze tří ročníků sběru dat vybrány jen otázky související s lékovou politikou a jejími determinantami.

### 4.2.2 Metodika

Dotazníky byly tvořeny uzavřenými, polootevřenými i otevřenými otázkami. Pro první ročník (2010) byl formulář vytvořen v papírové verzi a distribuován studentům osobně, pro další dva ročníky (2011 a 2012) byly dotazníky vytvořeny elektronicky pomocí webové aplikace společnosti Google (Formuláře Google Docs) a distribuovány prostřednictvím fakultní elektronické pošty.

Pomocí první části dotazníků byly získány informace o osobě dotazovaného – pohlaví, věk, bydliště, předešlé zkušenosti z lékárenského prostředí apod. Další části dotazníku byly věnovány otázkám soustředícím se na konkrétní zkušenosti z práce v lékárně, organizaci činností, farmaceutickou péči, komunikaci s lékaři a jinými členy systému poskytování zdravotní péče, diskrétní zónu, názory na generickou substituci, lékovou politiku a poslední část otázkám souvisejícím s výběrem této profese studentem.

Vzhledem k pilotnímu charakteru průzkumu, byly otázky jednotlivých ročníků sběru dat postupně modifikovány v souvislosti se získanými zkušenostmi. Každému ročníku sběru dat vždy předcházely předvýzkumy, na kterém se ověřily formulace jednotlivých otázek a na základě výsledků těchto předvýzkumů byly následně upraveny také možnosti odpovědí u uzavřených a polootevřených otázek.

Součástí distribuce dotazníků byla i podrobná instruktaž pro správný sběr dat a pro jednotné pochopení znění otázek. Ty tak byly vysvětleny a doplněny pro následnou snazší a jednotnou interpretaci získaných výsledků.

Dotazníky byly distribuovány studentům během letního semestru 5. ročníku, na konci jejich šestiměsíční praxe. V roce 2010 bylo osloveno celkem 185 studentů zapsaných v 5. ročníku a průzkumu se zúčastnilo a na otázky odpovědělo 120 respondentů (návratnost byla tedy 64,9 %), v roce 2011 odpovědělo ze 193 studentů 78 (návratnost 40,4 %) a v roce 2012 ze 185 oslovených studentů dotazník vyplnilo 93 z nich (návratnost 50,3 %). Sběr dat probíhal průběžně od ledna do června daného roku. Zadávání dat do tabulkového editoru (pouze v případě prvního ročníku sběru dat) probíhalo v měsících červenec až září. V těchto měsících probíhala také validace dat a jejich třídění a statistické zpracování.

Všechna získaná data byla zpracována v tabulkovém editoru MS Excel 2000.<sup>[98, 99]</sup>

Vzhledem k dobrovolnému a anonymnímu sběru dat bez zadávání osobních údajů a tedy bez zpětné dohledatelnosti konkrétního respondenta nebylo potřeba pro provedení tohoto šetření podepisovat ani informované souhlasy ani žádat o schválení etickou komisí.

### 4.2.3 Výsledky

#### ***Hodnocení vlivů při výběru a doporučení konkrétního OTC***

Otázka, která hodnotila vlivy lékárníka při výběru konkrétního OTC zněla: „*Jaký vliv na výběr léčivého přípravku (OTC), který nabízíte nebo doporučujete pacientovi, mají následující parametry vašeho rozhodovacího procesu? Použijte škálu, ve které 0 znamená vůbec žádný vliv a 5 vliv zcela rozhodující.*“. Dotaz byl rozdělen do pěti dílčích otázek, každá se ptala význam daného vlivu na konečné rozhodnutí. Jednotlivými nabízenými vlivy byly: zkušenosti získané praxí (zpětná vazba od pacientů, lékařů, kolegů), znalosti ze školy a odborného tisku (apod.), osobní zkušenosti (nebo zkušenosti blízkých osob či kolegů), management lékárny (doporučení nebo tlak vedení lékárny či kolegů), reklama (všechny druhy, včetně setkání s reprezentanty firem). U každého jednotlivého vlivu tak byla získána průměrná hodnota na škále od 0 (žádný vliv) po 5 (zcela rozhodující vliv). Souhrnné výsledky znázorňuje **Tabulka 20**.

**Tabulka 20** Hodnocení vlivů při výběru a doporučení OTC

Vliv na výběr OTC	2011 (N=78)	2012 (N=93)
Zkušenosti získané praxí	3,6	3,9
Znalosti ze školy a tisku	3,4	3,5
Osobní zkušenosti	3,2	3,6
Management lékárny	2,5	2,7
Reklama	2,2	2,3

Z výsledků lze zjistit, že podle respondentů rozhodovací proces lékárníka řídí převážně jeho zkušenosti a znalosti získané praxí a naopak nejméně lze v procesu vysledovat vliv managementu lékárny (nadřizovaných) a adresné či neadresné reklamy, která je zaměřena na odbornou nebo laickou veřejnost.

### **Finanční hranice korupčního chování**

Dalším tématem, které bylo dotazníkovým šetřením analyzováno byla korupce ve zdravotnictví – odměny ordinacím a lékárnám v souvislosti s preferencí předepisování, resp. výdeje konkrétního LP. Šetření bylo zaměřeno na analýzu názorů na maximální hodnotu odměn pro zdravotníky za preferenci konkrétního léčivého přípravku, do které by se ještě podle respondenta nejednalo o korupci. Otázkám (zvlášť pro lékaře a zvlášť pro lékárníky) předcházela text, ve kterém bylo popsáno, že odměnou pro účely tohoto průzkumu se rozumí celková finanční i nefinanční motivace související s propagací léčivých přípravků, např. různé placené sportovní akce, večere, konference a kongresy (v často exotických destinacích), vstupenky na kulturní akce, vzorky léčivých přípravků, kancelářské potřeby, množstevní slevy, rabatové odměny, zpětné bonusy apod. Částkou se pak rozumí celková hodnota darů a odměn od všech subjektů za jeden měsíc jedné lékárny či jedné ordinaci. Překročením této (respondentem stanovené) hranice by se pak jednalo o korupci.

Otázky byly cíleně vybrány s ohledem na v té době probíhající diskuse k novelám platné legislativy, ve které se uvažovalo o stanovení maximální přípustné odměny.

Otázky byly konstruovány jako otevřené a tazatelé mohli uvést jakoukoliv částku. Výsledky pak byly statisticky rozříděny do příslušných škál.

První ze dvou otázek byla zaměřena na odměny pro lékárníky a její zněla: „*Jakou hodnotou (dle Vašeho názoru) by měla být stanovena maximální hranice pro odměny lékárnám od výrobců a distributorů LP?*“. Souhrnné výsledky znázorňuje **Tabulka 21**.

**Tabulka 21** Názor na maximální hranici motivačních odměn pro lékárníky (v %)

Maximální odměna pro lékárníky	2011 (N=78)	2012 (N=93)
0 Kč	5,1	7,5
do 1 000 Kč	12,8	18,3
do 5 000 Kč	24,4	24,7
do 10 000 Kč	6,4	7,5
do 20 000 Kč	1,3	2,2
do 50 000 Kč	2,6	1,1
<i>bez odpovědi</i>	47,4	38,7

Respondenti uváděli částku, jejíž překročením by se již jednalo o korupci. Téměř polovina dotazovaných nechala tuto otázku bez odpovědi, nechtěli sdělit svůj názor nebo jej k dané problematice neměli ujasněný. Nejvíce respondentů (téměř čtvrtina) uvádělo jako hraniční částku 5 000 Kč, jen asi jedna pětina pak uváděla hodnoty nižší či dokonce nulové.

Otázka zaměřená na určení stejné hranice pro ordinace lékařů zněla: „*Jakou hodnotou (dle Vašeho názoru) by měla být stanovena maximální hranice pro odměny ordinacím lékařů od výrobců a distributorů LP?*“. **Tabulka 22** pak shrnuje výsledky.

**Tabulka 22** Názor na maximální hranici motivačních odměn pro ordinace (v %)

Maximální odměna pro ordinace	2011 (N=78)	2012 (N=93)
0 Kč	5,1	8,6
do 1 000 Kč	21,8	20,4
do 5 000 Kč	20,5	25,8
do 10 000 Kč	3,8	4,3
do 20 000 Kč	0,0	1,1
do 50 000 Kč	1,3	1,1
<i>bez odpovědi</i>	47,4	38,7

Opět i zde téměř polovina respondentů na otázku neodpověděla. Hraniční částka pak v případech ordinací, jak lze vyčíst z tabulky, byla uváděna nižší než v případech lékáren.

## Názory na systém cenotvorby LP v ČR

Další dvě otázky se týkaly názorů na lékovou politiku v ČR, konkrétně cenotvorby léčivých přípravků. Studenti během šestiměsíční praxe získali první zkušenosti s touto (v té době velmi složitou) problematikou a mohli tak vyjádřit své zkušenosti a názory.

Otázky se v jednotlivých ročnících sběru dat lišily. Původní, z roku 2010 zněla: „*Které z následujících tvrzení nejlépe vystihuje Vaše zkušenosti s problematikou cenotvorby LP?*“. Respondenti mohli označovat jednu či dvě odpovědi, proto součet relativních četností, jak je vyznačen v **Tabulce 23**, převyšuje 100 %. Téměř dvě třetiny respondentů uvedlo, že jejich zkušenost během dispenzace byla taková, že se pacienti častěji zajímali o problematiku cenotvorby, doplatků, poplatků a odpočtů a celá dispenzace se tak více soustředila na problematiku financí a méně na problematiku užívání daného LP.

**Tabulka 23** Zkušenosti s problematikou cenotvorby během dispenzace (v %)

Zkušenosti s problematikou cenotvorby během dispenzace	2010 (N=120)
Spoluúčast pacienty zajímala více než jiné informace	65,0
Vysvětlováním cenotvorby jsem strávil/a příliš mnoho času	11,7
Vysvětloval/a jsem cenotvorbu, nezdržovalo mě to	22,5
Pacienti většinou další informace nevyžadovali	22,5
Snažil/a jsem se vysvětlování vyhnout	7,5
Pacienty jsem odkazoval/a na jiné zdroje	1,7

V dalších ročnících (2011 a 2012) byla otázka postupně pro lepší hodnocení výsledků modifikována a její konečné znění bylo: „*Jaký je Váš postoj k cenotvorbě léčivých přípravků v ČR? Jaký je podle Vás v současnosti systém cenotvorby léčivých přípravků v ČR?*“. Označit už mohli pouze jednu možnost, která nejvíce odpovídala jejich postoji. Známkovalo se jako ve škole, kde 1 znamenala, že systém shledávají zcela v pořádku a 5, která znamenala, že jej shledávají za zcela nevyhovující. Jednotlivé známky byly doplněny krátkým komentářem, pro přesnější identifikaci se s konkrétní známkou, jak je uvedeno i u výsledků v **Tabulce 24**. Systém cenotvorby hodnotili známkou 1, když ho shledávali zcela v pořádku, 2, pokud ho považovali za správně nastavený, s drobnými nedostatky, 3 jako příliš složitý, 4 s mnoho chybami s nutností úprav a 5 jako zcela nevyhovující s nutností náhrady za systém zcela jiný.

**Tabulka 24** Názor na systém cenotvorby v ČR (v %)

Názor na systém cenotvorby v ČR	2011 (N=78)	2012 (N=93)
1 – zcela v pořádku	0,0	1,1
2 – drobné nedostatky	2,6	20,4
3 – příliš složitý	69,2	53,8
4 – mnoho chyb	14,1	16,1
5 – zcela nevyhovující	10,3	2,1
<i>bez odpovědi</i>	3,8	6,5

Průměrná známka tohoto hodnocení tak v roce 2011 byla 3,33, následující rok 2,98. Snížil se počet respondentů, kteří systém vnímají jako zcela nevyhovující a naopak zvýšil počet těch, kteří ho shledávají v pořádku, pouze s drobnými nedostatky.

### **Současná problematika lékové politiky v ČR**

Problematikou současného stavu lékové politiky v ČR se zabývala poslední otázka, jejíž přesné znění bylo: „*Jaké je dle Vašeho názoru nejlepší řešení současného stavu lékové politiky v ČR?*“. Otázka byla formulována jako polootevřená s možností odpovědět jinou než jednou z nabízených možností, které byly navrženy na základě výsledků předvýzkumu a výsledky jsou v **Tabulce 25**.

**Tabulka 25** Postoj k řešení současné problematice lékové politiky v ČR (v %)

Nejdůležitější krok k řešení současných problémů lékové politiky	2011 (N=78)	2012 (N=93)
vše je v pořádku	0,0	1,1
omezení a zpřísnění vstupu LP na trh	0,0	1,1
větší tlak na nižší cenu LP	20,5	15,1
zavedení jednotných cen a doplatků	48,7	38,7
důslednější dodržování legislativy	2,6	15,1
navýšení výdajů na LP	2,6	1,1
<i>bez odpovědi</i>	25,6	28,0

Téměř polovina (49 %) respondentů v roce 2011 a 39 % v roce 2012 uvedlo, že za nejdůležitější krok považuje v lékové politice ČR zavedení jednotných cen a doplatků všech lékárnách na našem území. Významné množství (více než jedna čtvrtina) bylo také těch, kteří na tuto otázku neodpověděli.

#### 4.2.4 Diskuse

Na výběr léčivého přípravku, který respondenti z řad farmaceutů-absolventů nabízeli nebo doporučovali pacientovi měly největší vliv zkušenosti získané praxí (tedy zpětnou vazbou od pacientů, lékařů nebo kolegů), následované znalostmi ze školy a odborného tisku spolu s osobní zkušeností s přípravkem (nebo zkušeností blízkých osob). Výrazně menší vliv pak měl management lékárny, ve smyslu doporučení či nařízení nadřízených či kolegů, a zcela nejmenší vliv pak na dotazovaného při výběru léčivého přípravku měla reklama a to všech druhů. Z těchto výsledků lze usoudit, že dotazovaní byli profesionály s větším ohledem na pacienta a kvalitu jeho léčby než na případný finanční profit, který by jim z volby konkrétního přípravku mohl plynout. Výsledky jsou však bohužel ovlivněny klasickou chybou, která je u podobných otázek přítomna. Respondenti se totiž na podobné otázky často snaží odpovídat tak, jak sami považují za správné a ne dle reality. Ani anonymita dotazníků bohužel nezaručuje jednoznačné a správné výsledky, které by jasně zobrazovaly skutečnost.<sup>[98]</sup>

Průzkumy, které dlouhodobě organizuje SÚKL<sup>[100]</sup> pak analyzovaly zdroje informací o LP, které lékárníci nejčastěji používají. Na prvních dvou příčkách se s převahou od ostatních umístily odborné časopisy, literatura, publikace a AISLP. Až daleko za těmito skončily informace obchodních zástupců, propagační a reklamní materiály či média. Podle stejných průzkumů, organizovaných v roce 2010 a 2011<sup>[100]</sup> také vyšlo najevo, že reklama není pro lékárníky relevantním zdrojem informací, ale posiluje podle nich zájem pacientů o LP (myslí si 60, resp. 62 % dotázaných). Pětina ji pak za relevantní považuje, pouze však tu, publikovanou v odborném tisku.

Otázka týkající se názoru na stanovení výše finanční hodnoty odměn farmaceutických firem (reprezentantů, distributorů) pro lékárny byla pro téměř polovinu respondentů těžko zodpověditelná nebo se odpovědi záměrně vyhnuli. Lze usoudit, že tento výsledek reflektoval zatím nedostatečné zkušenosti z praxe, kdy jako absolventi se dotazovaní k jednání s reprezentanty firem zatím běžně nedostali. Složitá problematika etiky ve zdravotnictví a s ní spojené korupce a určení hranic spolu s nedostatkem praktických zkušeností pro vytvoření vlastního názoru k tomuto tématu pak neochotu k zodpovězení této otázky mohla jen zesílit. Respondenti nejčastěji uváděli hraniční částku, nad kterou by se již dle jejich názoru jednalo o korupci, 5000 Kč pro jednu lékárnu za měsíc.

U stanovení podobného limitu pro lékařské ordinace by mladí farmaceuti byli přísnější. I když nejčastější odpovědí byla rovněž hranice 5 000 Kč, celkový průměr tolerovaných hodnot byl u ordinací nižší než u lékáren. S téměř stejným zastoupením pak zmiňovali také jako hraniční částku 1 000 Kč a rovněž častěji byly zastoupeny nižší částky. Z výsledků dotazníků tak vyplývá, že pro respondenty je společensky přijatelnější finanční motivace v lékárnách než v ordinacích, kde marketingové snahy zástupců farmaceutických firem vnímali dle těchto výsledků jako více problematické, s nutností přísnějších (nižších) povolených limitů.

Od roku 2010 také toto téma zpracovává SÚKL.<sup>[101]</sup> Ten ve svých dotaznících pro lékárníky zjišťoval hodnotu všech darů či jiných výhod ze strany držitelů rozhodnutí o registraci, či zprostředkovatelů, v ročním úhrnu, kterou dotazovaní ještě považují za nepodstatnou. Z výsledků těchto průzkumů<sup>[101]</sup> vyplývá, že pro více než polovinu lékárníků (56 %) je to částka do 1 500 Kč. Další téměř pětina (17 %) uvedla částku vyšší – do 15 000 Kč.

Názory na systém cenotvorby léčivých přípravků v ČR byly postupně zjišťovány ve všech třech ročnících sběru dat a od první otázky v roce 2010, kdy dvě třetiny (65 %) respondentů uvedlo, že během dispence zajímala finanční spoluúčast (ceny, doplatky, poplatky a odpočty) pacienty více než jiné informace související s vlastním výdejem léčivých přípravků, se otázka modifikovala na „*Jaký je Váš postoj k cenotvorbě léčivých přípravků v ČR? Jaký je podle Vás v současnosti systém cenotvorby léčivých přípravků v ČR?*“. Na výběr pak měli možnost známkovat systém cenotvorby léčivých přípravků v ČR jako ve škole, tedy od 1 do 5. Nejčastěji jej hodnotili známkou 3 s konstatováním, že je příliš složitý. Byl znát i postupný trend, kdy v roce 2011 tuto nejčastější odpověď volilo 69,2 % respondentů, v roce 2012 už jenom 53,8 %. Průměrné hodnocení (známka) se tak zlepšila z 3,33 v roce 2011 na 2,98 v roce 2012.

V průzkumu dále téměř polovina respondentů uvedla, že nejlepším řešením pro lékovou politiku v ČR by bylo zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách ČR, ostatní navrhovaná řešení měla podstatně menší zastoupení. Odpovědi nebyly dále specifikovány, takže nelze rozeznat, zda by si respondenti přáli jednotné ceny u všech LP (na recept i volně prodejných) nebo snad dokonce i na ostatní produkty a zboží nabízené v lékárnách. Vzhledem k zaměření otázky, která se dotazovala na cenotvorbu léčivých přípravků, nebudeme další závěry plynoucí z případného zavedení jednotných cen i u ostatních produktů vyvozovat. Podle reprezentativního sociologického průzkumu<sup>[102]</sup>



se k jednotným cenám, při kterých by si lékárny konkurovaly pouze kvalitou nabízených služeb nikoli cenami a výší doplatků, přiklání také většina (60,8 %) obyvatel ČR. Téhož názoru jsou i někteří zástupci odborné veřejnosti<sup>[103]</sup> a také mnohé profesní organizace<sup>[104, 105]</sup>, kteří svá stanoviska dlouhodobě prosazují.

#### 4.2.5 Závěr

Na výběr léčivého přípravku, který respondenti z řad farmaceutů-absolventů nabízeli nebo doporučovali pacientovi měly největší vliv zkušenosti získané praxí, zcela nejmenší vliv pak reklama všech druhů.

Jako hranici pro posuzování korupčního chování u lékárníků, vnímali respondenti nejčastěji částku 5 000 Kč pro jednu lékárnu za měsíc, u lékařů pak také byla nejčastěji navrhovaná částka 5 000 Kč měsíčně na jednu ordinaci, ale v odpovědích se výrazně častěji než u lékáren objevovaly také částky nižší.

Systém cenotvorby hodnotili respondenti známkou 3 a vnímali ho nejčastěji jako příliš složitý. Dvě třetiny z nich pak uvedlo, že finanční spoluúčast, ceny, doplatky, poplatky a odpočty zajímaly pacienty více než jakékoliv jiné informace související s dispencí.

Převládá rovněž názor, že nejdůležitějším krokem v řešení současných problémů lékové politiky v ČR by bylo zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách v ČR, které by si tak již nekonkurovaly cenou, ale pouze kvalitou poskytovaných služeb.

## 4.3 Sociologický průzkum 2011

### 4.3.1 Cíl práce

Cílem reprezentativního sociologického výzkumu občanů ČR byly zjištění názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví. Otázky se týkaly jednání občanů ČR v případě zdravotních problémů a spokojenosti s poskytováním informací v lékárnách. Výzkum byl dále zaměřen na preference formy zakoupení volně prodejných léčivých přípravků a algoritmus výběru konkrétní lékárny. Zvláštní pozornost pak byla věnována volně prodejným léčivým přípravkům a léčivým přípravkům vázaným na lékařský předpis. Otázky byly zaměřeny na jejich užívané množství, druh i objem finančních prostředků vynakládaných občany v určitém časovém intervalu na jejich opatření. Cílem další části výzkumu bylo zjistit názory občanů na úplnost informací o léčivých přípravcích a srozumitelnost příbalových letáků. Občané byli rovněž dotázáni, zda někdy zaznamenali nežádoucí účinky při užívání volně prodejných léčivých přípravků a jak si v takovém případě počínali a zda využili některé doplňkové služby lékáren.

### 4.3.2 Metodika

Charakter a druh tohoto anonymního a dobrovolného sběru dat týkajícího se názorů a postojů občanů, který nepracuje s citlivými osobními daty vedoucím ke zpětné identifikaci respondenta, neklade požadavky na tvorbu informovaných souhlasů pro respondenty ani schválení průzkumu etickou komisí.

#### **Dotazník**

Dotazníkové šetření obsahovalo dvě skupiny otázek. První skupina obsahující jedenáct otázek se skládala z otázek souvisejících s osobou dotazovaného: pohlaví, věk, místo bydliště, rodinný stav, počet dětí, čistý měsíční příjem domácnosti, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání a náboženské vyznání. Druhá skupina obsahující dvanáct otázek se týkala témat sociologického průzkumu popsanych níže.

Otázky byly zkonstruovány jako uzavřené či polootevřené, dle charakteru samotné otázky. Pro kompletní znění dotazníku viz **Příloha 5**.

## **Sběr dat**

Výzkumný záměr a projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září a října 2011. Jeho oponentování proběhlo počátkem listopadu 2011 a předvýzkum sloužící k ověření instrumentů a znění jednotlivých otázek byl realizován na výběrovém souboru 234 respondentů (občanů) v období od 7. do 11. listopadu 2011. V tomto období proběhly rovněž instruktáže všech tazatelů.

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období od 21. listopadu do 4. prosince 2011. Shromáždění tazatelských archů, validace a vkládání dat do počítače proběhlo do 19. prosince 2011. Do 31. prosince 2011 bylo uskutečněno vyvážení dat, jejich základní matematicko-statistická analýza a provedena základní interpretace dat.

Výzkum byl koncipován jako sociologický, terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu.

Sběr dat byl zabezpečován 303 profesionálními tazateli v celé České republice. Tazatelé četli otázky přesně podle znění v dotazníku. V tomto strukturovaném rozhovoru byly odpovědi dány pevně (uzavřené otázky) a v některých případech byla otázka formulovaná jako polootevřená (např. „uvedte jiný důvod“ apod.), dle jejího charakteru.

Data (odpovědi) byly sbírány tazateli osobně v domácnostech respondentů, které byly vybrány náhodně podle parametrů popsaných níže.

## **Studovaná populace**

Údaje byly získány od výběrového souboru o velikosti 1797 jedinců vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor je reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku nad 15 let. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva České republiky ve věku 15 let a více.<sup>[106]</sup>

Složení výběrového souboru je popsáno v intencích základních demografických znaků. Z hlediska pohlaví tvoří soubor 877 (48,8 %) mužů a 920 (51,2 %) žen, což odpovídá analogické skladbě populace ČR ve věku od 15 let více.<sup>[106]</sup> V případě pohlaví byla z hlediska relativních četností zjištěna odchylka výběrového souboru od základního souboru v rozmezí 0,1 %, a ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,2 %. Podle územního, resp. regionálního zařazení dotazovaných

sloužilo členění dle krajů ČR. Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka u tohoto kritéria 0,2 %.

Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky starší 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Z dalších znaků, u kterých sice nebyla reprezentativnost sledována, ale které byly v rámci výzkumu zjišťovány, lze uvést vzdělání, rodinný stav, počet dětí, velikost místa bydliště, povolání, výši čistého měsíčního příjmu rodiny a stanovisko k náboženské víře. Tam, kde se ukázala statisticky významná souvislost, je na tuto skutečnost níže upozorněno. Nicméně v důsledku toho, že data této skupiny nejsou reprezentativní, lze zjištěné statisticky významné souvislosti interpretovat pouze jako tendence.

### **Návratnost**

V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 1996 náhodně vybraných občanů s žádostí o rozhovor k problematice zdravotnictví. Rozhovor odmítlo poskytnout 199 oslovených, tj. 10,0 %. S rozhovorem naopak souhlasilo 1797 respondentů, tj. 90,0 % oslovených.

Analýza odmítnutí účasti ve výzkumu z hlediska pohlaví signalizuje, že ženy byly více ochotny účastnit se výzkumu než muži. Nejméně byli ochotni zapojit se do výzkumu muži a ženy ve věku 65 a více let. Platí, že ochota k účasti ve výzkumu byla nižší v nejstarší věkové skupině, nejvíce byli ochotni zapojit se do výzkumu respondenti z nejmladších věkových skupin.

Celkově lze konstatovat, že míra odmítnutí účasti ve výzkumu byla nízká. Projevila se zde speciální příprava tazatelů, zaměřená na způsob navázání kontaktu, vyvolání důvěry respondenta a způsob komunikace s cílem získat ho pro účast ve výzkumu, která proběhla v rámci speciálních instrukcí. Z hlediska důvodu byl nejčastější příčinou odmítnutí účasti ve výzkumu nedostatek času (35,4 %). Druhou nejčastější příčinou byl nezájem o účast a lhostejnost k výzkumu (29,3 %). Dalších 16,9 % respondentů uvedlo jako příčinu odmítnutí nedůvěru k výzkumu a pochybnosti o jeho smyslu, 9,3 % respondentů jako příčinu uvedlo, že dotazník je příliš dlouhý a že považují podobné výzkumy za zbytečné, 4,6 % oslovených zdůvodnilo svou neúčast nedostatkem informací o zkoumaném tématu. Zbývajících 4,5 % oslovených uvádělo zdravotní důvody, důvody jiné než uvedené nebo příčinu odmítnutí neuvedlo.

## **Analýza dat**

Každý vyplněný tazatelský arch prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby, úplnost a věrohodnost vyplnění. Vyřazeno bylo 8 tazatelských archů s nefunkčními logickými vazbami a neúplně vyplněné (zpravidla ty, u kterých respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor a část tazatelského archu tak zůstala nevyplněná). Tyto tazatelské archy byly zahrnuty do non-response.

Použitá výzkumná metodika zahrnovala u vybraných znaků několik úrovní filtrace během rozhovoru. Vznikl tak problém dvou typů chybějících údajů: Za první tzv. strukturálních missingů, tedy případů, kdy údaj chybí, protože otázka nebyla položena na základě podmínky filtru, za druhé tzv. pravých missingů, kdy otázka měla být položena a nebyla nebo byla položena a nebyla zodpovězena. Takovýchto chybějících údajů nebylo mnoho, nicméně se v dotazovém šetření vyskytly. Vzhledem k tomu, že pro matematicko-statistické analýzy je potřeba definovat chybějící nebo nevalidní údaje jako jednu hodnotu, oba typy missingů byly sloučeny. Vlastní analýzy pak byly provedeny pouze na základě validních hodnot každého znaku.

Mezi použitými položkami byly spojitě odpovědi. Logicky pak bylo potřeba provést řadu transformací v datovém souboru, aby bylo možné hlavní výsledky přehledně shrnout. V důsledku zmíněné transformace se změnil charakter znaků u transformovaných proměnných ze spojitých většinou na intervalové či kategoriální.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.4.5 (statistická analýza sociálních dat). Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě rozdělení chí-kvadrát testu a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků. Na základě této analýzy byla provedena samotná interpretace dat.

### **4.3.3 Výsledky**

#### ***Postoj občanů ČR k samoléčbě***

Jednání občanů v případě objevení zdravotního problému, bylo zjišťováno prostřednictvím uzavřené otázky následujícího znění: „Pokoušíte se sám/sama léčit, než jdete

k lékaři?“ Respondenti měli možnost zvolit si některou z následujících možností odpovědi: „ano“, „ne“, „někdy“.

Více než polovina občanů ČR (54,1 %) se pokouší v případě zdravotních potíží před tím, než jde k lékaři, léčit sama. Další necelá jedna třetina (30,9 %) tak činí občas. Jen 15,0 % občanů ČR uvádí, že se nikdy nepokoušejí sami léčit a v případě zdravotních potíží rovnou navštíví lékaře.

Samy léčit se častěji pokoušejí ženy (57, %) než muži (50,3 %), ( $P < 0,001$ ). Platí rovněž, že častěji se pokoušejí sami léčit občané s vyšším stupněm vzdělání (56,9 % absolventů maturitních a VŠ oborů) než občané s nižším vzděláním (50,5 % pro ty s nejvyšším ukončeným základním vzděláním a vyučené), ( $P < 0,01$ ).

### **Možnosti zakoupení OTC**

V rámci výzkumu bylo rovněž sledováno počínání občanů v případě nakupování volně prodejných léčivých přípravků. Cílem výzkumu bylo zjistit, kde tyto léčivé přípravky občané především nakupují. Otázka zjišťující tuto skutečnost byla formulována jako polootevřená, s možností označit více odpovědí. Její znění bylo následující: „*Kterou z následujících možností zakoupení volně prodejných léčivých přípravků jste někdy využili/a?*“ Respondenti měli možnost označit některou z následujících variant odpovědi: „*klasická lékárna*“, „*lékárna se samoobslužným prodejem*“, „*internetová lékárna*“, „*mimo lékárnu – drogerie, benzínová čerpací stanice*“, „*internet mimo internetovou lékárnu*“, „*jiná možnost – uveďte jaká*“. Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Výsledky analýzy odpovědí na tuto otázku jsou více než jednoznačné. Občané ČR v naprosté většině případů nakupují volně prodejné léčivé přípravky v klasických lékárnách. Tuto možnost označilo 96,1 % dotázaných občanů. Ostatní varianty nákupu jsou využívány v mnohem menší míře. Patří mezi ně lékárna se samoobslužným prodejem, kterou označilo 15,5 % dotázaných a drogerie či benzínové čerpací stanice (9,9 % respondentů). Internetovou lékárnu využilo k tomuto účelu 7,4 % občanů, na internetu mimo internetovou lékárnu volně prodejné léčivé přípravky nakoupilo jen 1,6 % dotázaných. Jiné možnosti byly uváděny jen minimálně (0,5 %), šlo např. o nakupování v prodejnách s bylinkami, v prodejnách zaměřených na péči o zuby, zakoupení od kamaráda apod. ( $P < 0,05$ ).

Vzhledem k nízkému počtu odpovědí v některých políčkách kontingenčních tabulek nebylo možné aplikovat testy statistické významnosti. Proto zjištěné rozdíly mohou být interpretovány alespoň jako tendence. Z nich vyplývá, že muži mají tendenci více nakupovat volně prodejné léčivé přípravky v klasických lékárnách, ženy v lékárnách se samoobslužným prodejem. Občané s nižším vzděláním (základní, vyučen) více nakupují volně prodejné léčivé přípravky v klasických lékárnách, občané s vyšším vzděláním (zejména VŠ) více než ostatní využívají internetové lékárny. S přibývajícím věkem roste tendence nakupovat volně prodejné léčivé přípravky v klasických lékárnách, které jednoznačně upřednostňují zejména občané z nejstarší věkové skupiny (nad 65 let).

### **Motivace občanů při výběru lékárny**

Občané se při výběru lékárny řídí nejrůznějšími okolnostmi a faktory. Tyto byly v rámci výzkumu identifikovány prostřednictvím polootevřené otázky zjišťující, čím se především občané v tomto případě řídí. Otázka přesně zněla: „*Co při výběru lékárny upřednostňujete především?*“ Nabídnuté odpovědi byly: „*osobní zkušenost*“, „*nejbližší lékárna*“, „*nižší cena*“, „*něco jiného*“, „*je mi to jedno*“. Respondenti měli možnost vybrat pouze jeden, ten nejdůležitější faktor, který je ovlivňuje nejvíce.

Občané ČR jednoznačně nejvíce kladou při výběru lékárny důraz na její vzdálenost. Více než dvě pětiny (41,3 %) z nich uvádějí, že v případě, kdy si potřebují vyzvednout nebo koupit léčivé přípravky, volí nejbližší lékárnu. Pro 28,7 % respondentů je při výběru lékárny rozhodující osobní zkušenost, další více než jedna pětina dotázaných (21,3 %) uvádí jako rozhodující faktor cenu – vybírají tu lékárnu, ve které je cena léčivého přípravku, případně jeho doplatek nižší. Jen 0,3 % dotázaných označilo jinou možnost. Patří mezi ně otevírací doba lékárny či možnosti plateb kartou či poukázkami. Jiné okolnosti uváděny nebyly.

Ze statistické analýzy dat dále vyplývá, že muži významně častěji volí nejbližší lékárnu nebo je jim to jedno, ženy více než muži preferují osobní zkušenost a nižší cenu. Tendenci vybírat dle nižší ceny mají nejvíce nejstarší občané (65 a více let). Cenou a vzdáleností se řídí více občané s nižším vzděláním (základní, vyučen/a), respondenti s vyšším vzděláním (maturita, VŠ) více preferují osobní zkušenost. Pro přehledné výsledky viz **Tabulka 26** ( $P < 0,01$ ).

**Tabulka 26** Motivační faktory výběru lékárny pro různé skupiny české populace (v %)

Motivační faktory	muži (N=877)	ženy (N=920)	nad 65 <sup>a</sup> (N=316)	nižší vzdělání <sup>b</sup> (N=768)	vyšší vzdělání <sup>c</sup> (N=1029)	Celkem (N=1797)
osobní zkušenost	25,2	32,2	27,2	22,1	33,7	<b>28,7</b>
nejbližší lékárna	45,8	37,0	37,3	44,0	39,3	<b>41,3</b>
nižší cena	18,1	24,2	30,4	24,9	18,6	<b>21,3</b>
je to jedno	10,5	6,5	4,8	8,7	8,2	<b>8,4</b>
něco jiného	0,4	0,1	0,3	0,3	0,2	<b>0,3</b>

<sup>a</sup> Nejstarší občané ve věku 65 a více let.

<sup>b</sup> Občané s nižším nevyšším dokončeným vzděláním (základní, vyučen/a).

<sup>c</sup> Občané s vyšším nejvyšším dokončeným vzděláním (maturita, VŠ).

### Využívání služeb nabízených lékárnami

Občané ČR byli v souvislosti s problematikou lékáren rovněž dotázáni, nakolik využívají další služby, které lékárny poskytují. Otázka byla položena jako polootevřená v tomto znění: „Využil/a jste někdy některou ze služeb, nabízených lékárnami?“. Respondenti měli označit všechny služby, které využili a případně uvést další, které nebyly ve škále uvedeny.

Z dotázaných občanů jich 71,4 % využilo některou ze služeb poskytovaných lékárnami. Nejvíce respondentů (40,2 %) uvedlo, že v rámci lékáren konzultovali otázky spojené s užíváním LP. 32,7 % občanů si nechala v lékárně změřit krevní tlak, 13,5 % jich postoupilo měření BMI. Jen malá část (4,0 %) využilo dermatologického poradenství lékárny, jiné služby uvedlo jen minimum občanů (0,5 %). Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost označit více odpovědí.

Z jiných činností respondenti nejčastěji uváděli měření tuku, měření cukru a dotazy na vhodný LP na určité zdravotní potíže.

Z aplikovaných testů statistické významnosti vyplývá, že muži mají tendenci více v lékárnách žádat konzultace o užívaných lécích, ženy více využívají měření BMI a více žádají dermatologické konzultace. S přibývajícím věkem roste rovněž zájem o měření krevního tlaku.



## **Zkušenosti s nežádoucími účinky OTC**

Bezpečnost užívání (především nových) léčivých přípravků a celkově hlubší vztah mezi pacientem a lékárníkem zlepšuje povinný proces hlášení neočekávaných nežádoucích účinků centrální kontrolní autoritě, kterou je v České republice Státní ústav pro kontrolu léčiv.

V rámci problematiky LP bylo tedy jedním z cílů výzkumu zjistit, jaké mají občané České republiky zkušenosti s nežádoucími účinky volně prodejných LP a jak si počínají v případě, že tyto nežádoucí účinky zaznamenají. Otázka zjišťující tyto okolnosti byla formulována jako uzavřená v následujícím znění: „Zaznamenal/a jste někdy nežádoucí účinky po užívání volně prodejných léků?“ Respondenti měli možnost vybrat jednu z následujících alternativ odpovědí: „1 – ano, nežádoucí účinky jsem zaznamenal/a a ohlásil/a v lékárně nebo u lékaře; 2 – ano, nežádoucí účinky jsem zaznamenal/a, nikde jsem je však neohlásil/a; 3 – ne, nežádoucí účinky jsem nezaznamenal/a“.

Z výsledků vyplývá, že téměř čtyři pětiny (79,3 %) občanů ČR uvádějí, že v souvislosti s volně prodejnými LP nezaznamenaly žádné nežádoucí účinky. Dalších 11,4 % občanů takové nežádoucí účinky zaznamenalo a ohlásilo to v lékárně nebo u lékaře, zbývající občané (9,3 %) uvádějí, že nežádoucí účinky zaznamenali, nikde to však nehlásili.

Významně více mužů (83,6 % z nich) než žen (75,2 % z nich) uvádí, že nežádoucí účinky volně prodejných LP nezaznamenali ( $P < 0,001$ ). Jiné statisticky významné vazby na sociodemografické znaky identifikovány nebyly.

## **Spotřeba volně prodejných léčivých přípravků**

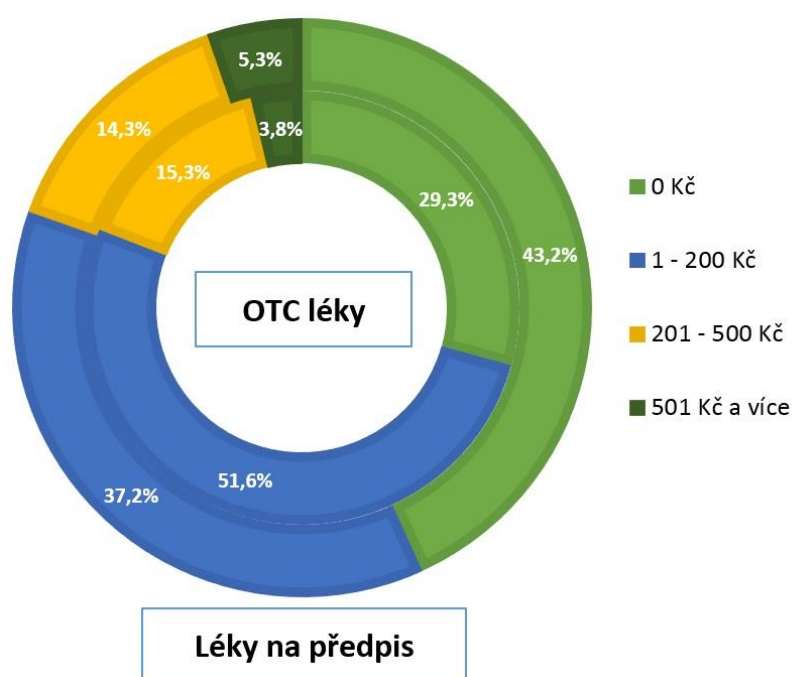
Značná pozornost byla v rámci výzkumu věnována nakládání občanů s volně prodejnými léčivými přípravky a léčivými přípravky vázanými na lékařský předpis. Cílem výzkumu v této oblasti bylo zjistit, jaké finanční prostředky občané na tyto léčivé přípravky vynakládají a kolik jich pravidelně užívají.

Výzkum byl zaměřen na průměrnou výši nákladů, kterou občané měsíčně průměrně vynaloží. Částka byla zjišťována formou spojitého znaku (respondenti uváděli konkrétní částku v Kč) a následně vyjmenovali volně prodejné léčivé přípravky, které za tuto částku obvykle nakupují. Prvním krokem z hlediska analýzy dat byl výpočet váženého aritmetického průměru ze spojitých znaků. Z této analýzy vyplynulo, že občané ČR vynaloží v průměru na zakoupení volně prodejných léčivých přípravků cca **149,8 Kč**

měsíčně ( $\sigma = 223,9$  Kč). Rozpětí činilo 2 000 Kč, to znamená, že nejmenší uváděná částka byla 0 Kč, nejvyšší 2 000 Kč.

Z analýzy vyplývá, že 29,3 % občanů ČR volně prodejné léčivé přípravky vůbec nekupe a nevynakládá na ně tedy žádné finanční prostředky. Více než polovina (51,6 %) občanů ČR měsíčně vynaloží na volně prodejné léčivé přípravky částku 1 až 200 Kč, 15,3 % částku v rozmezí od 301 do 500 Kč měsíčně. Zbývající 3,8 % vynaloží částku vyšší než 500 Kč měsíčně. Pro grafické znázornění a porovnání rozdílů mezi soukromými výdaji na OTC a léčivými přípravky na lékařský předpis viz **Graf 9**.

**Graf 9** Porovnání celkových měsíčních soukromých výdajů na léčivé přípravky na lékařský předpis (vnější kruh) a volně prodejná léčiva (vnitřní kruh) u populace ČR (N = 1797)



Z analýzy dále jednoznačně vyplývá, že muži častěji než ženy uvádějí částku 0 Kč, ženy častěji než muži částku 200 Kč a vyšší. Toto zjištění však neopravňuje k závěru, že muži méně užívají volně prodejné přípravky, ale vypovídá spíše o tom, že jejich nakupování mají v rodinách více na starosti ženy. Výsledky průzkumu rovněž signalizují souvislost s věkem. Vyšší částky (201–500 Kč) vynakládají respondenti z nejvyšší věkové skupiny (nad 65 let), 0 Kč naopak častěji uvádějí respondenti z nižších věkových skupin. V tomto případě lze spatřovat příčinu v častějších zdravotních potížích starších lidí a rostoucí potřebou užívání těchto léčivých přípravků, též však ve skutečnosti, že za mladé lidi tyto přípravky nakupují jejich rodiče. Platí rovněž, že občané s nejnižším vzděláním (základní) častěji uvádějí částku 0 Kč, naopak občané s nejvyšším vzděláním (VŠ) více vynakládají nejvyšší částky (nad 500 Kč). V případě nejmladší věkové skupi-

ny zde může zprostředkovaně působit věk, neboť do této skupiny (15–19 let) patří většina studujících středních škol, kteří ještě nemají ukončené středoškolské vzdělání a uvádějí tedy jako vzdělání základní. Pro souhrnný přehled výsledků viz **Tabulka 27** ( $P < 0,01$ ).

**Tabulka 27** Celkové měsíční náklady na OTC podle pohlaví a věku (v %)

Celkové náklady	muži (N=877)	ženy (N=920)	do 65 let <sup>a</sup> (N=1481)	nad 65 let <sup>b</sup> (N=316)	CELKEM (N=1797)
0 Kč	34,7	24,1	30,3	24,4	<b>29,3</b>
1–200 Kč	49,9	53,3	52,5	47,8	<b>51,6</b>
201–500 Kč	12,7	17,8	13,7	22,8	<b>15,3</b>
501 Kč a více	2,7	4,8	3,5	5,0	<b>3,8</b>

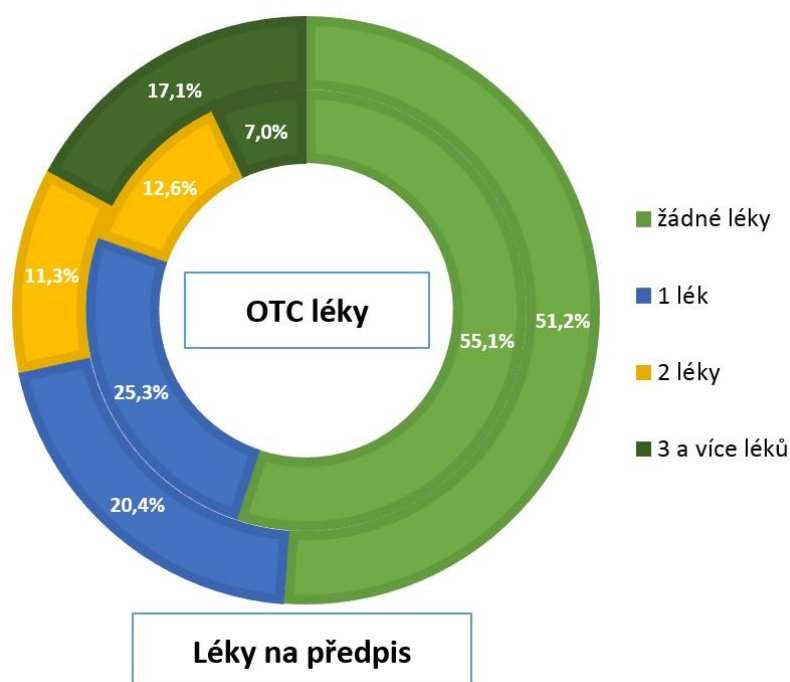
<sup>a</sup> Občané do 65 let.

<sup>b</sup> Nejstarší občané ve věku 65 a více let.

V souvislosti s volně prodejnými léčivými přípravky bylo rovněž zjišťováno, kolik těchto přípravků v průměru denně občané užívají. Z analýzy spojitě podoby tohoto znaku vyplynulo, že vážený aritmetický průměr činí **0,76** ( $\sigma = 1,09$ ) – toto číslo vyjadřuje průměrný počet volně prodejných léčivých přípravků, užívaných denně občany. Rozpětí v tomto případě bylo od 0 (žádný přípravek) do 10 (nejvyšší uvedený počet užívaných volně prodejných léčivých přípravků za den).

Více než polovina občanů ČR (55,1 %) pravidelně denně neužívá žádný volně prodejný léčivý přípravek. Cca jedna čtvrtina (25,3 %) občanů uvádí, že pravidelně denně užívá jeden volně prodejný léčivý přípravek, zbývající jedna pětina jich užívá více (přesně 12,6 % dva přípravky a 7 % tři a více přípravků). Pro grafické znázornění a porovnání celkového počtu denně užívaných OTC a léčivých přípravků na lékařský předpis viz **Graf 10**.

**Graf 10** Porovnání celkového počtu denně užívaných léčivých přípravků na lékařský předpis (vnější kruh) a volně prodejných léčiv (vnitřní kruh) u populace ČR (N = 1797)



Testování statistické významnosti identifikovalo řadu významných vazeb ( $P < 0,01$ ) mezi sociodemografickými znaky a pravidelným denním užíváním volně prodejných léčivých přípravků. Jednoznačně platí, že tyto přípravky častěji pravidelně denně užívají ženy (57,0 % žen denně užívá jedno a více OTC), muži významně více uvádějí, že neuvžívají žádný přípravek (62,4 % mužů).

Silná je rovněž vazba tohoto znaku na věk ( $P < 0,01$ ). Na základě analýzy lze konstatovat, že pravidelné denní užívání volně prodejných léčivých přípravků roste s věkem, nižší je u nejmladších respondentů, vyšší naopak u respondentů vyššího věku. Příčinou této skutečnosti je s věkem rostoucí počet zdravotních problémů. Věk v tomto případě působí i prostřednictvím rodinného stavu. Méně přípravků užívají svobodní (v průměru 0,54 OTC denně), více ovdovělí (v průměru 1,05 OTC denně). Vazba na vzdělání není v tomto případě statisticky významná. Zajímavá je souvislost denního užívání volně prodejných léčivých přípravků s náboženským přesvědčením. Platí, že více tyto přípravky užívají věřící občané, méně ateisté. I zde však zprostředkovaně působí věk, protože platí, že věřícími jsou v ČR zejména starší lidé<sup>[62]</sup>. Žádná skutečná souvislost mezi náboženským přesvědčením a spotřebou OTC nebyla prokázána a vše v těchto případech souvisí pouze s věkem.

## **Léčivé přípravky vázané na lékařský předpis**

Podobně jako v případě volně prodejných léčivých přípravků, bylo i v případě léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis zjišťováno, jaké náklady na jejich pořízení občané v průměru měsíčně vynaloží a kolik těchto přípravků pravidelně denně užívají.

Z analýzy spojitých znaků vyplývá, že občané ČR v průměru vynaloží na doplatky na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis **143,0 Kč** ( $\sigma = 283,3$  Kč). Finanční částky, které v této souvislosti respondenti uváděli, se pohybovaly v rozpětí od 0 Kč do 5 100 Kč.

Po převedení spojitých znaků do ordinální podoby a jejich analýze lze konstatovat, že 43,2 % občanů ČR uvedlo, že na doplatky na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis nevynakládají žádné finanční prostředky. Dalších 37,2 % dotázaných vynaloží na tyto léčivé přípravky 1 až 200 Kč měsíčně, dalších 14,3 % respondentů doplácí 201 až 500 za měsíc a 5,3 % vynaloží částku vyšší než 500 Kč. Pro grafické znázornění a porovnání rozdílů mezi soukromými výdaji na léčivé přípravky na lékařský předpis a OTC viz **Graf 9**.

Analýzy realizované na základě druhého stupně třídění ukázaly, podobně jako v případě volně prodejných léčivých přípravků, že významně větší finanční prostředky na jejich opatření vynaloží ženy, a to především v rozmezí 201 Kč až 500 Kč za měsíc, zatímco muži významně více uvádějí 0 Kč. I přes skutečnost, že v otázce byl položen důraz na „*vy osobně*“ nelze vyloučit, že rozdíl je způsoben tím, že tyto přípravky více nakupují ženy.

Silná je rovněž souvislost tohoto znaku s věkem. Skutečnost, že žádné finanční prostředky na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis nevynakládají, uvádějí významně více mladší věkové skupiny (do 44 let), s přibývajícím věkem výše vynakládaných finančních prostředků roste. Příčinou jsou s věkem rostoucí zdravotní problémy.

Věk působí i prostřednictvím rodinného stavu a náboženského přesvědčení. Žádné finanční prostředky nevynakládají ve významně větší míře svobodní, více finančních prostředků vydávají ovdovělí. Rovněž skutečnost, že větší doplatky na léčivé příplatky vázané na lékařský předpis platí věřící, je způsobena zprostředkovaným působením věku (věřící jsou v ČR především vyššího věku)<sup>[107]</sup>. Pro souhrnný přehled výsledků viz **Tabulka 28** ( $P < 0,01$ ).

**Tabulka 28** Celkové měsíční náklady na LP-Rx podle pohlaví a věku (v %)

Celkové náklady	muži (N=877)	ženy (N=920)	do 44 let <sup>a</sup> (N=871)	nad 44 let <sup>b</sup> (N=926)	Celkem (N=1797)
0 Kč	48,8	37,8	55,6	31,5	<b>43,2</b>
1–200 Kč	35,9	38,5	34,8	39,5	<b>37,2</b>
201–500 Kč	10,6	17,8	8,1	20,0	<b>14,3</b>
501 Kč a více	4,7	6,0	1,5	9,0	<b>5,3</b>

<sup>a</sup> Občané do 44 let.

<sup>b</sup> Občané ve věku 44 a více let.

Též v případě léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis bylo zjišťováno, kolik jich v průměru občané ČR užívají. Vážený aritmetický průměr má v tomto případě hodnotu **1,24** ( $\sigma = 1,97$ ), to znamená, že občané ČR užívají v průměru více než jeden léčivý přípravek vázaný na lékařský předpis denně. Rozpětí v užívání těchto přípravků je od 0 do 17, což znamená, že byl zaznamenán případ, kdy respondent uvedl, že užívá 17 léčivých přípravků denně.

Více než polovina občanů ČR (51,2 %) uvádí, že v současnosti neužívá pravidelně denně žádný léčivý přípravek vázaný na lékařský předpis. Další cca jedna pětina (20,4 %) užívá pravidelně jeden léčivý přípravek denně, zbývajících 28,4 % uvádí dva a více přípravků. Jinými slovy lze konstatovat, že asi polovina občanů ČR ve věku od 15 let pravidelně minimálně jednou denně užívá léčivé přípravky vázané na lékařský předpis. Pro grafické znázornění a porovnání celkového počtu denně užívaných léčivých přípravků na lékařský předpis a OTC viz **Graf 10**.

I v případě léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis platí, že je pravidelně denně užívají významně více ženy než muži. Muži významně více uvádějí, že neužívají žádný přípravek tohoto typu. Jednoznačně rovněž platí, že s přibývajícím věkem roste pravidelné denní užívání léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis. Zlomovým obdobím je 44. rok věku ( $P < 0,01$ ). I zde platí, že příčina rostoucího počtu užívaných léčivých přípravků souvisí s rostoucími zdravotními potížemi ve vyšším věku.

Věk působí i prostřednictvím rodinného stavu – pravidelné denní užívání je vyšší u ovdovělých než u svobodných. Na toto užívání má vliv i vzdělání. Větší počet užívaných přípravků (tři a více) je významně vyšší u osob se základním vzděláním, osoby s vyšším vzděláním (maturita, VŠ) významně častěji uvádějí, že pravidelně denně neužívají žádný léčivý přípravek vázaný na lékařský předpis (vše s  $P < 0,01$ ).

## Názory na zavedení jednotných cen a doplatků v lékárnách

V souvislosti s problematikou lékáren byl v rámci výzkumu zjišťován názor občanů na zavedení jednotných cen a doplatků za LP. Přesné znění uzavřené otázky bylo následující: „*Jaký je Váš názor na zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách, které by si již nekonkurovaly cenou léčivých přípravků, ale pouze kvalitou poskytovaných služeb?*“. Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor prostřednictvím pětistupňové standardizované škály odpovědí: „*S tímto zavedením bych: 1) zcela souhlasil/a; 2) spíše souhlasil/a; 3) nevím, nedokáži posoudit, je mi to jedno; 4) spíše nesouhlasil/a; 5) zcela nesouhlasil/a*“.

Převážná část občanů České republiky (60,8 %) zcela nebo spíše souhlasí s tím, aby u nás byly zavedeny v lékárnách jednotné ceny a doplatky za léčivé přípravky. Přesněji více než 1/3 (33,8 %) s tímto zavedením souhlasí jednoznačně, dalších 27,0 % se k tomuto názoru přiklání (spíše souhlasí). Více než 1/4 občanů ČR (25,6 %) nemá na tuto otázku jasný názor a volí odpověď „nevím“. Zbývajících 13,6 % občanů se zavedením jednotných cen a doplatků spíše (8,7 %) nebo zcela (4,9 %) nesouhlasí.

Analýza statisticky významných souvislostí mezi tímto znakem a jednotlivými socio-demografickými znaky ukázala, že s přibývajícím věkem souhlas s tímto opatřením roste, nižší věkové kategorie naopak častěji nemají v této otázce jasno. Osoby se základním vzděláním více než ostatní uváděly, že na tuto otázku nemají vyhraněný názor nebo že s tímto opatřením zcela nesouhlasí. Podrobně viz **Tabulka 29** ( $P < 0,01$ ).

**Tabulka 29** Názory na zavedení jednotných cen a doplatků v lékárnách ČR (v %)

Názor na zavedení	do 30 let <sup>a</sup> (N=877)	nad 65 let <sup>b</sup> (N=920)	zákl. vzdělání <sup>c</sup> (N=218)	CELKEM (N=1797)
zcela souhlasí (1)	24,1	40,2	23,4	<b>33,8</b>
spíše souhlasí (2)	30,2	20,6	23,4	<b>27,0</b>
neví, je to jedno (3)	30,7	25,6	37,2	<b>25,6</b>
spíše nesouhlasí (4)	9,5	7,0	6,0	<b>8,7</b>
zcela nesouhlasí (5)	5,5	6,6	10,0	<b>4,9</b>
<i>index souhlasu<sup>d</sup></i>	<b>2,42</b>	<b>2,19</b>	<b>2,56</b>	<b>2,24</b>

<sup>a</sup> Občané do 30 let.

<sup>b</sup> Nejstarší občané ve věku 65 a více let.

<sup>c</sup> Občané, kteří mají jako nejvyšší dokončené vzdělání základní.

<sup>d</sup> *Index souhlasu* (hodnoty 1 až 5) – vážený průměr pětistupňové standardizované škály odpovědí jednotlivých skupin; čím menší číslo, tím větší míra souhlasu a naopak.

## **Hodnocení lékáren z hlediska poskytovaných informací**

Dalším z problémů, řešených v souvislosti s lékárnami, byla dostatečnost poskytovaných informací. Otázka byla položena jako uzavřená v následujícím znění: „*Považujete informace o léčivých přípravcích, které obdržíte v lékárně, za dostačující?*“.

Více než 2/3 (68,5 %) občanů ČR považuje informace, které jim jsou v lékárnách o vydávaných lécích poskytnuty, za dostačující. Další cca 1/4 (23,9 %) nedokáže tuto otázku posoudit a zbývajících 7,6 % se k těmto informacím staví kriticky a považuje je za nedostačující.

Muži významně častěji než ženy volí v této souvislosti odpověď „nevím“, což signalizuje, že LP v lékárnách kupují méně. Tuto odpověď volí rovněž více také občané s nižším vzděláním (základní, vyučen), zatímco občané s vyšším vzděláním (maturita, VŠ) považují častěji tyto informace za dostačující.

## **Hodnocení srozumitelnosti příbalových letáků**

Účastníci výzkumu byli požádáni, aby zhodnotili srozumitelnost příbalových letáků v léčivých přípravcích. Mohli tak učinit prostřednictvím uzavřené otázky se standardizovanou pětistupňovou škálou odpovědí.

Většina občanů ČR (77,9 %) uvádí, že příbalovým letákům v léčivých přípravcích spíše nebo zcela rozumí. Z nich 32,7 % uvádí, že těmto letákům „rozumí zcela“, 45,2 % se kloní k hodnocení „spíše rozumím“. „Spíše nerozumí“ 10,1 % dotázaných a „vůbec nerozumí“ pouze 0,6 % respondentů. Zbývajících 11,4 % účastníků výzkumu uvedlo, že příbalové letáky nečte a zvolilo odpověď „nevím, nečtu je“ (vše s  $P < 0,001$ ).

Muži významně častěji uváděli, že informační letáky nečtou, ženy významně více volily hodnocení „zcela rozumím“.

Nejmladší věková skupina častěji volí odpověď „nevím, nečtu je“, nejstarší občané více uvádějí, že letákům spíše nerozumějí. Nižší míra porozumění a odpověď „nevím, nečtu je“ byla volena respondenty s nižším vzděláním (základní, vyučen), občané s vyšším vzděláním (maturita, VŠ) významně více uvádějí, že příbalovým letákům zcela rozumějí. Pro výsledky u různých skupin občanů viz **Tabulka 30** ( $P < 0,001$ ).



**Tabulka 30** Srozumitelnost příbalových letáků pro různé skupiny populace ČR (v %)

Srozumitelnost příbalových letáků	muži (N=877)	ženy (N=920)	do 30 let <sup>a</sup> (N=453)	nad 65 let <sup>b</sup> (N=316)	nižší vzdělání <sup>c</sup> (N=768)	vyšší vzdělání <sup>d</sup> (N=1029)	Celkem (N=1797)
rozumí zcela	27,5	37,6	32,5	25,6	24,1	39,1	<b>32,7</b>
spíše rozumí	45,3	45,1	43,5	45,9	46,6	44,1	<b>45,2</b>
spíše nerozumí	9,9	10,3	8,8	16,2	13,4	7,7	<b>10,1</b>
zcela nerozumí	0,8	0,5	0,4	2,5	1,2	0,2	<b>0,6</b>
neví, nečte je	16,5	6,5	14,8	9,8	14,7	8,9	<b>11,4</b>

<sup>a</sup> Občané do 30 let.

<sup>b</sup> Občané ve věku 65 let a více.

<sup>c</sup> Občané s nižším stupněm ukončeného vzdělání (základní, vyučen/a).

<sup>d</sup> Občané s vyšším stupněm ukončeného vzdělání (maturita, VŠ).

#### 4.3.4 Diskuse

Do optimalizace farmakoterapie je kromě lékaře v konceptu klinické farmacie zahrnut také farmaceut. Myšlenka farmaceutické péče počítá v procesu rozhodování o farmakoterapii také se samotným pacientem. Management léků, který v sobě zahrnuje dalšího hráče – plátce poskytované péče (v našem systému zdravotní pojišťovny), lze považovat za strategii k začlenění myšlenky farmaceutické péče do každodenní praxe v lékárnách.<sup>[108]</sup>

Česká republika patří k zemím s nízkou mírou soukromých výdajů<sup>[109]</sup> na zdravotnictví a tento stav se výrazně nezměnil ani po zavedení regulačních poplatků.<sup>[110]</sup> Finanční zátěž českých domácností vzrostla z 2,15 % jejich čistého příjmu (v roce 2007) na 2,63 % v roce 2008 po zavedení regulačních poplatků a nepatrně klesla na 2,55 % v roce 2009.<sup>[14]</sup> Růst spoluúčasti na LP poslední roky však není zdaleka tak výrazný jako v jiných zemích. Například v sousedním Polsku jsou soukromé výdaje na LP pro tamní domácnosti stále větší a citelnější zátěží. V roce 2000, 14 % polských domácností vydalo více než 10 % jejich čistého příjmu právě na léčivé přípravky a tento nemalý díl rodinných rozpočtů dále vzrostl až na hodnotu 18 % v roce 2009.<sup>[111]</sup>

Navíc, čeští občané vnímají své soukromé výdaje na zdravotnictví mnohem vyšší než je tomu ve skutečnosti. I když v ČR podle zákona o veřejném zdravotním pojištění platí,

že v každé skupině léčivých látek se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí nejméně jeden léčivý přípravek, týká se to pouze některých skupin léčivých látek, které uvádí příloha zmíněného zákona.<sup>[48, 112]</sup> Občané tak často musejí za léčivé přípravky platit měsíčně doplatky, jejichž průměrnou hodnotu v průzkumu uvádějí 143,0 Kč. Podle oficiálních statistických dat byla však tato hodnota přibližně poloviční – 72 Kč.<sup>[13]</sup> Tento rozdíl ve vnímání vyšší hodnoty vynaložených vlastních prostředků než odpovídá skutečnosti lze vnímat jako důležitý sociologický parametr. Zlepšit povědomí o skutečných výdajích na LP by tak mělo být hlavním impulzem, který i tato práce přináší. Pocit o větších než skutečných výdajích je mimo jiné zdůrazněn také skutečností, kdy u chronických pacientů dochází k výběru dlouhodobě užívaných LP jednou za 3 měsíce a tedy i tato kumulovaná částka, kterou při návštěvě lékárny vynakládají zkresluje jejich představu o skutečných měsíčních nákladech.

OECD Health <sup>Data[28]</sup> jsou dobrým zdrojem podrobných informací o výdajích na zdravotnictví v různých zemích. Slouží k porovnávání nejen samotných výdajů, ale také jejich struktury, dále zdravotní politiky a poskytování zdravotní péče v jednotlivých zemích. Nicméně, veškeré dostupné oficiální odhady soukromých výdajů (a jejich následná publikace v OECD Health Data) se ukázaly podle některých studií jako ne zcela spolehlivé.<sup>[113]</sup> Proto podobné sociologické průzkumy a různé jiné typy studií a analýz jsou tak důležité pro lepší pochopení a srovnání jednotlivých národních rozdílů, které tak mohou být hodnoceny z více úhlů pohledu.<sup>[114, 115]</sup>

Výsledek průzkumu, podle kterého se více než polovina (54,1 %) občanů snaží v případě nemoci léčit před návštěvou lékaře vždy sama a 30,9 % někdy, je významným motivačním faktorem pro lepší rozvoj činnosti lékáren tímto směrem. Mohou tak směle pevněji uchopit tuto výzvu a svou konzultační činnost stále více rozvíjet. Tato potenciální pomoc a rada při samoléčení nebo doporučení k návštěvě lékaře v případě závažných problémů či komplikací, s sebou navíc nese další finanční úsporu pro celý zdravotnický systém. Dva regulační poplatky, za návštěvu lékaře a za recept, jistě farmaceutickou péči v oblasti samoléčení posílilo a úspory systém zaznamenal i díky snížení počtu vydaných balení na recept o téměř 22 %.<sup>[116]</sup>

Porozumění informacím z příbalového letáku je důležitý a opodstatněný předmět zájmu souvisejícím se samoléčením. Podle dřívější sociologické studie, jsou hlavním zdrojem informací o léčivech pro občany ČR právě příbalové letáky (58,2 %), následované předepisujícím lékařem (58,2 %) a pouze pro 37,0 % občanů je zdrojem informací jejich

lékárník.<sup>[117]</sup> Podle podobné studie provedené rok po zavedení regulačních poplatků se situace mírně změnila ve prospěch lékárníků, nicméně jsou výsledky velmi podobné (relativní četnost; meziroční změna): příbalové letáky (67,7 %; + 9,5 %), předepisující lékař (56,3 %; - 1,9 %) a lékárník (44,0 %; + 7,0 %).<sup>[118]</sup> Protože respondenti v této studii mohli vybrat více odpovědí, součet relativních četností překračuje 100 %. Občané ČR podle naší studie rozumí příbalovým letákům u léčivých přípravků částečně (45,2 %) nebo zcela (32,7 %). Muži statisticky významně častěji než ženy letáky nečtou a ženy zase více než muži častěji odpovídali, že rozumějí letákům zcela. Podle další studie, 80 % občanů ČR si, před tím než začnou užívat nový LP, příbalový leták přečte a řídí se jeho doporučeními, více ženy (86 %) než muži (75 %).<sup>[119]</sup>

Drtivá většina občanů pro možnost samoléčby a koupě léčivých přípravků volí klasickou lékárnou, kde využívají odborné pomoci a doporučení farmaceutů. Při volbě lékárny však není nejčastěji upřednostňovaná ani osobní zkušenost (29 %) ani nižší cena (21 %), ale vzdálenost nejbližší dostupné lékárny (41 %), což lze interpretovat jako stále ne příliš silná vazba mezi pacientem a lékárníkem a zároveň ne příliš silná snaha za léčivé přípravky ušetřit, což odpovídá nízké míře spoluúčasti<sup>[109, 110]</sup> a nízké finanční zátěži českých domácností v oblasti soukromých výdajů na zdravotnictví.<sup>[14]</sup> Tyto výsledky (vzdálenost a dostupnost lékáren jako hlavní faktor při jejich výběru) jsou podobné výsledkům i dalších studií názorů občanů ČR;<sup>[119]</sup> v případě legálního výdeje některých léčivých přípravků mimo klasické lékárny (a v případě jejich nižší ceny a lepší dostupnosti výdejního místa) by této možnosti rádo 41 % respondentů využilo.<sup>[119]</sup> Stejný pohled jako současně platná legislativa<sup>[17]</sup> má 59 % občanů ČR, kteří tak s prodejem mimo lékárny nesouhlasí.<sup>[119]</sup> Z alternativních míst pak je respondenty nejčastěji jako vhodné místo zmiňována drogerie (26 % celé populace) a supermarket (25 % celé populace).<sup>[119]</sup>

Výsledek, že věřící občané ČR pravidelně denně užívají více léčivých přípravků, než občané nevěřící, by mohl vést k mylným závěrům. Tato skutečnost však úzce souvisí s věkem. V populaci ČR je totiž více věřících ve věkové skupině nad 70 let (68 % věřících) než je průměr v celé populaci starší 15 let (zde jen 39 % věřících).<sup>[107]</sup> Není zde žádná statisticky významná souvislost mezi náboženským vyznáním a spotřebou LP. Podle demografických charakteristik není spotřeba LP v ČR ovlivněna náboženským vyznáním, ale pouze věkem.

Otázku preference konkurence lékáren necenové na úkor cenové potvrdily výsledky, ve kterých se většina občanů ČR (60,8 %) přiklání k zavedení jednotných cen a doplatků za léčivé přípravky ve všech lékárnách, další 1/4 nemá na tuto záležitost jasný názor. Souhlas s tímto opatřením roste s přibývajícím věkem, což lze přisuzovat nejen reminiscenční vzpomínce na „bezplatné“ a centrálně plánované zdravotnictví socialismu s fixními cenami,<sup>[120]</sup> ale také horší mobilitě starších občanů, pro které je zjišťování cenových rozdílů v různých lékárnách částečně nebo zcela omezeno.

Data z projektu mohou posloužit nejen k pochopení a případně k následnému řešení celoplošných změn a zásadních rozhodnutí, ale také k jiným výzkumným záměrům, které by výsledky použily pro další šetření. Celoplošné změny posledních dvou dekad a reformy nejen v systému poskytování zdravotní služby mohou být dále rozvíjeny a také zpětně hodnoceny také díky podobným reprezentativním sociologickým průzkumům, které tak přispějí k dalšímu vývoji nejen v českém zdravotnictví.<sup>[121]</sup> Význam mohou mít také pro poskytovatele zdravotních služeb (lékaře a lékárníky), kteří jsou v každodenním kontaktu s „koncovým uživatelem“ (pacientem) a mohou z těchto dat pochopit jeho vnímání, orientaci a chování ve zdravotnickém systému a zacílit svou práci k vyšší efektivitě a následné spokojenosti všech zainteresovaných subjektů.<sup>[122]</sup>

#### 4.3.5 Závěr

Samoléčba a farmaceutická péče v lékárnách jsou velmi důležité aspekty nejen pro úspory a efektivitu financování zdravotní péče jako celku, ale také pro samotné pacienty, protože většina z nich se o samoléčbu před návštěvou lékaře pokouší (54,1 % vždy, 30,9 % někdy). Většina občanů z lékáren volí ty klasické a hlavním faktorem při jejich výběru je jejich vzdálenost a dostupnost (tento faktor občané preferují před cenou i kvalitou poskytované služby). 79,3 % Čechů nikdy nezaznamenalo nežádoucí příznaky při užívání volně prodejných léčivých přípravků. Porozumění příbalové informace pacienty je velmi dobré, protože 45,2 % tvrdí, že v ní rozumí všemu (32,7 %) nebo téměř všemu (45,2 %). Češi utratí podle zjištění tohoto průzkumu v průměru měsíčně za volně prodejné léčivé přípravky 149,8 Kč a podobné soukromé výdaje měsíčně vynaloží také na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis (143,0 Kč). Tyto hodnoty představují stále jednu z nejnižších spoluúčástí (soukromých výdajů) v rámci zemí OECD.

Výsledky byly publikovány<sup>[102]</sup> (viz **Příloha 9**) a na konferencích prezentovány odborné veřejnosti<sup>[120, 122]</sup> (viz **Příloha 10 a 12**).

## 4.4 Sociologický průzkum 2013

### 4.4.1 Cíl práce

V rámci reprezentativního sociologického výzkumu občanů ČR byly po dvou letech od prvního šetření opět zjišťovány názory a postoje občanů ČR k otázkách zdravotnictví a k problematice zdraví. Cílem tohoto průzkumu bylo zjistit, čím se občané ČR především řídí při výběru lékárny a jaký je jejich názor na zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách v ČR, které by si tak již nekonkurovaly cenou, ale pouze kvalitou poskytovaných služeb.

### 4.4.2 Metodika

Pro kompletní znění dotazníku, který vycházel z šetření v roce 2011, viz **Příloha 6**.

Metodika tohoto dotazníkového šetření ani tentokrát nevyužívala citlivých osobních dat vedoucích ke zpětné identifikaci respondenta a tedy nekladla žádné požadavky na tvorbu informovaných souhlasů pro respondenty ani schválení průzkumu etickou komisí.

#### **Sběr dat**

Výzkumný záměr a projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září a října 2013. Jeho oponentování proběhlo počátkem listopadu 2013 a předvýzkum sloužící k ověření instrumentů a znění jednotlivých otázek byl realizován na výběrovém souboru 228 respondentů v období od 8. do 15. listopadu 2013. V tomto období proběhly rovněž instruktáže všech tazatelů.

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období od 18. listopadu 2013 do 6. prosince 2013. Shromáždění tazatelských archů, validace a vkládání dat do počítače proběhlo do 13. prosince 2013. Do 31. prosince 2013 bylo uskutečněno vyvážení dat, jejich základní matematicko-statistická analýza a provedena základní interpretace dat.

Výzkum byl koncipován jako sociologický, terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu.

Sběr dat byl zabezpečován 311 profesionálními tazateli v celé České republice.

## **Studovaná populace**

Údaje byly získány od výběrového souboru o velikosti 1797 jedinců vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor byl reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku nad 15 let. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva České republiky ve věku od 15 let více.<sup>[123]</sup>

Složení výběrového souboru v intencích základních demografických znaků je následující. Z hlediska pohlaví tvoří soubor 874 (48,6%) mužů a 923 (51,4%) žen, což odpovídá analogické skladbě populace ČR ve věku od 15 let více.<sup>[123]</sup> V případě pohlaví byla z hlediska relativních četností zjištěna odchylka výběrového souboru od základního souboru v rozmezí 0,1 % a ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,2 %. Podle územního, resp. regionálního zařazení dotazovaných sloužilo členění dle krajů ČR. Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka u tohoto kritéria 0,2 %.

Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Z dalších znaků, u kterých sice nebyla reprezentativnost sledována, ale které byly v rámci výzkumu zjišťovány, lze uvést vzdělání, rodinný stav, počet dětí, velikost místa bydliště, povolání, výši čistého měsíčního příjmu rodiny a stanovisko k náboženské víře. Tam, kde se ukázala statisticky významná souvislost, je na tuto skutečnost upozorněno. Nicméně v důsledku toho, že data této skupiny nejsou reprezentativní, lze zjištěné statisticky významné souvislosti interpretovat pouze jako tendence.

## **Návratnost**

V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 2089 náhodně vybraných občanů s žádostí o rozhovor k problematice zdravotnictví. Rozhovor odmítlo poskytnout 292 oslovených, t.j. 14,0 %. S rozhovorem naopak souhlasilo 1797 respondentů, t.j. 86,0 % oslovených.

Analýza odmítnutí účasti ve výzkumu z hlediska pohlaví signalizuje, že ochota mužů a žen účastnit se výzkumu byla srovnatelná. Nejméně byli ochotni zapojit se do výzkumu muži ve věku 35 až 44 let a ženy ve věku 15 až 19 let.

Z hlediska důvodu byl nejčastější příčinou odmítnutí účasti ve výzkumu nedostatek času (49,5 %). Druhou nejčastější příčinou byl nezájem o účast či lhostejnost k výzkumu,

nedůvěra k výzkumu a pochybnosti o jeho smyslu (celkem 21,4 %). 13,2 % respondentů uvedlo jako příčinu odmítnutí skutečnost, že dotazník je příliš dlouhý, 6,5 % oslovených se výzkumů zásadně neúčastní, 3,8 % respondentů požadovalo za rozhovor finanční odměnu, zbývajících 5,6 % uvedlo jiné důvody (obavy ze zneužití, přílišná administrativa, nedostatek zkušeností s výzkumy, nerozumí zkoumané problematice) nebo příčinu odmítnutí neuvedlo.

### **Analýza dat**

Každý vyplněný tazatelský arch prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby, úplnost a věrohodnost vyplnění. Vyřazeno bylo 16 tazatelských archů s nefunkčními logickými vazbami a neúplně vyplněné (zpravidla ty, u kterých respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor a část tazatelského archu tak zůstala nevyplněná). Tyto tazatelské archy byly zahrnuty do non-response.

Použitá výzkumná metodika zahrnovala u vybraných znaků několik úrovní filtrace během rozhovoru. Vznikl tak problém dvou typů chybějících údajů: Za prvé tzv. strukturálních missingů, tedy případů, kdy údaj chybí, protože otázka nebyla položena na základě podmínky filtru, za druhé tzv. pravých missingů, kdy otázka měla být položena a nebyla nebo byla položena a nebyla zodpovězena. Takovýchto chybějících údajů nebylo mnoho, nicméně se vždy v dotazových šetřeních vyskytují. Vzhledem k tomu, že pro matematicko-statistické analýzy je potřeba definovat chybějící nebo nevalidní údaje jako jednu hodnotu, oba typy missingů byly sloučeny. Vlastní analýzy pak byly provedeny pouze na základě validních hodnot každého znaku.

Mezi použitými položkami byly spojitě odpovědi. Logicky bylo pak potřeba provést řadu transformací v datovém souboru, aby bylo možné hlavní výsledky přehledně shrnout. V důsledku zmíněné transformace se změnil charakter znaků u transformovaných proměnných ze spojitých většinou na intervalové či kategoriální.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.4.5 (statistická analýza sociálních dat). Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě rozdělení chí-kvadrát testu a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků. Na základě této analýzy byla provedena samotná interpretace dat.

### 4.4.3 Výsledky

#### *Motivace občanů při výběru lékárny*

První otázkou, kterou jsme se rozhodli po dvou letech opět položit, byla: „*Co při výběru lékárny upřednostňujete především?*“. Nabídnuté odpovědi na tuto polootevřenou otázku byly opět: „*osobní zkušenost*“, „*nejbližší lékárna*“, „*nižší cena*“, „*něco jiného*“, „*je mi to jedno*“. Respondenti měli možnost vybrat pouze jeden, ten nejdůležitější faktor, který je ovlivňuje nejvíce.

V případě faktorů, které hrají důležitou úlohu při výběru lékárny, uvedla největší část dotázaných (32,4 %) že je pro ně rozhodující blízká vzdálenost a dostupnost lékárny. Dalších 30,1 % respondentů se řídí při výběru lékárny nižší cenou a pro necelou čtvrtinu (23,5 %) je rozhodující osobní zkušenost. Jen 12,5 % dotázaných uvedlo, že se neřídí ničím a je jim to jedno.

Lze proto konstatovat, že občané ČR preferují při výběru lékárny především její blízkou vzdálenost a dostupnost a možnost koupit LP za nižší cenu. Menší roli hraje osobní zkušenost.

Statistickou analýzou bylo prokázáno, že ženy významně častěji preferují při výběru lékárny nižší cenu a osobní zkušenost, muži významně častěji uvádějí, že je jim to jedno nebo se při výběru řídí blízkou vzdáleností a dostupností lékárny. Platí rovněž, že respondenti z nejmladší věkové skupiny (15 až 24 let) významně častěji uváděli, že je jim jedno, kterou lékárnu si vyberou, střední věkové skupiny (25 až 54 let) kladou větší důraz na osobní zkušenost, respondenti z nejvyšších věkových skupin (55 a více let) významně častěji preferují nižší cenu léků. Podrobné výsledky pro jednotlivá pohlaví a věkové skupiny jsou znázorněny v **Tabulce 31** ( $P < 0,001$ ).

Věk působí v případě tohoto faktoru i prostřednictvím rodinného stavu. Svobodní významně více volí odpověď „je mi to jedno“, ženatí (vdané) více preferují dostupnost lékárny a ovdovělí významně častěji uvádějí, že je pro ně rozhodující cena LP.

Preferování lékárny významně ovlivňovalo i vzdělání respondenta. Občané s nižším vzděláním (základní, vyučen) při výběru lékárny více preferovali cenu LP, občané s vyšším vzděláním (zejména VŠ) kladli větší důraz na blízkou vzdálenost a dostupnost lékárny. Rozdíly výsledků dle rodinného stavu a vzdělání občanů prezentuje **Tabulka 32** ( $P < 0,001$ ).



**Tabulka 31** Motivační faktory výběru lékárny dle pohlaví a věku (v %)

Motivační faktory	muži (N=874)	ženy (N=923)	15–24 let (N=245)	25–54 let (N=912)	nad 55 <sup>a</sup> (N=640)	Celkem (N=1797)
osobní zkušenost	20,7	26,1	20,8	27,6	18,6	<b>23,5</b>
nejbližší lékárna	34,0	30,9	32,2	34,3	29,7	<b>32,4</b>
nižší cena	27,7	32,4	27,4	23,6	40,5	<b>30,1</b>
je to jedno	15,8	9,4	18,0	13,1	9,7	<b>12,5</b>
něco jiného	1,8	1,2	1,6	1,4	1,5	<b>1,5</b>

<sup>a</sup> Občané ve věku 55 a více let.

**Tabulka 32** Motivační faktory výběru lékárny dle rodinného stavu a vzdělání (v %)

Motivační faktory	svobodní (N=501)	ženatí, vdané (N=824)	ovdovělí (N=196)	nižší vzdělání <sup>a</sup> (N=721)	vyšší vzdělání <sup>b</sup> (N=1076)	Celkem (N=1797)
osobní zkušenost	25,5	24,9	11,7	22,9	23,9	<b>23,5</b>
nejbližší lékárna	31,1	35,1	29,6	27,3	35,7	<b>32,4</b>
nižší cena	24,0	28,6	49,5	35,9	26,2	<b>30,1</b>
je to jedno	18,4	10,1	6,6	12,6	12,5	<b>12,5</b>
něco jiného	1,0	1,3	2,6	1,3	1,7	<b>1,5</b>

<sup>a</sup> Občané s nižším nevyšším dokončeným vzděláním (základní, vyučen/a).

<sup>b</sup> Občané s vyšším nejvyšším dokončeným vzděláním (maturita, VŠ).

Počet dětí žijících ve společné domácnosti ani velikost místa bydliště nehráli při výběru lékárny roli. Platí však, že občané s nižším čistým měsíčním příjmem na domácnost více preferovali při výběru lékárny cenu LP, osobám s vyšším příjmem to bylo jedno. Z hlediska povolání preferovali při výběru lékárny nižší cenu LP zejména důchodci.

### **Názory na zavedení jednotných cen a doplatků v lékárnách**

V rámci výzkumu byl rovněž zjišťován jejich názor na zavedení jednotných cen a doplatků za LP na recept ve všech lékárnách v ČR. Přesné znění uzavřené otázky bylo

následující: „*Jaký je Váš názor na zavedení jednotných doplatků ve všech lékárnách v ČR, které by si již nekonkurovaly cenou léčivých přípravků, ale pouze kvalitou poskytovaných služeb?*“. Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor prostřednictvím pětistupňové standardizované škály odpovědí: „*S tímto zavedením bych: 1) zcela souhlasil/a; 2) spíše souhlasil/a; 3) nevím, nedokáži posoudit, je mi to jedno; 4) spíše nesouhlasil/a; 5) zcela nesouhlasil/a*“.

Z výsledků v **Tabulce 33** vyplývá, že celkem 54,6 % dotázaných vyslovilo úplný (27,3 %) nebo částečný (také 27,3 %) souhlas se zavedením jednotných doplatků na LP na recept ve všech lékárnách v ČR, tedy celkem více než polovina respondentů. Více než čtvrtina (26,4 %) nemá na tuto záležitost jasný názor, zbývajících 19,0 % vyslovilo s tímto opatřením částečný (10,5 %) nebo úplný (8,5 %) nesouhlas. Většina občanů ČR by tedy podpořila zavedení jednotných cen a doplatků za LP na recept ve všech lékárnách v ČR.

Z analýz dále vyplývá, že muži častěji než ženy nemají v této záležitosti jasný názor a volí odpověď „nevím, nedokáži posoudit, je mi to jedno“.

Se zavedením jednotných cen a doplatků významně více nesouhlasí obyvatelé menších sídel, obyvatelé největších měst častěji vyslovují souhlas nebo volí neutrální stanovisko. Jiné statisticky významné vazby identifikovány nebyly.

**Tabulka 33** Názor na zavedení jednotných cen a doplatků v lékárnách ČR (v %)

Názor na zavedení	muži (N=874)	ženy (N=923)	venkov <sup>a</sup> (N=615)	velkoměsta <sup>b</sup> (N=404)	CELKEM (N=1797)
zcela souhlasí (1)	27,0	27,5	24,9	31,9	<b>27,3</b>
spíše souhlasí (2)	25,7	28,8	26,3	27,2	<b>27,3</b>
neví, je to jedno (3)	28,9	24,0	24,2	30,9	<b>26,4</b>
spíše nesouhlasí (4)	9,2	11,8	12,4	7,4	<b>10,5</b>
zcela nesouhlasí (5)	9,2	7,9	12,2	2,5	<b>8,5</b>
<i>index souhlasu<sup>c</sup></i>	<b>2,48</b>	<b>2,44</b>	<b>2,61</b>	<b>2,21</b>	<b>2,46</b>

<sup>a</sup> Občané žijící v místě bydliště o velikosti 1–4999 obyvatel.

<sup>b</sup> Občané žijící v místě bydliště o velikosti 100000 obyvatel a více.

<sup>c</sup> *Index souhlasu* (hodnoty 1 až 5) – vážený průměr pětistupňové standardizované škály odpovědí jednotlivých skupin; čím menší číslo, tím větší míra souhlasu a naopak.

#### 4.4.4 Diskuse

Celkově lze konstatovat, že míra odmítnutí účasti ve výzkumu byla oproti minulému šetření v roce 2011 nižší. Vyššímu procentu odmítnutí zabránila speciální příprava tazatelů, zaměřená na způsob navázání kontaktu, vyvolání důvěry respondenta a způsob komunikace s cílem získat ho pro účast ve výzkumu, která proběhla v rámci instruktáží.

Zatímco v šetření v roce 2011 platilo, že nejméně byli ochotni zapojit se do výzkumu muži a ženy ve věku 65 a více let a ochota k účasti ve výzkumu byla nižší v nejstarší věkové skupině a nejvíce byli ochotni zapojit se do výzkumu respondenti z nejmladších věkových skupin, situace v roce 2013 byla přesně opačná. Nejvíce se tentokrát byli ochotni zapojit do výzkumu právě respondenti z nejstarší věkové skupiny, tedy 65 a více let. S tímto výsledkem může souviset počet otázek, který byl v druhém ročníku šetření značně redukován.

Šetření se v roce 2013 soustředilo na opakování dvou klíčových otázek z roku 2011. První se týkala faktorů ovlivňující pacienty při výběru konkrétní lékárny a druhá názoru na zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách ČR, které by si tak již nekonkurovaly cenou (cenová konkurence), ale jen kvalitou poskytovaných služeb (necenová konkurence).

Vzdálenost a dostupnost lékárny byla stále klíčovým a určujícím faktorem pro největší část občanů, i když se ve druhém šetření jeho síla poklesla (z 41,3 % na 32,4 %). Nárůst zaznamenala ta část občanů, kteří uvedli, že vybírají lékárny podle ceny LP. Priorita nižší ceny vzrostla z 21,3 % na 30,1 % občanů ČR. Tento výsledek lze přisuzovat dopadům ekonomické krize na rodinné rozpočty a snaha občanů více ušetřit na svých výdajích. Faktor „osobní zkušenost“, tedy spokojenost s poskytovanými službami, přístupem personálu lékárny a celkovým prostředím dané lékárny, která by se dala hodnotit jako věrnost občana k dané lékárně, se stal prioritním faktorem pro výběr lékárny pro 23,5 % občanů ČR, což je malý pokles z 28,7 % z roku 2011. Tento pokles nemusí být způsoben ztrátou důvěry v lékárny a její pracovníky, ale spíše je důsledkem přesunem priority k nižší ceně, popsané výše. Stále je však znát významný posun k prioritě nižší ceny, která při podobných šetřeních v letech dřívějších byla méně významná. Např. v průzkumu z roku 2001<sup>[21]</sup> byla nižší cena při volbě lékárny prioritní pouze pro 1,3 % občanů. Většina (75,5 %) si danou lékárnu zvolila náhodně nebo podle vzdálenosti a 20,8 % uvedlo, že si lékárnu vybrali proto, že jim byla sympatická, což by

odpovídalo námi nabízené odpovědi „osobní zkušenost“ a také podobnému, konstantnímu výsledku. Lze tedy pozorovat trend, kdy občané opouštějí prioritu „vzdálenost“ a důležitější se pro ně stává ve stále větším počtu faktor „nižší cena“. V roce 2001<sup>[21]</sup> byla prioritní pro 1,3 %, v roce 2011<sup>[102]</sup> pro 21,3 % a v roce 2013 již pro 30,1 % občanů.

Mírně stoupl počet občanů, kteří si nepřejí jednotné ceny a doplatky za LP ve všech lékárnách ČR, přesto však stále většina občanů zastává názor, že by toto opatření bylo správné. Počet zastánců jednotných cen a doplatků klesl z 60,8 % v roce 2011<sup>[102]</sup> na 54,6 % v roce 2013. Občané, kteří s tímto nesouhlasí, naopak posílili ve stejném období z 13,6 % na 19,0 %. Podobný počet zůstal těch, které tato problematika nezajímá, neví nebo je jim to jedno (25,6 %, resp. 26,4 %).

Z analýzy výsledků vyplývá, že se zavedením jednotných cen a doplatků významně více nesouhlasí obyvatelé menších sídel, obyvatelé největších měst častěji vyslovují souhlas nebo volí neutrální stanovisko. Tento výsledek je však v rozporu se současným stavem lékárenské sítě v ČR, která je hustší ve městech a řidší na venkově.<sup>[103, 124]</sup> Větší koncentrace lékáren a s tím spojené nižší ceny a doplatky za LP ve městech, kde si lékárny navzájem více konkurují než na venkově by však vedla k předpokladu přesně opačnému. Průzkum názorů obyvatel však tuto souvislost nepotvrdil.<sup>[125]</sup> Názor občanů menších měst a obcí, kteří častěji jednotné ceny a doplatky odmítají, je tak možná projevem strachu z případné budoucí nemožnosti volby lékárny s nižšími cenami mimo místo jejich bydliště a souvisí pravděpodobně s vyšší nezaměstnaností v menších obcích<sup>[126]</sup> a s tím spojeným strachem o svou budoucí finanční stabilitu a větším strachem z toho, zda by zmíněné opatření vedlo ke konečnému snížení nebo zvýšení cen.

Podle řady odborníků by pevné ceny v lékárnách u nás být měly, stejně tak jako se to ukazuje v řadě zemí v zahraničí<sup>[103]</sup>.

Po jednotných cenách nevolá pouze Česká lékárnická komora,<sup>[105]</sup> ale také Grémium majitelů lékáren,<sup>[104]</sup> které se dlouhodobě snaží princip pevných doplatků prosadit do koncepce zdravotnictví a systému stanovování cen LP a PZT.

Kromě zmíněných profesních organizací zastává stejný názor také řada odborníků na danou problematiku, např. Svaz důchodců ČR, podle kterého je velikou chybou nemít ceny LP v lékárnách jednotné přesto, že současný stav v ČR i v zahraničí potvrzuje, že pevné ceny LP, zejména těch, které jsou předepisovány na lékařský předpis, mají znač-

né výhody. Představují jistoty pro pacienty i pojišťovny a lékaři a farmaceuti nepodléhají různým obchodním vlivům. Odpadla by tzv. léková turistika pacientů ve městech a pacienti na venkově by nebyli diskriminováni tím, že si malé lékárny nemohou dovolit (nebo nechtějí) snižovat ceny LP tak, jak tomu bývá ve městech.<sup>[103]</sup>

Vzhledem k reprezentativnímu zastoupení respondentů ve vzorku populace celé ČR lze konstatovat, že zmíněná poznatky lze považovat za platné názory a postoje občanů ČR v daném roce.

#### **4.4.5 Závěr**

Na základě reprezentativního sociologického průzkumu lze konstatovat, že občané ČR ve sledovaném období preferovali při výběru lékárny především její blízkou vzdálenost a dostupnost a možnost zakoupit LP za nižší cenu. Menší roli hrála osobní zkušenost. Výběr lékárny ovlivňoval pohlaví, věk, rodinný stav i vzdělání dotazovaného. Tento výběr byl rovněž závislý na výši čistého měsíčního příjmu na domácnost a na sociálním a profesním postavení občana.

Dále lze na základě tohoto šetření konstatovat, že většina občanů ČR by ve sledovaném období podpořila zavedení jednotných cen a doplatků na LP-Rx ve všech lékárnách v ČR. Toto stanovisko bylo závislé na pohlaví, vzdělání a velikosti místa bydliště dotazovaného. Ostatní sociodemografické znaky neměly na postoj občanů v této záležitosti významnější vliv.

## 4.5 Výuka sociální farmacie 2012

### 4.5.1 Cíl práce

Cílem práce bylo srovnat zastoupení jednotlivých disciplín a subdisciplín týkající se sociální farmacie na různých farmaceutických fakultách po celém světě. Naším cílem bylo popsat významné regionální rozdíly a rozpoznat nedostatky v náplni jednotlivých studijních programů.

Výsledky a poznatky získané touto studií zaměřené na sociální farmacii by měly být považovány za nezbytné pro vzájemnou spolupráci všech skupin vyučujících, kteří zabezpečují výuku jak předmětů základních, tradičních, tak klinických a sociálně-farmaceuticky zaměřených.<sup>[95]</sup>

Hlavním cílem naší práce bylo tedy identifikovat předměty ve studijních plánech farmaceutických fakult a porovnat jejich společné zaměření na sociální farmacii v širším úhlu pohledu.

Vzdělání budoucích farmaceutů, aktivních i pasivních aktérů lékové politiky, je důležité pro správné fungování celého zdravotnického systému. Znalosti získané studiem sociální farmacie, která se problematikou řízení zdravotnictví mimo jiné zabývá, absolventi využívají ve své dennodenní práci na nejrůznějších postech v soukromém i veřejném prostředí a jejich orientace v dané problematice může vést k hlubšímu pochopení stálých reformních změn širokou veřejností, se kterou jsou v úzkém kontaktu, které se jakékoliv změny přímo dotýkají a jejíž pochopení, respektování a ztotožnění se je tak důležité pro úspěch všech takových změn.

### 4.5.2 Metodika

S ohledem na metodiku průzkumu, druh šetření a práci s veřejně dostupnými údaji (kontakty i informace o studijních plánech byly získány prostřednictvím veřejného internetu a všechny tazatelské okruhy se týkaly volně šiřitelných a necitlivých údajů), nebylo potřeba podepisovat žádné informované souhlasy ani žádat o schválení etické komisi.

Prvním krokem v přípravě našeho dotazníkového šetření bylo provedení podrobné pilotní analýzy studijních plánů 15 farmaceutických fakult napříč celým světem. Předměty vyučované na těchto školách byly rozděleny do čtyř různých kategorií: zá-

kladní, lékařské, farmaceutické a sociálně-farmaceutické.<sup>[127]</sup> Předměty sociálně-farmaceutické skupiny byly dále rozděleny mezi 14 hlavních oborů – Etika ve zdravotnictví, Farmaceutická péče, Farmakoekonomika, Farmakoepidemiologie, Komunikace, Kultura bezpečnosti, Lékárenství, Management ve farmacii, Právo a legislativa, Průmyslová farmacie, Přístupy ve vědě a vzdělání, Psychologie, Sociální farmacie a Zdravotní a léková politika.

Dalším krokem bylo vytvoření dotazníku (pro přesné znění viz **Příloha 7**) založeného na výsledcích této pilotní analýzy. Samotné šetření mělo tři části: první se skládala z pěti obecných otázek sloužících k získání popisné charakteristiky související s daným respondentem-univerzitou-fakultou (jméno a pracovní pozice respondenta-kontaktní osoby a jeho/její emailová adresa). Další otázky se týkaly počtu jednotlivých pracovišť (kateder, oddělení) dané fakulty. Respondenti byli dále tázáni, zda jejich fakulta má specializované pracoviště sociální farmacie nebo katedru podobného zaměření pod jiným jménem a pokud ano, kolik má pracovníků/učitelů. Pro upřesnění náplně a sjednocení pohledů na sociální farmacii byla uvedena tato definice: „Sociální farmacie se zabývá úlohou léku ze společenského, vědeckého a lidského hlediska. Vychází z teorií sociálních a behaviorálních věd včetně zdravotnické psychologie.“<sup>[92, 93]</sup>

Druhá část dotazníku se zabývala otázkami týkajícími se 14 vybraných předmětů. Respondenti u každého z nich odpovídali, zda je či není součástí jejich studijního plánu nebo zda je náplň předmětu vyučována v rámci jiného kurzu nebo zda není zahrnuta vůbec. Další otázkou této části dotazníku bylo, zda je daný předmět vyučován jako povinný či jako volitelný. Třetí otázka se týkala hodinové dotace předmětu, tedy počtu vyučovaných hodin (celkem za celý kurz).

Třetí část dotazníku byla věnovaná dalším předmětům souvisejícím se Sociální farmacií (mimo 14 uvedených ve druhé části) a také zde byl prostor pro doplňující komentáře, návrhy a případná objasnění některých nejasností při vyplňování ze strany respondentů.

Kompletní dotazník byl převeden do elektronické formy a jeho online verze byla poslána elektronickou poštou 378 děkanům farmaceutických fakult (nebo vedoucím pracovišť sociální farmacie a také jednotlivcům zodpovědným za výuku tohoto okruhu předmětů). Emailové kontakty byly systematicky sbírány z webových stránek fakult celého světa s využitím přehledových databází, které hledané kontakty obsahovaly.<sup>[128, 129]</sup> K vytvoření dotazníku byla využita volně šiřitelná online služba Google

Docs.<sup>[98]</sup> Seznam škol, jména a emailové adresy děkanů a také informace týkající se webových stránek fakulty a jména vedoucích daných pracovišť sociální farmacie a další související informace byly získány z dokumentů Mezinárodní farmaceutické organizace (International Pharmaceutical Federation)<sup>[128]</sup> a Rady pro akreditaci farmaceutické výuky (Accreditation Council for Pharmacy Education).<sup>[129]</sup> Odkaz na online dotazník byl poslán emailem v průvodním dopise, ve kterém byly popsány cíle a záměry celé studie spolu s poděkováním účastníkům šetření za jejich spolupráci.

Pro maximalizaci návratnosti byl tento postup rozesílání opakován po čtyřech týdnech. Email byl znova rozeslán těm adresátům, od kterých doposud nebyla přijata žádná odpověď a v případě, že byla dostupná i jiná alternativa (kontakt na jinou osobu/osoby v dané instituci), bylo využito i této alternativy.

Sběr dat trval dva měsíce, přesně od 1. října do 30. listopadu 2012 a výsledky byly zpracovány pomocí MS Excel.

### 4.5.3 Výsledky

Studie se zúčastnilo celkem 51 farmaceutických fakult. Návratnost byla celkově 53 %. Na základě statisticky významné podobnosti byly podle typu zdravotnického systému a ekonomického statutu<sup>[42]</sup> jednotlivé země rozděleny na tři skupiny:

1. *Evropa* (čtyři respondenti z Velké Británie, tři z Portugalska, dva z České republiky, dva ze Švédska a po jednom z Dánska, Estonska, Finska, Německa, Makedonie, Malty, Nizozemska a Slovenska);

2. *Severní Amerika* (15 respondentů z USA a jeden z Kanady);

3. *Rozvojové země*

a) Latinská Amerika (jedna odpověď z Argentiny, Kolumbie, Chile a Peru);

b) Asie (dvě odpovědi ze Saudské Arábie a Spojených Arabských Emirátů a po jedné odpovědi z Indonésie, Íránu, Libanonu, Malajsie, Nepál, Palestiny a Jemenu);

c) Afrika (1 respondent z Egypta).

**Tabulka 34** ukazuje celkové počty oslovených fakult, počet potvrzených doručení, celkový počet došlých odpovědí a vypočítanou návratnost.



**Tabulka 34** Návrtnost podle regionu (N= 378)

Region	Počet škol <sup>a</sup>	Počet oslovených <sup>b</sup>	Počet odpovědí	Návrtnost <sup>c</sup>
Evropa	111	32	19	59 %
Sev. Amerika	125	36	16	44 %
Lat. Amerika	48	9	4	44 %
Asie	80	13	11	85 %
Afrika	5	3	1	33 %
Austrálie	9	3	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>378</b>	<b>96</b>	<b>51</b>	<b>53 %</b>

<sup>a</sup> Počet farmaceutických fakult s nalezeným emailovým kontaktem

<sup>b</sup> Počet farmaceutických fakult s doručeným emailem (potvrzení o doručení emailu)

<sup>c</sup> Návrtnost jako poměr počtu odpovědí k počtu doručených mailů

Regionální rozdíly byly významné v počtech kateder (oddělení) na jednotlivých fakultách. Zatímco evropský medián byl pět, u severoamerických fakult to byly pouze dvě a rozvojové země měly medián celkového počtu kateder čtyři.

**Tabulka 35** dále rozepisuje podrobněji regionální rozdíly týkající se přítomnosti samostatného pracoviště (katedry, oddělení) věnujícího se sociálně-farmaceutické problematice. Okolo dvou pětin respondentů (41 %) existenci takového nebo jemu podobné pracoviště na své fakultě potvrdilo.

**Tabulka 35** Existence katedry sociální farmacie nebo podobné

Region	Evropa	Severní Amerika	Rozvojové země
ano	10 (52,6 %)	6 ( 37,5 %)	5 (31,25 %)
ne	8 (42,1 %)	10 (62,5 %)	11 (68,75 %)
<i>bez odpovědi</i>	1 (5,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Celkem</b>	<b>19 (100%)</b>	<b>16 (100 %)</b>	<b>16 (100 %)</b>

Výuka sociálně-farmaceutických předmětů může být organizována buď tematicky separovaně (vyhrazený časový prostor pro jednotlivá témata) avšak celkově harmonizovaně v jednom modulu nebo jednotlivé subdisciplíny sociální farmacie zvlášť, vyučovány jako samostatné předměty (buť v rámci daného pracoviště) s menší vzájemnou interakcí a případným zastřešujícím samostatným předmětem Sociální farmacie, který následně jednotlivé obory propojí do jednoho celku a dodá přidanou hodnotu vzájemných souvislostí. Souhrnně 41 % fakult pak podle průzkumu vyučuje Sociální farmacii jako zcela

samostatný zastřešující předmět spojující znalosti všech subdisciplín, častěji v Evropě (59 %), méně v Severní Americe (25 %) a rozvojových zemích (38 %).

Hlavní oblast našeho výzkumu byla však věnovaná sociálně-farmaceutickým subdisciplínám. Množství předmětů, jako Právo a legislativa, Lékárenství, Etika ve zdravotnictví a Farmaceutická péče, byly uváděny ve studijních plánech většiny škol. Byly zde však i významné regionální rozdíly:

### **1. Management ve farmacii**

Relativní častá absence (ve 26 %) tohoto předmětu mezi evropskými školami na jedné straně a pouze 6% opomenutí tohoto předmětu ve studijních plánech škol severoamerických a rozvojových zemí.

### **2. Průmyslová farmacie**

U Průmyslové farmacie je patrná absence tohoto typu předmětu v severoamerických školách (skoro v polovině škol), zatímco v evropských a rozvojových zemích se tento předmět objevoval výrazně častěji.

### **3. Farmakoepidemiologie a Farmakoekonomika**

Podobných výsledků jako Průmyslová farmacie dosáhla také Farmakoepidemiologie. Ta není nabízena ve čtvrtině severoamerických školách a rozvojových zemích, zatímco absence v evropských studijních plánech je pouze 5 %. Farmakoekonomika je na tom v rozvojových zemích podobně, v severoamerických školách jsou však výsledky již podobné těm evropským (5 %) a absence je pouze 6 %.

### **4. Kultura bezpečnosti a Zdravotní a léková politika**

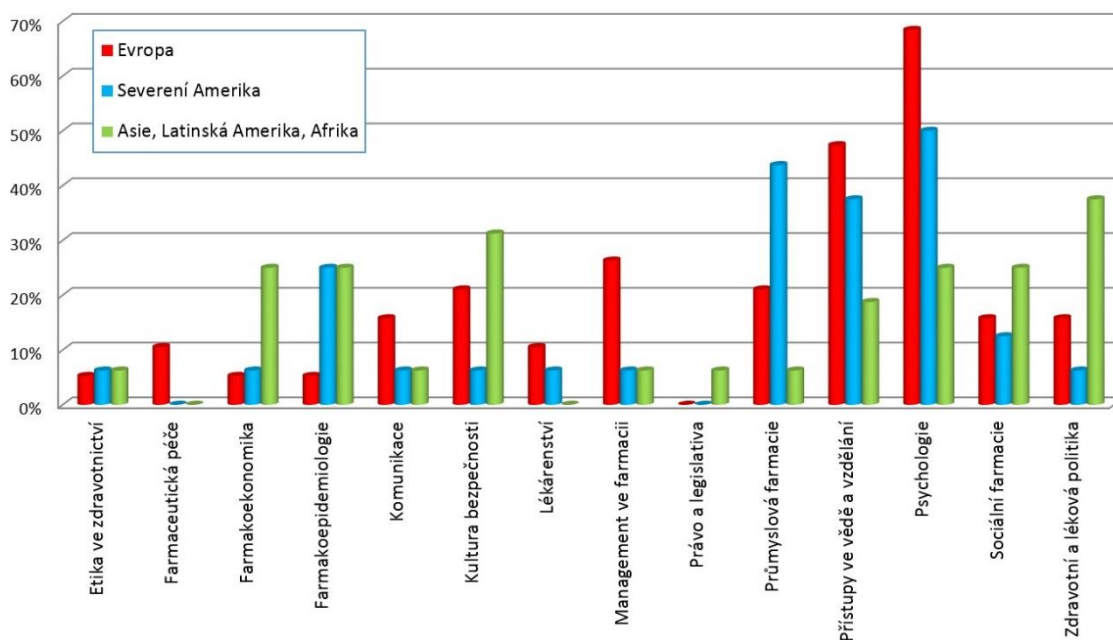
U těchto předmětů bylo zařazení do studijních plánů výrazně lepší u severoamerických škol, kde chyběly pouze v 6 %, zatímco v evropských a hlavně rozvojových zemích to bylo výrazně více.

Celkové výsledky rozdílů absence jednotlivých předmětů dle regionu jsou shrnuty v **Tabulce 36** a názorně vyobrazeny v **Grafu 11**.

**Tabulka 36** Absence jednotlivých předmětů ve studijních plánech dle regionu (%)

Předmět	Evropa (N=19)	Severní Amerika (N=16)	Rozvojové země (N=16)
Etika ve zdravotnictví	5	6	6
Farmaceutická péče	11	0	0
Farmakoekonomika	5	6	25
Farmakoepidemiologie	5	25	25
Komunikace	16	6	6
Kultura bezpečnosti	21	6	31
Lékárenství	11	6	0
Management ve farmacii	26	6	6
Právo a legislativa	0	0	6
Průmyslová farmacie	21	44	6
Přístupy ve vědě a vzdělání	47	38	19
Psychologie	68	50	25
Sociální farmacie	16	13	25
Zdravotní a léková politika	16	6	38

**Graf 11** Absence jednotlivých předmětů ve studijních plánech dle regionu



Další výsledky se zabývají tím, zda jsou studované předměty v rámci studia pro studenty povinné či volitelné. Rozdíly byly zjištěny jak v regionech, tak jednotlivých disciplínách. Zatímco v Evropě a rozvojových zemích bylo shodně 83 % kurzů vztahujících se k sociální farmacii povinných, v severoamerických školách to bylo dokonce

96 %. Podíl volitelnosti předmětů nepřekročil v severoamerické skupině škol u žádného předmětu 20 %. Ve skupině evropských škol byla významná volitelnost u Průmyslové farmacie (volitelná byla v 50 % škol, kde byla vyučována), Managementu ve farmacii (36 %) a Psychologii (33 %). Nejvyšší podíl volitelnosti předmětů byl u škol v rozvojových zemích zaznamenán u Farmakoepidemiologie (42 %), Psychologie (42 %) a Farmakoekonomiky (33 %). Všechny podíly byly počítány z celkového počtu těch škol, kde byl daný předmět vyučován buď samostatně nebo jako součást jiného.

Důležitá pro celkové posouzení výsledků byla také další část dotazníku s otevřenými otázkami, kde mohli respondenti předložit dodatečné informace o dalších předmětech spojených se sociální farmacií vyučovaných na jejich škole a s absencí v našem dotazníku.

Předměty týkající se Nemocničního lékařství byly zmíněny čtyřikrát, Historií farmacie třikrát, Veřejným zdravím třikrát, Zdravotnická statistika dvakrát a Praxe ve veřejné lékárně také dvakrát. Další uváděné předměty, které se týkaly pregraduálního vzdělávání v oblasti sociální farmacie, byly zmíněny již pouze jedenkrát: Profesionální zodpovědnost a vedení, Kritické hodnocení zdravotnické literatury, Kritické hodnocení informací o léčivech, Analýza pacienta, Komunikační dovednosti, Odborné poradenství, Zdravotní výchova pacientů, Demografie, Zdravotní výchova, Sociální determinanty a primární zdravotní péče, Spotřeba léčiv, Kvalita zdravotní péče, Ekonomie zdravotnictví, Podpora zdraví, Zdravotnická sociologie a Léky ve společnosti.

Závěrečná část dotazníku poskytla místo pro dodatečné poznámky a komentáře respondentů, kteří tak mohli tazatelům předat informace o specifických vlastnostech svých studijních plánů a vzdělávacích systémech, které nebyly pokryty otázkami předem nabízenými v předchozích částech dotazníku. Často zde byly uváděny postgraduální kurzy celoživotního vzdělávání, které však nebyly předmětem tohoto šetření. Řada respondentů na tomto místě přiznala nedostatky výuky sociální farmacie na jejich fakultách, kterých jsou si vědomi a které mají v dohledné době v plánu v této oblasti prohloubit, zdokonalit a více se na sociálně-farmaceutické předměty zaměřit.

#### 4.5.4 Diskuse

Ve studijních plánech zkoumaných vysokých škol byly nalezeny značné rozdíly, které se neprojevovaly pouze variabilitou sociálně-farmaceutických předmětů, ale také celko-

vým přístupem k Sociální farmácii jako důležité vzdělávací a vědecké disciplíně. Tato rozdílnost mezi fakultami různých zemí odráží kromě jiných hlavně rozdílné vlivy sociologické, ekonomické, politické a historické. Rozsáhlá variabilita těchto faktorů vysvětluje značnou rozmanitost mezi jednotlivými studijními plány a vzdělávacími systémy, a tedy i základní přístupy k samotné Sociální farmácii, ve světě. Případné změny vedoucí k restrukturalizaci tohoto oboru se vztahují nejen k historickým otázkám (které ještě stále čekají na svou odpověď 'odpověď'<sup>[130]</sup>, ale také k otázkám mnoha dalších reformních kroků v budoucí výuce farmacie. Mnoho farmaceutických fakult po celém světě provedlo v nedávné době množství změn právě v oblasti výuky Sociální farmacie.<sup>[131, 132, 133]</sup> Podobná snaha o rozvoj výuky Sociální farmacie je sledována jak v rozvojových, tak rozvinutých zemích.<sup>[134, 135, 136]</sup> Respondenti v našem průzkumu vnímali značnou důležitost tohoto oboru a také nutných změn svých studijních plánů v blízké budoucnosti.

Role farmaceutů při poskytování moderní zdravotní péče je velmi důležitá a odpovědnost jejich práce je v dnešním světě stále více spojena právě s problematikou Sociální farmacie. Navíc postupný vývoj lékařské praxe stále více opouští svůj výhradní zájem o farmaceutické produkty a zaměřuje se stále více na pacienta. Nejen to pak vyústí ve stále rostoucí zájem o Sociální farmácii.<sup>[137]</sup> Díky tomuto posunu pak také farmaceuti nesou větší odpovědnost za výsledky léčby a stávají se tak stále aktivnějšími členy zdravotnického týmu v péči o zdraví a pacienta.<sup>[87, 88]</sup>

Sociální farmacie jako multidisciplinární předmět zahrnuje mnoho činností a je nutné, aby se z hlediska širší perspektivy na tyto dílčí disciplíny soustředila se stejnou intenzitou. Za tímto účelem jsme analyzovali studijní plány 15 farmaceutických fakult a definovali nejčastěji vyučované předměty a z nich nakonec vybrali celkem 14 těch hlavních a společných sociálně-farmaceutických disciplín a ty dále analyzovali. Nízká četnost odpovědí na otázku týkající se dalších v dotazníku neuvedených předmětů vyučovaných na konkrétní škole v souvislosti se Sociální farmacií pak nakonec potvrdila správnost našeho výběru těchto 14 hlavních hlavních kategorií.

Analýza přítomnosti nebo nepřítomnosti konkrétního předmětu ve studijních plánech se ukázala jako problematická. Některé disciplíny byly v některých školách vyučovány individuálně, v jiných dohromady spolu s jinými. Po analýze všech výsledků jsme se rozhodli, že nejprůhlednější řešení bude zaznamenat do databáze pouze nepřítomnost daného předmětu v konkrétním studijním plánu.

Těžko odvoditelná byla také přesná hodinová dotace předmětů. Prvním problémem bylo, jak navzájem porovnat jednosemestrální a dvousemestrální (či delší) předměty, dále ty, vyučované v průběhu celého semestru a ty, vyučované v blocích a znovu vyvstal problém těch předmětů, které nejsou vyučovány samostatně, ale společně s dalším a čistý čas, který je jim pak věnován, je v celkovém počtu pouze několik vyučovacích hodin či dní. Další otázky se snažily objasnit jiná specifika, jako např. typ výuky – přednášky, semináře, cvičení. Vzhledem k velké rozmanitosti nebylo ani zde možné provést statistické hodnocení výsledků a ty vzájemně porovnat. Problémy pro hlubší analýzu se skrývaly také za rozdíly v délce studia a rozdělení programů na bakalářské a magisterské. Dále také chybějící přesné definice jednotlivých předmětů a jejich obsahů. Tyto problémy se ukázaly jako hlavní pro srovnání větších regionů, které byly navzájem kulturně a sociálně odlišné.

Na druhou stranu skutečnost, že mnoho podobností bylo nalezeno mezi školami stejného regionu, proces porovnání značně zjednodušila. Podle klasifikace OSN<sup>[42]</sup> se mezi rozvinuté země počítají ty v Evropě, Severní Americe a dále Japonsko, Austrálie a Nový Zéland. Ostatní země jsou charakterizovány jako rozvojové. Toto regionální rozdělení výsledků nebylo provedeno pouze díky OSN klasifikaci, ale také díky následně zjištěné statisticky významné podobnosti výsledků našeho šetření v rámci jednotlivých regionálních skupin. Další výhodou tohoto rozdělení v kontextu analýz a statistiky byl také podobný počet respondentů z těchto jednotlivých třech skupin (19 z Evropy, 16 ze Severní Ameriky a 16 z rozvojových zemí). Ačkoli reprezentativní vzorek nebyl stanoven, bylo pozorováno několik společných regionálních charakteristik spojených se sociální, kulturní a politickou situací daného regionu. V publikovaných studiích bylo v nedávné minulosti zjištěno, že předměty související se Sociální farmacií jsou v rozvojových zemích častěji zanedbávány než v zemích rozvinutých.<sup>[138]</sup> Náš výzkum ukázal, že se tento trend výrazně zvrátit v arabských zemích, kde byly zjištěny významné rozdíly ve srovnání s ostatními rozvojovými zeměmi. Přibližně jedna třetina všech respondentů z rozvojových zemí připustila, že ve své výuce dostatečně neřeší otázky týkající se zdravotní a lékové politiky a kultury bezpečnosti. Pokud je však celosvětovým trendem ve vzdělávání farmaceutů posun od výhradního zájmu o farmaceutické produkty na větší zaměření se na samotného pacienta<sup>[138]</sup>, je možné říci, že farmaceutické vzdělávání v rozvojových zemích, pokud jde o tyto tendence, je stále v rané fázi.

## Limitace

Tato studie měla několik omezení. **Za prvé**, databáze emailových adres, které jsme měli k dispozici, neobsahovaly kontakty na všechny farmaceutické fakulty. Řada dohledatelných kontaktů navíc nebyla aktuální a funkční. To s sebou přineslo velký problém zvláště v určitých regionech. Většina škol v některých rozvojových zemích (zejména v Africe a Asii) je stále bez kvalitního internetového připojení. **Za druhé**, jako problematická se ukázala jazyková bariéra a nedobrá znalost angličtiny některých respondentů. Ti, kteří nedokáží komunikovat v angličtině, byli nepochybně od vyplnění dotazníku odrazeni. **Za třetí**, celkový počet respondentů (návratnost) by jistě mohl být vyšší, ale 53 % pro tento typ studie byl dostačující a umožnilo nám to alespoň pochopit základní rysy této problematiky. **Za čtvrté**, mnoho respondentů (podle zpětné logické kontroly některých odpovědí) nepochopilo přesný význam otázek a jejich odpovědi tak mohly být v některých částech dotazníku nepřesné. Ukázalo se, že velké problémy byly s otázkami týkající se hodinové dotace předmětů a s tím, zda jsou předměty vyučovány jednosemestrálně nebo po dobu více semestrů, zda jsou vyučovány v blocích, a nebo jsou součástí jiného předmětu a jejich dotace během celého studia je pouze pár hodin nebo ani není dopočitatelná (předmět není zcela izolován a může být zcela propojen s jiným). Proto se jako výhodné pro vyřešení tohoto problému nakonec ukázalo porovnání případné celkové absence daného tématu v konkrétním studijním plánu. **Za páté**, stanovení přesné hranice mezi jednotlivými předměty ve studijních plánech bylo často velmi obtížné a způsobilo pak problémy ve vzájemném porovnání jednotlivých fakult. **Nakonec**, absence platných studijních plánů na webových stránkách většiny škol neumožnila zpětnou hlubší kontrolu získaných dat a jejich spolehlivé posouzení.

### 4.5.5 Závěr

Přesto, že na většině dotazovaných farmaceutických fakult měli ve svých studijních plánech předmět Sociální farmacie i jeho dílčí obory, byly nalezeny značné rozdíly v přístupu i rozsahu jejich výuky. Objevené regionální trendy jsou spojeny s ekonomickým, politickým a sociálním prostředím jednotlivých oblastí a projevují se tedy i v přístupech výuky těchto oborů.

Téměř polovina (41 %) z šetřených fakult uvedlo, že má speciální oddělení (katedru, ústav) věnovaný sociální farmacii. Navíc rovněž 41 % respondentů uvedlo, že mají ve

svých studijních plánech i samostatný předmět Sociální farmacie, který shrnuje poznatky jednotlivých sociálně-farmaceutických subdisciplín.

Zatímco většina fakult sociálně-farmaceutické předměty ve svých studijních plánech má, jsou pozorovány významné rozdíly mezi jednotlivými regiony v zastoupení jednotlivých subdisciplín, které souvisí s ekonomickým, politickým a sociálním prostředím daného regionu.

Analýza studijních plánů farmaceutických fakult potvrdila uvědomění si důležitosti sociálně-farmaceutických předmětů v současném dynamicky se měnícím světě, kdy tento obor nabývá stále větší důležitosti nejen ve vztahu lék-pacient, ale stále významněji lék-společnost a znalosti farmaceutů získané mimo jiné studiem Sociální farmacie determinují potřebné posilování této vazby. Práce splnila cíl na ni kladený a umožnila pracovníkům zodpovědným za výuku Sociální farmacie na farmaceutických fakultách inspirovat se ve výuce trendy, které světová farmacie zaznamenává.

Výsledky byly publikovány<sup>[139]</sup> (viz **Příloha 8**) a prezentována odborné veřejnosti<sup>[140]</sup> (viz **Příloha 11**).



## 5 Závěr

Na výběr léčivého přípravku má pro farmaceuty největší vliv zkušenost získaná praxí, zcela nejmenší vliv pak reklama všech druhů.

System cenotvorby LP hodnotí jako příliš složitý.

Pro farmaceuty i občany ČR je nejdůležitějším krokem v řešení současných problémů lékové politiky zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách v ČR.

Většina občanů se před návštěvou lékaře pokouší o samoléčbu.

Hlavním faktorem při výběru lékárny je pro občany ČR vzdálenost a dostupnost, kterou preferují před cenou i kvalitou poskytované služby.

Většina občanů nikdy nezaznamenalo nežádoucí příznaky při užívání volně prodejných léčivých přípravků.

Porozumění příbalové informace pacienty je velmi dobré.

Češi utratí podle zjištění tohoto průzkumu v průměru měsíčně za volně prodejných léčivých přípravků 149,8 Kč a podobné měsíční výdaje vynaloží také na léčivých přípravky vázané na lékařský předpis (143,0 Kč). Tyto hodnoty představují stále jednu z nejnižších spoluúčastí v rámci zemí OECD, přesto většina občanů vnímá svou spoluúčast jako příliš vysokou.

Zatímco většina farmaceutických fakult sociálně-farmaceutické předměty ve svých studijních plánech má, jsou pozorovány významné rozdíly mezi jednotlivými regiony v zastoupení jednotlivých subdisciplín, které souvisí s ekonomickým, politickým a sociálním prostředím daného regionu.

Analýza studijních plánů farmaceutických fakult potvrdila důležitost sociálně-farmaceutických předmětů a potvrdila, že tento obor nabývá stále větší důležitosti nejen ve vztahu lék-pacient, ale stále významněji lék-společnost.

## 6 Seznam literatury

1. SECHSER, Tomáš, Renata HORKÁ a Karel FILIP. *Racionální farmakoterapie: principy účinné, bezpečné a úsporné farmakoterapie*. 1. vyd. Praha: Remedia, 2006, 91 s. ISBN 80-903-5551-X.
2. TLUSTÁ, Eva, Veronika VOKATÁ a Jiří VLČEK. Léková politika – výzva současnosti, nástroj budoucnosti: Summer Course Pharmaceutical Policy Analysis. *Remedia*. 2007, 17(4), 425-427.
3. PRÁZNOVCOVÁ, Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. Praha: Maxdorf, 2005, 76 s. ISBN 80-7345-075-5.
4. GINTER Emil a Vladimír ŠIMKO. Health differences between populations of the United States of America and the European Union. *Cent Eur J Public Health*. 2010, 18(4), 215-218. ISSN 1210-7778.
5. *Statistika a My: Měsíčník Českého statistického úřadu*. Praha: Český statistický úřad, 2010, 2(5). ISSN 1804-7149. Dostupné z:  
[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F4002C4572/\\$File/18041205.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F4002C4572/$File/18041205.pdf)
6. HÁJEK, Oldřich, Pavel GREBENÍČEK, Boris POPESKO a Šárka HRABINOVÁ. Czech Republic vs. EU-27: economic level, health care and population health. *Cent Eur J Public Health*. 2012, 20(3), 167-173. ISSN 1210-7778.
7. ANTONOVA, Petra, Daniel I. JACOBS, Martin BOJAR, Rudolf ČERNÝ, Katerina CIHAROVÁ, Melissa A. FRICK, Bara FINTEL, Jack DEHOVITZ a Charles L. BENNETT. Czech health two decades on from the Velvet Revolution. *The Lancet*. 2010, 375(9710), 179-181. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61293-9. Dostupné z:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609612939>
8. DOSTÁL Ondřej. Regulation of direct supplemental payments for services covered by the public health insurance in a comparative perspective. *Med Law*. 2007, 26(4), 663-676. ISSN 0723-1393.
9. SAMUELSON, Paul A. a William D. NORDHAUS. *Economics*. 16. vyd. Boston: Irwin McGraw-Hill, 1998, s. 28. ISBN 00-711-5542-2.

- 10.** Cenová regulace léčiv. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-05-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulují-ceny-leciv\\_2516\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulují-ceny-leciv_2516_1.html)
- 11.** Usnesení Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky č. 378 k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony [sněmovní tisk 251, dostupný z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=251> – třetí čtení (24. 9. 2014)]. *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky* [online]. 2014 [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=101431>
- 12.** Usnesení Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky č. 339 k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony [sněmovní tisk 260, dostupný z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=260> – třetí čtení (26. září 2014)]. *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky* [online]. 2014 [cit. 2014-09-28]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&v=US&ct=439>
- 13.** ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-083-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2012.pdf>
- 14.** KRŮTILOVÁ, Veronika a Sanni YAYA. Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets. *Health Policy*. 2012, 107(2-3), 276-288. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.07.002. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851012001881>
- 15.** PORTEOUS, Terry, Daniel I. JACOBS, Martin BOJAR, Rudolf ČERNÝ, Kateřina CIHAROVÁ, Melissa A. FRICK, Bara FINTEL, Jack DEHOVITZ a Charles L. BENNETT. How and why are non-prescription analgesics used in Scotland?. *Family Practice*. 2004, 22(1), 78-85. DOI: 10.1093/fampra/cmh719. Dostupné z: <http://www.fampra.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/fampra/cmh719>

- 16.** HUGHES, Carmel M., James C. MCELNAY, Glenda F. FLEMING, Rudolf ČERNÝ, Katerina CIHAROVÁ, Melissa A. FRICK, Bara FINTEL, Jack DEHOVITZ a Charles L. BENNETT. Benefits and Risks of Self Medication. *Drug Safety*. 2001, 24(14), 1027-1037. DOI: 10.2165/00002018-200124140-00002. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.2165/00002018-200124140-00002>
- 17.** Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech). *Sbírka zákonů*. 6. 12. 2007. ISSN 1211-1244.
- 18.** Vyhláška č. 106/2008 Sb., o správné praxi prodejců vyhrazených léčivých přípravků a o odborném kurzu prodejců vyhrazených léčivých přípravků. *Sbírka zákonů*. 1. 4. 2008. ISSN 1211-1244.
- 19.** KOLÁŘ, Jozef. K pojmům farmaceutická péče, lékařská péče a správná lékařská praxe. *Ceska Slov Farm*. 2009, 58(2), 55-59. ISSN 1210-7816.
- 20.** Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky. *Sbírka zákonů*. 11. 3. 2008. ISSN 1211-1244.
- 21.** KOLÁŘ, Josef, Rudolf KALETA a Jan GREGOR. Názory a postoje pacientů při návštěvě lékáren. *Ceska Slov Farm*. 2001, 50(3), 135-147. ISSN 1210-7816.
- 22.** KITCHING, Jessie Beatrice. Patient information leaflets – the state of the art. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1990, 83(5), 298-300. ISSN 2054-2704.
- 23.** BERRY Dianne, David RAYNOR, Peter KNAPP a Elisabetta BERSELLINI. Patients' Understanding of Risk Associated with Medication Use. *Drug Safety*. 2003, 26(1), 1-11. ISSN 0114-5916.
- 24.** Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2000 až 2008. *Český statistický úřad* [online]. 2010 [cit. 2011-10-20]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/3306-10->
- 25.** Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2012. *Český statistický úřad* [online]. 2014 [cit. 2014-09-24]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/260005-14-r\\_2014](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/260005-14-r_2014)
- 26.** Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2000 až 2010. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2014-09-24]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r\\_2012](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012)

- 27.** Nález Ústavního soudu č. 238/2013 Sb., sp. zn. Pl. ÚS 36/11, ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů*. 20. 6. 2013. ISSN 1211-1244.
- 28.** Health policies and data – OECD: OECD Health Statistics 2014. *OECD* [online]. 2014 [cit. 2014-08-13]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- 29.** VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Programové prohlášení vlády*. Praha, 2006. Dostupné z: [http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-1/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-1/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf)
- 30.** VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Programové prohlášení vlády*. Praha, 2007. Dostupné z: [http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf)
- 31.** VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Programové prohlášení vlády*. Praha, 2010. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/jednani-vlady/programove-prohlaseni/programova-prohlaseni-74856/>
- 32.** ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnické ročenky České republiky / Czech health statistics yearbooks*. Praha: ÚZIS ČR, 2001-2012. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
- 33.** PRÁZNOVCOVÁ, Lenka a Ladislav STRNAD. *Farmakoekonomika pro lékaře, farmaceuty a manažery zdravotnických zařízení*. Praha: Pro AstraZeneca Czech Republic vydal Maxdorf, 2005, 80 s. AstraZeneca edition. ISBN 80-734-5048-8.
- 34.** VLČEK, Jiří a Radka DALECKÁ. *Základy farmakoepidemiologie, farmakoekonomiky, farmakoinformatiky*. 2. vyd. Praha: Remedia, 2005, 88 s. ISBN 80-903-5550-1.
- 35.** DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.
- 36.** BRAMLEY-HARKER, Edward. Global Principles for Better Healthcare. *PharmacoEconomics*. 2004, 22(2), 73-79. ISSN 1170-7690.
- 37.** VLČEK, Jiří. *Vybraná farmaceutická odvětví: průmysl, velkodistribuce, výzkum a kontrola*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2004, 176 s. ISBN 80-86419-69-X.

- 38.** ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace v zdravotnictví 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-084-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2012.pdf>
- 39.** Výzkum a vývoj. *Asociace inovativního farmaceutického průmyslu* [online]. 2014 [cit. 2014-07-12]. Dostupné z: <http://www.aifp.cz/cs/vyvoj-leku/vyzkum-a-vyvoj/>
- 40.** METYŠ, Karel a Peter BALOG. *Marketing ve farmacii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 208 s. ISBN 80-247-0830-2.
- 41.** GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- 42.** United Nations Statistics Division – Standard Country and Area Codes Classifications (M49). *United Nations Statistics Division* [online]. 2012 [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <https://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49.htm>
- 43.** Směrnice Rady 89/105/EHS, ze dne 21. 12. 1988, o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění. [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir\\_1989\\_105/dir\\_1989\\_105\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_1989_105/dir_1989_105_en.pdf)
- 44.** HROBONĚ, Pavel, Tomáš MACHÁČEK a Tomáš JULÍNEK. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. 1. vyd. Praha: Reforma zdravotnictví – forum.cz, 2005. 93 s. Dostupné z: [http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1\\_Publikace/CZ\\_publicace.pdf](http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf)
- 45.** EUROPEAN COMMISSION. *Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU-SILC*. Luxembourg: Eurostat methodologies and working papers, 2010. ISBN 978-92-79-16752-2.
- 46.** The Global Use of Medicines: Outlook Through 2015. *IMS Institute for Healthcare Informatics* [online]. 2011 [cit. 2014-08-11]. Dostupné z: [http://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Documents/The\\_Global\\_Use\\_of\\_Medicines\\_Report.pdf](http://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Documents/The_Global_Use_of_Medicines_Report.pdf)
- 47.** Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. *Sbírka zákonů*. 19. 9. 2007. ISSN 1211-1244.
- 48.** Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. *Sbírka zákonů*. 7. 3. 1997. ISSN 1211-1244.

- 49.** KOSTŘIBA, Jan. *Principy lékové politiky a současné postřehy z lékárny*. Hradec Králové: Fakultní nemocnice Hradec Králové, 23. 9. 2013.
- 50.** HAVLÍČEK, Stanislav. V EU přibývá případů nedostupných léčiv. *Česká lékárnická komora* [online]. 2012 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Informace-pro-verejnost/V-EU-pribyva-pripadu-nedostupnych-leciv.aspx>
- 51.** FIP – FÉDÉRATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE. *Report of the International Summit on Medicines Shortage*. Toronto, 2013. Dostupné z: [http://fip.org/files/fip/publications/FIP\\_Summit\\_on\\_Medicines\\_Shortage.pdf](http://fip.org/files/fip/publications/FIP_Summit_on_Medicines_Shortage.pdf)
- 52.** FIP vydala doporučení jak řešit výpadky léčiv. *APATYKÁŘ – 1. český lékárenský informační a podcastový portál* [online]. 11. 9. 2013 [cit. 2013-09-12]. Dostupné z: <http://lekarenstvi.apatykar.info/lekarenstvi-ve-svete/clanek-2557>
- 53.** PGEU – PHARMACEUTICAL GROUP OF EUROPEAN UNION. *Medicine Shortages in European Community Pharmacies*. Brusel, 2013. Dostupné z: <http://www.pgeu.eu/en/downloads/1931.html>
- 54.** Distributoři vyvracejí, že výpadky léků způsobuje pouze souběžný dovoz léků. *Zdravotnictví a medicína – Zdravotnické noviny*. 2013, 25. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/distributori-vyvraceji-ze-vypadky-leku-zpusobuje-pouze-soubezny-dovoz-leku-473378>
- 55.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Databáze lékáren* [online]. 2010, 19. 9. 2014 [cit. 2014-09-19]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php>
- 56.** Smlouva o fungování Evropské unie: ve znění Lisabonské smlouvy. *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky* [online]. [cit. 2013-09-12]. Dostupné z: [www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=20555](http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=20555)
- 57.** Slovenský ŠÚKL nepovolil v červenci a září vývoz 8 léčiv. *APATYKÁŘ – 1. český lékárenský informační a podcastový portál* [online]. 14. 9. 2014 [cit. 2014-09-18]. Dostupné z: <http://www.apatykar.info/kratke-zpravy-6775>
- 58.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *DIS 13 – verze 4: Hlášení dodávek distribuovaných humánních léčivých přípravků*. Praha, 1. 1. 2011. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/65096\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/65096_1_1)

- 59.** MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Konference: Jak se můžeme bránit paralelnímu exportu léčiv?*. Praha, 3. 7. 2013.
- 60.** Zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů*. 1. 4. 2004. ISSN 1211-1244.
- 61.** MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Cenová regulace léčiv* [online]. 2. 2. 2012 [cit. 2014-06-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulujiceny-leciv\\_2516\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulujiceny-leciv_2516_1.html)
- 62.** MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Cenový předpis 1/2013/FAR Ministerstva zdravotnictví: ze dne 7. prosince 2012, o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely* [online]. 11. 1. 2013 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/cenovy-predpis-%20%201/2013/far\\_7298\\_1953\\_3.html](http://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/cenovy-predpis-%20%201/2013/far_7298_1953_3.html)
- 63.** MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Cenové rozhodnutí 1/13-FAR Ministerstva zdravotnictví: ze dne 7. prosince 2012, kterým se stanoví seznam ATC skupin, které v uvedené lékové formě nepodléhají cenové regulaci stanovením maximální ceny* [online]. 11. 1. 2013 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/cenove-rozhodnuti-2013\\_7297\\_1953\\_3.html](http://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/cenove-rozhodnuti-2013_7297_1953_3.html)
- 64.** Kdo bude regulovat a kdo kontrolovat ceny léků?. *Zdravi.e15.cz - Zdravotnictví a medicína* [online]. Mladá fronta a. s., 26. 9. 2014 [cit. 201-09-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/kdo-bude-regulovat-a-kdo-kontrolovat-ceny-leku-476832>
- 65.** Encyklopedie SÚKL: Kdo a jak stanovuje úhradu léku ze zdravotního pojištění?. *O lécích.cz* [online]. 2012 [cit. 2014-06-20]. Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-uhradu-leku>
- 66.** BRAVERMAN, Jordan. *Health economics*. 1. vyd. Chicago: Pharmaceutical Press, 2010, 359 s. Pharmacy business administration series. ISBN 08-536-9867-8.
- 67.** Historie farmacie v Českých zemích. 1. vyd. Editor Dagmar Broncová. Praha: Milpo media, 2003, 174 s. ISBN 80-860-9830-3.
- 68.** Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů*. 9. 2. 1995. ISSN 1211-1244.



- 69.** Zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele. *Sbírka zákonů*. 16. 12. 1992. ISSN 1211-1244.
- 70.** Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. *Sbírka zákonů*. 3. 2. 2012. ISSN 1211-1244.
- 71.** Pokyn SÚKL UST-27 verze 3 Regulace reklamy na humánní léčivé přípravky a lidské tkáně a buňky. 19. 9. 2011. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/69904\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/69904_1_1)
- 72.** Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/27/ES, ze dne 31. 3. 2004, kterou se mění směrnice 2001/83/ES o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků. [cit. 2014-08-14]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004L0027:CS:HTML>
- 73.** Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/114/ES, ze dne 12. 12. 2006, o klamavé a srovnávací reklamě. [cit. 2014-08-14]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006L0114&from=CS>
- 74.** Dozor nad reklamou. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2009 [cit. 2014-09-11]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/farmaceuticky-prumysl/dozor-nad-reklamou>
- 75.** KOSTRIBA, Jan. *Current Situation of OTC Medicines (OTC Sociomed)*. Athény: 7th National Congress on Health Administration, Economics and Policy, 16. 12. 2011.
- 76.** Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. *Sbírka zákonů*. 11. 6. 1998. ISSN 1211-1244.
- 77.** DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 96 s. ISBN 80-726-2340-0.
- 78.** PITRA, Zbyněk. *Základy managementu: (management organizací v globálním světě počátku 21. století)*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2007, 350 s. ISBN 978-80-86946-33-7.
- 79.** MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- 80.** MÁŠOVÁ, Hana, Eva KRÍŽOVÁ a Petr SVOBODNÝ. *České zdravotnictví: vize a skutečnost, složité peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 250 s. ISBN 80-246-0944-4.

- 81.** THE FORBES. *The Global 2000 – Forbes.com* [online]. 21. 4. 2010 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: [http://www.forbes.com/lists/2010/18/global-2000-10\\_The-Global-2000\\_Sales.html](http://www.forbes.com/lists/2010/18/global-2000-10_The-Global-2000_Sales.html).
- 82.** TUFTS UNIVERSITY. *Tufts Center for the Study of Drug Development* [online]. Boston, USA, 2012 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://csdd.tufts.edu/research>.
- 83.** INTERNATIONAL FEDERATION OF PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS & ASSOCIATIONS. *Fostering a Positive Dialogue on behalf of the Research-Based Pharmaceutical Industry*. Geneva, IFPMA 2010 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: [http://www.ifpma.org/fileadmin/content/About%20us/1%20Welcome/IFPMA\\_Corporate\\_Brochure\\_LowRes%5B1%5D.pdf](http://www.ifpma.org/fileadmin/content/About%20us/1%20Welcome/IFPMA_Corporate_Brochure_LowRes%5B1%5D.pdf).
- 84.** EUROPEAN FEDERATION OF PHARMACEUTICAL INDUSTRIES AND ASSOCIATIONS. *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Brussels, 2011. Dostupné z: <http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=11586>.
- 85.** KELLY, Albert Victor. *The curriculum: theory and practice*. 5. vyd. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004, 255 s. ISBN 14-129-0026-3.
- 86.** BRADBERRY, J. Chris, Marcus DROEGE, R. Lee EVANS, Joseph B. GUGLIELMO, David A. KNAPP, Katherine K. KNAPP, Susan M. MEYER, Therese I. POIRIER a Cecilia M. PLAZA. Curricula Then and Now – An Environmental Scan and Recommendations Since the Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education: Report of the 2006-2007 Academic Affairs Committee. *Am J Pharm Educ*. 2007, 71(4), 10. ISSN 1553-6467. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690947/pdf/ajpeS10.pdf>
- 87.** WIEDENMAYER, Karin, Rob S. SUMMERS, Clare A. MACKIE, Andries G. S. GOUS, Marthe EVERARD a Dick TROMP. *Developing pharmacy practice: A focus on patient care*. Ženeva: World Health Organization, International Pharmaceutical Federation, 2006. Dostupné z: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>
- 88.** NOBLE, Christy, Paul Nicholas SHAW, Lisa NISSEN, Ian COOMBES a Mia O'BRIEN. Curriculum for Uncertainty: Certainty May Not Be the Answer. *Am J Pharm Educ*. 2011, 75(1), 13a. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049651/pdf/ajpe13a.pdf>

- 89.** ABRIKA, Omar Saad Saleh, Mohammed Azmi HASSALI a Abduelmula R. ABDUELKAREM. Importance of social pharmacy education in Libyan pharmacy schools: perspectives from pharmacy practitioners. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2012, 9, 6. DOI: 10.3352/jeehp.2012.9.6. Dostupné z: <http://www.jeehp.org/DOIx.php?id=10.3352/jeehp.2012.9.6>
- 90.** Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. *WHO / World Health Organization* [online]. 2013 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/guide\\_med\\_school/en/](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/guide_med_school/en/)
- 91.** SØRENSEN, Ellen West, Jeanine Kerl MOUNT a Søren Tvorup CHRISTENSEN. The Concept of Social Pharmacy. *The chronic ill*. 2003, 7, 8-11. ISSN 1742-3953. Dostupné z: <http://www.mcppnet.org/publications/issue07-3.pdf>
- 92.** BASAK, Subal Chandra. Social pharmacy concept in pharmacy education. *Chronicle Pharmabiz* [online]. 12(27), 2012-06-13 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://pharmabiz.com/ArticleDetails.aspx?aid=69533&sid=9>
- 93.** SCHAEFE, Marion, Hubertus G. M. LEUFKENS a Marilyn F. HARRIS. The teaching of social pharmacy/pharmacy administrative in colleges of pharmacy with special regard to the situation in Germany. *J Soc Admin Pharm*. 1992, 9(4), 141-148. ISSN 0281-0662.
- 94.** INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). *FIP Statement of Policy on Good Pharmacy Education Practice*. Vídeň, 2000. Dostupné z: <http://www.fip.org/www/index.php?page=statements>
- 95.** HASSALI, Mohamed Azmi, Asrul Akmal SHAFIE, Mahmoud Sa'di AL-HADDAD, Abduelmula Rajab ABDUELKAREM, Mohamed Izham IBRAHIM, Subish PALAIAN a Omar Saad Saleh ABRIKA. Social pharmacy as a field of study: The needs and challenges in global pharmacy education. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2011, 7(4), 415-420. DOI: 10.1016/j.sapharm.2010.10.003. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1551741110001415>
- 96.** SVARSTAD, Bonnie Louise. Development of Behavioral Science Curricula and Faculty in Pharmacy: Some Issues Requiring Attention. *Am J Pharm Educ*. 1994, 54, 177-183. ISSN 1553-6467. Dostupné z: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj5802177.pdf>

- 97.** NOSRGAARD, Lotte S., Janine M. MORGALL a Paul BISSELL. Arguments for theory-based Pharmacy Practice research. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2000, 8(2), 77-81. DOI: 10.1111/j.2042-7174.2000.tb00989.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.2042-7174.2000.tb00989.x>
- 98.** ŘEZANKOVÁ, Hana. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 2. vyd. Praha: Professional Publishing, 2010, 217 s. ISBN 978-80-7431-019-5.
- 99.** HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 2009, 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
- 100.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONROLU LÉČIV. *Výzkum názorů lékárníků k otázkám lékové politiky*. Praha, 2011. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/65349\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/65349_1_1)
- 101.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Postoj lékárníků k regulaci léčiv*. Praha, 2010. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/8645\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/8645_1_1)
- 102.** KOSTRIBA, Jan, Jana KOTLAROVA a Jiri VLCEK. Opinions and Attitudes of Czech Citizens on Selected Issues of Drugs in Society. *Acta Pol Pharm*. 2015, 72(5), *in press*. ISSN 0001-6837.
- 103.** SOLICH, Jan. *Pohled pacienta na problematiku cen léčivých přípravků*. Praha, Kaunický palác: 11. OTC konference, 20. 11. 2008.
- 104.** HAMPEL, Marek. Tisková zpráva GML z 14. 3. 2010 – GML dlouhodobě doporučuje jednotné doplatky ve všech lékárnách. *Grémium majitelů lékáren* [online]. 2010 [cit. 2010-10-18]. Dostupné z: <http://www.gmlcr.cz/browselib.aspx?id=1342>
- 105.** Lékárníci chtějí stejné doplatky za léky ve všech lékárnách. *Zdravi.e15.cz – Zdravotnictví a medicína* [online]. Mladá fronta a. s., 5. 5. 2010 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lekarnici-chteji-stejne-doplatky-za-leky-ve-vsech-lekarnach-451473?category=z-domova>
- 106.** ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky: 2011*. Praha: Český statistický úřad, 2011. ISBN 978-802-5021-057.
- 107.** ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Základní výsledky sčítání lidu, domů a bytů 2011*. Praha: Český statistický úřad, 2012, 1 DVD-ROM. ISBN 978-802-5022-719.

- 108.** KOLÁŘ, Jozef a Božena MACEŠKOVÁ. Současné přístupy k farmakoterapii – farmaceutická péče nebo management léků?. *Ceska Slov Farm.* 2010, 59(1), 7-10. ISSN 1210-7816.
- 109.** KEMP Anna, David PREEN, John GLOVER, James SEMMENS a Elizabeth ROUHEAD. How much do we spend on prescription medicines? Out-of-pocket costs for patients in Australia and other OECD countries. *Australian Health Review.* 2011, 35(3), 341.
- 110.** MACEŠKOVÁ Božena a Miroslav KOŠKA. Dopad zdravotnické reformy v oblasti léčiv. II. Analýza z pohledu finanční spoluúčasti pacienta na farmakoterapii. *Ceska Slov Farm.* 2011, 60(3), 105-109. ISSN 1210-7816.
- 111.** ŁUCZAK, Julita a Pilar GARCÍA-GÓMEZ. Financial burden of drug expenditures in Poland. *Health Policy.* 2012, 105(2-3), 256-264. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.01.004.
- 112.** DAVIDOVÁ Jana, Lenka PRÁZNOVCOVÁ a Cecilia Stålsby LUNDBORG. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the Czech Republic and Sweden. *Pharm World Sci.* 2008, 30(1), 57-64.
- 113.** CALCOEN, Piet, MOENS, Dirk, VERLINDEN Pieter, VAN DE VEN Wynand a Jozef PACOLET. Improved estimates of Belgian private health expenditure can give important lessons to other OECD countries. *Health Policy.* 2014, 105(2-3). DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.008.
- 114.** ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví.* 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 206 s. ISBN 80-701-3429-1.
- 115.** DOLEŽAL Tomáš, Michal PROKEŠ, Tomáš SECHSER, Jana SKOUPÁ, Jan ŠVIHOVEC a Aleš TICHOPÁD. *Základy farmakoekonomiky pro lékaře, lékárníky a další pracovníky ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: ČFES, 2007, 99 s. ISBN 978-802-5408-377.
- 116.** MACEŠKOVÁ Božena a Jana STREITOVÁ. Dopad zdravotnické reformy v oblasti léčiv. I. Analýza z pohledu lékárny. *Ceska Slov Farm.* 2011, 60(3), 99-104. ISSN 1210-7816.
- 117.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Názory občanů ČR na některé otázky lékové politiky.* Praha, 2008. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/4584\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/4584_1_1)

- 118.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONROLU LÉČIV. *Názory občanů ČR na některé otázky lékové politiky*. Praha, 2009. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/74941\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/74941_1_1)
- 119.** STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONROLU LÉČIV. *Výzkum názorů občanů k otázkám zdravotnictví a problematice zdraví*. Praha, 2006. Dostupné z: [http://www.sukl.cz/file/2992\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/2992_1_1)
- 120.** KOSTŘIBA, Jan. *Determinants of drug policy and influence on drug consumption*. Hradec Králové: 2nd Postgraduate Scientific Conference of Faculty of Pharmacy, Charles University, 1. 2. 2012.
- 121.** KINKOROVÁ, Judita a Ondřej TOPOLČAN. Overview of healthcare system in the Czech Republic. *The EPMA Journal*. 2012, 3(4), 1-8. DOI: 10.1007/s13167-012-0139-9. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s13167-012-0139-9>
- 122.** KOSTŘIBA, Jan, Jana KOTLÁŘOVÁ a Jiří VLČEK. *Opinions and attitudes of Czech citizens on selected issues of drugs in society (representative sociological survey)*. Hradec Králové: 4th Postgraduate Scientific Conference of Faculty of Pharmacy, Charles University, 29. 1. 2014.
- 123.** ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky: 2013*. Praha: Český statistický úřad, 2013. ISBN 978-80-250-2386-0.
- 124.** Mapa lékáren. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2014 [cit. 2014-08-08]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/pharmacymap/>
- 125.** Lékáren ve městech je příliš, Heger chce posílit ty vesnické. *E15.cz / Ekonomika, byznys, finance* [online]. Mladá fronta a. s., 11. 1. 2013 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/ekonomika/lekaren-ve-mestech-je-prilis-heger-chce-posilit-ty-vesnicke-945876>
- 126.** Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS 4. čtvrtletí 2013. *Český statistický úřad* [online]. 31. 3. 2014 [cit. 2014-07-02]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3101-13-q4\\_2013](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3101-13-q4_2013)
- 127.** ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION. *Accreditation Standards and Guidelines for the Professional Program in Pharmacy Leading to the Doctor of Pharmacy Degree*. Chicago, 2006. Dostupné z: <https://www.acpe-accredit.org/pdf/FinalS2007Guidelines2.0.pdf>

- 128.** World List Of Pharmacy Schools. *International Pharmaceutical Federation (FIP)* [online]. 2012 [cit. 2012-09-29]. Dostupné z: [http://academic\\_institutional\\_membership.fip.org/world-list-of-pharmacy-schools](http://academic_institutional_membership.fip.org/world-list-of-pharmacy-schools)
- 129.** Students, Accredited Programs of Colleges and Schools of Pharmacy, ACPE – Accreditation Council for Pharmacy Education. *Accreditation Council for Pharmacy Education* [online]. 2012 [cit. 2012-09-29]. Dostupné z: <https://www.acpe-accredit.org/students/programs.asp>
- 130.** TAYLOR, Kevin a Geoffrey HARDING. The community pharmacist: over qualified dispenser or health professional?. *J R Coll Gen Pract.* 1989, 39(322), 209-210. ISSN 0960-1643. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1712009/pdf/jroyalcgprac00005-0032.pdf>
- 131.** HARDING, Geoffrey a Kevin TAYLOR. Teaching social pharmacy: The UK experience. *Pharmacy Education.* 2006, 6(2), 125-131. DOI: 10.1080/15602210600665066. Dostupné z: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article>
- 132.** HARDING, Geoffrey a Kevin TAYLOR. Responding to change: the case of community pharmacy in Great Britain. *Sociol Health Illn.* 1997, 19(5), 547-560. DOI: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00419.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00419.x>
- 133.** PALAIAN, Subish, Arjun POUDEL, Kadir ALAM, Mohamed Izham Mohamed IBRAHIM a Pranaya MISHRA. Initiation of social pharmacy research in Nepal: our experiences. *Int J Clin Pharm Res.* 2011, 33(4), 591-596. DOI: 10.1007/s11096-011-9512-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-011-9512-3>
- 134.** HÄMEEN-ANTTILA, Katri, Susanna SAANO a Kirsti VAINIO. Professional Competencies Learned Through Working on a Medication Education Project. *Am J Pharm Educ.* 2010, 74(6), 110. DOI: 10.5688/aj7406110. Dostupné z: <http://www.ajpe.org/doi/abs/10.5688/aj7406110>
- 135.** SÁNCHEZ, Alina de las Mercedes Martínez. Bachelor of Pharmacy Degree in Cuba: New Educational Challenges. *Am J Pharm Educ.* 2011, 75(1), 13. ISSN 1553-6467. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049654/pdf/ajpe13d.pdf>

- 136.** ABRIKA, Omar Saad Saleh, Mohammed Azmi HASSALI a Abduelmula R. ABDUELKAREM. Perceptions of Libyan Pharmacy Academics about the Importance of Social Pharmacy Subjects in the Current Pharmacy Undergraduate Curriculum. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2012, 8(6), 12. DOI: 10.1016/j.sapharm.2012.08.030. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1551741112001738>
- 137.** OLTMANN, Carmen a Chrissie BOUGHEY. Using critical realism as a framework in pharmacy education and social pharmacy research. *Res Social Adm Pharm*. 2012, 8(4), 333-337. DOI: 10.1016/j.sapharm.2011.07.005. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1551741111000829>
- 138.** ABRIKA, Omar Saad Saleh, Mohamed Azmi Ahmad HASSALI a Abduelmula R. ABDUELKAREM. Social Pharmacy Courses Are Often Neglected in the Developing World. *Am J Pharm Educ*. 2011, 75(4), 65. ISSN 1553-6467. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138351/pdf/ajpe65b.pdf>
- 139.** KOSTRIBA, Jan, Abdullah ALWARAFI a Jiri VLCEK. Social Pharmacy as a Field of Study in Undergraduate Pharmacy Education. *Indian J Pharm Educ Res*. 2014, 48(1), 6-12. ISSN-0019-5464. DOI: 10.5530/ijper.
- 140.** KOSTŘIBA, Jan, Abdullah ALWARAFI a Jiří VLČEK. *Social Pharmacy as a Field of Study in Pharmacy Education*. Hradec Králové: 3rd Postgraduate Scientific Conference of Faculty of Pharmacy, Charles University, 30. 1. 2013.



## 7 Seznam zkratek

AIDS	<i>angl.</i> Acquired Immune Deficiency Syndrome ( <i>česky</i> syndrom získaného selhání imunity)
AIFP	Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
AISLP	Automatizovaný informační systém léčivých přípravků
ATC	anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv
angl.	anglicky, v anglickém jazyce, z angličtiny
BMI	<i>angl.</i> Body Mass Index ( <i>česky</i> index tělesné hmotnosti)
CBA	<i>angl.</i> Cost-Benefit Analysis ( <i>česky</i> analýza nákladové prospěšnosti)
CEA	<i>angl.</i> Cost-Effectiveness Analysis ( <i>česky</i> analýza náklady-účinnost)
CMA	<i>angl.</i> Cost-Minimisation Analysis ( <i>česky</i> analýza minimalizace nákladů)
CUA	<i>angl.</i> Cost-Utility Analysis ( <i>česky</i> analýza nákladové utility)
ČAFF	Česká asociace farmaceutických firem
ČLnK	Česká lékárnická komora
ČR	Česká republika (od 1993)
CZK	Koruna česká, měnová jednotka ČR dle mezinárodního označení ISO 4217
D	denominátor (100 %)
DDD	<i>angl.</i> Defined Daily Dose ( <i>česky</i> definovaná denní dávka)
DPH	daň z přidané hodnoty
DTP	<i>angl.</i> Direct-To-Pharmacy ( <i>česky</i> přímo do lékárny) je logistický model, kdy farmaceutická firma dodává LP přímo lékárně prostřednictvím vybraného distributora. Model byl původně zaveden firmou Pfizer ve Velké Británii v roce 2007 z důvodu ochrany před padělků. Nyní se model využívá převážně jako řešení tzv. reexportů, kdy mohou výrobci kontrolovat pohyb svých přípravků tak, aby se dostaly k pacientům a ne jen k redistributorům. Lékárny se zavazují, že data o prodejích jsou daným distributorem předána nejen výrobcům, ale i třetím stranám pro statistické či marketingové účely.

EBM	<i>angl.</i> Evidence Based Medicine ( <i>česky</i> medicína založená na důkazech)
EHS	Evropské hospodářské společenství
ES	Evropské společenství ( <i>angl.</i> EC – The European Communities) představovalo nejsilnější a nejstarší ze tří pilířů EU v období 1992–2009. Trvání ES je ohraničeno Maastrichtskou (1992) a Lisabonskou (2009) smlouvou. Vzniklo transformací Evropského hospodářského společenství (EHS) a změnou jeho názvu. Nabytím účinnosti Lisabonské smlouvy v prosinci 2009 došlo k zániku systému tří pilířů EU a tedy i zániku ES.
EU	Evropská unie ( <i>angl.</i> European Union) vznikla v roce 1993 na základě Smlouvy o Evropské unii, známější jako Maastrichtská smlouva, která navazovala na evropský integrační proces probíhající od padesátých let. Je nástupkyní ES a nahrazuje jej.
EU-15	Evropská unie (stav před 5. rozšířením 1. května 2004, kdy do ní vstoupila i ČR) složena ze zemí: Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Lucembursko, Německo, Nizozemsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Spojené království, Španělsko a Švédsko
EU-27	Evropská unie (stav od 1. května 2004 do 1. července 2013, před vstupem Chorvatska) složena ze zemí EU-15 a: ČR, Estonska, Kypru, Litvy, Lotyšska, Maďarska, Malty, Polska, Slovenska a Slovinska
FaF	Farmaceutická fakulta
FDA	<i>angl.</i> Food and Drug Administration ( <i>česky</i> Úřad pro potraviny a léky, americký kontrolní úřad)
FIP	<i>fr.</i> Fédération Internationale Pharmaceutique, <i>angl.</i> International Pharmaceutical Federation ( <i>česky</i> Mezinárodní farmaceutická federace) je mezinárodní farmaceutická společnost sdružující farmaceuty a odborné farmaceutické společnosti světa
fr.	francouzsky, ve francouzském jazyce, z francouzštiny
HDI	<i>angl.</i> Human Development Index ( <i>česky</i> Index lidského rozvoje) vyjadřuje mnohem lépe než jiné makroekonomické ukazatele (např. HDP) životní úroveň a kvalitu lidského života. Využívá porovnání údajů o střední délce života, chudobě, gramotnosti, vzdělání, úrovni zdravotní péče, sociálních

službách a dalších faktorů. Zprávu o porovnání zemí podle HDI každoročně od roku 1993 vypracovává OSN. Index v roce 1990 zavedl pákistánský ekonom Mahbub al Hak.

HDP	hrubý domácí produkt ( <i>angl.</i> GDP – Gross Domestic Product), nominální HDP (v běžných, skutečných cenách) vs. reálný HDP (ve srovnatelných, stálých cenách, tedy očištěných o inflaci)
HIV	<i>angl.</i> Human Immunodeficiency Virus ( <i>česky</i> virus lidské imunitní nedostatečnosti)
HPV	<i>angl.</i> Human papillomavirus ( <i>česky</i> Lidský papilomavirus)
HVLP	hromadně vyráběný léčivý přípravek
IPLP	individuálně připravovaný léčivý přípravek
Kč	Koruna česká, měnová jednotka ČR (od roku 1993), mezinárodní označení dle ISO 4217 je CZK
Kčs	Koruna československá, měnová jednotka Československa platná do rozdělení v roce 1993, mezinárodní označení dle ISO 4217 je CSK
lat.	latinsky, v latinském jazyce, z latiny
LP	léčivý přípravek, léčivé přípravky
LP-Rx	léčivé přípravky jejichž výdej je vázán na lékařský předpis
mil.	milion/y
mld.	miliarda/y
MS	Microsoft Corporation, americká softwarová akciová společnost se sídlem v Redmondu ve státě Washington, tvůrce OS Windows či MS Office
MS Excel	Microsoft Excel, tabulkový procesor od firmy Microsoft
MZ, MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N	denominátor (100 %)
NDR	Německá demokratická republika, „východní Německo“ (1949–1990)
NHS	<i>angl.</i> National Health Service ( <i>česky</i> Národní zdravotní služba)

NICE	<i>angl.</i> National Institute for Health and Clinical Excellence ( <i>česky</i> zdravotnická společnost ve Velké Británii)
ob.	obyvatel/é
OECD	<i>angl.</i> Organisation for Economic Co-operation and Development ( <i>česky</i> Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OPP	Ortopedické a protetické pomůcky
OS	operační systém
OSN	Organizace spojených národů ( <i>angl.</i> UN – United Nations)
OTC	<i>angl.</i> Over-the-Counter ( <i>česky</i> volně prodejné léčivé přípravky)
PGEU	<i>angl.</i> Pharmaceutical Group of the European Union ( <i>česky</i> Svazu lékárníků Evropské unie)
PPP	<i>angl.</i> Purchasing Power Parity ( <i>česky</i> Parita kupní síly) je vyjádření kupní síly určité měny. Jedná se o poměr cen v národních měnách za stejné výrobky a služby v různých zemích.
PZLÚ	Potraviny pro zvláštní lékařské účely
PZT	Prostředky zdravotnické techniky
R&D	<i>angl.</i> Research and Development ( <i>česky</i> výzkum a vývoj)
RP	regulační poplatek/poplatky
RRTV	Rada pro rozhlasové a televizní vysílání
RVHP	Rada vzájemné hospodářské pomoci (1949–1991), obchodní organizace sdružující v době tzv. „studené války“ socialistické státy sovětského bloku
SASD	Statistická analýza sociálních dat, software firmy SPIROX, s.r.o.
SFEU	Smlouva o fungování Evropské unie
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv (státní úřad v ČR)
SVP	Správná výrobní praxe ( <i>angl.</i> GMP – Good Manufacturing Practice)
SWOT	Metoda, jejíž pomocí je možno v určitém projektu identifikovat vnitřní silné ( <i>angl.</i> Strengths) a slabé ( <i>angl.</i> Weaknesses) stránky a dále příležitosti ( <i>angl.</i> Opportunities) a hrozby ( <i>angl.</i> Threats) z vnějšku.

ŠÚKL	Štátny ústav pre kontrolu liečiv (státní úřad na Slovensku)
UK	Spojené království Velké Británie a Severního Irska
USA	Spojené státy americké
USD	označení měny Spojených států amerických, amerického dolaru
VŠ	vysoká škola, vysokoškolské vzdělání
VÚFB	Výzkumný ústav pro farmacii a biochemii
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	<i>angl.</i> World Health Organization ( <i>česky</i> Světová zdravotnická organizace)

## 8 Seznamy tabulek a grafů

### 8.1 Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b>	Výdaje na zdravotnictví v ČR podle zdrojů financování v letech 2007 až 2012.....	18
<b>Tabulka 2</b>	Vývoj vztahů mezi celkovými výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách a mírou spoluúčasti domácností (soukromých výdajů) na celkových výdajích na zdravotnictví v ČR v letech 2000 až 2012.....	20
<b>Tabulka 3</b>	Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR podle druhů péče.....	21
<b>Tabulka 4</b>	Výdaje domácností na zdravotnictví v ČR podle druhu péče .....	22
<b>Tabulka 5</b>	Výdaje českých domácností na regulační poplatky.....	23
<b>Tabulka 6</b>	Hodnoty indexu stáří v ČR v letech 2004–2012.....	29
<b>Tabulka 7</b>	Vývoj sazby DPH za výdej a prodej humánních LP v lékárnách v ČR .....	46
<b>Tabulka 8</b>	Historický vývoj maximální obchodní přírážky v ČR.....	50
<b>Tabulka 9</b>	Maximální obchodní přírážka (dle pásem degresivní marže) .....	50
<b>Tabulka 10</b>	Největší farmaceutické společnosti v roce 2009 (meziroční změna) .....	62
<b>Tabulka 11</b>	Největší farmaceutické společnosti podle velikosti tržeb <sup>62</sup> v mld. USD v letech 1981, 1995 a 2002.....	62
<b>Tabulka 12</b>	Základní charakteristika zúčastněných respondentů .....	71
<b>Tabulka 13</b>	Počet užívaných LP-Rx a soukromé výdaje s nimi související.....	72
<b>Tabulka 14</b>	Počet předepisujících lékařů a frekvence návštěv u lékaře .....	73
<b>Tabulka 15</b>	Roční soukromé výdaje na lékařskou a stomatologickou péči.....	74
<b>Tabulka 16</b>	Počet užívaných OTC, výdaje na ně a hlavní zdroj informací o nich .....	75
<b>Tabulka 17</b>	Vliv zavedení RP na plýtvání s LP .....	76
<b>Tabulka 18</b>	Důvěra v konkrétní lékárnou, lékárníka a lékaře.....	77

<b>Tabulka 19</b>	Názory na výši finanční spoluúčasti za LP.....	77
<b>Tabulka 20</b>	Hodnocení vlivů při výběru a doporučení OTC .....	83
<b>Tabulka 21</b>	Názor na maximální hranici motivačních odměn pro lékárny .....	74
<b>Tabulka 22</b>	Názor na maximální hranici motivačních odměn pro ordinace.....	74
<b>Tabulka 23</b>	Zkušenosti s problematikou cenotvorby během dispence.....	85
<b>Tabulka 24</b>	Názor na systém cenotvorby v ČR .....	86
<b>Tabulka 25</b>	Postoj k řešení současné problematice lékové politiky v ČR.....	86
<b>Tabulka 26</b>	Motivační faktory výběru lékárny pro různé skupiny české populace.....	96
<b>Tabulka 27</b>	Celkové měsíční náklady na OTC podle pohlaví a věku.....	99
<b>Tabulka 28</b>	Celkové měsíční náklady na LP-Rx podle pohlaví a věku.....	102
<b>Tabulka 29</b>	Názory na zavedení jednotných cen a doplatků v lékárnách ČR .....	103
<b>Tabulka 30</b>	Srozumitelnost příbalových letáků pro různé skupiny populace ČR .....	105
<b>Tabulka 31</b>	Motivační faktory výběru lékárny dle pohlaví a věku.....	113
<b>Tabulka 32</b>	Motivační faktory výběru lékárny dle rodinného stavu a vzdělání .....	113
<b>Tabulka 33</b>	Názor na zavedení jednotných cen a doplatků v lékárnách ČR .....	114
<b>Tabulka 34</b>	Návratnost podle regionu.....	121
<b>Tabulka 35</b>	Existence katedry sociální farmacie nebo podobné.....	121
<b>Tabulka 36</b>	Absence jednotlivých předmětů ve studijních plánech dle regionu .....	123

## 8.2 Seznam grafů

<b>Graf 1</b>	Výdaje na zdravotnictví v ČR podle zdrojů financování v roce 2012 .....	19
<b>Graf 2</b>	Porovnání výdajů na zdravotnictví k HDP zemí OECD v roce 2011 .....	25
<b>Graf 3</b>	Podíl soukromých výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví26 zemí OECD v roce 2011 .....	26
<b>Graf 4</b>	Porovnání výdajů na zdravotnictví přepočteno na 1 obyvatele a PPP zemí OECD v roce 2011 .....	27
<b>Graf 5</b>	Vývoj střední délky života při narození u obyvatel ČR v letech 1955–2012 .....	29
<b>Graf 6</b>	Průměrné náklady zdravotních pojišťoven za zdravotní služby na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2012 .....	30
<b>Graf 7</b>	Vývoj spotřeby LP v ČR v letech 2001–2012.....	39
<b>Graf 8</b>	Vývoj spotřeby LP v ČR v letech 2001 až 2012 .....	40
<b>Graf 9</b>	Porovnání celkových měsíčních soukromých výdajů na léčivé přípravky na lékařský předpis a volně prodejná léčiva u populace ČR .....	98
<b>Graf 10</b>	Porovnání celkového počtu denně užívaných léčivých přípravků na lékařský předpis a volně prodejných léčiv u populace ČR.....	100
<b>Graf 11</b>	Absence jednotlivých předmětů ve studijních plánech dle regionu .....	123



## 9 Přílohy

<b>Příloha 1</b>	Dotazník „Lidé a léky 2008“ .....	i
<b>Příloha 2</b>	Dotazník „Studenti 5. ročníku 2010“ .....	iv
<b>Příloha 3</b>	Dotazník „Studenti 5. ročníku 2011“ .....	viii
<b>Příloha 4</b>	Dotazník „Studenti 5. ročníku 2012“ .....	xi
<b>Příloha 5</b>	Dotazník „Sociologický průzkum 2011“ .....	xiv
<b>Příloha 6</b>	Dotazník „Sociologický průzkum 2013“ .....	xvii
<b>Příloha 7</b>	Dotazník „Výuka sociální farmacie 2012“ .....	xix
<b>Příloha 8</b>	Publikovaný článek v časopise Indian Journal of Pharmaceutical Education & Research s IF <sub>2013</sub> = 0,219 .....	xxi
<b>Příloha 9</b>	Přijatý článek v časopise Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research s IF <sub>2013</sub> = 0,693 .....	xxviii
<b>Příloha 10</b>	Abstrakt z 2. postgraduální vědecké konference Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové 1. 2. 2012 .....	xxxvi
<b>Příloha 11</b>	Abstrakt z 3. postgraduální vědecké konference Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové 30. 1. 2013 .....	xxxvii
<b>Příloha 12</b>	Abstrakt z 4. postgraduální vědecké konference Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové 29. 1. 2014 .....	xxxviii

## Dotazník „Lidé a léky“

Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra sociální a klinické farmacie

- 1) Jsem
- muž ♂
  - žena ♀
- 2) Je mi ..... let.
- 3) Dosažené vzdělání:
- základní
  - vyučen
  - středoškolské bez maturity
  - středoškolské s maturitou
  - vysokoškolské
- 4) Název obce bydliště:  
Počet obyvatel obce:
- 5) Jsem:
- student, učeň
  - zaměstnanec
  - soukromník, podnikatel
  - na mateřské dovolené
  - v domácnosti
  - starobní důchodce
  - pracující důchodce
  - invalidní důchodce
  - nezaměstnaný
- 6) Počet členů mé domácnosti: .....

- 7) Během posledního měsíce jsem užíval/a tyto léky vázané na lékařský předpis (LP):

Název léku	ATC	síla	balení	denně	Lék užívám		
					< 30 dní	< 1 rok	> 1 rok
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

- 8) Za léky vázané na LP platím měsíčně ..... Kč, z toho regulační poplatky činí ..... Kč.
- 9) Během posledního měsíce mi předepsal/o léky ..... lékař/ů.
- 10) Za lékařskou péči ročně platím ..... Kč, z toho regulační poplatky činí ..... Kč.
- 11) Za stomatologickou péči ročně platím ..... Kč, z toho regul. poplatky činí ..... Kč.

12) a) Před zavedením regulačních poplatků jsem navštěvoval/a lékaře ..... x ročně.

b) Po zavedení regulačních poplatků navštěvuji lékaře ..... x ročně.

13) Během posledního měsíce jsem užíval tyto **volně prodejné léky**:

Název léku	ATC	síla	balení	denně	Lék užívám		
					< 30 dní	< 1 rok	> 1 rok
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

14) Za léky z volného prodeje měsíčně utratím ..... Kč.

15) Informace pro výběr volně prodejných léčiv jsem získal/a:

- sám/sama
- od lékaře
- od lékárníka
- od příbuzných, přátel, známých
- z reklamy

16) Po zkušenostech bych nekoupil/a tyto léky:

Název léku	Důvod
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

17) Díky reformě zdravotnictví a zavedení regulačních poplatků:

- neplýtvám s léky; vyzvedávám si v lékárně pouze ty léky, které skutečně potřebuji
- užívám jiné léky
- přestal/a jsem užívat některé léky
- užívám stále stejné léky a vyzvedávám je v lékárně stejně jako dříve

18) Užívám všechny léky předepisované lékařem:

- ano, všechny
- ano, některé
- ano, většinu
- ne, žádné

Názvy léků, které odmítám užívat:

19) Léky, které neužívám nebo nepotřebuji:

- v lékárně nevyzvedávám a ani dřív jsem nevyzvedával
- jsem v lékárně zbytečně vyzvedával/a, ale po zavedení regulačních poplatků již nevyzvedávám
- vyzvedávám i nadále všechny léky předepisované lékařem, i když je nepotřebuji
- Potřebuji všechny léky předepsané lékařem.

20) Své léky si vyzvedávám a kupuji zpravidla:

- ve stále stejné lékárně
- v různých lékárnách
- pro lék si posílám
- lék dostávám od lékaře
- léky mi zabezpečuje pečovatelka

21) Mám svého lékárníka, kterému důvěřuji:

- ano
- ne

22) Svému ošetřujícímu lékaři:

- plně důvěřuji
- spíše důvěřuji
- spíše nedůvěřuji
- nedůvěřuji

23) Finanční spoluúčast pacientů na léčích (včetně regulačních poplatků) je podle mého názoru:

- adekvátní
- vysoká
- nízká

## Dotazník pro studenty

Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra sociální a klinické farmacie

- Označte křížkem nebo doplňte správné tvrzení:
- 1) Jsem  muž ♂  žena ♀
- 2) Je mi ..... let.
- 3) Jsem studentem (doplňte) ..... ročníku  
 prezenční formy programu Farmacie  
 jiného programu: .....
- 4) Obec mého bydliště: .....  
Kraj: .....
- 5) Počet členů mé domácnosti: .....
- 6) V mém širším rodinném prostředí se nachází farmaceut.  ano  ne
- 7) Praxi jsem vykonával/a v (kolika) ..... lékárnách.
- 8) **Obec** výkonu nejdelší části **praxe**: .....  
Kraj: .....
- 9) Před nástupem na praxi jsem měl/a již předešlou zkušenost s prací v lékárně.  
 ano  ne
- Následující otázky zodpovězte podle té lékárny, ve které jste strávili nejdelší část své praxe. Není-li uvedeno jinak, označte pouze **jednu** možnost. Nebudete-li chtít na otázku odpovědět, neoznačujte **žádnou** možnost.
- 10) Typ lékárny:  
 veřejná lékárna, majitel lékárník  řetězcová lékárna (doplňte jméno řetězce) .....  
 veřejná lékárna, majitel nelékárník  nemocniční lékárna
- 11) Doplňte větu: Přibližný počet zaměstnanců lékárny byl celkem .....,  
z toho ..... lékárníků a ..... farmaceutických asistentů.
- 12) Dostával/a jste za svou práci v lékárně "mzdu"?  ne  ano  až po určité době; částečně
- 13) Název používaného lékárenského programu:  
 FaRMIS PaENIUM  Mediox Apatyka servis  Pentenium  
 Lekís  LOS Maxima  Tremi  
 Amis  PenWin  jiný: .....
- 14) Jak byste vyjádřil/a svou spokojenost s užíváním tohoto programu?  
 velmi spokojen/a  spokojen/a  neutrální postoj  mírně nespokojen/a  zcela nespokojen/a  nevím
- 15) Umožnil Vám systém v lékárně nahlédnout do lékové historie pacienta?  
 ne  ano, využíval/a jsem  ano, ale nevyužíval/a jsem  nevím
- 16) Odhadněte, jak velkou část praxe jste průměrně strávili následujícími činnostmi (celkem 100 %):  
(LP = léčivý přípravek)  
..... %: příjem zboží      ..... %: objednávání zboží      ..... %: retaxace **vlastních** receptů  
..... %: volný prodej      ..... %: doplňování zboží      ..... %: retaxace receptů **vydaných kolegy**  
..... %: výdej na recept      ..... %: příprava LP      ..... %: administrativní činnost (fakturace, ...)  
..... %: samostudium, samostatné vyhledávání informací      ..... %: exkurze, školení (jaká): .....  
..... %: zaškolování, konzultace      ..... %: jiná činnost (jaká): .....
- 17) Jak celkově hodnotíte organizaci práce, činnost a systém v lékárně a její management (vedení)?  
 perfektně organizovaný  postačující, fungující  často nefungující  
 dobře organizovaný  s malými nedostatky  chaotický, neorganizovaný

18) Prováděl/a jste při výdeji **dispenzační minimum**?

(Označte **jednu** možnost, která **nejvíce** odpovídá skutečnosti.)

- prováděl/a vždy  na žádost pacietu někdy neprováděl/a (že léky zná)  
 prováděl/a dle vlastního uvážení  na žádost pacienta často neprováděl/a (že léky zná)  
 prováděl/a jen, projevil-li pacient zájem  neprováděl z jiných příčin (stres, nedostatek času, vyčerpání)

19) Snažil/a jste se v případě potřeby kontaktovat (např. telefonicky) předepisujícího lékaře?

(platí i neúspěšné pokusy)

- často (skoro denně, i několikrát)  výjimečně (max. několikrát měsíčně)  
 občas (několikrát týdně)  ne, nikdy

20) Jak byste ve většině případů charakterizoval/a chování lékaře při komunikaci s Vámi?

- velmi vstřícný  spolupracující  odměřený, neutrální  špatně spolupracující  nespolupracující

21) Kdo převážně prováděl přípravu léčivých přípravků v laboratoři během Vaší praxe?

- student na praxi  farm. asistent  lékárník  jiná varianta (vypište): .....

22) Jak se zpravidla manipulovalo s nevyzvednutými recepty, výpisy, poukazy apod., ze kterých nebylo pacientovi nic vydáno a nemusely se tedy posílat do zdravotní pojišťovny?

- pečlivě se uschovaly na smluvené místo v lékárně  vyhodily se po čase do koše  
 každý zaměstnanec zvolil postup dle svého uvážení  pečlivě se znehodnotily, skartovaly se  
 nikdo se jimi nezabýval  nevím, nezajímá/a jsem se

23) Vydával farmaceutický asistent LP vázané na lékařský předpis?

- ano, běžně  ne, nikdy (pokračujte otázkou č. 25)  
 ano, výjimečně  nevím (pokračujte otázkou č. 25)

24) Jak byl tento neoprávněný výdej uskutečňován (běžně i výjimečně)?

- na příkaz lékárníka  s "tichým souhlasem" lékárníka  bez souhlasu lékárníka  
 nevím, nedokáži určit  jiná varianta (vypište): .....

25) Které z následujících tvrzení nejlépe vystihuje Vaše zkušenosti s problematikou **cenotvorby LP**?

(Označte **maximálně dvě** odpovědi.)

- Pacienty zajímala více finanční spoluúčast na lécích než informace o jejich správném užívání.  
 Vysvětlováním cenotvorby jsem strávil/a příliš mnoho času, který mi pak chyběl při jiných pracovních činnostech.  
 Vysvětlováním cenotvorby jsem se zabýval, nijak zvlášť mě to však v mé práci nezdržovalo.  
 Pacienti většinou další doplňující informace k finanční spoluúčasti nevyžadovali.  
 Snažil/a jsem se vysvětlování této problematiky vyhnout.  
 Pacienty jsem odkazoval na jiné zdroje informací vztahující se k této problematice.

26) Do jaké míry dodržovali pacienti **diskrétní zónu** (odstup od táry, kde stál jiný pacient)?

- téměř vždy dodržovali  většinou **nedodržovali**  
 většinou dodržovali  téměř nikdo **nedodržoval**

27) Jak jste se zachoval/a, nedodržel-li některý pacient diskrétní zónu?

- vždy jsem jej upozornil/a                       nevšímal/a jsem si toho  
 někdy jsem jej upozornil/a                       nevím

28) Byla diskrétní zóna v lékárně vyznačena?

- ne     ano (vypište jakým způsobem): .....

29) Z jakého důvodu jste nejčastěji prováděl/a generickou záměnu (nabídku levnější varianty LP)?

- na žádost pacienta                                       pouze v případě chybění LP na skladě  
 z vlastní iniciativy                                       této možnosti jsem se snažil/a vyhnout  
 na pokyn vedení lékárny nebo jiného lékárníka     neprováděl/a jsem (pokračujte ot. č. 31)

30) Informoval/a jste o generické záměně předepisujícího lékaře?

- vždy     většinou ano     dle charakteru přípravku     většinou ne     nikdy

---

31) Schvalujete možnost výdeje vybraných skupin léčiv bez lékařského předpisu, která jsou v současnosti dostupná pouze na lékařský předpis, za předpokladu, že byl LP v minulosti již lékařem předepsán (po ověření této skutečnosti v systému), při výdeji by byla nutná konzultace s lékárníkem a LP by si pacient plně hradil sám?

V každém řádku označte **pouze jednu** z následujících odpovědí:

- a) Ano, pacient tak nemusí chodit k lékaři pro recept.  
b) Ano, ale pouze v případě akutní potřeby.  
c) Ne, o dalším užívání LP by měl vždy rozhodnout lékař.  
d) Nevím, nedokáži odpovědět.

- |  | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hormonální kontraceptiva.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nouzová (postkoitální) kontraceptiva .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • LP ke snižování hladiny cholesterolu .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • LP ke snižování krevního tlaku.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • LP proti migréně (užívané preventivně) .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • LP k léčbě některých chronických onemocnění (astma, diabetes, dna, apod.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32) Měla by být výše úhrady pojišťovny pacientovi u těchto výdejů zpětně proplacena tak, aby pacient zaplatil doplatek ve stejné výši jako při klasickém výdeji na lékařský předpis?

- ano, po dodatečném schválení lékařem     ne, pacient vždy zaplatí plnou cenu     nevím

---

33) Víte, že jako pacienti máte možnost (jako lékárníci dokonce povinnost) pomoci při vývoji LP a ochraně zdraví formou hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků (např. podezření na nepředpokládané reakce, zneužívání léčivých přípravků, podezření na neúčinnost atd.)?

- nevím, nikdy jsem nehlásil/a                       informace předávám lékaři  
 vím, ale nežádoucí účinky LP nehlásím                       využívám tuto možnost a sám oznamuji  
 informace předávám jinému lékárníkovi                       nežádoucí účinky SÚKLu

34) Je pro Vás reklama na léčivé přípravky zdrojem relevantních informací?

- ano       ano, ale pouze ta v odborném tisku       ne

35) Odkud nejčastěji získáváte informace o léčivých přípravcích?

(Označte **maximálně dvě** odpovědi.)

- z AISLPu       z příbalového letáku       od lékaře       od lékárníka  
 od přátel, příbuzných, známých       z internetu (doplňte): www. ....  
 z reklamy, rekl. materiálů, propagace firem       jiný zdroj (uveďte): .....

36) Odkud nejčastěji získáváte informace o platné legislativě?

(Označte **maximálně dvě** odpovědi.)

- z odborných periodik       legislativě nerozumím       od kolegů, nadřízených  
 z veřejných médií       o legislativu se nezajímám       z internetu: www. ....  
 náhodně, různě       jiný zdroj (uveďte): .....

37) Jak vnímáte možnost nakupování volně prodejných léčivých přípravků na internetu?

(Označte **jednu** možnost, která **nejvíce** odpovídá Vašemu postoji.)

- Pozitivně. Pacienti, kteří tohoto využívají, nemusejí navštěvovat lékárnou.  
 Pozitivně. Využívá-li ho pacient jen výjimečně jako doplňkovou službu.  
 Pozitivně. Pouze však pro porovnání a ověření sortimentu a cen v jednotlivých "kamenných lékárnách", které může v případě potřeby později osobně navštívit.  
 Negativně. Bez odborného pohovoru v lékárně hrozí pacientovi mnohá rizika.  
 Negativně. Hrozí zneužívání léčiv či jejich nelegální prodej.  
 Nevím. Nemám na tuto problematiku žádný názor.

38) Nakupujete (jako pacient) volně prodejné léčivé přípravky na internetu?

- nikdy       zcela výjimečně       občas       často, odkudkoliv  
 často, ověřuji si ale, jsou-li nabízeny schválenou "kamennou" lékárnou

39) Jaké jsou hlavní důvody Vašeho studia na farmaceutické fakultě?

(Označte **maximálně tři** odpovědi.)

- vědecké úmysly       práce mezi lidmi       přání rodičů, okolí  
 práce ve zdravotnictví       respektovaná profese       nepřijetí na jinou fakultu (jakou): .....  
 práce s pacienty       dobře placená profese       jiný důvod (doplňte): .....

40) Jak jste spokojen/a s výběrem profese po absolvování dosavadního studia a praxe?

- zcela spokojen/a       nevím, neutrální postoj       částečně nespokojen/a  
 částečně spokojen/a       zcela nespokojen/a

41) Jaké jsou Vaše nejbližší plány po dokončení studia?

(Označte **maximálně dvě** odpovědi.)

- práce ve veřejné lékárně       jiná práce (jaká): .....       postgraduální studium (kde): .....  
 práce v nemocniční lékárně       odchod do zahraničí       studium jiného oboru (jakého): .....  
 práce ve farm. průmyslu       zatím nejsem rozhodnut/a       jiná varianta: .....

***Děkujeme za Vaši spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku!***



# Příloha 3 Dotazník „Studenti 5. ročníku 2011“

## Dotazník pro studenty 5. ročníku FaF (2011)

Vážení studenti, obrácíme se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká Vašich zkušeností a postojů získaných půlroční praxí v lékárně. Věnujte nám proto, prosím, přibližně 30 min. ze svého volného času. Vaše odpovědi budou sloužit jako podklad pro dlouhodobý výzkum katedry a slanou se tak jedinečnými a cennými daty. Cílem dotazníku je anonymizován, a proto prosíme o maximální upřímnost při odpovídání. Předem Vám velice děkujeme.

\*Povinné pole

### 1. Pohlaví \*

- muž  
 žena

### 2. Věk \*

### 3. Napište název obce, ze které pocházíte.

V případě malé obce nebo možné změny vepište do závorky i kraj.

### 4. Nachází se ve Vašem širším rodinném prostředí lékárník či farmaceut?

- ano  
 ne  
 nevím, nechci odpovídat

### 5. V kolika lékárnách jste vykonával/a svou půlroční praxi?

Do pole vpište číselci. Nebude-li chtít odpovědět, nechte pole prázdné.

### 6. Byla jednou z nich lékárná s odbornými pracovníky (nemocniční lékárná)?

- ano  
 ne  
 nevím, nechci odpovídat

### 7. Měla jste před nástupem na půlroční praxi dřívější zkušenosti s prací v lékárně?

Povinně praxe v rámci studia se nepočítají.

ano, v lékárně jsem pracoval/a také před půlroční praxí

ano, měla jsem zkušenosti, ale velice malé

ne, neměla jsem téměř žádné zkušenosti

nevím, nechci odpovídat

### 8. Jaký byl název obce lékárný? (V případě malé obce nebo možné změny vepište do závorky i kraj.) \*

Vyberte si nyní jednu z lékáren (např. tu, ve které jste strávili nejdelší dobu) a podle ní odpovídejte na tl. 9. Jakého typu byla tato lékárná?

V případě potřeby jiné odpovědi, použijte možnost "Jiné":

- soukromá, veřejná lékárná; majitel lékárník  
 soukromá, veřejná lékárná; majitel nelékárník  
 řetězcová lékárná  
 nemocniční lékárná (lékárná s odbornými pracovníky)  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

### 10. Napište název řetězce, který byl vlastním lékární.

Pokud lékárná nebyla řetězcová, zvolte první možnost. Pokud jméno řetězce není v seznamu, dopište jeho jméno k poslední možnosti "Jiné":

- lékárná nebyla řetězcová  
 Dr. Max  
 Pharmaland  
 Lloyds  
 Novolékárna  
 IPC  
 Europharm  
 Vital  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

### 11. Kolik lékárníků bylo v lékárně zaměstnáno?

Sebe ani jiného praktikanta nepočítejte. Vedoucího lékárníka započítejte.

### 12. Kolik farmaceutických asistentů bylo v lékárně zaměstnáno?

### 13. Kolik dalších pracovníků bylo v lékárně zaměstnáno?

(sanitář, účetní, majitel-nelékárník apod.)

### 14. Dostával/a jste za svou práci v lékárně mzdu?

- ne  
 ano  
 ano, ale až po určité době nebo částečně  
 nevím, nechci odpovídat

### 15. Jakou hrubou mzdu jste měsíčně dostával/a?

Částku pište bez mezer, čarok, teček i označení "Kč". Vepsat můžete i nulu. Nechcete-li odpovídat, nechte pole prázdné.

### 16. Jak se jmenoval v lékárně používaný lékárenský software?

Pokud název chybí v seznamu, dopište jej k poslední možnosti "Jiné":

- FaRMIS (běžná MS-DOS verze)  
 FaRMIS (nová Windows verze)  
 Mediox  
 Lekis  
 Radix  
 LOS Maxima  
 Disimo  
 Medico  
 Amis  
 Pentenium  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

### 17. Jak byste vyjádřila svou spokojenost s užíváním tohoto programu?

- velmi spokojen/a  
 spokojen/a  
 neutrální postoj  
 mírně nespokojen/a  
 velmi nespokojen/a  
 nevím, nechci odpovídat

### 18. Umožnil Vám lékárenský program nahlédnout do lékové historie pacienta?

(Dokázal zobrazit předchozí výdeje v dané lékárně?)

- ne, nemožňoval  
 ano, ale nevyužíval/a jsem ji  
 ano, využíval/a jsem ji OBČAS  
 ano, využíval/a jsem ji ČASTO  
 nevím, nechci odpovídat

### 19. Seznámila jste se během své praxe se všemi činnostmi v lékárně?

- ano, téměř se všemi (se všemi hlavními)  
 ano, s většinou (s NĚKTERÝMI činnostmi, které bych měla/zvládat, jsem se neseznámila)  
 pouze s některými (s MNOHA běžnými činnostmi jsem se neseznámila)  
 velice omezeně; celou praxi jsem se věnoval/a téměř jedné činnosti (téměř jen expedici, jen laborator, apod.)  
 nevím, nechci odpovídat

### 20. Jak moc byla různorodá Vaše práce v lékárně?

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- věnoval/a jsem se podle potřeb a situace VŠEM činnostem tak, jako běžný zaměstnanec (expedice, objednávky, retaxace, laborator apod.)  
 věnoval/a jsem se podle potřeb a situace VĚTŠINĚ činnostem (některé jsem ale neprováděl, např. objednávky apod.)  
 ZPOČÁTKU jsem se věnoval/a různým činnostem, později jsem už vykonával/a pouze OMEZENÝ VÝBĚR z běžných činností (pouze expedice, pouze laborator, pouze příjem apod.)  
 CELOU praxi v dané lékárně jsem se věnoval/a pouze OMEZENĚMU VÝBĚRU z činností (pouze expedice, pouze laborator, pouze příjem apod.)  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

### 21. Věnoval se Vám během praxe jiný zaměstnanec?

- ano, během celé praxe jsem měl k dispozici dohlížejícího lékárníka (příp. jiného pracovníka)  
 ano, dohlíželi na mě, ale pouze na začátku praxe, později jsem pracoval téměř samostatně  
 ano, věnovali se mi, ale pouze v případě, že jsem požádal/a o radu nebo pomoc  
 věnovali se mi velice omezeně  
 téměř se mi nikdo nevěnoval  
 připadal/a jsem si zbytečný/á, někdy i na obtíž  
 nevím, nechci odpovídat

### 22. Jak celkově hodnotíte organizaci práce, činnost a systém v lékárně a její management (vedení)?

(ve vztahu k pacientům i mezi zaměstnanci a vedením vzájemně)

- perfektně organizovaný  
 dobře organizovaný  
 postačující, fungující  
 s malými nedostatky  
 často nefungující  
 chaotický, neorganizovaný

### 23. Prováděl/a jste při expedici dispenzační minimum?

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- ano, prováděl/a jsem vždy  
 většinou ano, dle vlastního uvážení  
 velice omezeně, z důvodu nezájmu většiny pacientů  
 velice omezeně, z důvodu nedostatku času  
 ano, ale pouze v případě zájmu či přímého dolazu pacienta  
 ne, neprováděl (téměř nebo vůbec)  
 nevím, nechci odpovídat

### 24. Snažil/a jste se v případě potřeby kontaktovat (např. telefonicky) předepiřujícího lékaře?

Plati i neúspěšné pokusy.

- často (skoro denně, někdy i několikrát)
- občas (několikrát týdně)
- výjimečně (několikrát měsíčně)
- zcela výjimečně (několikrát za rok)
- ne, téměř nikdy
- nevím, nechci odpovědět

**25. Jak byste ve většině případů charakterizovala chování lékaře při komunikaci s Vámi?**  
Označte jako ve škole.

- 1 - velmi vstřícný
- 2 - spolupracující
- 3 - odměřený, neutrální
- 4 - špatné spolupracující
- 5 - nespoupracující
- nevím, nechci odpovědět

**26. Kdo zodpovídal za přípravu léčivých přípravků v laboratorní a samotný provoz laboratoře?**  
Provozem se myslí např. systém objednávání surovin, organizace a děba práce apod. Použít můžete i možnost "Jiné".

- farmaceutický asistent
- lékárník
- vedoucí lékárník
- já, student/ka na praxi
- nikdo konkrétní (náhodně, kdo měl možnost)
- laboratoř téměř nebyla v provozu
- nevím, nechci odpovědět
- Jiné:

**27. Vyřadil farmaceutický asistent léčivé přípravky vázané na lékařský předpis (běžné či výjimečné)?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- ano, na příkaz lékárníka
- ano, z vlastní iniciativy
- ano, lékárník o tom mnohdy ani nevěděl
- ano, přes výslovný nesouhlas lékárníka
- ne, téměř nikdy
- ne, nikdy
- nevím, nedokáži určit, nechci odpovědět

**28. Vyřadil farmaceutický asistent volně prodejné léčivé přípravky s omezením (běžné či výjimečné)?**

Jedná se o léčivé přípravky s pseudofedrinem (Modafen, Paralen plus, Nurofen stopgrip,...).

- ano, na příkaz lékárníka
- ano, z vlastní iniciativy
- ano, lékárník o tom mnohdy ani nevěděl
- ano, přes výslovný nesouhlas lékárníka
- ne, téměř nikdy
- ne, nikdy
- nevím, nedokáži určit, nechci odpovědět

**29. Do jaké míry dodržovali pacienti diskretní zónu (dostatečný odstup od táry, u které stál jiný pacient)?**

- téměř vždy dodržovali
- většinou dodržovali
- někteří dodržovali, někteří ne (cca 50:50)
- většinou nedodržovali
- téměř nikdy nedodržovali
- nevím, nechci odpovědět

**30. Byla informace o diskretní zóně v lékárně vyznačena?**

Budete-li chtít odpovědět jinak, využijte možnosti "Jiné".

- ne, nebyla
- ano, nápísem na podlaže
- ano, upozorněním umístěným na táře
- ano, stojanem s upozorněním
- ano, kombinací více variant
- nevím, nechci odpovědět
- Jiné:

**31. Jak jste se zachovala při nedodržování diskretní zóny pacientem?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- VŽDY jsem je upozornila (+++)
- VĚTŠINOU jsem je upozornila (++)
- NĚKDY jsem je upozornila (+)
- VĚTŠINOU jsem si toho vůbec NEvšímala (-)
- sámsama jsem NIKDY tento problém NEřešila, bylo mi to jedno (-)
- nevím, nechci odpovědět

**32. Používala jste generickou substituci během Vaší praxe?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- pouze v případě aktuální nedostupnosti LP na skladě v lékárně
- ano, sám jsem aktivně pacientům navrhol záměnu za levnější variantu LP
- ano, pouze když pacient sám projevil zájem o záměnu za jiný (např. levnější) LP
- ano, prováděl jsem ji na základě "pozitivních listů" (nebo jiných nařízení), kterými jsme v lékárně aktivně zaměřovali preferované LP

- většinou jsem se generické substituci snažil vyhnout (z různých důvodů)
- nevím, nechci odpovědět

**33. Jak jste VĚTŠINOU postupovali při výdeji LP na opakovacím receptu?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- souhlasil-li pacient, provedl jsem všechny výdeje najednou (obzvláště, když byly LP bez doplatku)
- provedla jsem jeden výdej, vypsala si z něj výpis a pacientovi vrátil originál receptu k příštímu výdeji (třeba i v jiné lékárně)
- provedla jsem jeden výdej, vypsala si z něj výpis a originál schoval pacientovi v lékárně k příštímu výdeji (v téže lékárně); pacient "dostal číslo"
- pacienti opakované výdeje často nežádali, postupoval/a jsem tedy stejně jako u klasického receptu a provedl celkově pouze jeden výdej
- s opakovacími recepty jsem se téměř nesetkával/a
- nevím, nechci odpovědět

**34. Jak moc byla pro Vás práce v lékárně stresující?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti. Číslo odpovídá školnímu známkování.

- 1 - v lékárně panovala většinou klid a pořádek
- 2 - občasné stresující, po čase se stres opět vytratil
- 3 - často stresující
- 4 - velmi často stresující
- 5 - stresující téměř po celou pracovní dobu
- nevím, nechci odpovědět

**35. Kdo byl NEJČASTĚJŠÍ příčinou stresových situací?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti, příp. doplňte v možnosti "Jiné".

- velké množství pacientů (časté fronty)
- problematičtí pacienti
- špatné vztahy na pracovišti mezi zaměstnanci lékární
- špatné vztahy s vedením lékární
- špatná organizace a děba práce, orientace ve skladě apod.
- nevhodné pracovní prostředí (světlo, teplo, špína, nepořádek apod.)
- má osobní nezákušenost
- Jiné:

**36. Byla v lékárně klimatizace nebo napojení na centrální vzduchotechniku?**

- ano a fungovala správně
- ano, ale nefungovala ideálně (špatné nastavení, nevhodná obsluha)
- ano, ale vůbec nefungovala (nebyla zapnutá nebo byla mimo provoz)
- ne, nebyla
- nevím, nechci odpovědět

**37. Jaký vliv mají ZNALOSTI ZE ŠKOLY A ODBORNÉHO TISKU (apod.) na výběr léčivého přípravku, který nabízejte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovědět

**38. Jaký vliv má REKLAMA (všechny druhy, vč. návštěv reprezentantů firem) na výběr léčivého přípravku, který nabízejte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovědět

**39. Jaký vliv mají MOJE OSOBNÍ ZKUŠENOSTI (nebo zkušenosti mně blízkých osob) na výběr léčivého přípravku, který nabízejte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovědět

**40. Jaký vliv mají ZKUŠENOSTI ZÍSKANÉ PRAXÍ (zpětná vazba od pacientů, lékařů nebo kolegů) na výběr léčivého přípravku, který nabízejte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovědět

41. Jaký vliv má MANAGEMENT V LÉKÁRNĚ (doporučení nebo tlak vedení lékární- nadřízených a kolegů) na výběr léčivého přípravku, který nabízte nebo doporučujete pacientovi?

Cím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- neví, nechci odpovídat

42. Jak vnímáte možnost nakupování VOLNĚ PRODEJNÝCH LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ na internetu?

Označte jednu možnost, která nejvíce odpovídá Vašemu postoji.

- Pozitivně. Pacienti, kteří tohoto využívají, nemusejí navštěvovat lékaře.
- Pozitivně. Využívá-li ho pacient jen výjimečně jako doplňkovou službu.
- Pozitivně. Pouze však pro porovnání a ověření sortimentu a cen v jednotlivých "kamenných lékárnách", které může v případě potřeby později osobně navštívit.
- Negativně. Bez odborného pohovoru v lékárně hrozí pacientovi mnohá rizika.
- Negativně. Hrozí zneužívání léčiv či jejich nelegální prodej.
- Negativně. Prodej léčivých přípravků přes internet je riziková činnost a hrozí mnoha nebezpečí.
- Nevím, nechci odpovídat, nemám názor na tuto problematiku.

43. Jakou hodnotou (dle Vašeho názoru) by měla být stanovena maximální hranice pro "motivační odměny" FARMACEUTŮM (lékárnám) od výrobců a distributorů LP? (Překročením této Vámi stanovené hranice by se pak jednalo o korupci.)

Odměnou se rozumí celková finanční i nefinanční motivace související s propagací léčivých přípravků, např. prezentační večere pro zaměstnance lékární, zaplacení poplatků na konferenci, příp. množstevní slevy (2+1, 5+2, 10+3 zdarma a podobně). Číslo napište bez mezer, čárek, teček a bez označení symbolu "Kč". Částkou se rozumí celková hodnota darů a odměn od všech subjektů za jeden měsíc jedné lékárně.

44. Jakou hodnotou (dle Vašeho názoru) by měla být stanovena maximální hranice pro "motivační odměny" LÉKAŘŮM (ordinacím) od výrobců a distributorů LP? (Překročením této Vámi stanovené hranice by se pak jednalo o korupci.)

Odpovězte podobně jako u předchozí otázky. Odměnou se rozumí finanční i nefinanční motivace k preskripční preferenci konkrétního léčivého přípravku, kterou mohou být bezplatné vzorky LP, zaplacení pobytu na zahraničním kongresu, kancelářské potřeby, vstupenky na kulturní akce apod. Částkou se rozumí celková hodnota darů a odměn od všech subjektů za jeden měsíc jednomu lékaři (ordinaci).

45. Jaký je Váš postoj k cenotvorbě léčivých přípravků v ČR?

Označte jednu možnost, která NEJVÍCE odpovídá Vašemu postoji. Označte jako ve škole.

- 1 - systém cenotvorby LP je v současnosti dle mého názoru v pořádku
- 2 - systém cenotvorby LP je nastaven správně, ale má drobné nedostatky
- 3 - systém cenotvorby LP je příliš složitý a měl by se zjednodušit
- 4 - systém cenotvorby LP má mnoho chyb a měl by se upravit
- 5 - systém cenotvorby LP je zcela nevyhovující a měl by být nahrazen systémem novým
- neví, nechci odpovídat

46. Jaké je dle Vašeho názoru nejlepší řešení současného stavu lékové politiky v ČR?

Označte jednu možnost, která NEJVÍCE odpovídá Vašemu postoji. Můžete případně využít i možnost "Jiné".

- na současném stavu shledávám vše v pořádku
- řešením by bylo omezení a zpřísnění vstupu LP na trh
- přísnější vyjednávání s výrobci LP o cenách, častější revize úhrad, tlak na výrobce k nižší ceně
- zavedení jednotných cen a doplatek ve všech lékárnách, které by si již nekonkurovaly cenou LP, ale kvalitou poskytovaných služeb
- důslednější dodržování platné legislativy ze strany všech subjektů
- zvýšení rozpočtu resortu zdravotnictví, případně zvýšení podílu na výdaje na LP
- neví, nechci odpovídat
- Jiné:

47. Jak jste spokojen/a s výběrem profese po absolvování dosavadního studia a praxe?

Ohodnoťte jako ve škole.

- 1 - zcela spokojen/a
- 2 - částečně spokojen/a
- 3 - doposud neví, neutrální postoj
- 4 - částečně nespokojen/a
- 5 - zcela nespokojen/a

Pokud jste ochotní být v budoucnosti (max. 1-2x ročně) upozorněni na dotazníky týkající se práce v lékárně a Vašich postojů a zkušeností, můžete uvést svou e-mailovou adresu, na kterou Vám upozornění bude zasláno. Dotazníky jsou zpracovávány zcela anonymně.

Nechcete-li e-mailovou adresu uvést, nechte pole prázdné. Svě rozhodnutí můžete kdykoliv odvolat. Předem děkujeme za spolupráci.

Nikdy přes Formuláře Google neposíláte hesla.

Používá technologii [Dokumenty Google](#)

[Nahlásit zneužití](#) - [Smluvní podmínky služby](#) - [Další smluvní podmínky](#)

# Příloha 4 Dotazník „Studenti 5. ročníku 2012“

## Dotazník pro studenty 5. ročníku FaF (2012)

Vážení studenti, obrácíme se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká Vašich zkušeností a postojů získaných půlroční praxí v lékárně. Věnujte nám proto, prosím, přibližně 15-20 min. ze svého volného času. Vaše odpovědi budou sloužit jako podklad pro dlouhodobý výzkum kalendry a stanou se tak jedinečnými a cennými daty. Celý dotazník je anonymizován, a proto prosíme o maximální upřímnost při odpovídání. Předem Vám velice děkujeme.

\*Povinné pole

### Charakteristika studenta

#### 1. Pohlaví \*

- muž  
 žena

#### 2. Věk \*

#### 3. Napište název obce, ze které pocházíte.

V případě malé obce nebo možné záměny vepište do závorky i kraj.

#### 4. Nachází se ve Vašem širším rodinném prostředí lékárník či farmaceut?

- ano  
 ne  
 nevím, nechci odpovídat

#### 5. V kolika lékárnách jste vykonával/a svou půlroční praxi?

Do pole vpište číslíci. Nebudete-li chtít odpovídat, nechte pole prázdné.

#### 6. Byla jednou z nich lékárnou s odbornými pracovišti (nemocniční lékárnou)?

- ano  
 ne  
 nevím, nechci odpovídat

#### 7. Měla jste před nástupem na půlroční praxi dřívější zkušenosti s prací v lékárně?

Povinně praxe v rámci studia se nepočítají.

- ano, v lékárně jsem pracovala/a také před půlroční praxí  
 ano, měla jsem zkušenosti, ale velice malé  
 ne, neměla jsem téměř žádné zkušenosti  
 nevím, nechci odpovídat

### Charakteristika lékární

Vyberte si nyní jednu z lékáren (např. tu, ve které jste strávili nejdelší dobu) a podle ní odpovídejte na otázky v následujícím oddíle.

#### 8. Jaký byl název obce lékárně? \*

V případě malé obce nebo možné záměny vepište do závorky i kraj.

#### 9. Jakého typu byla tato lékárná?

V případě potřeby jiné odpovědi, použijte možnost "Jiné".

- soukromá, veřejná lékárná; majitel lékárník  
 soukromá, veřejná lékárná; majitel nelékárník  
 řetězcová lékárná  
 nemocniční lékárná (lékárná s odbornými pracovišti)  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

#### 10. Napište název řetězce, který byl vlastním lékárnou.

Pokud lékárná nebyla řetězcová, zvolte první možnost. Pokud jméno řetězce není v seznamu, dopište jeho jméno k poslední možnosti "Jiné".

- lékárná nebyla řetězcová  
 Dr. Max  
 Pharmed  
 LLOYDS  
 Novolékárna  
 IPC  
 Europharm  
 Vital  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

#### 11. Kolik lékárníků bylo v lékárně zaměstnáno?

Sebe ani jiného praktika nepočítejte. Vedoucího lékárníka započítejte.

#### 12. Kolik farmaceutických asistentů bylo v lékárně zaměstnáno?

#### 13. Kolik dalších pracovníků bylo v lékárně zaměstnáno?

(sanitářky, účetní, majitel-nelékárník apod.)

#### 14. Dostával/a jste za svou práci v lékárně mzdu?

- ne  
 ano  
 ano, ale až po určité době nebo částečně  
 nevím, nechci odpovídat

#### 15. Jakou hrubou mzdu jste měsíčně dostával/a?

Částku pište BEZ mezer, čárek, teček i označení "Kč". Vepsat můžete i nulu. Nechcete-li odpovídat, nechte pole prázdné.

#### 16. Jak se jmenoval v lékárně používaný lékárenský software?

Pokud název chybil v seznamu, dopište jej k poslední možnosti "Jiné".

- FaRMIS (starší MS-DOS verze)  
 FaRMIS (novější Windows verze)  
 Mediox  
 Lekis  
 Radix  
 LOS Maxima  
 Disimo  
 Medico  
 Amis  
 Pentenium  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

#### 17. Jak byste vyjádřil/a svou spokojenost s užíváním tohoto programu?

Označte jako ve škole.

1 2 3 4 5

velmi spokojen/a      velmi nespokojen/a

#### 18. Umožnil Vám lékárenský program nahlédnout do lékové historie pacienta?

(Dokázal zobrazit předchozí výdej v dané lékárně?)

- ne, neumožňoval  
 ano, ale nevyužíval/a jsem ji  
 ano, využíval jsem ji OBČAS  
 ano, využíval jsem ji ČASTO  
 nevím, nechci odpovídat

#### 19. Seznámil/a jste se během své praxe se všemi činnostmi v lékárně?

- ano, téměř se všemi (se všemi hlavními)  
 ano, s většinou (s NĚKTERÝMI činnostmi, které bych měla/zládat, jsem se neseznámil/a)  
 pouze s některými (s MNOHA běžnými činnostmi jsem se nesešel/a)  
 velice omezeně; celou praxi jsem se věnoval/a téměř jedné činnosti (téměř jen expedici, jen laboratoř, apod.)  
 nevím, nechci odpovídat

#### 20. Jak moc byla různorodá Vaše práce v lékárně?

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- věnoval/a jsem se podle potřeb a situace VŠEM činnostem tak, jako běžný zaměstnanec (expedice, objednávky, retaxace, laboratoř apod.)  
 věnoval/a jsem se podle potřeb a situace VĚTŠINĚ činnostem (některé jsem ale neprováděl, např. objednávky apod.)  
 ZPOČÁTKU jsem se věnoval/a různým činnostem, později jsem už vykonával/a pouze OMEZENÝ VÝBĚR z běžných činností (pouze expedice, pouze laboratoř, pouze příjem apod.)  
 CELOU praxi v dané lékárně jsem se věnoval pouze OMEZENÉMU VÝBĚRU z činností (pouze expedice, pouze laboratoř, pouze příjem apod.)  
 nevím, nechci odpovídat  
 Jiné:

#### 21. Věnoval se Vám během praxe nějaký zaměstnanec?

- ano, během celé praxe jsem měl k dispozici dohlížejícího lékárníka (příp. jiného pracovníka)  
 ano, dohlížel na mě, ale pouze na začátku praxe, později jsem pracoval téměř samostatně  
 ano, věnovali se mi, ale pouze v případě, že jsem požádal/a o radu nebo pomoc  
 věnovali se mi velice omezeně  
 téměř se mi nikdo nevěnoval  
 připadal/a jsem si zbytečný/a, někdy i na obtíž  
 nevím, nechci odpovídat

#### 22. Jak celkově hodnotíte organizaci práce, činnost a systém v lékárně a její management (vedení)?

(ve vztahu k pacientům i mezi zaměstnanci a vedením vzájemně)

1 2 3 4 5

perfektně organizovaný      chaotický, neorganizovaný

#### 23. Prováděl/a jste při expedici dispenzační minimum?

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- ano, prováděl/a jsem vždy  
 většinou ano, dle vlastního uvážení  
 velice omezeně, z důvodu nezájmu většiny pacientů  
 velice omezeně, z důvodu nedostatku času  
 ano, ale pouze v případě zájmu či přímého dotazu pacienta  
 ne, neprováděl (téměř nebo vůbec)  
 nevím, nechci odpovídat

**24. Snažila jste se v případě potřeby kontaktovat (např. telefonicky) předepisujícího lékaře?**

Plati i neúspěšné pokusy.

- často (skoro denně, někdy i několikrát)
- občas (několikrát týdně)
- výjimečně (několikrát měsíčně)
- zcela výjimečně (několikrát za rok)
- ne, téměř nikdy
- nevím, nechci odpovídat

**25. Jak byste ve většině případů charakterizovala chování lékaře při komunikaci s Vámi?**

Označte jako ve škole.

- 1 - velmi vstřícný
- 2 - spolupracující
- 3 - odměřený, neutrální
- 4 - špatně spolupracující
- 5 - nespolupracující
- nevím, nechci odpovídat

**26. Kdo zodpovídal za přípravu léčivých přípravků v laboratoři a samotný provoz laboratoře?**

Provozom se myslí např. systém objednávání surovin, organizace a děba práce apod. Použít můžete i možnost "Jiné".

- farmaceutický asistent
- lékárník
- vedoucí lékárník
- já, student/ka na praxi
- nikdo konkrétní (náhodně, kdo měl možnost)
- laboratoř téměř nebyla v provozu
- nevím, nechci odpovídat
- Jiné:

**27. Vydával farmaceutický asistent léčivé přípravky vázané na lékařský předpis (běžné či výjimečné)?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- ano, na příkaz lékárníka
- ano, z vlastní iniciativy
- ano, lékárník o tom mnohdy ani nevěděl
- ano, přes výslovný nesouhlas lékárníka
- ne, téměř nikdy
- ne, nikdy
- nevím, nedokáži určit, nechci odpovídat

**28. Vydával farmaceutický asistent volně prodejné léčivé přípravky s omezením (běžné či výjimečné)?**

Jedná se o léčivé přípravky s pseudoefedrinem (Modafen, Postinor, Escapelle, Paralen plus, Nurofen stoptrip...).

- ano, na příkaz lékárníka
- ano, z vlastní iniciativy
- ano, lékárník o tom mnohdy ani nevěděl
- ano, přes výslovný nesouhlas lékárníka
- ne, téměř nikdy
- ne, nikdy
- nevím, nedokáži určit, nechci odpovídat

**29. Do jaké míry dodržovali pacienti diskretní zónu (dostatečný odstup od tary, u které stál jiný pacient)?**

1 2 3 4 5  
téměř vždy dodržovali      téměř nikdy nedodržovali

**30. Byla informace o diskretní zóně v lékárně vyznačena?**

Zatrhnout můžete více možností. Můžete také využít možnosti "Jiné".

- ne, nebyla
- ano, nápisem na podlaže
- ano, upozorněním umístěným na táře
- ano, stojanem s upozorněním
- nevím, nechci odpovídat
- Jiné:

**31. Jak jste se zachovala při nedodržení diskretní zóny pacientem?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- VŽDY jsem je upozornila (+++)
- VĚTŠINOU jsem je upozornila (++)
- NĚKDY jsem je upozornila (+)
- VĚTŠINOU jsem si toho vůbec nevšímal/a (-)
- sám/sama jsem NIKDY tento problém NEřešila, bylo mi to jedno (-)
- nevím, nechci odpovídat

**32. Používala jste generickou substituci během Vaší praxe?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti. Jaký byl Váš nejčastější postup?

- pouze v případě aktuální nedostupnosti LP na skladě v lékárně
- ano, sám jsem aktivně pacientům navrhoval záměnu za levnější variantu LP
- ano, pouze když pacient sám projevil zájem o záměnu za jiný (např. levnější) LP
- ano, prováděl jsem ji většinou na základě "pozitivních listů" (nebo jiných nařízení), kterými jsme v lékárně aktivně zaměňovali preferované LP
- většinou jsem se generické substituci snažil vyhnout (z různých důvodů)
- nevím, nechci odpovídat

**33. Jak jste VĚTŠINOU postupovali při výdeji LP na opakovacím receptu?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

- souhlasil-li pacient, provedl jsem všechny výdeje najednou (obzvláště, když byly LP bez doplatku)
- provedl/a jsem jeden výdej, vypsala/a si z něj výpis a pacientovi vrátil originál receptu k příštímu výdeji (třeba i v jiné lékárně)
- provedl/a jsem jeden výdej, vypsala/a si z něj výpis a originál schoval pacientovi v lékárně k příštímu výdeji (v téže lékárně); pacient "dostal číslo"
- pacienti opakované výdeje většinou vůbec nežádali, postupovala/a jsem tedy stejně jako u klasického receptu a provedl celkově pouze jeden výdej
- s opakovacími recepty jsem se téměř nesetkával/a
- nevím, nechci odpovídat

**34. Jak moc byla pro Vás práce v lékárně stresující?**

Označte jako ve škole.

1 2 3 4 5  
velice klidná      velice stresující

**35. Kdo byl NEJČASTĚJŠÍ příčinou stresových situací?**

Vyberte možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti, příp. doplňte v možnosti "Jiné." Bylo-li HLAVNÍCH příčin více, zatrhnete více možností.

- velké množství pacientů (časté fronty)
- problematictí pacienti
- špatné vztahy na pracovišti mezi zaměstnanci lékárny
- špatné vztahy s vedením lékárny
- špatná organizace a děba práce, orientace ve skladě apod.
- nevhodné pracovní prostředí (světlo, teplo, špína, nepořádek apod.)
- má osobní zkušenost
- Jiné:

**36. Byla v lékárně klimatizace nebo napojení na centrální vzduchotechniku?**

- ano a fungovala správně
- ano, ale nefungovala ideálně (špatné nastavení, nevhodná obsluha)
- ano, ale vůbec nefungovala (nebyla zapnutá nebo byla mimo provoz)
- ne, nebyla
- nevím, nechci odpovídat

**Ovlivnění výběru léčivého přípravku pro pacienta**

Zhodnoťte, jak Váš výběr ovlivňují znalosti, reklama, vlastní zkušenosti či marketingová politika lékárny.

**37. Jaký vliv mají ZNALOSTI ZE ŠKOLY A ODBORNÉHO TISKU (apod.) na výběr léčivého přípravku, který nabízte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovídat

**38. Jaký vliv má REKLAMA (všechny druhy, vč. návštěv reprezentantů firem) na výběr léčivého přípravku, který nabízte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovídat

**39. Jaký vliv mají MOJE OSOBNÍ ZKUŠENOSTI (nebo zkušenosti mně blízkých osob) na výběr léčivého přípravku, který nabízte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovídat

**40. Jaký vliv mají ZKUŠENOSTI ZISKANÉ PRAXÍ (zpětná vazba od pacientů, lékařů nebo kolegů) na výběr léčivého přípravku, který nabízte nebo doporučujete pacientovi?**

Čím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný
- 1 - velice malý
- 2 - malý
- 3 - průměrný
- 4 - velký
- 5 - zcela rozhodující
- nevím, nechci odpovídat

41. Jaký vliv má **MARKETING LÉKÁRNY** (doporučení nebo tlak vedení lékárny či kolegů) na výběr léčivého přípravku, který nabízíte nebo doporučujete pacientovi?

Cím větší číslo, tím větší vliv.

- 0 - vůbec žádný  
 1 - velice malý  
 2 - malý  
 3 - průměrný  
 4 - velký  
 5 - zcela rozhodující  
 nevim, nechci odpovédět

### Internetové lékárny

42. Jak vnímáte možnost nakupování **VOLNĚ PRODEJNÝCH LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ** na internetu?

Označte jednu možnost, která nejlépe odpovídá Vašemu postoji.

- Pozitivně. Pacienti, kteří tohoto využívají, nemusejí navštěvovat lékárnu.  
 Pozitivně. Využívá-li ho pacient jen výjimečně jako doplňkovou službu.  
 Pozitivně. Pouze však pro porovnání a ověření sortimentu a cen v jednotlivých "kamenných lékárnách", které může v případě potřeby později osobně navštívit.  
 Negativně. Bez odborného pohovoru v lékárně hrozí pacientovi mnohá rizika.  
 Negativně. Hrozí zneužívání léčiv či jejich nelegální prodej.  
 Negativně. Prodej léčivých přípravků přes internet je riziková činnost a hrozí mnoha nebezpečí.  
 Nevím, nechci odpovédět, nemám názor na tuto problematiku.

### Korupce ve zdravotnictví

Odměnou se pro účely následujících dvou otázek rozumí celková finanční i nefinanční motivace související s propagací léčivých přípravků, např. prezentační večeře, zaplacení poplatků na konferenci, zaplacení pobytu na zahraničním kongresu, vstupenky na kulturní akce, bezplatné vzorky LP, kancelářské potřeby, příp. množstevní slevy pro lékárny (2+1, 5+2, 10+3 zdarma a podobně). Číslo napište bez mezer, čárek, teček a bez označení symbolu "Kč". Částkou se rozumí celková hodnota darů a odměn od všech subjektů za jeden měsíc jedné lékárny / jedné ordinaci. Přetřechením této Vámi stanovené hranice by se pak jednalo o korupci.

43. Jakou hodnotou (dle Vašeho názoru) by měla být stanovena maximální hranice pro "motivační odměny" LÉKÁRNÍKŮM (lékárnám) od výrobců a distributorů LP?

44. Jakou hodnotou (dle Vašeho názoru) by měla být stanovena maximální hranice pro "motivační odměny" LÉKÁŘŮM (ordinacím) od výrobců a distributorů LP?

### Cenotvorba léčivých přípravků

45. Jaký je Váš postoj k cenotvorbě léčivých přípravků v ČR? Jaký je podle Vás v současnosti systém cenotvorby LP v ČR?

Oznámujte jako ve škole.

1 2 3 4 5

zcela v pořádku     zcela nevyhovující

46. Jaké je dle Vašeho názoru nejlepší řešení současného stavu lékové politiky v ČR? Označte jednu možnost, která NEJVÍCE odpovídá Vašemu postoji. Můžete případně využít i možnost "Jiné".

- na současném stavu shledávám vše v pořádku  
 řešením by bylo omezení a zpřísnění vstupu LP na trh  
 přitěsnění vyjednávání s výrobci LP o cenách, častější revize úhrad, tlak na výrobce k nižší ceně  
 zavedení jednotných cen a doplatek ve všech lékárnách, které by si již nekonkurovaly cenou LP, ale kvalitou poskytovaných služeb  
 důslednější dodržování platné legislativy ze strany všech subjektů  
 zvýšení rozpočtu rezortu zdravotnictví, případně zvýšení podílu na výdaje na LP  
 nevim, nechci odpovédět  
 Jiné:

### Závěr dotazníku

47. Jak jste spokojen/a s výběrem profese po absolvování dosavadního studia a praxe?

Odhodnotte jako ve škole.

1 2 3 4 5

spokojen/a     nespokojen/a

48. Zde se můžete libovolně vyjádřit k jakémukoliv tématu (z dotazníku i mimo něj). Pište své postřehy z praxe, spokojenost i nespokojenost.

Vzkazem může být skutečně zcela libovolný text.

Pokud jste ochotni být v budoucnosti (asi 1x ročně) upozorněni na dotazníky týkající se práce v lékárně a Vašich postojů a zkušeností, můžete uvést svou e-mailovou adresu, na kterou Vám upozornění bude zasláno. Dotazníky jsou zpracovávány zcela anonymně.

Nechcete-li e-mailovou adresu uvést, nechte pole prázdné. Své rozhodnutí můžete kdykoliv odvolat. Předem děkujeme za spolupráci.

**Příloha 5** Dotazník „Sociologický průzkum 2011“

**POKUD NENÍ V INSTRUKCI U OTÁZKY  
UVEDENO JINAK, ZAKROUŽKUJTE  
VŽDY JEN JEDNU ODPOVĚĎ!**

**REGION (KRAJ)**   **NEVYPLŇUJTE!**

**NEJPRVE VÁS POŽÁDÁM O NĚKOLIK ODPOVĚDÍ, TÝKAJÍCÍCH SE VÁS OSOBNĚ.**

**1. Pohlaví:**

- 1) muž
- 2) žena

**2. Věk (uveďte počet let):** .....

**3. Rodinný stav:**

- 1) svobodný (á)
- 2) ženatý, vdaná
- 3) rozvedený (á)
- 4) vdovec, vdova
- 5) druh, družka

**4. V domácnosti žijete:**

- 1) v manželství
- 2) s partnerem(kou) ve společ. domácnosti
- 3) sám(a) bez stálého partnera
- 4) jiná možnost – uveďte .....

**5. Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- 1) základní
- 2) vyučen nebo SŠ bez mat.
- 3) maturita, VOŠ
- 4) bakalářské, vysokoškolské

**6. Kolik dětí mladších 18 let  
s Vámi žije ve společné  
domácnosti ?**

žije se mnou ..... dětí

**7. Velikost místa bydliště**

- 1) 1 - 499 obyv.
- 2) 500 - 1999 obyv.
- 3) 2000 - 4999 obyv.
- 4) 5000 - 19999 obyv.
- 5) 20000 - 99999 obyv.
- 6) 100000 a více obyvatel

**8. Kolik osob žije ve Vaší domácnosti  
včetně Vás ? Uvažujte prosím pouze  
pouze ty, kteří zde trvale žijí.**

Vypište počet osob: .....

**9. Jaký je čistý měsíční příjem Vaší  
rodiny (domácnosti) ?**

- 1) do 5.000 Kč
- 2) 5.001 - 10.000 Kč
- 3) 10.001 - 15.000 Kč
- 4) 15.001 - 20.000 Kč
- 5) 20.001 - 30.000 Kč
- 6) 30.001 - 40.000 Kč
- 7) 40.001 - 50.000 Kč
- 8) 50.001 Kč a více

**10. Jste věřící ?**

- 1) ano a jsem členem církve, náboženské společnosti
- 2) ano, ale nejsem členem církve, náboženské společnosti
- 3) ne

**11. Jaké je Vaše povolání, kterému se  
obvykle věnujete ?**

- 1) manažer, ředitel, řídicí pracovník apod.
- 2) duševní pracovník (vědec, lékař, učitel, kněz, herec apod.)
- 3) zaměstnanec v ozbrojených složkách (voják, policista, strážník, bezp. služba)
- 4) inženýr, technik
- 5) úředník, administrativní pracovník
- 6) pracovník ve službách (prodavač, obchodní zástupce, zdrav. sestra apod.)
- 7) zemědělec, rolník, farmář, lesník
- 8) dělník
- 9) řemeslník (nemá vlastní živnost)
- 10) živnostník (zaměstnávající do 3 zaměstnanců)
- 11) podnikatel (zaměstnává více než 3 zaměstnance)
- 12) student
- 13) v domácnosti (MD)
- 14) důchodce
- 15) nezaměstnaný
- 16) jiné, uveďte.....

**DOVOLTE MI NYNÍ POLOŽIT VÁM NĚKOLIK OTÁZEK, TÝKAJÍCÍCH SE VAŠEHO ZDRAVÍ A PÉČE O NĚ.**

**12. Pokoušíte se sám(a) nějak léčit, než jdete k lékaři?**

- 1) ano
- 2) ne
- 3) někdy

**13. Kterou z následujících možností zakoupení volně prodejných léčivých přípravků jste někdy využil/a (označte všechny možnosti, které jste využil/a)**

- 1) klasická lékárna
- 2) lékárna se samoobslužným prodejem
- 3) internetová lékárna
- 4) mimo lékárnu – drogerie, benzínová čerpací stanice
- 5) internet mimo internetovou lékárnu
- 6) jiná možnost – uveďte jaká: .....

**14. Při výběru lékárny upřednostňujete především (uveďte jen jednu, tu nejdůležitější možnost)?**

- 1) osobní zkušenost
- 2) nejbližší lékárnu
- 3) nižší cenu
- 4) něco jiného – uveďte co .....
- 5) je mi to jedno

**15. Jakou částku v Kč měsíčně průměrně vynaložíte Vy osobně na volně prodejné léčivé přípravky?**

Na volně prodejné léčivé přípravky měsíčně průměrně vynaložím ..... Kč (vypíšte)

**16. Jakou částku v Kč měsíčně průměrně vynaložíte Vy osobně na doplatky na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis?**

Na doplatky na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis měsíčně průměrně vynaložím ..... Kč (vypíšte)

**17. Kolik volně prodejných léčivých přípravků v současnosti pravidelně denně užíváte?**

V současnosti denně užívám ..... volně prodejných léčivých přípravků (vypíšte)



18. **Kolik léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis v současnosti pravidelně denně užíváte ?**
- V současnosti denně užívám ..... léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis (vypište)
19. **Považujete informace o léčivých přípravcích, které obdržíte v lékárně, za dostačující?**
- 1) ano
  - 2) ne
  - 3) nevím, nedokáži posoudit
20. **Jak hodnotíte z hlediska srozumitelnosti příbalové letáky v léčivých přípravcích? Příbalovým letákům:**
- 1) zcela rozumím
  - 2) spíše rozumím
  - 3) spíše nerozumím
  - 4) vůbec nerozumím
  - 5) nevím, nečtu je
21. **Zaznamenal/a jste někdy nežádoucí účinky po užívání volně prodejných léků ?**
- 1) ano, nežádoucí účinky jsem zaznamenal/a a ohlásil/a v lékárně nebo u lékaře
  - 2) ano, nežádoucí účinky jsem zaznamenal/a, nikde jsem je však neohlásil/a
  - 3) ne, nežádoucí účinky jsem nezaznamenal/a
22. **Využil/a jste někdy některou ze služeb nabízených lékárnami (označte všechny služby, které jste využil/a)**
- 1) měření krevního tlaku
  - 2) měření BMI (Body Mass Indexu)
  - 3) konzultace o užívaných lécích
  - 4) dermatologická poradna
  - 5) jiná služba – uveďte jaká: .....
23. **Jaký je Váš názor na zavedení jednotných cen a doplatků ve všech lékárnách, které by si již nekonkurovaly cenou léčivých přípravků, ale pouze kvalitou poskytovaných služeb? S tímto zavedením:**
- 1) zcela souhlasím
  - 2) spíše souhlasím
  - 3) nevím, nedokáži posoudit
  - 4) spíše nesouhlasím
  - 5) zcela nesouhlasím

DĚKUJEME VÁM ZA ROZHOVOR

**POKUD NENÍ V INSTRUKCI U OTÁZKY  
UVEDENO JINAK, ZAKROUŽKUJTE  
VŽDY JEN JEDNU ODPOVĚĎ!**

**REGION (KRAJ)**   **NEVYPLŇUJTE!**

**NEJPRVE VÁS POŽÁDÁM O NĚKOLIK ODPOVĚDÍ, TÝKAJÍCÍCH SE VÁS OSOBNĚ.**

**1. Pohlaví:**

- 1) muž
- 2) žena

**2. Věk (uved'te počet let):** .....

**3. Rodinný stav:**

- 1) svobodný (á)
- 2) ženatý, vdaná
- 3) rozvedený (á)
- 4) vdovec, vdova
- 5) druh, družka

**4. V domácnosti žijete:**

- 1) v manželství
- 2) s partnerem(kou) ve společ. domácnosti
- 3) sám(a) bez stálého partnera
- 4) jiná možnost – uveďte .....

**5. Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- 1) základní
- 2) vyučen nebo SŠ bez mat.
- 3) maturita, VOŠ
- 4) bakalářské, vysokoškolské

**6. Kolik dětí mladších 18 let  
s Vámi žije ve společné  
domácnosti ?**

žije se mnou ..... dětí

**7. Velikost místa bydliště**

- 1) 1 - 499 obyv.
- 2) 500 - 1999 obyv.
- 3) 2000 - 4999 obyv.
- 4) 5000 - 19999 obyv.
- 5) 20000 - 99999 obyv.
- 6) 100000 a více obyvatel

**8. Kolik osob žije ve Vaší domácnosti  
včetně Vás ? Uvažujte prosím pouze  
pouze ty, kteří zde trvale žijí.**

Vypište počet osob: .....

**9. Jaký je čistý měsíční příjem Vaší  
rodiny (domácnosti) ?**

- 1) do 5.000 Kč
- 2) 5.001 - 10.000 Kč
- 3) 10.001 - 15.000 Kč
- 4) 15.001 - 20.000 Kč
- 5) 20.001 - 30.000 Kč
- 6) 30.001 - 40.000 Kč
- 7) 40.001 - 50.000 Kč
- 8) 50.001 Kč a více

**10. Jste věřící ?**

- 1) ano a jsem členem církve, náboženské společnosti
- 2) ano, ale nejsem členem církve, náboženské společnosti
- 3) ne

**11. Jaké je Vaše povolání, kterému se  
obvykle věnujete ?**

- 1) manažer, ředitel, řídicí pracovník apod.
- 2) duševní pracovník (vědec, lékař, učitel, kněz, herec apod.)
- 3) zaměstnanec v ozbrojených složkách (voják, policista, strážník, bezp. služba)
- 4) inženýr, technik
- 5) úředník, administrativní pracovník
- 6) pracovník ve službách (prodavač, obchodní zástupce, zdrav. sestra apod.)
- 7) zemědělec, rolník, farmář, lesník
- 8) dělník
- 9) řemeslník (nemá vlastní živnost)
- 10) živnostník (zaměstnávající do 3 zaměstnanců)
- 11) podnikatel (zaměstnává více než 3 zaměstnance)
- 12) student
- 13) v domácnosti (MD)
- 14) důchodce
- 15) nezaměstnaný
- 16) jiné, uveďte.....

**DOVOLTE MI NYNÍ POLOŽIT VÁM NĚKOLIK OTÁZEK, TÝKAJÍCÍCH SE VAŠEHO ZDRAVÍ A PÉČE O NĚ.**

**12. Co při výběru lékárny upřednostňujete především (uved'te jen jednu, tu nejdůležitější možnost)?**

- 1) osobní zkušenost (přístup personálu, poskytované služby apod.)
- 2) blízká vzdálenost a dostupnost lékárny
- 3) nižší cena
- 4) je mi to jedno
- 5) něco jiného

**13. Jaký je Váš názor na zavedení jednotných doplatků ve všech lékárnách v ČR, které by si již nekonkurovaly cenou léčivých přípravků, ale pouze kvalitou lékařských služeb? Jednotné ceny by se týkaly pouze léků na recept. S tímto zavedením bych:**

- 1) zcela souhlasil/a
- 2) spíše souhlasil/a
- 3) nevím, nedokáži posoudit, je mi to jedno
- 4) spíše nesouhlasil/a
- 5) zcela nesouhlasil/a

DĚKUJEME VÁM ZA ROZHOVOR

## Příloha 7 Dotazník „Výuka sociální farmacie 2012“

### Questionnaire Survey about Social Pharmacy as a Field of Study in Pharmacy Education

- Faculty of Pharmacy of Charles University, Czech Republic  
- Ibb University, Yemen

#### PART ONE: General Questions

1. Name of your University and Faculty:

2. Your name and position in the school and contact e-mail:

3. How many departments has your Faculty?

4. Do you have a Social Pharmacy department (or similar)?

Social Pharmacy deals with the role of medicines from the social, scientific and humanistic perspectives. It draws on theories of the social and behavioural sciences, and includes health psychology.

- No  
 Yes, in the same name (if in another name, use "other" and fill in name)  
 Jiné:

5. How many staff (lecturers only) has the department?

Answer only if department exists. If not, skip this question.

#### PART TWO: Question about Selected Courses and Subjects in your Faculty

Answer questions about individual 14 subjects and courses.

##### 1. Pharmacoepidemiology

1A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 The topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

1B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

1C: How many hours in total per week has the subject?

##### 2. Pharmacoeconomics

2A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 The topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

2C: How many hours in total per week has the subject?

##### 3. Pharmacy Management

3A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 Yes, the topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

3B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

3C: How many hours in total per week has the subject?

##### 4. Social Pharmacy

4A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 Yes, the topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

4B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

4C: How many hours in total per week has the subject?

##### 5. Pharmacy Legislation, Law and Regulations

5A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 Yes, the topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

5B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

5C: How many hours in total per week has the subject?

##### 6. Pharmaceutical Care

6A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 Yes, the topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

6B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

6C: How many hours in total per week has the subject?

##### 7. Industrial Pharmacy

7A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name  
 Yes, the topic is part of another subject  
 No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

7B: This subject is:

- Obligatory  
 Elective

7C: How many hours in total per week has the subject?

## 8. Psychology

3A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

3B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

3C: How many hours in total per week has the subject?

## 13. Patient Safety

3A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

3B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

3C: How many hours in total per week has the subject?

## 9. Communication

4A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

4B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

4C: How many hours in total per week has the subject?

## 14. Education and Operations of Research

4A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

4B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

4C: How many hours in total per week has the subject?

## 10. Pharmacy Practice

Excluding practical training in pharmacies.

5A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

5B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

5C: How many hours in total per week has the subject?

## PART THREE: Other courses and subject connected with social pharmacy

Please, write next subject taught in field of social pharmacy not mentioned in the questionnaire.

Other subjects:

Place for your additional notes and comments:

## 11. Ethics

6A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

6B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

6C: How many hours in total per week has the subject?

## 12. Health and Drug Policy

7A: Do you have this subject in your curriculum?

- Yes, in the same or similar name
- Yes, the topic is part of another subject
- No, we don't teach this topic (continue to the next subject)

7B: This subject is:

- Obligatory
- Elective

7C: How many hours in total per week has the subject?

## Social Pharmacy as a Field of Study in Undergraduate Pharmacy Education

Jan Kostriba, M.S.<sup>a,\*</sup>, Abdullah Alwarafi, Ph.D.<sup>b</sup> and Prof. Jiri Vleck<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove, Charles University in Prague, Czech Republic

<sup>b</sup>Faculty of Dentistry, Ibb University, Yemen

Submission Date: 8-10-2013; Review completed: 20-12-2013; Accepted Date: 21-1-2014

### ABSTRACT

**Objective:** To ascertain and compare the differences, extent and depth of education in Social Pharmacy and reveal international regional variations. To analyze Social Pharmacy education at different pharmaceutical faculties. To examine the range and scope of teaching subjects partially related to the social, behavioral and administrative pharmacy sciences. **Methods:** A questionnaire survey was developed based on the examination of the study plans of 15 pharmacy schools around the world. A questionnaire was created based on the analysis of the curricula and mailed to 371 deans (or heads of Departments of Social Pharmacy) at colleges and schools of pharmacy in Europe, North America and developing countries (Latin America, Asia and Africa). **Results:** Fifty-one usable surveys were returned to the authors (a 53% response rate). 41% of the respondents reported that their school of pharmacy had a Social Pharmacy Department. In addition, 41% of the schools featured Social Pharmacy as a separate subject. This article describes regional differences and different representation of sub-disciplines. **Conclusions:** Although the most of surveyed schools had Social Pharmacy and related sub-disciplines in their curricula, there were large differences in approach and scope of teaching. Regional trends were discovered connected with the economic, political and social environment of particular regions.

**Keywords:** Social Pharmacy, curriculum, undergraduate, pharmacy education.

### INTRODUCTION

Many changes regarding how health care and its role in society is viewed, as well as how the role of the pharmacist is perceived in particular regions. Creating policy with the goal of increasing the safety, quality and effectiveness of medicines has required the development of study programs such as Social Pharmacy as well as associated subjects. The rapidly developing need for such programs as Social Pharmacy can be mirrored in the emergence of dissimilar sets of guidelines regarding how to teach these subjects. It is therefore necessary to study how these needs have in fact been responded to in university departments. With regard to addressing this need for an overview of developing trends along these

lines, different curriculum studies have recently been conducted.<sup>1,2</sup>

The role of the pharmacist has been described as having eight functions: caregiver, decision-maker, communicator, manager, life-long learner, teacher, leader, and researcher.<sup>3,4</sup> Within this context, there is a need for future pharmacists to be trained in all aspects related to Social Pharmacy, as this provides the background for providing the patient-oriented services associated with each function.<sup>5</sup>

To achieve this goal pharmacy educators must develop a multi-professional edition of the Curriculum Guide, a text which can then be used to inform, support and assist health care professionals, ensuring that patient safety is a top priority in health care education.<sup>6</sup>

DOI: 10.5530/ijper.48.1.2

**Address for correspondence**  
Jan Kostriba, M.S.

Department of Social and Clinical Pharmacy Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove Charles University in Prague  
Ak. Heyrovskeho 1203  
Hradec Kralove 500 05  
Tel.: +420 495 067 271  
Email:  
jan.kostriba@faf.cuni.cz



www.ijper.org

Social Pharmacy is an interdisciplinary discipline which enables the pharmacy professionals to participate in and take responsibility for decisions regarding drug-related issues at the societal level. The rapidly developing discipline of Social Pharmacy is likely to have a central position in the future curricula of pharmacy schools.<sup>7</sup>

Social Pharmacy may be defined as the discipline dealing with the role of medicines from social, scientific and humanistic perspectives. It draws on theories of the social and behavioral sciences, including health psychology. Social Pharmacy may be seen as consisting of all social factors influencing the use of a particular drug, such as medicine-related beliefs, regulations, policy, attitudes, medicine information, ethics and behavior. Several approaches, however, towards a definition of Social Pharmacy have emerged from numerous authors and researchers. In what has become a widely accepted definition, one group of authors terms Social Pharmacy as "The endeavor to integrate drugs into a broader perspective and to include legal, ethical, economic, political, social, communicative, and psychological aspects into their evaluation in order to contribute to the safe and rational use of drugs."<sup>8</sup>

There is no single, superlative model for the education and training of pharmacists which has been accepted world-wide, but there are common concepts, principles and practices that should be employed by pharmacy education policy-makers to meet the needs of communities at the local, regional and even global level. Toward this end, schools and faculties of pharmacy should share knowledge and educational resources with their colleagues world-wide.<sup>9</sup>

Social Pharmacy courses in pharmacy curricula are becoming more important because of the various factors that can influence the health of a society. A deep understanding of the issues related to Social Pharmacy will help the profession further progress toward improving population health.<sup>10</sup>

Social Pharmacy deals with the study of human behavior and as a behavioral science is often associated with disciplines that deal with individuals as well as large and small groups, including psychology, sociology and anthropology.<sup>11</sup> As a relatively new discipline, the theoretical bases of research in the area of Social Pharmacy are still in the process of development.<sup>12</sup>

The objective of our study was to compare the representation of individual disciplines in a wide range of institutions around the world dealing with aspects of Social Pharmacy. Our aim is to describe significant regional differences and identify deficiencies in the content of particular study programs.

The knowledge gained by the study of Social Pharmacy should be considered essential in synthesizing the assorted bodies of knowledge taught in pharmacy, including subjects such as (1) the traditional fundamental sciences such as chemistry, pharmacology, physiology, law and legislation, (2) clinical subjects such as clinical pharmacy, and (3) social science subjects such as communication skills.<sup>10</sup> The main objective of our work is to identify subjects in study plans of schools of pharmacy which can be connected with social pharmacy in a broad scope. The second step is a comparison of the representation of these subjects by region.

## MATERIAL AND METHODS

The first step in the development of our investigation questionnaire was an examination of the study plans of 15 pharmacy schools around the world. The subjects taught at these institutions were divided into 4 different categories: basic, medical, pharmaceutical and social pharmacy courses.<sup>13</sup> Subjects in the social pharmacy group (specifically Social/Behavioral/Administrative and Clinical Pharmacy Sciences) were divided into 14 main branches – Communication, Education and Research Methods, Ethics, Health and Drug Policy, Industrial Pharmacy, Patient Safety, Pharmaceutical Care, Pharmacoeconomics, Pharmacoepidemiology, Pharmacy Legislation, Law and Regulations, Pharmacy Management, Pharmacy Practice, Psychology, Social Pharmacy.

The next phase was the actual creation of a questionnaire based on the results from the first step. The survey had three parts: the first contained 5 general questions to obtain descriptive information related to the apposite university/faculty, i.e. name and position of contact person (respondent) and his/her email address. Other questions dealt with the number of departments at the respondent's faculty. The respondents were also asked if their faculty had a Social Pharmacy department or a similar institution under a different name and, if so, how many lecturers this department had. It can be difficult for somebody to understand exactly what Social Pharmacy is and what it entails, thus a definition was included: "Social pharmacy deals with the role of medicines from the social, scientific and humanistic perspectives. It draws on theories of the social and behavioural sciences, and includes health psychology."<sup>14</sup>

The second part of the questionnaire dealt with questions regarding 14 selected courses and subjects. Respondents answered as to if a particular subject was offered in their curriculum, if the content of the field of knowledge was taught in another course, or if this issue was not included in the curriculum at all. The second question in this part of questionnaire was about

whether the said course was obligatory (compulsory) or elective (optional). The third question concerned how many hours in total the subject was featured in the curriculum.

The third part of the questionnaire was devoted to all other subjects related to Social Pharmacy and there was space for additional comments, suggestions and explanations.

The completed questionnaire was modified into electronic form and an online version was mailed to 371 deans (or heads of Departments of Social Pharmacy or other individuals responsible for the teaching of Social Pharmacy) at colleges and schools of pharmacy in Europe, North and Latin America, Asia, Africa and Australia. The free online service Google Docs was used to create the questionnaire.<sup>15</sup> The list of pharmacy schools, the names and email addresses of the deans as well as information regarding the web pages of colleges and the names of heads of departments of Social Pharmacy or associated instructions was taken from the International Pharmaceutical Federation<sup>16</sup> and the Accreditation Council for Pharmacy Education.<sup>17</sup> The link to the online questionnaire was sent by email in a cover letter in email form describing the intentions and aims of the study and thanked participants in advance for their cooperation in the survey. To maximize the response rate, the cover letter was sent again after 4 weeks to another contact at the schools that had not responded to the first attempt. Considering the type of survey and work with publicly accessible data no informed consents or ethical approvals is required. The data collection lasted two months (October and November 2012) and the results were processed by MS Excel®.

## RESULTS

The study involved 51 faculties; the response rate was a total of 53%. Based on relevant statistics and similarity

in type of health care systems, economic status<sup>18</sup> and the role of pharmacists, regions were divided into three groups: *Europe* (4 responses from the United Kingdom, 3 from Portugal, 2 each from the Czech Republic and Sweden, and 1 each from Denmark, Estonia, Finland, Germany, Macedonia, Malta, Netherlands and Slovakia), *North America* (15 responses from the USA and 1 from Canada) and *developing countries* - Latin America (1 response each from Argentina, Colombia, Chile and Peru), Asia (2 each from Saudi Arabia and United Arab Emirates, and 1 each from Indonesia, Iran, Lebanon, Malaysia, Nepal, Palestine and Yemen), Africa (1 response from Egypt). Table 1 shows the number of countries surveyed as well as the number of responses and response rate.

Regional differences were significant as to the number of relevant departments in the schools. While the European median value was five departments, in North America there were only two, and for developing countries the median value was four departments.

About two-fifths of the respondents (41%) reported that their school of pharmacy has a Social Pharmacy department or a department with a similar name dealing with similar issues. Table 2 shows these regional differences.

Social Pharmacy can be managed either as a module of individual courses/topics within one department, or other institution dealing directly with this research or as a set of courses within various subdivisions (e.g. departments) working independently of each other (all individual courses related to Social Pharmacy then harmonized into one module). 41% of the schools included Social Pharmacy as one separate course only, more often in Europe (59%), and less so in North America (25%) and developing countries (38%).

The main scope of our survey was focused on Social Pharmacy subdisciplines. A number of disciplines such as Pharmacy Legislation, Law and Regulations, Pharmacy Practice, and Ethics and Pharmaceutical Care were

Table 1: Response Rate by Region, N=378

Region	No. of Schools <sup>a</sup>	No. of Surveyed <sup>b</sup>	No. of Responses	(Response Rate) <sup>c</sup>
Europe	111	32	19	(59%)
North America	125	36	16	(44%)
Latin America	48	9	4	(44%)
Asia	80	13	11	(85%)
Africa	5	3	1	(33%)
Australia	9	3	0	(0%)
<b>Total</b>	<b>378</b>	<b>96</b>	<b>51</b>	<b>(53%)</b>

<sup>a</sup>Number of Pharmacy Schools with email contact found

<sup>b</sup>Number of Pharmacy Schools with deliverable email (active delivery and read receipt confirmations)

<sup>c</sup>Response Rate as the proportion of number of responses to the number of surveyed



featured in the curricula of most schools of pharmacy, but there are many regional differences:

First, Pharmacy Management: there is a relative lack of Pharmacy Management courses in European schools, with 26% not featuring these subjects at all, as opposed to only 6% of the tested institutions in North America and in developing countries. A similar result was obtained for the question about Education and Research Methods. This subject is significantly offered less often in European schools (not featured in 47% of them).

Second, Industrial Pharmacy and Pharmacoepidemiology: there is a noticeable lack of these types of courses in North American schools. Industrial Pharmacy subjects are not offered at almost half (44%) of the schools tested in North America, while in Europe and the developing world they are featured significantly more often. A similar result was achieved regarding courses in Pharmacoepidemiology in two groups - 25% of the schools tested in North America and in developing countries did not offer Pharmacoepidemiology, while only 5% of the European schools surveyed did not feature any of these types of subjects at all.

Third, Health and Drug Policy, Patient Safety: a lack of these types of subjects was shown in the developing countries group, wherein 38% and 31% of the schools tested did not offer courses in Health and Drug Policy and Patient Safety, respectively. A detailed representation of this disparity is shown in Table 3 and Chart 1.

Further results deal with the obligatory or elective character of courses. Differences were shown both regionally and regarding individual subjects. In Europe and developing countries 83% of all courses related to Social Pharmacy were shown to be obligatory, while in the North American schools tested the rate was 96% of these subjects being required. A significant number (more than 30%) of some elective courses were not offered at all in the North American group. These subjects include, in European schools Industrial Pharmacy (50% not offered), Pharmaceutical management (36%) and Psychology (33%), and at institutions in developing countries Pharmacoepidemiology (42% not offered), Psychology (42%) and Pharmacoeconomics (33%).

The open question part of questionnaire enabled the respondents to submit information about the other

**Table 2: The Presence of the Social Pharmacy Department or Similar, N=51**

Region	Europe	North America	Developing Countries
Yes	10 52,6%	6 37,5%	5 31,25%
No	8 42,1%	10 62,5%	11 68,75%
No answer	1 5,3%	0 0%	0 0%
<b>Total</b>	<b>19 100%</b>	<b>16 100%</b>	<b>16 100%</b>

**Table 3: Absence of Individual Subjects, N=51**

Subject	Europe (N=19)	North America (N=16)	Developing Countries (N=16)
Communication	16%	6%	6%
Education and Research Methods	47%	38%	19%
Ethics	5%	6%	6%
Health and Drug Policy	16% <sup>a</sup>	6% <sup>b</sup>	38%
Industrial Pharmacy	21% <sup>a</sup>	44%	6%
Patient Safety	21%	6%	31%
Pharmaceutical Care	11%	0% <sup>a</sup>	0%
Pharmacoeconomics	5%	6%	25%
Pharmacoepidemiology	5% <sup>a</sup>	25%	25%
Pharmaceutical Legislation, Law and Regulations	0%	0%	6%
Pharmacy Management	26%	6%	6%
Pharmacy Practice	11%	6% <sup>a</sup>	0%
Psychology	68%	50%	25%
Social Pharmacy	16% <sup>a</sup>	13%	25%

<sup>a</sup>Number of respondents with "no answer" = 1

<sup>b</sup>Number of respondents with "no answer" = 3

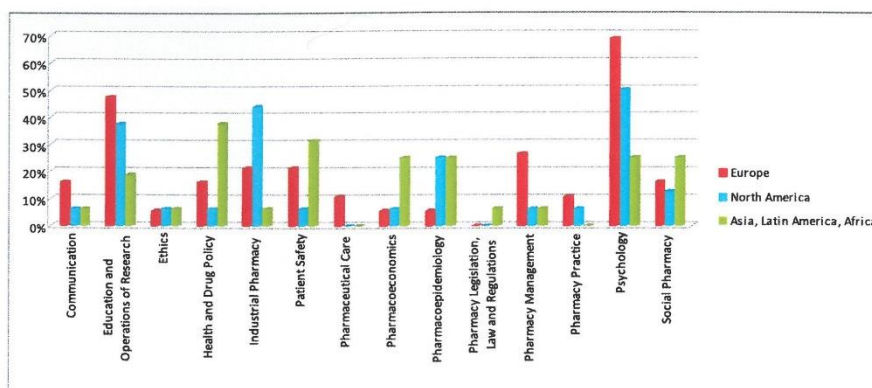


Chart 1: Absence of Individual Subjects.

courses connected with Social Pharmacy taught at their schools. Subjects dealing with Hospital Pharmacy were reported four times, with the History of Pharmacy three times, with Public Health three times, and with Health Outcomes twice. Several other types of courses were indicated once each: Community Practice, Community Pharmacy, Professional Responsibility and Leadership, Biomedical Literature Evaluation, Drug Literature Evaluation, Patient Assessment, Interviewing Skills, Patient Counseling, Patient Education, Learning Services for Pharmacists, Demography, Health and Property, Social Determinants and Primary Health Care, Drug Consumption, Patient Perspectives, Cultural Competency, Quality in Healthcare, Health Economics, Health Promotion, Health Sociology and, finally, Drugs and Society.

The final section of our survey provided a place for additional notes and comments from the respondents, who were able to give information about specific aspects of their curriculum and education systems that were not covered in the earlier sections. These included information about postgraduate lifelong education outside the university. Some schools also admitted the awareness of their lack of Social Pharmacy courses, as well as revealed plans about deepening and improving their syllabi and study plans to concentrate more in this area.

## DISCUSSION

We found that study plans among the schools tested varied greatly. Differences were indicated not only in the amount and variety of subjects in Social Pharmacy-related areas, but also in the overall approach to Social Pharmacy as an essential educational and scientific discipline. These variations between institutions reflect individual sociological, economical, political, historical influences, as well as other types of differences. The

large variations in these factors can be explained by the great diversity between study plans and educational systems and, indeed, in the basic approach to Social Pharmacy around the world. Potential changes toward restructuring are related not only to historical questions (some remaining to be answered<sup>19</sup>) but question for many other future transformation steps in education of pharmacy. Many schools around the world has proved the changes in recent history.<sup>20-22</sup> A similar effort toward increased education in Social Pharmacy is evident in both developed and developing countries.<sup>23-25</sup> The respondents in our survey admitted the importance of Social Pharmacy and confirm changes in their curriculum in the near future in this field.

The role of pharmacists in modern health care is vital, and their responsibility in today's world is increasingly linked to the problem of Social Pharmacy. In addition, recent developments in pharmacy practice – specifically, from focusing solely on pharmaceutical and medicinal products to being patient focused – has resulted in an increased interest in Social Pharmacy.<sup>26</sup> With this shift, pharmacists are now taking responsibility for patient medication outcomes and have become more active members of the health care team.<sup>3,4</sup>

Social Pharmacy as a multidisciplinary subject involves many activities and it is necessary (not only with research projects) to both think in terms of a wider perspective as well as concentrate on sub-disciplines. For this purpose we have analyzed curricula from 15 schools to define the most common subjects taught, with a final result of 14 courses being identified. Other results of our survey, e.g. questions about other courses connected with Social Pharmacy taught at a particular school, confirmed the presence in some measure of all main subjects listed in our questionnaire.

The analysis of the presence or absence of specific subject matter in curricula proved problematic. Some

disciplines were taught individually in some schools, at others together with different subjects. After analyzing all results we decided that the clearest solution was to catalog only the absence of a particular discipline at the schools, as this provides evidence of a definite lack which may be most straightforwardly addressed. Also the exact number of hours each subject is taught was very difficult to infer. The first problem was how compare one-term and two-term (and longer) subjects, subjects taught during an entire term, subjects taught in blocks and, of course, the previous discussed problem of isolated nature of some subjects, as in many cases these were part of other courses or represented only by few hours of instruction. Some questions sought to clarify specifics about the type of teaching, i.e. whether it took place in divided lectures, seminars or practical exercises. Due to the great diversity as well as inaccuracy of some of the answers in this part of questionnaire, it was not possible for us to carry out statistical processing and evaluation. The problems regarding the overall analysis also arose from differences in educational systems, bachelors' vs. masters' programs and the actual requirements therein along with the definition and content of the subjects. These problems proved ubiquitous throughout our survey in terms of comparisons between larger regions.

On the other hand, the fact that many similarities were found among schools within the same region simplified the process of comparison. According to the United Nations classification, developed countries include those in Europe, North America, Japan, Australia and New Zealand. Other countries are categorized as developing.<sup>18</sup> This distinction was made not only according to the United Nations' definitions,<sup>18</sup> these groupings proved statistically significant in terms of similarity of the results from the various regions. Another advantage regarding the analysis and comparison of our statistics was also the similar number of respondents in these three groups (19 from Europe, 16 from North America and 16 from developing countries). Although a representative sample was not determined, a number of common regional features were observed, and this was also connected with certain social and political characteristics. Social Pharmacy-related courses were generally found to be neglected more often in the developing world.<sup>27</sup> Our research has shown that this trend has been reversed significantly in Arab countries, with significant differences being found in comparison with other developing countries. About one third of all respondents from developing countries admitted their schools did not address the issues of health and drug policy or patient safety. If, as published results seem to indicate, the overall worldwide trend in pharmacy

education reflects a movement from a focus primarily on products towards a greater focus on patients, it can be said that pharmacy education in developed countries remains at an earlier stage in terms of this tendency (see e.g. the results for industrial pharmacy).<sup>27</sup>

## LIMITATIONS

This study had several limitations. First, the database of email addresses available did not include contacts for all pharmacy schools. The study included only schools that have a functional website and email addresses. Number of pharmacy schools with deliverable email (active delivery and read receipt confirmations) was only 96, because others (from 378 found contacts) had wrong or incorrect e-mail contact on their web sites. This presented a big problem in terms of contacting most schools in some developing countries (mainly in Africa and Asia) without a quality Internet connection. Second, language barriers proved problematic, as those who cannot speak English were undoubtedly discouraged from completing the questionnaire. Third, the number of respondents (response rate) could have been higher, but 53% for this type of study was enough, enabling us to at least begin to understand the basic features of the issue. Fourth, many respondents did not understand the exact meaning of the questions, and thus their responses could have been imprecise. This seemed to pose a problem with the questions dealing with the number of hours some subjects are taught: some during more than one term, often in study blocks or during (or interconnected) with practice in pharmacy. Fifth, the determination of exact boundaries among subjects and syllabi was very difficult and this proved problematic in making comparisons. Finally, the fact that no curricula was listed on the websites of most faculties did not allow for a completely reliable assessment.

## ACKNOWLEDGEMENTS

This study was supported by research grant No SVV 267 005 from Charles University in Prague, Czech Republic.

## REFERENCES

1. Kelly A. *The curriculum: theory and practice*. 5th ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2004, xvi, 255 p. ISBN 14-129-0026-3. Available from: [http://mudarwan.files.wordpress.com/2010/08/the-curriculum\\_theory-practice-5th-edition\\_20042.pdf](http://mudarwan.files.wordpress.com/2010/08/the-curriculum_theory-practice-5th-edition_20042.pdf). Accessed September 29, 2012.
2. Bradberry JC, Droege M, Evans RL, et al. Curricula Then and Now – An Environmental Scan and Recommendations Since the Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education: Report of the 2006–2007 Academic Affairs Committee. *Am J Pharm Educ*. 2007; 71(4):Article S10.
3. Wiedenmayer K, Summers R, Mackle C, Gous A, Everard M. *Developing pharmacy practice: a focus on patient care*. Geneva: World Health Organization, International Pharmaceutical Federation; 2006.

4. Noble C, Shaw PN, Nissen L, Coombes I, O'Brien M. Curriculum for Uncertainty: Certainty May Not Be the Answer. *Am J Pharm Educ.* 2011; 10:75(1):13a.
5. Abrika OSS, Hassali MA, Abduelkarem AR. Importance of social pharmacy education in Libyan pharmacy schools: perspectives from pharmacy practitioners. *J Educ Eval Health Prof.* 2012;9:6. Available from: <http://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2012.9.6>. Accessed October 13, 2012.
6. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. *WHO | World Health Organization* [online]. © WHO 2013. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/guide\\_med\\_school/](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/guide_med_school/). Accessed March 12, 2013.
7. Sorensen EW, Mount JK, Christensen ST. The concept of social pharmacy. *The Chronic Ill.* 2003; 7(Summer):12–15.
8. Basak SC. Social pharmacy concept in pharmacy education. *Chronicle Pharmbiz* [online]. June 13, 2012. Available from: <http://pharmabiz.com/ArticleDetails.aspx?aid=69533&sid=9>. Accessed March 12, 2013.
9. International Pharmaceutical Federation. *FIP statement of policy on good pharmacy education practice*. Vienna, 2000. Available from: <http://www.fip.org/www/index.php?page=statements>. Accessed October 13, 2012.
10. Hassali MA, Shafie AA, Al-Haddad MS, Abduelkarem AR, Ibrahim MI, Palaian S, Abrika OSS. Social pharmacy as a field of study: The needs and challenges in global pharmacy education. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2011;4:415-420. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741110001415>. Accessed September 29, 2012.
11. Svarstad BL. Development of behavioral science curricula and faculty in pharmacy: some issues requiring attention. *Am J Pharm Educ.* 1994; 54:177–183.
12. Norgaard LS, Morgall JM, Bissell P. Arguments for the theory-based pharmacy practice research. *Int J Pharm Pract.* 2000:77–81.
13. Accreditation Council for Pharmacy Education. *Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree*. Chicago, 2006.
14. Schaefer M, Leufkens HGM, Harris MF. The teaching of social pharmacy/ pharmacy administration in colleges of pharmacy with special regard to the situation in Germany. *Journal of Social and Administrative Pharmacy.* 1992; 9:141–148.
15. ŘEZANKOVÁ, Hana. *Analýza dat z dotazníkových šetření: (druhé vydání)*. 2nd ed. Prague: Professional Publishing, 2010, 217 p. ISBN 978-80-7431-019-5.
16. World List of Pharmacy Schools. *International Pharmaceutical Federation (FIP)* [online]. October 5, 2012. Available from: <http://aim.fip.org/world-list-of-pharmacy-schools>. Accessed September 29, 2012.
17. Accreditation Council for Pharmacy Education [online]. September 30, 2012. Available from: <https://www.acpe-accredit.org/students/programs.asp>. Accessed September 29, 2012.
18. Standard Country or Area Codes for Statistical Use. *United Nations* [online]. Available from: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49.htm>. Accessed November 26, 2012.
19. Taylor K, Harding G. The community pharmacist: over qualified dispenser or health professional?. *J R Coll Gen Pract.* 1989; 39:209–210.
20. Harding, Geoffrey; Taylor, Kevin M. G. Teaching social pharmacy: The UK experience. *Pharmacy Education*, 2006; 6(2):125–131.
21. Harding G, Taylor K. Responding to change: the case of community pharmacy in Great Britain. *Social Health Illn.* 1997; 19:547–560.
22. Palaian S, Poudel A, Alam K, Ibrahim MIM, Mishra P. Initiation of social pharmacy research in Nepal: our experiences. *Int J Clin Pharm.* 2011; 33: 591–596.
23. Hameen-Anttila K, Saano S, Vainio K. Professional Competencies Learned Through Working on a Medication Education Project. *Am J Pharm Educ.* 2010; 74(6):110.
24. Sanchez AMM. Bachelor of Pharmacy Degree in Cuba: New Educational Challenges. *Am J Pharm Educ.* 2011; 75(1):Article 13.
25. Abrika OSS, Hassali MA, Abduelkarem AR. Perceptions of Libyan Pharmacy Academics on the Importance of Social Pharmacy Subjects in the Current Pharmacy Undergraduate Curriculum. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research.* 2012; 2:1–10.
26. Oltmann C, Boughey C. Using critical realism as a framework in pharmacy education and social pharmacy research. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2012; 8:333–337.
27. Abrika OSS, Hassali MA, Abduelkarem AR. Social Pharmacy Courses Are Often Neglected in the Developing World. *Am J Pharm Educ.* 2011; 75(4):Article 65.

## Opinions and Attitudes of Czech Citizens on Selected Issues of Drugs in Society

Jan Kostriba, M.S.<sup>a,\*</sup>, Jana Kotlarova, Ph.D.<sup>a</sup> and Prof. Jiri Vlcek<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove, Charles University in Prague, Czech Republic

**\*Corresponding author:**

Jan Kostriba, MS  
Department of Social and Clinical Pharmacy  
Faculty of Pharmacy in Hradec Kralove  
Charles University in Prague

**Address:**

Ak. Heyrovského 1203  
Hradec Kralove 500 05  
Czech Republic

**Contact:**

Tel.: +420 495 067 271  
Email: jan.kostriba@faf.cuni.cz

**Abstract:** The social sciences within health care and pharmacy provide various points of view on issues often managed by professionals both inside and outside of the health care system. This multidisciplinary perspective often leads to divergent views and sometimes seemingly contradictory viewpoints and solutions. This paper is devoted to the opinions and attitudes of Czech citizens on selected issues of healthcare and pharmacy, the elucidation of which could be a source for understanding the relationships among participants in our pluralist health care system as a whole. This article presents the results of a sociological survey featuring a representative sample in terms of gender, age and region of 1,797 respondents from the Czech population aged 15 and over. The research is focused on the issues of self-medication, choice of pharmacy, out of pocket expenditures on prescription drugs and over-the-counter medicines, experiences with side effects, and finally an evaluation of patient comprehension of information leaflets accompanying health care products. According to the results presented here, at the onset of a health problem most of the population tries to treat the condition themselves before seeing a doctor (54.1 % always, 30.9 % sometimes). Over-the-counter drugs are purchased generally in classic pharmacies without self-service (96.1 %). The choice of pharmacy is determined primarily by proximity, with much less importance placed on personal experience or lower price. According to the survey Czechs spend around 150 CZK (€5.9) for over-the-counter medicines and around 143 CZK (€5.6) for prescription drugs per month; 77.9 % of Czech citizens were shown to understand the information provided on package leaflets. This data helps to understand the perception, orientation and behavior of the patient in the healthcare system, with the ultimate goal of leading to higher system effectiveness as well as greater satisfaction for all parties involved.

**Keywords:** pharmacy; self-medication; drug consumption; drug expenditure; package leaflets; the Czech Republic

### Introduction

In the Czech system health care is paid for mainly by public health insurance, supplemented by small fees paid by patients. Among European countries the Czech Republic devotes one of the largest shares of its national budget toward funding public health, thus the level of expenditure by the patient (16% of the total) is one of the lowest in the EU<sup>1,2</sup>. The reform measures implemented by the government in 2008 to increase participation have a significant influence on the behavior of Czech patients. The introduction of various types of regulatory fees, however, may bring a range of socio-economic problems, for example increasing the burden of citizens, affecting pensioners and older individuals most drastically<sup>3</sup>.

Providing health care is becoming one of the largest sectors of the global economy, with all developed countries recording an effort to improve the health status of their citizens. Not always, however, does the amount of money devoted to health care show corresponding results in the improvement of the overall health of the population as described by international standards<sup>4</sup>. Rapid technological change, rising patient expectations and an aging population are driving the need for many reforms in the health sector<sup>1</sup>. Unquestionably the health status of a population, represented for example by average life expectancy, has a relatively strong link to the overall economic level of the country. In comparison with the health values of other European Union countries (EU-27), the Czech Republic remains on the border between average and poorer nations<sup>5</sup>.

Despite the decreased spending over the last two decades of reforms and changes which have taken place not only in healthcare but in all sectors, the Czech health care system has become measurably more efficient<sup>6,7</sup>. In recent years throughout the Czech health care system, however, reform and partial changes have increasingly influenced public opinion. These developments are often driven not only by economic and organizational need but also by the political background, with which they are closely associated by individual citizen-voters. To insure citizens' maximum understanding of the necessity and effectiveness of every reform, data from public opinion surveys should be carefully analyzed and the results taken into account.

Pharmaceuticals significantly affect society, and the application of appropriate drug policies likewise affect the quality of life in that culture. Citizens themselves can significantly alter the role of specific drugs in terms of prevention as well as causal and symptomatic treatment. Our intention thus is to find, identify and exploit these relationships among regulators, health care professionals and individuals for the benefit of both patients and the society at large.

The initial reaction when an individual first experiences a health problem is often a determining factor in effective treatment. People usually try to treat themselves, and only when they fail to achieve results do they see a doctor. Self-medication has increasingly become an important area of healthcare, shifting the responsibility for the treatment of minor ailments to the patient himself<sup>8</sup>.

In self-medication the patient usually uses non-prescription medicines, and the entire process of selection and the proper use of substances can be supported significantly by the expert advice provided in pharmacies<sup>9</sup>. Despite the fact that online pharmacies must be staffed by a university-educated medical staff which ensures the quality and safety of the medicines marketed, this kind of one-to-one advice to the patient cannot be provided in internet sales. Further, a much more dangerous situation arises from internet transactions outside of regulated pharmacies. These often illegal businesses cannot guarantee the quality or safety of their products, which often come from counterfeiters and may have drastic or even deadly consequences on the health of the buyers.

In legal cases, only authorized pharmacies can offer to sell OTC drugs for the fulfillment of conditions stipulated by law in the Czech Republic. Approved common pharmacy can expand their activities on the mail order dispensing, that offer drug sales through the website. In this way it is possible to offer only registered OTC medicinal products (not prescription-only medicinal products)<sup>10</sup>.

Another widely frequented point of sale of common medicines are outlets such as drugstores and petrol stations which have a license for the sale of selected medicinal preparations. At any rate employees at these establishments have gone through special training and can ensure the right conditions for the purchase, storage and sale of such products<sup>11</sup>.

Selected medicinal products which may, in accordance with the marketing authorisation, be sold without a medical prescription outside pharmacies like i.e. herbal products registered as medicinal products (teas), disinfecting and antiseptic preparations, nicotine replacement

therapy and some well-known and long used a OTC drugs (ibuprofen, paracetamol, activated charcoal, etc.). A complete list is available in the database of registered medicines<sup>10,11</sup>.

Good practice of the vendors of selected medicinal products shall mean a set of rules which ensure that the sale of selected medicinal products is conducted in compliance with the requirements governing the quality, safety, and efficacy of selected medicinal products and in compliance with their intended use<sup>11</sup>.

In the Czech Republic the citizens' choice of pharmacy is not tied to specific medical facilities, thus the provider of pharmaceutical care can be freely changed. There is no obligation to register in a specific pharmacy and thus enjoy the benefits of a long-term relationship with a particular pharmacist. While there are wide disparities among pharmacies regarding the provision of pharmaceutical care<sup>12</sup>, the basic responsibilities of all pharmacies are described and regulated through legislation<sup>13</sup>. The patient-pharmacist relationship, the demand for vocational counseling, and other various factors influencing selection and patient satisfaction have been to a limited extent analyzed by surveys in the past<sup>14</sup>, but these studies have not worked with representative sociological data.

For proper treatment people need comprehensive and accurate information about their medicines as well as information about the risks and benefits of treatment. The lack of information has been identified as a major factor in why patients do not take their medication as prescribed to them or otherwise recommended<sup>15</sup>. It is also vital that this information be provided in a form that can readily be understood. The technical or formal language involved with descriptions of adverse effects along with the enumeration and correct standardization of potential problems as well as information on indications, proper dosage and possible interactions with other medicines is for a number of patients incomprehensible. Studies have found that the likelihood of adverse effects in patients has been greatly overstated<sup>16</sup>.

### **Material and methods**

In the context of our representative sociological survey of citizens of the Czech Republic we first investigated to what extent respondents engaged in self-treatment when health problems occurred. Our research also focused on the preferred method of purchasing over-the-counter medicines and the choice of pharmacy. Special attention was devoted to OTCs and proprietary medicines issued by prescription. Questions were composed with the goal of determining the number of as well as the range of substances used as well as how much money citizens spend on medications within a certain time period. Another aim of the research was to ascertain the views of citizens on the thoroughness of the information on their medicinal products and the clarity of leaflets. Respondents were also asked whether they had noticed any side effects while taking non-prescription medicines and in such a case how they behaved and whether they had taken advantage of additional pharmacy services.

The questionnaire used in survey study contains two groups of questions. The first group, eleven questions, consisted of questions relating to the person the interviewee. Issues as gender, age, place of residence, marital status, number of children, net household income and other household characteristics, education, occupation and religious affiliation. The second group of questions (the number of the twelve) were specific issues related to the topic of sociological survey described below.

The questions were closed-ended and semi-open-ended according to character of questions.

### **Data collection**

The research plan and project was developed in September and October 2011. An examination of the projected methodology took place in early November 2011, at which point preliminary research was used to verify the instruments, with the wording of the questions tested on a sample of 234 respondents (citizens) on 7-11 November 2011. During this period the interviewers were also briefed and coached.

The field survey itself was carried out in the Czech Republic during the period of 21 November to 4 December 2011. The compiling of the questionnaire forms, validation and data entry into the computer was completed by 19 December 2011. Balancing the data, basic mathematical and statistical analysis of the results as well as the final interpretation of the data base had been carried out by 31 December 2011.

The research was conceived as sociological, with the field survey being conducted through controlled interviews of respondents. The final version of the questionnaire form was determined based on the results of preliminary research. Data collection was ensured by 303 professional interviewers working throughout the Czech Republic. Interviewers read the questions exactly as they appeared on the survey questionnaire. In this structured interviews the choice of answers to the questions was fixed (close-ended) in advance and there was also a possibility of semi-open-ended questions in some cases according to the character of these.

The data (answers) were collected by an interviewers personally in households of respondents chosen randomly according to the parameters set out below.

### **Study population**

The data were obtained from a sample size of 1797 individuals randomly selected using quotas. The file is a representative sample of the Czech population aged 15 years and over, with representativeness being derived from a basic set of the population of the Czech Republic at the age of 15 years and older<sup>17</sup>.

The composition of the sample can be described in terms of basic demographic variables. In terms of gender the file is composed of 877 (48.8%) men and 920 (51.2%) women, a ratio which corresponds to the Czech population aged 15 years and over; in terms of relative frequency, the ratio from our sample represented a deviation from the basic set of within 0.1%, and compared with the age breakdown of the basic set the deviation in our study does not exceed 0.2%. By geographical representation, the regions from which our respondents were chosen also corresponded with representative population breakdowns of the Czech Republic; compared with the basic set, the maximum deviation of our samples was 0.2%. Thus it can be concluded that our results are representative of the population of the Czech Republic over 15 years of age in terms of gender, age and region.

Other characteristics not monitored for representativeness but collected in the survey include education, marital status, number of children, size of residence, occupation, amount of net monthly family income and standpoint toward religion. When what seemed to be a statistically significant association was found, the study results noted a possible correlation. Nevertheless, due to the fact that these data were not monitored for representativeness these associations can finally only be interpreted only as tendencies.

### **Response rate**

The field survey was conducted by interviewers who questioned a total of 1,996 randomly selected citizens, each of which were approached with a simple request for an interview on the issue of health care. 199 respondents, i.e. 10.0%, simply refused to be interviewed; 1797 respondents, i.e. 90.0%, agreed to be questioned.

An analysis of refusal to participate based on gender indicates that women were more willing to participate in our research than men. The least willing to participate in the project were men and women aged 65 years or over. It was found that willingness to participate in the survey was lower in the oldest age group, while respondents from the youngest age groups were most willing to cooperate.

Overall, it can be said that the rate of refusal to participate in the research was low, a result which possibly reflected the special training of interviewers. The preparation focused on ways of making contact and inducing the trust of respondents along with mode of communication in order to encourage participation in the research after the respondents were issued the special instructions.

Regarding reasons for the refusal to participate, the most common one was lack of time (35.4% of those who declined). The second most common excuse given was a general lack of interest in such participation or a disregard for research (29.3%). Another 16.9% of the respondents who said no gave as the reason a mistrust of our particular project and doubts about its efficacy; 9.3% of those who rejected us said the questionnaire was too long and that they considered such studies as ours unnecessary. 4.6% of the respondents justified their refusal by stating that not enough information was presented about the topic being investigated. The remaining 4.5% of respondents who declined gave reasons of health, reasons other than those specified above or no reason at all.

### Data analysis

Statistical data processing was done by SASD 1.4.5 (Statistical Analysis of Social Data). First level indicators and a pivot table of selected 2nd degree indicators were processed first. The degree of dependence of the selected characteristics was based on chi-squared distribution as well as on other test criteria applied according to the nature of indicators. On the basis of this analysis alone data interpretation was conducted.

## Results

### Czech citizens and self-treatment

How Czechs respond initially in the event of a health problem was investigated by means of closed questions such as: "Do you generally attempt to treat yourself before you visit a doctor?" Respondents had three options: "yes", "no", and "sometimes".

The results showed that more than half of the citizens of the Czech Republic (54.1%) attempt self-treatment before going to the doctor, and less than one third (30.9%) do so occasionally. Only 15.0% of Czechs stated that they never first try to treat themselves; they see a doctor straight away whenever a health problem arises.

More women (57.8%) attempt to self-medicate than men (50.3%) do ( $P < 0.001$ ). It was also found that individuals with a higher level of education (56.9% of secondary school and university graduates) try to first treat themselves to a greater extent than people with lower schooling (50.5% of primary, vocational and technical school graduates), ( $P < 0.01$ ).

### The possibilities of purchasing OTCs

Our research also examined the behavior of citizens regarding the acquisition of non-prescription medicines with the aim of determining preferred point of purchase. The question investigating these behaviors was formulated as a semi-open one with the possibility for respondents to choose more than one answer: "Regarding non-prescription medicines, which of the following purchase options have you used?" Respondents had the option to choose from the following possible responses: "classic pharmacy", "self-service pharmacy", "internet pharmacy", "outside the pharmacy - drugstore, petrol station", "internet, from a non-pharmacy website", and "other – be specific" with a gap provided for written clarification. Because respondents could select multiple answers, the sum of the relative frequencies exceeds 100%.

The results of this question were unambiguous: in the vast majority of cases (96.1%) Czechs buy over-the-counter medicines in traditional pharmacies. Other purchase options were used to a much lesser extent. Self-service pharmacies were identified by 15.5% of the respondents; drugstores and petrol stations were indicated by 9.9%. Online pharmacies accounted for 7.4% of purchases, while 1.6% of the total was accounted for by internet sales from non-pharmacy websites. Other options, e.g. purchases from stores specializing in herbs, shops specializing in dental care, bought from a friend, etc. were indicated at an extremely low rate (0.5%), ( $P < 0.05$  for each).

### Motivating factors in pharmacy selection

The way Czechs choose pharmacies is governed by a variety of factors and circumstances which were identified in the research through a semi-open question: "What is the most important factor in your selection of pharmacy?" The choices of replies were "personal experience", "nearest pharmacy", "cheaper prices", "another factor" and "no preference". Respondents were able choose only one answer, which was regarded as the most influential factor in the decision.

In the selection of pharmacy Czech citizens clearly placed the most emphasis on close proximity. More than two-fifths (41.3%) reported that they simply select the nearest pharmacy when they need to buy or order medicines. For 28.7% of the respondents personal experience is most decisive factor; more than one-fifth of the respondents (21.3%) cited lower prices as the motivating factor. Without any preferences in pharmacy selection were 8.5%. Only 0.3% of those questioned indicated another option, with some of their choices specified as opening hours, accessibility to pharmacists, the possibility of paying by credit or debit card, and how the pharmacist advises customers regarding medications. No other factors were reported.

Men indicated significantly more often that they select the nearest pharmacy or they have no preference; women seem to prefer a more personal experience and lower prices than men. The eldest citizens (65 and over) indicated cheaper prices as the deciding factor. Pharmacies with lower prices at a closer location were preferred by those with lower education (primary school, no university); respondents with a higher level of education (secondary school and university) prefer a more personal experience. For detailed results see **Table 1** ( $P < 0.01$  for each).

**Table 1** Motivating factors in pharmacy selection for different groups of the Czech population (in percentage)

	men (N=877)	women (N=920)	over 65 <sup>1</sup> (N=316)	lower education <sup>2</sup> (N=768)	higher education <sup>3</sup> (N=1029)	TOTAL (N=1797)
personal experience	25.2	32.2	27.2	22.1	33.7	28.7
nearest pharmacy	45.8	37.0	37.3	44.0	39.3	41.3
cheaper prices	18.1	24.2	30.4	24.9	18.6	21.3
another factor	0.4	0.1	0.3	0.3	0.2	0.3
no preference	10.5	6.5	4.8	8.7	8.2	8.4

<sup>1</sup> The eldest citizens of age 65 and over.

<sup>2</sup> People with lower schooling (primary, vocational and technical school graduates).

<sup>3</sup> People with a higher level of education (secondary school and university graduates).

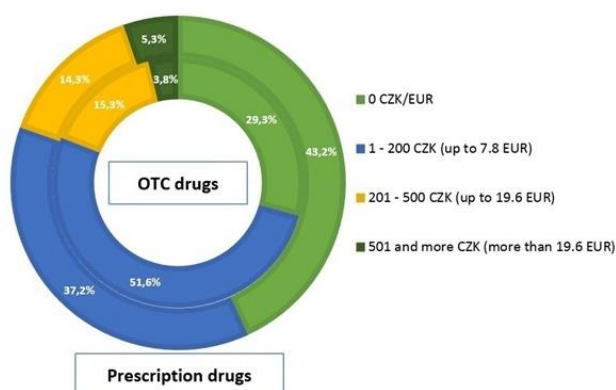
## Consumption of OTC drugs

Considerable attention was devoted in this study to both the treatment of people with OTC medicines as well as medicines issued by prescription. The aim of the research here was to determine how much money is spent as well as how many and what kind of medicaments are used regularly.

The first aspect of our research in this area focused on the average cost per month that Czechs spend, with the amount being determined by means of a continuous variable (respondents mentioned a specific amount in CZK). Then those questioned were asked to name specifically the over-the-counter medicines which are usually purchased with this monthly expenditure. The first step in the data analysis was the calculation which showed that Czechs spend on average 149.8 CZK (5.9 EUR) per month on OTC drugs (the standard deviation 223.9 CZK or 8.78 EUR). The margin was 2000 CZK (78.4 EUR), indicating that the smallest amount quoted was 0 CZK/EUR, the highest 2000 CZK (78.4 EUR).

Our analysis shows that 29.3% of Czech citizens do not purchase over-the-counter medicines at all; therefore for them no funds are spent in this area. More than half (51.6%) of Czechs spend 200 CZK (7.8 EUR) per month on non-prescription medicines; for 15.3% the amount ranges from 201 to 500 CZK (19.6 EUR) per month. The remaining 3.8% spend an amount exceeding 500 CZK (19.6 EUR) per month. For graphical representation and comparison of differences between expenditures on OTCs and prescription drugs see **Chart 1**.

**Chart 1** Comparison of total monthly expenditures on prescription drugs (the outer ring) and OTC drugs (the inner ring) of the Czech population aged 15 and over (N=1797)



Our study also clearly shows that men more often report an amount of 0 CZK/EUR than women and women more often an amount of 200 CZK (7.8 EUR) or higher than men. This finding, however, does not justify the conclusion that men use OTC products less often, but rather reflects the fact that in families women are in most cases more often in charge of shopping. The survey results also indicate a correlation with age. Higher monthly amounts (201-500 CZK, 7.9-19.6 EUR) are spent by respondents in the oldest age group (over 65 years), with 0 CZK/EUR more likely to be indicated by those from younger age groups. This is likely the result of the greater incidence of common health problems in the elderly and the growing need for the use of appropriate medicines, but also in the fact that for young people these products are usually purchased by their parents. For summarized representation of the results see **Table 2** ( $P < 0.01$ ).

**Table 2** Total monthly expenditures on OTC drugs by gender and age of the Czech population (in percentage)

	men (N=877)	women (N=920)	under 65 <sup>1</sup> (N=1481)	over 65 <sup>2</sup> (N=316)	TOTAL (N=1797)
0 CZK/EUR	34.7	24.1	30.3	24.4	29.3
1-200 CZK (up to 7.8 EUR)	49.9	53.3	52.5	47.8	51.6
201-500 CZK (up to 19.6 EUR)	12.7	17.8	13.7	22.8	15.3
501 CZK (19.6 EUR) and more	2.7	4.8	3.5	5.0	3.8

<sup>1</sup> The younger age groups of age under 65 years.

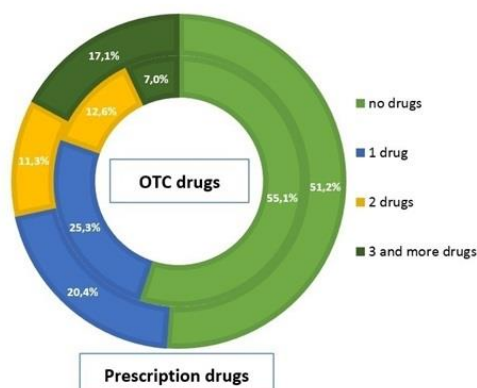
<sup>2</sup> The eldest citizens of age 65 and over.

With regard to OTC drugs, how many of those products are used daily by Czechs was also measured. The average number of OTC drugs used every day is 0.76 (the standard deviation 1.09). In this case the range was from 0 (no OTCs) to 10 (the highest number of OTCs per day indicated).

More than half of Czech citizens (55.1%) indicated that they take no OTC drugs diurnally. Approximately one quarter (25.3%) said that regularly each day they take one OTC drug, another one-fifth of them more than one (12.6% indicated two OTCs daily and 7% three or more OTCs). For graphical representation and comparison of total number of daily used OTCs and prescription drugs see **Chart 2**.



**Chart 2** Comparison of total number of daily used prescription drugs (the outer ring) and OTC drugs (the inner ring) of the Czech population aged 15 and over (N=1797)



Our tests of statistical significance have identified a number of significant relationships ( $P < 0.01$ ) between sociodemographic characteristics and the regular diurnal use of OTC drugs. These products were clearly shown to be used daily more often by women (57% of women daily use one and more OTCs), with significantly more men reporting no use at all (62.4% of men).

A strong linkage ( $P < 0.01$ ) between age and daily use was also found. Based on our analysis it can be concluded that regular diurnal use of OTC drugs increases with age: the younger the respondents, the lower the use. The reason for this is apparently the increasing number of health problems which occur as an individual grows older. In this way age as a factor also operates through marital status. With less products being used by unmarried people (on average 0.54 OTC per day), more by widowed individuals (on average 1.05 OTC per day). A particularly interesting correlation was found between daily use of OTC drugs and religious belief: more OTCs use was reported by Czechs who indicated that they were religious; less was indicated by those with no religious belief. But correlation with age is the reason for this also here, because in the Czech Republic older people in particular have been found to be more religious<sup>18</sup>. No real correlation between religious beliefs and consumption of OTC drugs, everything is related only to age.

#### Adverse effects of OTCs

The safe use of (especially new) medicines and an overall deeper relationship between patient and pharmacist is facilitated by the mandatory reporting of unexpected side effects to a central control authority. In the Czech Republic this process is administered by the National Institute for Drug Control.

Within the context of our research into drug use one of the objectives was to determine what experience Czechs have had with side effects of non-prescription medications and how they handle these events. The question relevant to these experiences was worded thusly: "Have you ever noticed side effects after taking OTC drugs?" Respondents could choose one of the following answers: "1 – Yes, I have experienced side effects and I reported them to a pharmacist or physician; 2 – Yes, I have experienced side effects, but I did not report them; 3 – No, I have never noticed side effects."

The results show that almost four-fifths (79.3%) of Czechs reported never having experienced any side effects in connection with OTC medicines. Another 11.4% indicated that they had reported adverse effects to a pharmacist or doctor, with the remaining respondents (9.3%) indicating that had experienced adverse reactions, but did not report them.

Significantly more men (83.6%) than women (75.2%) reported they had not experienced side effects from OTC drugs ( $P < 0.001$ ). No other statistically significant links to sociodemographic characteristics were identified.

#### Consumption of prescription drugs

In the same way that the use of OTC drugs was investigated, prescription drugs were studied in terms of the average monthly expenditure and how many of these products are used regularly on a daily basis. Respondents were to indicate not only a specific amount or quantity, but also to specify which medicinal products are used.

The data analysis shows that Czechs spend on average 143.0 CZK (5.6 EUR) per month on prescription drugs (the standard deviation 283.3 CZK or 11.1 EUR). Financial expenditures indicated in this regard ranged from 0 to 5100 CZK (0 to 200 EUR).

The analysis showed that 43.2% of the respondents stated that they did not allocate any monthly funds toward prescription drugs. Another 37.2% of the respondents indicated that they spent on average of 200 CZK (7.8 EUR) per month on prescription drugs; 14.3% said more than 200 CZK (7.8 EUR) and 5.3% more than 500 CZK (19.6 EUR) monthly. For graphical representation and comparison of differences between expenditures on prescription drugs and OTCs see **Chart 1**.

As in the case of OTC drugs, the second-stage analyses showed that significantly greater financial expenditures were made by women, specifically between 201 CZK and 500 CZK (7.9 and 19.6 EUR) per month, while significantly more often men reported 0 CZK/EUR. Despite the presence of the phrase "you personally" in the survey question, the fact that women buy more products in total for the entire family may have influenced these results.

Again a strong link to age was found. The result that no funds at all are spent for prescription drugs was reported significantly more often by younger age groups (under 44 years of age). The finding that the amount of monthly financial resources allocated increased with the age of the respondent can likely be linked to the increase of health problems as individuals grow older, as stated above regarding OTCs.

Also as described above, age also operates through marital status and religious belief<sup>18</sup>. To a significantly greater extent unmarried respondents indicated no funds spent monthly on prescription drugs; widowed individuals indicated higher expenditures. Similarly, the fact that higher expenditures were described by those claiming to be religious is likely mediated by the fact that in the Czech Republic a greater percentage of these individuals are senior citizens. For summarized representation of the results see **Table 3** ( $P < 0.01$ ).

**Table 3** Total monthly expenditures on prescription drugs by gender and age of the Czech population (in percentage)

	men (N=877)	women (N=920)	under 44 <sup>1</sup> (N=871)	over 44 <sup>2</sup> (N=926)	TOTAL (N=1797)
0 CZK/EUR	48.8	37.8	55.6	31.5	43.2
1-200 CZK (up to 7.8 EUR)	35.9	38.5	34.8	39.5	37.2
201-500 CZK (up to 19.6 EUR)	10.6	17.8	8.1	20.0	14.3
501 CZK (19.6 EUR) and more	4.7	6.0	1.5	9.0	5.3

<sup>1</sup> The younger age groups of age under 44 years.

<sup>2</sup> The eldest citizens of age 44 and over.

How many prescription drugs are used daily by the average Czech was also investigated. In this case the value is **1.24** (the standard deviation 1.97), indicating that Czechs consume on average more than one prescription drug daily. The range here is from 0-17, i.e. one case was identified in which the respondent reported taking 17 prescription drugs per day.

A bit more than half of the citizens of the Czech Republic (51.2%) stated that at present they take no prescription drug daily. Approximately one-fifth (20.4%) stated they regularly use daily one drug, while the remaining 28.4% indicated two or more products. Combining these latter figures it can be said that about half of Czechs aged 15 or older regularly use a prescription drug at least once a day. For graphical representation and comparison of total number of daily used and prescription drugs OTCs see **Chart 2**.

Regarding products requiring a prescription as is the case with those that do not, significantly more women than men reported that they do not use any. Clearly regular daily use of medicines and prescriptions increases with age, with the pivotal point being 44 years of age ( $P < 0.01$ ). Herein the obvious cause of this finding is the growing health problems of the elderly.

Here again age also operates through marital status, with regular daily use being indicated higher by the widowed respondents than unmarried ones. Education is also a factor. A greater number of products used (three or more) was reported at a significantly higher rate by those with only primary, vocational or technical schooling; those with a higher level of education (secondary school, university) were significantly more likely to report that they use no prescription medical product regularly every day (all with  $P < 0.01$ ).

### Rating of the clarity of package leaflets

Participants in our study were asked to evaluate the clarity of leaflets enclosed in medicine packaging. They were asked to do so through a closed question with a standardized five-point Likert scale of answers.

Most Czechs (77.9%) reported that they understood the package leaflets in medicinal products in part or in full. Of these, 32.7% said regarding herself / himself "I understand entirely" these leaflets; 45.2% stated "I understand almost everything" the information. The answer "I do not understand many things" was chosen by 10.1% of those questioned, while only 0.6% said "I do not understand at all". The remaining 11.4% of the research participants reported regarding leaflets "I do not know because I do not read them" ( $P < 0.001$  for each).

Men significantly more often chose the answer "I do not know because I do not read them"; significantly more women selected "I understand entirely" the leaflets in medical packets.

The youngest age group often chose the answer "I do not know because I do not read them", and the oldest citizens reported more often "I do not understand many things". A lower level of understanding and more answers of "I do not know because I do not read them" was indicated by respondents with lower education, whereas those with a higher level of education stated significantly more often "I understand entirely" package leaflets. For the numerical results of different groups see **Table 4** ( $P < 0.001$ ).

**Table 4** Understanding of package leaflets for different groups of the Czech population (in percentage)

	men (N=877)	women (N=920)	under 30 <sup>1</sup> (N=453)	over 65 <sup>2</sup> (N=316)	lower education <sup>3</sup> (N=768)	higher education <sup>4</sup> (N=1029)	TOTAL (N=1797)
understand entirely	27.5	37.6	32.5	25.6	24.1	39.1	32.7
understand almost everything	45.3	45.1	43.5	45.9	46.6	44.1	45.2
not understand many things	9.9	10.3	8.8	16.2	13.4	7.7	10.1
not understand at all	0.8	0.5	0.4	2.5	1.2	0.2	0.6
not read them	16.5	6.5	14.8	9.8	14.7	8.9	11.4

<sup>1</sup> The youngest citizens of age under 30 years.

<sup>2</sup> The eldest citizens of age 65 and over.

<sup>3</sup> People with lower schooling (primary, vocational and technical school graduates).

<sup>4</sup> People with a higher level of education (secondary school and university graduates).

### Conclusions

The study showed that self-medication and pharmaceutical care in pharmacies are very important not only for savings in health care financing as a whole, but also for the patients themselves, because the most of them attempt self-treatment before going to the doctor (54.1% always, 30.9% sometimes). The vast majority of the Czech citizens choose classical pharmacy for it and the main motivating factor in pharmacy selection are distance and availability (they prefer the location before price and quality of care provided). 79.3% of Czechs have never had any experience with side effects in connection with the use of OTC drugs. Understanding of package leaflets information by patients is very good, because they said that they understood all (32.7%) or almost everything (45.2%) of the information.

Czechs spend on average 149.8 CZK (5.9 EUR) per month on OTC drugs and likewise on prescription drugs - 143.0 CZK (5.6 EUR) per month and it is still one of the lowest participation (out-of-pocket expenditures) among OECD countries.

## Discussion

The optimization of drug therapy has traditionally involved a physician, and in the concept of clinical pharmacy also a pharmacist. The idea of pharmaceutical care in keeping with the decision-making on drug therapy includes also the patient and the drug therapy management also payer of the provided health care (health insurance company). Drug therapy management can be considered as a strategy to incorporate the philosophy of pharmaceutical care into everyday practice of pharmacies<sup>19</sup>.

The Czech Republic ranks among the countries with the lowest levels of private expenditure<sup>20</sup> on health care and this situation has not changed significantly even after the introduction of nominal regulatory fees<sup>21</sup>. The burden of Czech households increased from 2.15% of their net income to 2.63% in 2008 and to 2.55% in 2009 after the implementation of user fees<sup>3</sup>. The increasing private spending on drugs in recent years has not been so significant as in some neighboring countries. For example the private expenditures on drugs were financial burden for the Polish population in recent years. In 2000, 14% of the Polish households spent more than 10% of their income on medications and the share increased over the decade to reach 18% in 2009<sup>22</sup>.

However, Czech citizens perceive their private health expenditure as being much higher than it is in reality. While in the law covering the Czech public health insurance program it is provided that in every group of medicines at least one medicinal product is paid for in full by the health insurance, this applies to only certain groups of active substances provided for in an annex of this law<sup>23, 24</sup>. Often Czechs have to pay surcharge for medicines, with the average value in the survey being reported at 143 CZK (5.6 EUR) per month. In official statistical data this average surcharge was cited as half that amount – 72 CZK (2.8 EUR)<sup>2</sup>. This difference in perception by citizens of higher personal expenditure than is really the case can be seen as an important sociological parameter. Raising the awareness of Czechs about their actual expenditure on drugs as opposed to what they think it is could be a considered a major contribution of our survey. Along with other considerations, the feeling that one is spending more than is actually the case is also exacerbated in many chronic patients, for example with those who must purchase a selection of concomitant medications every three months. In these cases this accumulated amount could distort the picture of the actual monthly cost.

OECD Health Data are a good source for detailed information about health expenditures. It is good for understanding of health policy and comparison providing of health care in different countries. However, any available official estimates of private expenditure (and their publishing in OECD Health Data) have proven not to be reliable according some studies<sup>25</sup>. Therefore, the sociological surveys and other different types of studies are so important for better understanding and comparison of national diversity from many points of view.

The result of the survey that more than half of Czechs attempt to treat health problems themselves before seeing a doctor should be seen as an important motivating factor for improving the operation of pharmacies, which serve as an ideal place for preliminary consultation. The potential counseling and assistance from pharmacists regarding self-medication, thus only sending the patient to a doctor in the case of a serious problem, brings additional cost savings to the healthcare system. The two regulatory fees, one for doctor visits and another for prescriptions, have certainly enhanced pharmaceutical care in terms of self-treatment as well as increased savings by almost 22% due to an overall decrease in the number of items issued per prescription<sup>26</sup>.

According to the another sociological study, the main source of information about medicines are for the Czech citizens the package leaflets (58.2%), the prescribing physician (58.2%) and only 37.0% of them obtain information from their pharmacist<sup>27</sup>. According to the study conducted one year after the implementation of regulatory fees a proportional distribution of the results is the same (relative frequency; annual change): the package leaflets (67.7%; +9.5%), the prescribing physician (56.3%; -1.9%) and pharmacist (44.0%; +7.0%)<sup>28</sup>. Because respondents could select multiple answers, the sum of the relative frequencies exceeds 100%. The clarity of package leaflets is an important and reasoned subject of interest. Participants in our study understood the package leaflets in medicinal products in part or in full. Men did not read them more often and significantly more women understood them entirely. In another study, the Czech citizens before taking a new drug in 80% of cases read leaflets and follow recommendations of them (more women – 86% than men – 75%)<sup>29</sup>.

Regarding self-treatment and the opportunity to purchase medicines, the vast majority of Czechs choose classic pharmacies in which the pharmacist can provide technical assistance and other recommendations. Neither personal experience (29%) nor price (21%) was found to be the leading deciding factor in the selection of pharmacy; proximity affected the choice most often (41%), with the nearest available facility being chosen. This results (proximity and affordable of pharmacies) is related to the opinions of the Czech citizens from other studies<sup>29</sup>; in case of legal dispensing of some drugs outside classical pharmacies (and in case of cheaper price and better accessibility of dispensing place), 41% of respondents would use such a place<sup>29</sup>. The same view like a current legislation<sup>10</sup> has 59% of Czech citizens who disagree with sales outside pharmacies<sup>29</sup>. The most preferred alternative places of this sales are drugstores (26% of whole population) and supermarkets (25% of whole population)<sup>29</sup>.

The finding that religious individuals regularly use more medicines daily than non-religious people could lead to erroneous conclusions: this factor is closely related to age, as in the Czech Republic many more individuals in the age group above 70 years identify themselves as religious (68%), a statistic which represents a much higher average than that of the entire population 15 years and older (39% of which are religious)<sup>18</sup>. There is no correlation between religious beliefs and consumption of drugs. According to the demographic characteristics of the Czech population, consumption of drugs is not related to religious beliefs but only to age.

Data from the present project can serve not only to facilitate wider understanding and possibly suggest potential nationwide changes and major decisions, but also help shape the smaller sub-goals of regional institutions, private facilities and future research projects. Nationwide changes over the last two decades including but not limited to reforms in the field of Czech medical care can be re-evaluated and developed further thanks to the type of representative sociological survey that was carried out in this project<sup>30</sup>. This kind of sociodemographic information about personal attitudes, beliefs and habits is of vital importance to health providers (doctors and pharmacists) who are in daily contact with the end user (patient). Thus medical and pharmaceutical professionals may focus their efforts on the goal of increased efficiency and the greater satisfaction of all involved in the health care process.

For a better understanding and comparing the values in Czech crowns (CZK) were converted into Euro (EUR) at the average exchange rate values during data collection, which was 25.5 CZK/EUR<sup>31</sup>.

## Acknowledgement

This study was supported by research grant No SVV 260 066 from Charles University in Prague, Czech Republic.

## References

1. The Czech Statistical Office: *Statistics&Us: Monthly Czech Statistical Office*. Prague, 2010; 2(5). Available from: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F4002C4572/\\$File/18041205.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F4002C4572/$File/18041205.pdf). Accessed January 7, 2013.

2. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic: *Czech Health Statistics 2011*. Prague, 2012. ISBN: 978-80-7472-024-6.
3. Krutilova V., Yaya S.: Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets. *Health Policy* 2012; 107(2-3):276-288; DOI 10.1016/j.healthpol.2012.07.002.
4. Ginter E., Simko V.: Health differences between populations of the United States of America and the European Union. *Cent Eur J Public Health* 2010; 18(4):215-218.
5. Hajek O., Grebenicek P., Popesko B., Hrabinoval S.: Czech Republic vs. EU-27: economic level, health care and population health. *Cent Eur J Public Health* 2012; 20(3):167-173.
6. Antonova P., Jacobs D. I., Bojar M. et al.: Czech health two decades on from the Velvet Revolution. *The Lancet* 2010; 375(9710):179-181; DOI 10.1016/S0140-6736(09)61293-9.
7. Dostal O.: Regulation of direct supplemental payments for services covered by the public health insurance in a comparative perspective. *Med Law* 2007; 26:663-676.
8. Porteous T., Bond C., Hannaford P., Sinclair H.: How and why are non-prescription analgesics used in Scotland? *Family Practice* 2005; 22:78-85; DOI 10.1093/fampra/cmh719.
9. Hughes C. M., McElnay J. C., Fleming G. F.: Benefits and Risks of Self Medication. *Drug Safety* 2001; 24(14):1027-1037; DOI 10.2165/00002018-200124140-00002.
10. Act on Pharmaceuticals and on Amendments to Some Related Acts (Act on Pharmaceuticals). Pub. L. No 378/2007 Coll. Czech Republic (2007 Dec 6).
11. Decree on good practice of vendors of selected pharmaceuticals and a professional training for vendors of selected pharmaceuticals. Pub. L. No 106/2008 Coll. Czech Republic (2008 Apr 1).
12. Kolar J., Maceskova B., Ambrus T.: On the terms pharmaceutical care, pharmacy care, and good pharmacy practice. *Ceska Slov Farm* 2009; 58(2):55-59.
13. Decree on good pharmaceutical practice, detailed conditions of handling pharmaceuticals in pharmacies, healthcare facilities and other operators and facilities supplying medicinal products. Pub. L. No 84/2008 Coll. Czech Republic (2008 Feb 26).
14. Kolar J., Kaleta R., Gregor J.: Opinions and attitudes of patients visiting pharmacies. *Ceska Slov Farm* 2001; 50(3):135-147.
15. Kitching J. B.: Patient information leaflets – the state of the art. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1990; 83(5):298-300; DOI 10.1177/014107689008300506.
16. Berry D., Raynor D., Knapp P., Bersellini E.: Patients' Understanding of Risk Associated with Medication Use. *Drug Safety*. 2003. 26(1):1-11; DOI 10.2165/00002018-200326010-00001.
17. The Czech Statistical Office: *Statistical Yearbook of the Czech Republic: 2011*. Prague, 2011. ISBN 978-80-250-2105-7.
18. The Czech Statistical Office: *Population and Housing Census 2011*. Prague, 2012. ISBN 978-802-5022-719.
19. Kolar J., Maceskova B.: Present-day approaches to pharmacotherapy - pharmaceutical care or drug management? *Ceska Slov Farm* 2010; 59(1):7-10.
20. Kemp A., Preen D. B., Glover J. et al.: How much do we spend on prescription medicines? Out-of-pocket costs for patients in Australia and other OECD countries. *Australian Health Review* 2011; 35(3):341; DOI 10.1071/AH10906.
21. Maceskova B., Streitova J.: Effects of health-service reform in the field of medicinal drugs. I. Analysis from the standpoint of a pharmacy. *Ceska Slov Farm* 2011; 60(3):99-104.
22. Łuczak J. and García-Gómez P.: Financial burden of drug expenditures in Poland. *Health Policy* 2012; 105(2-3):256-264. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.01.004.
23. Davidova J., Praznovcova L., Lundborg C. S.: Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the Czech Republic and Sweden. *Pharm World Sci* 2008; 30(1):57-64; DOI 10.1007/s11096-007-9141-z.
24. Act on Public Health Insurance. Pub. L. No 48/1997 Coll. Czech Republic (2011 Dec 1).
25. Calcoen P., Moens D., Verlinden P., Van De Ven W. and Pacolet J.: Improved estimates of Belgian private health expenditure can give important lessons to other OECD countries. *Health Policy*. 2014; 105(2-3); DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.008.
26. Maceskova B., Streitova J.: Effects of health-service reform in the field of medicinal drugs. II. Analysis from the standpoint of financial participation of the patient in pharmacotherapy. *Ceska Slov Farm* 2011; 60(3):105-109.
27. State Institute for Drug Control: *Research the Czech citizens' opinions and attitudes on the issue of drug policy*. Prague, 2008. Available from: [http://www.sukl.cz/file/4584\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/4584_1_1)
28. State Institute for Drug Control: *Research the Czech citizens' opinions and attitudes on the issue of drug policy*. Prague, 2009. Available from: [http://www.sukl.cz/file/74941\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/74941_1_1)
29. State Institute for Drug Control: *Research the Czech citizens' views on issues of health care*. Prague, 2006. Available from: [http://www.sukl.cz/file/2992\\_1\\_1](http://www.sukl.cz/file/2992_1_1)
30. Kinkorova J., Topolcan O.: Overview of healthcare system in the Czech Republic. *The EPMA Journal* 2012; 3:4; 10.1007/s13167-012-0139-9.
31. Central bank exchange rates fixing - monthly averages. *Czech National Bank* [online]. 2003-2014. Available from: [http://www.cnb.cz/en/financial\\_markets/foreign\\_exchange\\_market/exchange\\_rate\\_fixing/currency\\_average.jsp?code=EUR](http://www.cnb.cz/en/financial_markets/foreign_exchange_market/exchange_rate_fixing/currency_average.jsp?code=EUR). Accessed April 30, 2014.

## **Determinants of drug policy and influence on drug consumption**

**Kostrība J.<sup>1</sup>, Vlček J.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Charles University in Prague, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové, Department of Social and Clinical Pharmacy*

*jan.kostriba@faf.cuni.cz*

Drug policy in the Czech republic as a part of health policy solves problems of health care system's efficiency as a whole. Main goal of it is to set out the guiding principles and objectives for subject of system – not only for physicians, pharmacists, regulatory authorities, but also for patients. Definition of priorities of drug policy is necessary for rational pharmacotherapy and its determinants are closely connected with health status of population. Drug policy reflects research and development new chemical substance and drugs as integral component for modern health care system. Modern pharmacotherapy, its extremely high costs as expenditures for all participants of health care system is challenge for better and better system of reimbursement, question of co-payment level, private out of pocket expenditures, government expenditures and its settings.

Questionnaire surveys try to understand patients attitude to drug policy problematic as part of pharmaceutical health care system. There are about 1000 respondents and their opinions in relation to changes in difficult drug policy system's changes last years. Survey is carried out in 2008 – 2011 during large reform steps of Czech government. Social dissatisfaction of level of co-payment, new fee for prescription, doctor visit and stay in hospital.

Other interesting topic is generic problematic, relationship to generic substitution and its connection with importance of confidence to pharmacists for successful OTC therapy.

Analysis of spectrum of drug consumption and household drug expenditure are contained.

## **Social Pharmacy as a Field of Study in Pharmacy Education**

**Kostřiba J.<sup>1</sup>, Alwarafi A.<sup>2</sup>, Vlček J.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Charles University in Prague, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové, Department of Social and Clinical Pharmacy, Czech Republic*

<sup>2</sup>*Ibb University, Faculty of Dentistry, Department of Social Medicine, Yemen*

*jan.kostriba@faf.cuni.cz*

Social Pharmacy is an interdisciplinary subject with the aim to integrate drugs into the broader perspective and to include legal, ethical, economic, political, social, communicative, and psychological aspects into their evaluation in order to contribute to the safe and rational use of drugs.

The aim of the study was to compare differences in education of Social Pharmacy on Faculties of Pharmacy in the world (mainly European and American faculties). It compared the number and proportion of subdisciplines such as Pharmacoepidemiology, Pharmacoeconomics, Pharmacy Practice, Pharmacy Management, Education and Operations of Research, Health and Drug Policy, Ethics, Pharmacy Legislation and Regulations, Pharmaceutical Care, Psychology, Communication and others.

Basic information for questionnaire survey were obtained from the detailed analysis of the curricula (study plans) of 15 faculties. The subjects were divided according to the basic division into 4 groups: basic, medical, pharmaceutical and social.

The questionnaire survey was carried out from October to November 2012. The questionnaire was sent electronically to 371 faculty (deans or heads of departments).

The study involved 51 faculties (return rate was 13,7 %) in total and shows significant regional differences. E.g. Pharmacy Management has as a subject almost 88 % of faculties in North America, but only 37 % of faculties in Europe. The opposite difference is in subject Industrial Pharmacy (47 % in North America and 25 % in Europa). All conclusions are presented by arranged tables and graphs.

*The study was supported by the Charles University in Prague (Project SVV 265 005).*

**Opinions and attitudes of Czech citizens on selected issues of drugs in  
society (representative sociological survey)**

**Kostřiba J.<sup>1</sup>, Kotlářová J.<sup>1</sup>, Vlček J.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Department of Social and Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové, Charles  
University in Prague, Czech Republic*

*jan.kostriba@faf.cuni.cz*

The social sciences in health care and pharmacy enable various points of view on the issues often managed not only by health care professionals but also other specialists inside or outside of health care system. This multidisciplinary often leads to divergent views and offers various opinions and solutions. The paper is devoted to the opinions and attitudes of Czech citizens on the issue of healthcare and pharmacy which can be a source for understanding the relationships in pluralist health care system as a whole. This article presents the results of a representative sociological survey. The sample of 1797 respondents is a representative sample of the Czech population aged over 15 years in terms of gender, age and region. The research is focused on issues of self-medication, choice of pharmacy, out of pocket expenditures on prescription drugs and over-the-counter medicines, experiences with their side effects, evaluation of leaflets' comprehension. According to the results, the most of the population during illness tries to treat itself before seeing a doctor (54,1 % always, 30,9 % sometimes). The over-the-counter drugs are bought mostly in classical pharmacies without self-service (96,1 %). The choice of pharmacy determines primarily proximity and and much less personal experience or price; They spend around 150 CZK for the over-the-counter medicines and around 143 CZK for the prescription drugs per month; 77,9 % of Czech citizens understand leaflets. This data helps to understand the perception, orientation and behavior of the patient in the healthcare system and can lead to higher effectiveness and satisfaction of all stakeholders.

*The study was supported by SVV 265/005.*