

# **Analýza dopadu zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví na čerpání zdravotní péče**

Martin Klácel

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav podnikové ekonomiky  
akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martin KLÁCEL**  
Osobní číslo: **M08102**  
Studijní program: **B 6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management a ekonomika**

Téma práce: **Analýza dopadu zavedení poplatků ve zdravotnictví  
na čerpání lékařské péče**

Zásady pro vypracování:

Úvod

### I. Teoretická část

- Proveďte literární rešerši na téma financování zdravotnictví a poplatků v ČR.

### II. Praktická část

- Analyzujte čerpání lékařské péče před a po zavedení poplatků.
- Vypracujte dotazníkové šetření na téma čerpání zdravotní péče občany ČR.
- Na základě těchto analýz vyhodnoťte výsledný efekt zavedení regulačních poplatků a vypracujte doporučení.

Závěr



Rozsah bakalářské práce: **cca 40 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- [1] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.  
[2] DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.  
[3] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vydání. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.  
[4] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.  
[5] ZLÁMAL, J.; BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Šárka Fialová**  
Ústav podnikové ekonomiky  
Datum zadání bakalářské práce: **4. dubna 2011**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2011**

Ve Zlíně dne 4. dubna 2011

  
prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková  
*děkanka*



  
prof. Ing. Jiří Polách, CSc.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1</sup>;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí:
  - bez omezení;
  - pouze prezenčně v rámci Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2</sup>;
- podle § 60<sup>3</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

<sup>1</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

- (1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

<sup>2</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

- (3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

<sup>3</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60<sup>4</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použité informační zdroje jsem citoval;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 17. ledna 2011

Martin Klauz

<sup>4</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Cílem této bakalářské práce je analýza dopadů zavedení regulačních poplatků na čerpání zdravotní péče v ČR s následným uvedením doporučení a rad na možné změny v této oblasti zdravotnictví. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem se věnoval historickému vývoji zdravotnictví na území dnešní ČR, modelům financování zdravotnictví užívaných ve světě a také samotným regulačním poplatkům.

Prvním tématem praktické části je analýza dopadu regulačních poplatků na ekonomiku zdravotnictví. Ve druhé části jsem se pomocí dotazníkového šetření zaměřil na názory pacientů na regulační poplatky. V závěru uvádím návrhy a doporučení na možné změny v regulačních poplatcích.

Klíčová slova:

Zdraví, financování zdravotnictví, čerpání zdravotní péče, regulační poplatky, změny regulačních poplatků

## **ABSTRACT**

The aim of this bachelor thesis is analysis of regulatory fee impact on health care drawing in Czech republic followed by the recommendations and advices for changes in health. The work is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part is devoted to the historical development of healthcare in today's Czech republic, health care financing models used in the World and regulatory fees.

The first topic of the practical is analysis regulatory fee impact on health care economics. In the second part I am using questionnaire survey focused on patient views on regulatory fees. In conclusion I am presenting suggestions and recommendations for possible changes in regulatory fees.

Keywords:

Health, health financing, health care drawing, regulatory fees, changes in regulatory fees

Na tomto místě bych chtěl poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Ing. Šárce Fialové za její odborné rady, ochotu a věnovaný čas při konzultacích.

Chtěl bych také poděkovat mým rodičům za podporu při tvorbě celé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 ZÁKLADNÍ POJMY</b> .....	<b>14</b>
1.1 ZDRAVÍ .....	14
1.2 NEMOC.....	15
1.3 ZDRAVOTNICTVÍ.....	15
1.4 ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	15
1.4.1 Klasifikace zdravotní péče dle specializace .....	16
1.4.2 Klasifikace zdravotní péče dle místa poskytnutí.....	16
1.4.3 Klasifikace zdravotní péče dle standardu.....	16
<b>2 MODEL Y FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE</b> .....	<b>18</b>
2.1 MODEL Y FINANCOVÁNÍ DLE BARTÁKA .....	18
2.1.1 Systém přímých úhrad.....	18
2.1.2 Systém financování z daňových výnosů .....	18
2.1.3 Systém veřejného zdravotního pojištění .....	18
2.1.4 Systém soukromého zdravotního pojištění .....	19
2.2 MODEL Y FINANCOVÁNÍ DLE DOLANSKÉHO .....	19
2.2.1 Tržní model zdravotnictví .....	19
2.2.2 Státní model zdravotnictví .....	19
2.2.3 Veřejné zdravotnictví – anglický model .....	20
2.2.4 Model národního zdravotního pojištění s více pojišťovny.....	20
<b>3 HISTORIE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>21</b>
3.1 OBDOBÍ OD ROKU 1918 DO ROKU 1945 .....	21
3.2 ZDRAVOTNICTVÍ ZA SOCIALISMU .....	22
3.3 OBDOBÍ TRANSFORMACE.....	22
3.4 OBDOBÍ OD ROKU 1995 PO PLÁNOVANOU REFORMU.....	24
<b>4 NÁVRH REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ TOMÁŠEM JULÍNEM</b> .....	<b>26</b>
4.1 ZÁKLADNÍ OTÁZKY REFORMY .....	26
4.2 PRÁVNÍ RÁMEC REFORMY .....	26
4.2.1 Návrh věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách .....	27
4.2.2 Návrh věcného záměru zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování .....	27
4.2.3 Návrh věcného záměru zákona o specifických zdravotních službách .....	27
4.2.4 Návrh věcného záměru zákona o zdravotnické záchranné službě .....	28
4.2.5 Návrh věcného záměru zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny.....	28
4.2.6 Návrh věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích .....	29
4.2.7 Návrh věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění .....	29
<b>5 REGULAČNÍ POPLATKY A JEJICH VÝVOJ</b> .....	<b>30</b>
5.1 DRUHY REGULAČNÍCH POPLATKŮ .....	30
5.2 VÝVOJ REGULAČNÍCH POPLATKŮ OD JEJICH ZAVEDENÍ .....	30
5.2.1 Změna platná k 1. srpnu 2008 .....	30



5.2.2	Změna platná k 1. dubnu 2009 .....	31
5.3	JEDNOTLIVÉ REGULAČNÍ POPLATKY A JEJICH VÝBĚR.....	32
5.3.1	Kdy je placen poplatek 30 Kč .....	32
5.3.2	Kdy se poplatek 30 Kč neplatí .....	32
5.3.3	Klinické vyšetření .....	33
5.3.4	Poplatek 60 Kč .....	33
5.3.5	Poplatek 90 Kč .....	34
5.3.6	Kdo je osvobozen od placení všech poplatků .....	34
5.3.7	Ochranný limit .....	35
5.3.8	Dispenzární péče .....	36
<b>6</b>	<b>SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>37</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>39</b>
<b>8</b>	<b>CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>40</b>
8.1	VÝVOJ VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ OD ROKU 1990 .....	40
8.2	CELKOVÉ NÁKLADY NA ZDRAVOTNICTVÍ S VLIVEM RP.....	41
<b>9</b>	<b>DOPADY ZAVEDENÍ RP NA ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE .....</b>	<b>43</b>
9.1	VÝVOJ POČTU AMBULANTNÍCH OŠETŘENÍ .....	43
9.1.1	Počet ambulantních ošetření .....	43
9.1.2	Počet stomatologických ambulantních ošetření .....	44
9.2	VÝVOJ POČTU AMBULANTNÍCH OŠETŘENÍ NA LSPP .....	44
9.2.1	Počet ošetření dospělých na LSPP .....	45
9.2.2	Počet ošetření u dětí a dorostu na LSPP.....	45
9.2.3	Počet stomatologických ošetření na LSPP .....	45
9.2.4	Celkový regulační efekt na LSPP .....	45
9.3	ZMĚNA POPTÁVKY PO LÉKÁRENSKÉ PÉČI .....	46
9.3.1	Vývoj počtu receptů .....	46
9.3.2	Úhrady léčiv na recept ZP .....	47
9.3.3	Změna celkových nákladů na léčiva .....	47
9.3.4	Změna doplatků pacientů za léky na recept .....	48
9.4	ZMĚNA POČTU OŠETŘOVACÍCH DNŮ V LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍCH .....	49
9.4.1	Počet ošetřovacích dnů v nemocnicích .....	49
9.4.2	Počet ošetřovacích dnů ve speciálních ústavech .....	49
9.4.3	Počet ošetřovacích dnů v lázeňských léčebnách .....	50
9.4.4	Celková změna v počtu poskytovaných ošetřovacích dnů.....	50
<b>10</b>	<b>UŠETŘENÍ NÁKLADŮ A PŘÍJMY ZDRAVOTNICTVÍ Z RP .....</b>	<b>51</b>
10.1	VYBRANÉ RP .....	51
10.2	ODHADY A DŮVODY ÚSPOR NÁKLADŮ.....	51
<b>11</b>	<b>DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>52</b>

11.1	STRUKTURA DOTAZNÍKU .....	52
11.2	TECHNIKA SBĚRU DAT .....	52
11.3	LOKALITA SBĚRU DAT .....	53
11.4	ČASOVÉ OBDOBÍ SBĚRU DAT .....	53
11.5	CÍLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	53
11.5.1	Hlavní cíl .....	53
11.5.2	Vedlejší cíle .....	53
11.6	STANOVENÍ HYPOTÉZ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	54
11.6.1	Výčet stanovených hypotéz .....	54
11.7	CHARAKTERISTIKA VZORKU .....	54
11.7.1	Popis jednotlivých charakteristik vzorku .....	55
11.8	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK .....	56
11.9	VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ .....	71
11.10	ZÁVĚR DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	72
11.10.1	České zdravotnictví jako celek .....	72
11.10.2	RP placené u lékařů .....	72
11.10.3	RP placené v lékárnách za položku na receptu .....	73
11.10.4	RP placené za den pobytu v lůžkovém ZZ .....	73
11.10.5	RP placené za ošetření na LSPP .....	73
11.10.6	Znalost a využití ochranného limitu .....	74
<b>12</b>	<b>NÁVRHY A DOPORUČENÍ .....</b>	<b>75</b>
12.1	RP ZA KLINICKÉ VYŠETŘENÍ U AMBULANTNÍHO LÉKAŘE .....	75
12.2	RP ZA POLOŽKU NA RECEPTU V LÉKÁRNĚ .....	75
12.3	RP ZA DEN POBYTU V LŮŽKOVÉM ZZ .....	76
12.4	RP ZA OŠETŘENÍ NA LSPP .....	76
12.5	LEPŠÍ INFORMACE PRO ÚČASTNÍKY PROCESU POSKYTOVÁNÍ ZP .....	76
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>86</b>

## ÚVOD

Financování rezortu zdravotnictví České republiky je velmi obsáhlým tématem na zpracování. Systém zdravotnictví jako nedílná součást každého vyspělého státu současnosti spadá v ČR pod kompetence a správu Ministerstva zdravotnictví.

Zdravotnictví na území dnešní republiky prošlo v historickém vývoji několika změnami. Od dob tzv. První republiky, přes model státního zdravotnictví, který byl využíván v dobách vlády Komunistické strany Československa. Největší změna byla provedena po roce 1989, kdy byl celý systém zdravotnictví postupně transformován na model veřejného zdravotního pojištění.

Na přelomu tisíciletí se však začaly projevovat nedostatky finančních zdrojů, kterými byly zejména odvody části příjmů občanů na zdravotní pojištění. Výdaje na zdravotnictví rok od roku stále vzrůstají zejména kvůli vyšší kvalitě poskytované zdravotní péče, tedy i nákladnějším léčivům.

Tyto okolnosti nutily pověřené politiky a odborníky k přípravě a postupnému provedení reformy zdravotnického systému ČR. Jedním z bodů reformy je i zavedení regulačních poplatků.

Právě problematika regulačních poplatků je mým tématem bakalářské práce. Konkrétněji se budu věnovat analýze dopadů zavedení regulačních poplatků v systému českého zdravotnictví a také dopadům na změnu v čerpání zdravotní péče. Toto téma jsem si vybral zejména proto, že mě samotného zajímají právě dopady regulačních poplatků na zdravotnictví jako komplex, ale také dopad na pacienty jako subjekt českého zdravotnictví.

Práci jsem rozdělil do dvou hlavních částí. Jsou to teoretická část a část praktická, z nichž každá obsahuje několik kapitol.

V části teoretické seznámím čtenáře se základními pojmy, které se týkají rezortu zdravotnictví. Dále popisují jednotlivé modely financování zdravotnictví a také historický vývoj zdravotnictví od dob Rakouska - Uherska až po současnost. Poté rozebírám plánovanou reformu zdravotnictví, jejíž součástí jsou právě regulační poplatky, kterým věnuji poslední kapitolu. Teoretická část se tak stane stěžejním podkladem pro vypracování části praktické.

Praktická část je pak věnována analýze celkových nákladů na zdravotnictví od roku 2003 až po rok 2009, kdy jsou poskytnuty zatím poslední statistiky o vývoji výdajů zdravotnictví. Jednotlivě poté hodnotím dopady zavedení regulačních poplatků na čerpání ambulantní

péče i s vývojem počtu ošetření na lékařské službě první pomoci, změně poptávky po léčivých a změně počtu ošetřovacích dnů v lůžkových zařízeních. Dalším tématem je rozbor dotazníkového šetření, kterým jsem zkoumal názory pacientů – občanů ČR.

V závěru také uvedu několik návrhů na změny v regulačních poplatcích, které by měly být přínosné pro zdravotnictví jako celek, ale zároveň přijatelné pro pacienty

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZÁKLADNÍ POJMY

Základní pojmy a jejich vysvětlení hned v úvodu předkládané práce jsou nezbytnou součástí proto, aby ze základních teoretických poznatků mohly být odvozovány teoretické podklady, které se stanou základem pro vypracování praktické části mé bakalářské práce.

Jsou to zejména pojmy jako zdraví, nemoc, zdravotnictví nebo zdravotní péče. Z těchto pojmů dále vycházím v celé mé práci, protože jsou nedílnou součástí problematiky regulačních poplatků.

### 1.1 Zdraví

Pojem zdraví lze uchopit jako specifickou hodnotu, která se nevyskytuje v hmotné podstatě, ale naopak jen jako nehmotný aspekt každé osoby. Zdraví také nelze kupovat, prodávat ani nijak směňovat. I když se zde nákup uskutečňuje v nepřímé formě, například jako nákup léků či poskytování zdravotní péče, která bývá dnes již často zpoplatňována. Nikdy však toto „nakupování“ nelze chápat jako nákup zdraví v plném rozsahu. [5]

Původ slova zdraví pochází z anglického „health“. Vzniklo ze staroanglického „hale“, které má velmi blízký vztah k dnešnímu slovu „whole“, tedy celý nebo zdravý. Proto nelze přesně vymezit hranice pojmu zdraví, ale je jej třeba chápat jako celistvý stav jedince a zároveň celé společnosti. [1]

Zdraví dnes definovat dvěma základními přístupy. Je to přístup negativního vymezení a pozitivního vymezení. V případě negativního vymezení lze podle původních definic chápat jako statický stav organismu, který není zatěžován žádnou chorobou. [5]

V případě definice pozitivním přístupem lze pojem zdraví charakterizovat dvěma vývojově odlišnými způsoby. V první fázi bylo zdraví chápáno pouze jako takový statický zdravotní stav jedince, který je schopen odolávat duševnímu a tělesnému zatížení. Za zdravé jedince lze tedy považovat takové jedince, kteří netrpí žádnou nemocí, chorobou či poruchou. Této definici vytýkána její přílišná objektivita a také individualita. [5]

V novějším pojetí je zdraví vykládáno jako životní proces, který se postupem času mění a vyvíjí. Je příkladem dynamického vývoje zdraví, který zamítá statické negativní pojetí. V průběhu celého života člověka se výrazně mění například podle životních, pracovních či sociálních podmínek. [5]

Zdraví tedy nelze chápat jen jako ekonomický statek, i když je významně ovlivňováno ekonomickou situací jednotlivce, ale i celé společnosti. V globálním pojetí musí být dnes zdraví chápáno jako soubor nejen ekonomických, ale i etických, politických, kulturních a sociálních hodnot. [2]

## 1.2 Nemoc

Podobně jako u pojmu „zdraví“ i zde u pojmu „nemoc“ je možno nalézt spoustu definic, které na tento problém nahlíží z jiného úhlu pohledu. Podle Holčíka s Žáčkem se jedná o nemoc, když jde o „zjistitelnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnázemi.“ [9]

Tito autoři se pak snaží definovat nemoc jako:

- objektivní poruchu zdraví
- nemoc jako vnímanou poruchu zdraví
- nemoc jako předmět zdravotnických služeb

Pro samotnou léčbu a vykazování nemoci je nezbytná klasifikace nemocí, která je v současné době realizována pomocí desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. [1]

## 1.3 Zdravotnictví

Zdravotnictví musíme chápat jako nově vytvořený resortní systém, který obsahuje soustavu odborných zařízení, příslušných orgánů a institucí a kvalifikovaný personál. Tato komplexní soustava byla vytvořena za účelem uspokojovat zdravotní potřeby a požadavky lidí. [8], [13]

Cílem zdravotnictví je komplexně přispívat ke zlepšování zdraví a zdravotního stavu obyvatel daného státu, kde funguje příslušný systém poskytování zdravotnických služeb. [8]

## 1.4 Zdravotní péče

Zdravotní péče je mnohdy zaměňována s pojmem péče o zdraví. Péče o zdraví je vlastní činností každého jedince, kterou pečuje o svou tělesnou schránku. Zdravotní péče obsahuje zejména aktivity zaměřené na léčení a také aktivity spojené s případnou prevencí proti

onemocnění či napadení chorobou, ale to jen v případě, že je tato choroba definována a zabezpečována zdravotním systémem. [5]

#### **1.4.1 Klasifikace zdravotní péče dle specializace**

Zdravotní péče se zpravidla rozděluje na základní a specializovanou, přičemž podle typu specializace ji dělíme na:

- primární zdravotní péči
- specializovanou sekundární zdravotní péči
- super specializovanou terciární zdravotní péči

Za základní poskytovanou zdravotní péči se považuje všeobecná primární péče, dostupná pro celou komunitu státu. Péče sekundárního typu zahrnuje například chirurgická, urologická či traumatologická ošetření, které jsou poskytovány v lékařských střediscích či nemocnicích standardně. Patří sem také diagnostika. V případě terciární zdravotní péče se zpravidla jedná o vysoce specializované a komplexní operace a zákroky, kterých jsou schopny jen odborné týmy velkých nemocnic. Logicky plyne, že nejvíce využívanou péčí je vždy péče primární, opačně pak nejméně poskytovanou je velmi specializovaná a odborná péče. [5]

#### **1.4.2 Klasifikace zdravotní péče dle místa poskytnutí**

Rozdělení zdravotní péče dle místa poskytnutí je dalším důležitým rozdělením, které nelze opomenout zejména kvůli finančnímu efektu. Tato zdravotní péče je dělena na:

- ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ordinacích
- ústavní zdravotní péči poskytovanou v nemocnicích či odborných léčebných ústavech

Zároveň platí, že nemocnice mohou poskytovat ambulantní zdravotní péči. Důležitým faktorem jsou však náklady, které jsou u ústavní zdravotní péče výrazně vyšší než u běžné ambulantní zdravotní péče. [12]

#### **1.4.3 Klasifikace zdravotní péče dle standardu**

Členění může být také uskutečněno dle standardu. Obecně lze takto zdravotní péči rozdělit na:



- standardní zdravotní péči
- nadstandardní zdravotní péči

Standardní zdravotní péče je souhrnem všech výkonů a služeb, které povedou k a provedení nezbytně nutných lékařských úkonů. Ty pak povedou k návratu nebo uchování zdraví s co nejmenšími ekonomickými náklady. Právě standard zdravotní péče je tématem neustálých diskuzí odborníků, kteří apelují na fakt, že nadstandardní zdravotní péče by neměla omezovat výkony péče standardní. Nadstandardní zdravotní péče je hrazena vždy pacientem a to buď v hotovosti, nebo z jeho zdravotního připojištění, kdy jejím obsahem může být zejména poskytnutí nadstandardního pokoje, volba jiných léčebných postupů nebo volba ošetřujícího lékaře. [12]

## 2 MODELY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Aby byla zajištěna komplexní funkce zdravotního systému v každém státu, existuje v současné době několik druhů členění těchto modelů financování zdravotní péče o pacienty. [4]

V dnešní době byly definovány různé modely financování. Ty se liší zejména způsobem výběru prostředků, mírou rizika, které podstupujeme, a také nákupem a poskytováním zdravotnických služeb. Je pravidlem, že v každém státě je používán jeden dominantní model financování, který je doplněn vedlejším modelem. [1]

Financování zdravotní péče je zpravidla z více jak poloviny zajišťováno veřejnými zdroji, ale například v USA je poměr soukromých a veřejných zdrojů financování zdravotní péče obrácený. [1]

### 2.1 Modely financování dle Bartáka

#### 2.1.1 Systém přímých úhrad

Systém přímých úhrad je jistě nejstarším systémem, který byl užíván. Funguje na principu uhrazení částky poskytovateli přímo pomocí finančních prostředků nebo věcným plněním. Tento systém je nevýhodný zejména z toho důvodu, že pacient kvůli nákladnosti úkonu má možnost dovolit si pouze primární péči. Přesto se dnes ještě stále používá v některých méně rozvinutých afrických zemích. [1], [11]

#### 2.1.2 Systém financování z daňových výnosů

Systém financování z daňových výnosů je takový systém, kdy občané státu odvádí daně, které jsou pak zdrojem k financování zdravotnických služeb. Zdrojem jsou zpravidla všeobecné a spotřební daně. V některých případech je také využíváno tzv. zdravotní daně, kdy jisté procento z daňových výnosů připadá přímo sektoru zdravotnictví. To být dosti nevýhodné, protože se stává silně závislé na daňovém výnosu. [1]

#### 2.1.3 Systém veřejného zdravotního pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění je dalším typem financování. Zdravotní pojištění je většinou povinné pro většinu obyvatel, kteří žijí na území dané státu. Příspěvky jsou hrazeny buď zaměstnanci, zaměstnavateli nebo státem, pokud se jedná o ekonomicky neaktivního jedince. Tento systém je doprovázen volbou mezi variantou systému s jednou (státní)

pojišťovnou nebo více pojišťovnami, kdy má každý jednotlivec svobodné právo volby pojišťovny. Výše pojistného se vypočítává z příjmu pojištěnce. Dochází zde k solidárnímu přerozdělování. [1]

#### **2.1.4 Systém soukromého zdravotního pojištění**

Systém soukromého pojištění je posledním typem, který zde uvedu. Je založeno na kalkulaci rizik pojišťovnou v závislosti na zdravotním stavu pojištěnce a naděje na dožití. Může se tedy potom stát, že si jej nebude moct obyčejný člověk dovolit, protože bude neúměrně vysoké, nebo jej pojišťovna vůbec nepojistí. Tento typ pojištění je typický pro zaměstnaneckou komunitu, která dostane soukromé zdravotní pojištění zapláceno jako bonus za odvedenou práci. [1]

## **2.2 Modely financování dle Dolanského**

### **2.2.1 Tržní model zdravotnictví**

Podle Dolanského je vlastně systém přímých úhrad za zdravotní péči model tržního zdravotnictví, kdy tento model v současné době funguje jen v USA. V USA není jednotná politika zdravotnictví ani zákon o veřejném zdravotním pojištění. Úhrady jsou prováděny přímou platbou pacienta nebo úhradou přes soukromé pojišťovny, které mají různý charakter a funguje jich více jak 1000. Nabízí různorodé pojistné plány. Tyto pojišťovny nejsou nijak ovládány ani omezovány federální vládou. [4], [11]

Pro lidi, kteří si z finančních možností nemohou dovolit přímé úhrady nebo soukromé pojištění, stát zavedl federální zdravotní program Medicare a Medicaid. Medicare je určený pro pacienty starší 65 let a Medicaid se zaměřuje na sociálně slabší pacienty. [4]

Tento model je typický svou nerovnoměrností v poskytování zdravotní péče, je drahý a nemá dostatečné kontrolní mechanismy a v neposlední řadě také absencí řešení situace dlouhodobě a chronicky nemocných. [4]

### **2.2.2 Státní model zdravotnictví**

Model státního zdravotnictví je vlastně přímým opakem tržního. Byl uplatňován ve státech socialistické vlády do roku 1990. Jako poslední stát tento model stále používá Kuba. [4]

Je založen na principu úhrad všech zdravotních úkonů z peněz státního rozpočtu, tedy z daní. Tedy každý pacient přispívá dle výše svého výdělku. Peníze ze státního rozpočtu

jsou pak přerozdělovány poskytovateli nebo poskytovatelům, kteří jsou zpravidla státního charakteru. Resort zdravotnictví se stává konzumentem se spoustou byrokracie. [4]

Všechna zdravotnická zařízení jsou v majetku státu. Jsou financována z přidělených peněz regionálních orgánů, u nás dříve známých jako krajské a okresní národní ústavy zdraví. [4]

### **2.2.3 Veřejné zdravotnictví – anglický model**

Tento model začal jako první fungovat ve Velké Británii roku 1948. Po roce 1992 se stal také vzorem pro Českou republiku. [4]

Je jedním z nejlepších případů demokratizovaných a zároveň socializovaných zdravotních systémů kapitalistickými zeměmi. Příjmy pro zdravotnictví jsou získávány z daní z příjmů obyvatel (80 %), doplňkové platby národního pojištění (15 %) a doplatků na léky (5 %). Na pojištění přispívají zaměstnanci i osoby samostatně výdělečně činné asi 2-3 % z příjmů. Tento systém umožňuje využívat komplexí lékařskou péči na velmi vysoké úrovni. [4]

### **2.2.4 Model národního zdravotního pojištění s více pojišťovnami**

Tento model je používán zeměmi západní Evropy i ČR. Základním předpokladem je možnost výběru z několika zdravotních pojišťoven, nad kterými dohlíží příslušný úřad. V ČR tuto funkci plní MZČR. Figurují zde různí poskytovatelé ZP. V ambulantním sektoru jsou to zejména soukromá pracoviště. Při poskytování lůžkových služeb, specializovaných léčen je zajištěno kombinací různých vlastnických forem. [4]

Pacienti jsou povinně pojištěni a pojistné je zpravidla vybíráno procentem z příjmu. Dále mají pacienti možnost volby doplňkového zdravotního pojištění, které může sloužit třeba k úhradě nadstandardní péče. [4]

Významnou roli zde hraje stát, který platí pojištění za nezaměstnané, děti, studenty, důchodce a osoby ve výkoně trestu. Počítá se spoluúčastí pacienta nejčastěji formou doplatků za léky, stomatologická ošetření či doplatku na brýle. [4]

### 3 HISTORIE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

V této kapitole se budu věnovat vývoji zdravotnictví, kterým prošla Československá a později Česká republika od roku 1918 po současnost.

Vůbec první zmínky o zdravotním pojištění na území dnešní ČR se objevily již za dob Rakouska – Uherska. Konkrétně v roce 1888, kdy bylo zavedeno tzv. „nemocenské pojištění pro průmyslové dělníky“. Bylo poskytováno soukromými či zaměstnaneckými pojišťovnami. [4]

#### 3.1 Období od roku 1918 do roku 1945

V roce 1918 vznikla samostatná Československá republika, která se skládala z Moravy, Čech, Slezska, Slovenska a také Podkarpatské Rusi. ČSR patřila mezi velmi vyspělé země. Životní a kulturní úroveň však byla velmi rozdílná v jednotlivých částech. [6]

Zdravotnictví bylo založeno na povinném zdravotním pojištění, které bylo zajišťováno Ministerstvem zdravotnictví a nemocenskými pojišťovnami. Týkalo se prozatím jen námezňě pracujících dělníků, kteří odváděli 4,3 % ze mzdy rovným dílem se zaměstnavatelem. V roce 1925 bylo nemocenské pojištění rozšířeno na státní zaměstnance. Prozatím nebyl vyvinut systém pojištění osob samostatně výdělečně činných (OSVČ). Z nemocenského pojištění byla hrazena základní ZP a léčba v nemocničním zařízení, která se vztahovala i na rodinné příslušníky pojištěných. Nepojištěni zůstali zemědělci. [4], [6]

V roce 1937 byla střední délka věku 52 let u mužů a 55 let u žen, v porovnání o 3 roky méně než v západoevropských zemích. Bylo to způsobeno vysokou úmrtností kojenců a onemocněním TBC u dospělých. [6]

Roku 1934 se všechny pojišťovny staly členem Svazu nemocenských pojišťoven. Existovala Ústřední sociální pojišťovna, která dohlížela na menší pojišťovny. Stanovovala procentní výši zdravotního pojištění ze mzdy. Z odvodů na zdravotní pojištění byla hrazena pomoc praktického lékaře, nemocenská, pomoc v mateřství či pohřebné. [6]

V období 2. světové války byly zavřeny všechny vysoké školy, což vedlo k přerušení vzdělání nových lékařů. Mnoho lékařů bylo odvečeno do koncentračních táborů. Tyto kroky měly za důsledek nedostatek lékařského personálu v roce 1945. [6]

### 3.2 Zdravotnictví za socialismu

V roce 1948 bylo sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění do jednoho komplexního systému, nad kterým dohlížela Ústřední národní pojišťovna. Vyjma ordinací praktických lékařů byla všechna ZZ pod správou státu. Roku 1951 Československo převzalo model sovětského zdravotnictví. Byl zrušen dosavadní pojišťovací systém. Téměř všechny tehdejší služby zdravotnictví přešly pod patronát Ministerstva zdravotnictví (MZ). Byla zrušena Ústřední národní pojišťovna a všechny výdaje byly hrazeny ze státního rozpočtu. [6]

Základním článkem pro poskytování zdravotnických služeb byl zdravotnický obvod, kde byla poskytována péče pro děti, dospělé, ženy a stomatologické péče. Každý občan přidělen do příslušného obvodu dle místa bydliště pro poskytování primární a nemocniční péče. Vznikly Krajské a Okresní ústavy národního zdraví. Do OÚNZ byli soustředěni praktičtí lékaři, lékaři specialisté, nemocnice, lékárny, pohotovostní služba, dále hygienické stanice a střední zdravotní školy. Do KÚNZ spadaly krajské a fakultní nemocnice poskytující specializované služby. Plnily dozorčí funkci nad OÚNZ. [4], [6]

V 50. a 60. letech byly zavedeny celorepublikové očkovací programy, které se velmi výrazně podílely na omezení výskytu některých onemocnění. Jednalo se zejména o dětskou obrnu, záškrt nebo tetanus. [4]

V 60. až 80. letech se celý zdravotní systém potýkal s problémem nedostatku finančních prostředků. Přidělování do resortu zdravotnictví mělo zbytkový charakter. Došlo k hlubokému propadu stavu zdraví celé populace. Důvodem bylo špatné finanční ohodnocení pracovníků ve zdravotnictví a totální absence soutěživosti lékařů či ZZ. Vybavení ZZ a infrastruktura postupně zastarávaly, stávaly se tak nedostatečnými. [4], [6]

Nejčastějšími zdravotními problémy byly nemoci cév způsobené špatným životním stylem a nízkou zodpovědností každého jedince za vlastní zdraví. Léčení onkologických onemocnění bylo znemožněno nedostatkem financí. To vyvolalo zvýšené náklady na léčbu zejména chronických onemocnění. [4], [6]

### 3.3 Období transformace

Po „sametové revoluci“ začali experti MZ pracovat na novém systému zdravotní péče, který byl schválen koncem roku 1990. Návrhy řešily následující problémy:

- špatný zdravotní stav obyvatelstva

- nespokojenost lékařů se svým postavením
- odstranění těžkopádnosti minulého systému zdravotnictví
- zvýšení motivace obyvatel v péči o své vlastní zdraví [6]

Celý systém zdravotnictví potřeboval být rychle transformován. Byly stanoveny základní zásady nového zdravotního systému, mezi které patřilo:

- nový systém jako celoplošná strategie obnovy a podpory zdraví
- svobodné jednání občana na základě poskytnutých informací
- záruka státu na poskytnutí přiměřené zdravotní péče občanům
- vznik konkurenčního prostředí ve službách zdravotnictví
- právo na svobodnou volbu lékaře občanem
- hlavní formou ZP bude veřejné zdravotnictví s prvkem samostatného ZZ
- dotvoření subsystémů zdravotnictví (podpora, výchova, prevence, rehabilitace)
- základem bude péče ambulantního praktického lékaře
- finanční prostředky budou mít různý původ (SR, OR, zaměstnavatel, občan)
- zdravotní pojištění bude povinné
- bude vytvořen informačního systému k naplnění státních záruk ZP a rozvoje. [8]

KÚNZ a OÚNZ byly zrušeny nebo transformovány. Byla naplněna zásada konkurenčního prostředí zdravotnictví, kdy spolu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) vzniklo dalších 26 pojišťoven s charakterem veřejnoprávních institucí. [4]

Typickým znakem reformních kroků v letech 1990 až 1993 byla rychlost bez jakýchkoliv regulačních opatření. V roce 1992 byl provoz VZP stimulován ze SR. Byl zahájen proces privatizace lékařských ZZ. V tehdejší době byly u primární ZP zavedeny platby za registrovaného pacienta (tzv. „kapitace“). U ambulantních odborníků docházelo k platbám za výkon – výkonové platby. Služby stomatologů byly hrazeny na základě vypracovaných dohodnutých ceníků. [4], [6]

### 3.4 Období od roku 1995 po plánovanou reformu

V roce 1995 byla dokončena privatizace ambulantní péče. Projevovaly se problémy s výběrem pojistného a lékaři hrozili stávkami kvůli špatnému ohodnocení. Mnoho zaměstnaneckých pojišťoven se dostávalo do problémů s platební schopností. Proto stanoven veřejný dohled nad všemi pojišťovny. Byly stanoveny přísnější podmínky pro pojišťovny, což vedlo k redukci jejich počtu. [4]

V roce 1997 byla Janem Stránským a jeho skupinou vypracována Koncepce zdravotnictví, která měla snižovat solidaritu a naopak zvyšovat individualizaci. 1/3 částky zdravotního pojištění měla být převedena do komerčního sektoru. Plánovalo se zřízení Správy zdravotního pojištění a s restrukturalizací lůžkových ZZ, výkonově-kapitační platby pro praktické lékaře či regulace poptávky ZP přímými platbami. Po ústavní stížnosti byl zákon 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. [4]

V roce 1998 VZP změnila mechanismy úhrady za výkony u praktických lékařů na výkonově-kapitační. U specialistů zůstaly výkonové platby s časovým limitem. Od 1. ledna 1999 vešla v platnost nová vyhláška MZČR, která omezila možnosti vytváření účelových fondů zdravotních pojišťoven. [6]

V roce 1999 vedl MZČR Ivan David, který vypracoval novou Koncepci zdravotnictví, která zakazovala konkurenci ve veřejném zdravotním pojištění. Mělo být zavedeno 100 % přerozdělení pojistného mezi pojišťovny místo současných 60 %. Počítalo se se sloučením zdravotních pojišťoven. Důvodem neprosazení této koncepce byla výrazná nerovnováha v hospodaření VZP. [4]

Od roku 2000 je administrativní vykonávána pomocí 14 samosprávních celků. Zdroji financování zdravotnictví jsou:

- veřejný rozpočet
- veřejné zdravotní pojištění
- přímé platby - dobrovolné komerční pojištění [4]

Síť ZZ je v dnešní době tvořena těmito zejména privatizovanými zařízeními:

- ordinace praktických lékařů
- ordinace odborných ambulantních lékařů



- nemocniční zařízení
- odborná lůžková zařízení [6]

Zdravotnictví se postupně dostává do krize. Je do něj odváděno asi 7,5 % HDP. Stále více se projevují rostoucí výdaje, mezi lety 1993 a 2000 vzrostly ze 7 112 Kč na 13 769 Kč. [6]

Dalším negativním faktorem je stále klesající podíl výdělečně činných obyvatel na celkovém počtu obyvatel, který je 55 %. Podmínkou zřízení ZZ je souhlas České lékařské komory (ČLK), která je garantem kvality poskytované ZP. [4], [6]

V roce 2005 bylo prosazeno 100%ní přerozdělení odvodů na zdravotní pojištění mezi zdravotní pojišťovny. Od roku 2006 byla diskutována potřeba reformy českého zdravotnictví. Po volbách do Poslanecké sněmovny nastoupil na MZČR MUDr. Tomáš Julínek, který se svým týmem odborníků pracoval na komplexním návrhu reformy českého zdravotnictví. [12]

## 4 NÁVRH REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ TOMÁŠEM JULÍNKEM

Reforma zdravotnictví začala být plánována a realizována hned po volbách v roce 2006. Reforma podle tehdejšího plánu měla být finálně zrealizována do konce volebního období, tedy roku 2010. [12]

Podle prvních plánů reformy ministra Julínka byla snaha přiblížit se k systému fungujícímu ve Švýcarsku či Nizozemsku. Hlavním pilířem reformy je fungování konkurence mezi ZZ při nezměněné spoluúčasti pacienta. Tyto předpoklady měly vyvolat expanzi kvalitních nemocnic a poliklinik. Naopak méně kvalitní zařízení se soustředila na méně náročnou na péči. [19]

### 4.1 Základní otázky reformy

MUDr. Tomáš Julínek spolu s kolegy MUDr. Tomášem Macháčkem a MUDr. Pavlem Hroboněm vypracovali již v září roku 2005 rozsáhlou publikaci o připravované reformě českého zdravotnictví. Položili si 6 základních otázek, které řeší problémy stávajícího zdravotnického systému:

1. Jaký bude podíl veřejných a soukromých prostředků potřebných pro zajištění chodu českého zdravotnictví a odkud budou tyto prostředky získávány?
2. Jak vyřešit problém zajištění zdravotní péče pro seniory, kdy podíl ekonomicky aktivních lidí v ČR stále klesá?
3. Jak odstranit problémy s protekcí a korupcí?
4. Jak se vyrovnat s neustálým zadlužováním resortu Ministerstva zdravotnictví?
5. Jak zaručit dostupnost a rovnost ve zdravotní péči všem vrstvám obyvatelstva?
6. Podle jakých kritérií potom rozdělit zdravotní péči na hrazenou z veřejných prostředků a péči placenou přímo? A jaké bude spoluúčast pacienta? [10]

### 4.2 Právní rámec reformy

Základním předpokladem pro provozuschopnost předkládané reformy byla nutná úprava nebo i vznik nových právních norem, kterých bylo celkem sedm. Níže jednotlivě popíšu základní znaky jednotlivých norem.

#### **4.2.1 Návrh věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách**

V tomto zákoně mělo být provedeno několik zásadních opatření, které mělo změnit postavení pojišťoven a pojištěnce. Bylo to zejména:

- jednotné postavení zdravotních pojišťoven a transformace na akciové společnosti
- ujasnění odpovědnosti managementu pojišťovny za její hospodaření
- stanovení práva pojištěnce na zdravotní péči
- standard zdravotní péče
- zajištění dostupnosti zdravotní péče všem pojištěncům
- zavedení různých pojistných plánů pro pojištěnce dle jejich požadavků
- zavedení osobních účtů pojištěnce [12]

#### **4.2.2 Návrh věcného záměru zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

Tento návrh měl později nahradit zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který neodpovídal současným požadavkům systému zdravotnictví. Návrh upravoval zejména:

- stanovení nových podmínek k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- detailní definice všech zdravotních zařízení
- práva a povinnosti poskytovatelů zdravotní péče a pacientů
- vymahatelnost a sankce za nesplnění povinností
- vznik národního informačního systému a nakládání se zdravotnickou dokumentací
- zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb
- problematika ohledání zemřelých a pitvy
- šetření stížností na poskytování zdravotní péče a určení kompetencí [20]

#### **4.2.3 Návrh věcného záměru zákona o specifických zdravotních službách**

Návrh tohoto zákona navazuje na návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jedná se o rozšiřující návrh, který upravuje takové úkony, které jsou nad rámec obecných úprav a jsou poskytovány v souladu s právem Evropského společenství.

Jedná se o tyto lékařské výkony:

- asistovaná reprodukce
- sterilizace a kastrace
- změna pohlaví trans-sexuálních osob
- psychochirurgické výkony
- klonování a lidské genetické dědictví
- darování a odběry krve
- lékařské ozařování
- léčení pomocí metod, které dosud nebyly použity a ověřeny [17]

#### **4.2.4 Návrh věcného záměru zákona o zdravotnické záchranné službě**

Tento návrh definoval základní předpoklady fungování, jako jsou:

- zdravotní záchranná služba (ZZS) jako samostatný typ zdravotní služby
- organizační členění ve zdravotním zařízení
- zlepšování dostupnosti ZZS
- práva a podmínky poskytovatelů ZZS
- podmínky poskytování služeb za mimořádných podmínek a krizí
- sankce a kompetence MZČR a krajů [33]

#### **4.2.5 Návrh věcného záměru zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami**

Podle následujícího návrhu zákona měl vzniknout úřad, který by měl právo dohlížet na činnost zdravotních pojišťoven. Jeho sídlo mělo být v Praze a mezi jeho hlavní činnosti měly patřit zejména:

- kontrola hospodaření zdravotních pojišťoven
- zabezpečení dostupnosti zdravotní péče [12], [34]

#### **4.2.6 Návrh věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích**

Pomocí návrhu výše uvedeného zákona mělo takto dojít ke zlepšení postavení vědy a výzkumu v českém zdravotnictví. Měly být vykonány následující kroky pro dosažení větší transparentnosti organizační struktury těchto nemocnic:

- změna fakultních nemocnic jako příspěvkových organizací na nemocnice univerzitní a s právní formou akciové společnosti
- oddělení univerzitní nemocnice od univerzity
- univerzita bude mít podíl 34% na základním kapitálu (ZK) nemocnice, zbylých 66% ZK bude patřit státu
- výuka zdravotnických pracovníků bude podložena smlouvou mezi univerzitou a univerzitní nemocnicí o množství, struktuře a kvalitě výuky. [12], [35]

#### **4.2.7 Návrh věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění**

Poslední, sedmý, návrh věcného záměru zákona o zdravotním pojištění je jediný, který byl prosazen přes to, že reforma měla být uskutečněna do konce volebního období. Hlavním prvkem tohoto zákona je implementace tzv. „regulačních poplatků“ (RP ) do českého zdravotnického systému. Problematice RP se budu věnovat v celé následující kapitole. [12]

## 5 REGULAČNÍ POPLATKY A JEJICH VÝVOJ

Regulační poplatky ve zdravotnictví jsou upraveny zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, které novelizují zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění pomocí nového §16a „regulační poplatky“. Je zde ustanovena povinnost vybírat regulační poplatek zdravotnickým zařízením od 1. Ledna 2008 dle příslušné výše. Při nevybrání RP zdravotnickým zařízením hrozí pokuta ve výši až 50 000 Kč. [36]

### 5.1 Druhy regulačních poplatků

Podle zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů jsou příslušnými zdravotnickými zařízeními vybírány poplatky ve výši:

- poplatek ve výši 30 Kč
- poplatek ve výši 60 Kč
- poplatek ve výši 90 Kč [27]

Podrobnější výpis případů výběru jednotlivých RP uvádím níže.

### 5.2 Vývoj regulačních poplatků od jejich zavedení

V této části mé práce se budu věnovat vývoji regulačních poplatků od jejich zavedení, tedy od 1. ledna 2008 do 30. dubna 2011, kdy jsem mohl použít relevantní a ověřené informace o změnách v regulačních poplatcích.

#### 5.2.1 Změna platná k 1. srpnu 2008

Změna platná k 1. srpnu 2008 se týkala zejména rozšíření okruhu situací, kdy poplatek nesmí být vybírán. Jsou to tyto případy:

- osvobození od platby poplatku 60 Kč za pobyt novorozence v nemocnici jeho zákonným zástupcem do dne jeho propuštění, platba za pobyt zástupce stále platí.
- osvobození od všech poplatků jsou pojištěnci umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro zdravotně postižené.
- osvobození jsou dárci orgánů určených pro transplantaci od poplatků přímo spojených s tímto výkonem.

- osvobození jsou pojištěnci umístění bez jejich souhlasu do ústavní péče z důvodů stanovených zvláštním zákonem, vysloví-li tento souhlas s umístěním ústavní soud.

Zároveň vstupuje v platnost od stejného data i možnost uložení pokuty příslušnému zdravotnickému zařízení ve výši až 50 000 Kč za neoprávněný výběr regulačního poplatku. [24]

### 5.2.2 Změna platná k 1. dubnu 2009

Od 1. dubna 2009 vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která změnila některé paragrafy týkající se RP a doplatků na léčiva. Změny nastaly také v oblasti výše ochranného limitu. Zvýhodnění se týkalo zejména dětí do 18 let a seniorů ve věku nad 65 let. [14]

U dětí do 18 let se od 1. dubna 2009 ruší RP 30 Kč za klinické vyšetření u lékaře. Je nutno podotknout, že RP 60 Kč za den pobytu v nemocnici a RP 90 Kč za ošetření na lékařské službě první pomoci (LSPP), stejně jako RP 30 Kč za klinické vyšetření u logopeda či psychologa není u dětí do 18 let osvobozeno a tyto RP jsou vybírány i nadále. Zároveň je snížen i ochranný limit z původních 5000 Kč na 2500 Kč. [14]

U seniorů ve věku nad 65 let podobně jako u dětí do 18 let byl snížen ochranný limit na polovinu, tedy 2500 Kč. Do tohoto limitu se nově počítají i doplatky částečně hrazených léčiv nebo potraviny určené na zvláštní zdravotnické účely, tj. podpůrná a doplňková léčba. [14]

Dále byl také rozšířen okruh pacientů, kteří jsou vždy osvobozeni od placení všech RP. Jsou to děti umístěné, na základě rozhodnutí soudu, v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc a děti, které jsou svěřeny do pěstounské péče. Druhým případem jsou lidé, kterým jsou poskytovány sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, v domovech pro seniory, aj., kterým nezůstane po uhrazení nákladů na ubytování a stravu více než 800 Kč měsíčně, a nemají vedlejší příjem. Změny nastaly i v RP za položku na receptu. Ten se sice platí stále, doplatek na léky je však o tento RP snížen tak, aby součet RP a doplatku činil nejméně 30 Kč za jeden předepsaný lék. [14]

Novou povinností je také použití vybraných RP v každém zařízení na jeho provoz nebo modernizaci. [14]

### 5.3 Jednotlivé regulační poplatky a jejich výběr

V této kapitole teoretické části uvádí podrobnější popis jednotlivých sazeb regulačních poplatků. Kapitola je také doplněna o používané termíny pro lepší pochopení problematiky.

#### 5.3.1 Kdy je placen poplatek 30 Kč

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění resp. podle zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů je povinen pojištěnec nebo za něj jeho zákonný zástupce zaplatit regulační poplatek ve výši 30 Kč v následujících případech:

- za návštěvu, kdy bylo u praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, u ženského lékaře, nebo u stomatologa, kdy bylo provedeno vyšetření.
- za návštěvu lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči
- za návštěvu u klinického psychologa
- za návštěvu u klinického logopeda
- za vydání každého léčivého přípravku, který je plně nebo částečně hrazen ze zdravotního pojištění, který je předepsán na receptu, a to bez ohledu na předepsané množství. [15]

#### 5.3.2 Kdy se poplatek 30 Kč neplatí

Regulační poplatky ve výši 30 Kč jistě nejsou vybírány vždy, i když se zdá, že by měly být vybrány. Zde je uvedena většina takových případů, kdy neplatíme:

- pokud nebylo provedeno žádné z klinických vyšetření
- při preventivní prohlídce pacienta (nárok každé 2 roky)
- při povinném i dobrovolném očkování
- za odběr krve
- při provedení výkonu na žádost pacienta – zpoplatněný výkon dle sazebníku lékaře
- za návštěvu novorozence dětskou sestrou ordinace pediatra
- za druhou preventivní prohlídku u zubního lékaře poskytnutou v jednom kalendářním roce
- za naplánované úkony stomatologa, které nelze provést v rámci jedné návštěvy



- při provedení samostatného RTG nebo jiného laboratorního vyšetření
- za péči o děti 1 až 18 let stáří a těhotné ženy
- za poskytování gynekologické péče těhotných
- za preventivní gynekologickou prohlídku od 15. roku jednou ročně
- za mammografický screening prsu ve věku od 45 do 69 let dvakrát ročně
- při předpisu hormonální antikoncepce bez klinického ošetření
- Při výdeji léčiv nehraných z veřejného zdravotního pojištění
- při výdeji léků bez lékařského předpisu
- při výdeji zdravotnických prostředků vydaných na poukaz [21]

### 5.3.3 Klinické vyšetření

O klinické vyšetření se jedná, když při prohlídce u lékařů výše uvedených byl proveden nejméně jeden z následujících úkonů nebo častěji jejich následná kombinace. Jsou to zejména tyto úkony:

- Zjištění subjektivních obtíží pacienta a možné spojení s předchozími obtížemi
- Vyšetření podle obtíží pacienta
- Léčebný zákrok lékaře
- Doporučení možných doplňkových vyšetření
- Posouzení diagnostiky a dalšího léčebného postupu
- Diagnostický a posudkový závěr
- Následné zajištění vyšetření dalšími lékaři – specialisty
- Pohovor s pacientem - vysvětlení jeho diagnostiky a následné léčby
- Administrativní činnost spojená s daným lékařským výkonem [18]

### 5.3.4 Poplatek 60 Kč

Poplatek ve výši 60 Kč je placem za každý strávený den v nemocnici a je vyjádřením potřeby lékařské péče po celý den, spotřebování doprovodných nákladů, jako je jídlo, voda, energie a jiné. Pokud by se tento ošetřovaný člověk staral v té době o sebe sám, nejen že by tyto náklady byly pravděpodobně vyšší, ale nebyly by mu být poskytovány nemocniční služby od lékařů, sester a celého personálu nemocnice.

Zde jsou uvedeny případy, kdy je vybírán poplatek ve výši 60 Kč za pobyt:

- v nemocnicích a odborných léčebnách
- v léčebnách dlouhodobě nemocných
- v lázních s komplexní lázeňskou péčí
- v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách

I v případě poplatků 60 Kč vedeny výjimky, kdy nejsou vybírány:

- pokud je pacient na propustce
- pokud mu byla poskytována jednodenní lůžková péče
- pokud pacient pobývá ve stacionáři [25]

### 5.3.5 Poplatek 90 Kč

Poplatek 90 Kč je posledním druhem RP, který je placen pacientem za úkony českého zdravotnictví. Tato sazba je hrazena pojištěncem nebo jeho zákonným zástupcem případech:

- poskytnutí lékařské služby první pomoci (LSPP) a také LSPP poskytnuté zubním lékařem
- poskytnutí ústavní pohotovostní služby v pracovních dnech od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli nebo svátek po celých 24 hodin.

Poplatek není vybírán v případě, že pacient užije ústavní pohotovostní péče v pracovních dnech v době mezi 7. a 17. hodinou nebo když dojde k následnému převzetí pacienta do ústavní péče ve stejném ZZ. [37]

### 5.3.6 Kdo je osvobozen od placení všech poplatků

Od této doby zavedení RP proběhlo několik významných změn v tom, kdo je povinen tyto poplatky platit a kdo nikoliv. Tuto problematiku lze rozdělit do tří časových intervalů.

1. 1. 2008 byli nejprve osvobozeni od placení:

- pojištěnci umístění v dětských domovech, v zařízeních pro výkon ústavní výchovy či ochranné výchovy
- pojištěnci, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení

- pojištěnec, který je povinen se podrobit léčení infekčního onemocnění v izolaci nebo karanténě pro zajištění ochrany veřejného zdraví dle zvláštního předpisu
- pojištěnci, kteří se prokážou potvrzením o pomoci v hmotné nouzi

Po sedmi měsících, konkrétně od 1. 8. 2008, se však tento okruh pojištěnců osvobozených od placení regulačních poplatků rozšířil o následující případy:

- pojištěnců umístěných v domovech pro osoby se zdravotním postižením
- pojištěnců, kteří se podrobují prohlídce způsobilosti a také odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po takovém odběru dle transplantčního zákona
- pojištěnců umístěných do ústavní péče bez jejich souhlasu, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence. [19]

Od 1. dubna 2009 vstoupily v platnost další novely zákona o veřejném zdravotním pojištění., které rozšířily okruh pojištěnců osvobozených od placení všech RP o pojištěnce, kterým je podle zákona o sociálních službách poskytována služba pobytové sociální služby v domovech pro osoby zdravotně postižené, v domovech pro seniory, v domovech, kde platí zvláštní režim nebo ve ZZ ústavní péče, pokud u takového pojištěnce po úhradě ubytování a stravy jeho peněžní zůstatek nepřevyšuje 800 Kč a pokud nemá žádný vlastní příjem. [23]

### 5.3.7 Ochranný limit

Ochranný limit slouží jako maximální vymezení částky, kterou pacient zaplatí za rok za:

- RP u lékaře
- položky na receptu
- doplatky za léky [18]

Ochranný limit byl od 1. ledna 2008 stanoven na 5 000 Kč za rok. Od 1. dubna 2009 však vstoupilo v platnost snížení ochranného limitu z 5000 Kč na 2500 Kč u dětí a seniorů. [26]

Ne všechny RP se započítávají do tohoto ochranného limitu. Mezi položky patří:

- 90 Kč poplatek za ošetření na pohotovosti
- 60 Kč poplatek za pobyt v nemocnicích, lázních, léčebnách a ozdravovnách

- poplatky za zdravotnické prostředky vydané na poukaz
- doplatky na léky, na které pojišťovna doplácí méně jak 30% jejich ceny
- léky doplňkové a podpůrné léčby [18]

Ochranný limit každého pojištěnce spravuje jeho zdravotní pojišťovna. RP zaplacené nad rámec ochranného limitu jsou mu čtvrtletně vyúčtovávány. Každý pojištěnec má také právo zažádat si jednou ročně zdarma o výpis z účtu zaplacených poplatků.

### 5.3.8 Dispenzární péče

V případě poskytování dispenzární péče je pacient osvobozen od placení RP s nimi spojených. Do dispenzární péče jsou zahrnuty všechny nemoci a stavy s nimi spojené, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 60/1997 Sb.

V dispenzární péči jsou zahrnuty všechny stavy nemocí, které jsou sice stabilizované, ale lze předpokládat jejich zhoršení. Prevencí proti zhoršení jsou proto klinická a laboratorní vyšetření, která se snaží předcházet jejich zhoršení. Jedná se o zdravotní péči, která je plně hrazena ze zdrojů zdravotního pojištění. V České republice existuje systém preventivních prohlídek podložených právní normou. Vyhláška č.56/1997 Sb., kterou je stanoven obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek a jež je prováděcí vyhláškou k zákonu č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zaručuje občanovi plnou úhradu ze zdravotního pojištění u všech vyšetření pacientů, kteří jsou registrovaní u libovolného praktického lékaře. Pokud nejsou registrovaní u žádného lékaře, platí si tyto prohlídky sám, i když je pojištěn. [22]

## 6 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části jsem provedl literární rešerši o současné situaci v českém zdravotnictví. Zejména pomocí knižních zdrojů jsem definoval základní pojmy, které se vážou k poskytování zdravotní péče.

Podle autorů Bartíka a Dolanského uvádím různé modelů financování zdravotnictví. Jejich rozdělení se částečně překrývalo. Podle definovaných modelů jsem uvedl, že v současné době je v ČR používán model národního zdravotnictví s více pojišťovnami, který uvádí Dolanský.

V kapitole o historickém vývoji zdravotnictví jsem popsal jednotlivá období, jak na sebe navazovala, aby tento vývoj dostal plynulou podobu. Uvádím zde změny, jakých doznalo zdravotnictví od dob „První republiky“. Zmiňuji reformu provedenou KSČ v roce 1951, kdy došlo k zásadním změnám financování a rozsahu poskytování ZP. Uvádím také transformaci sociálního modelu zdravotnictví na model veřejného zdravotního pojištění, která proběhla v letech 1989 až 1993.

S postupným vývojem zdravotnického systému se začaly projevovat jeho nedostatky. Tyto nedostatky byly zapříčiněny postupným zdražením ZP a léčbou. Proto byl MUDr. Tomášem Julínkem předložen návrh reformy českého zdravotnictví. V otázce spoluúčasti pacientů na financování ZP vstoupil do povědomí pojem regulační poplatek, jako nástroj ke zvýšení příjmů zdravotnictví a nástroje regulace množství poskytované péče. Problematice regulačních poplatků jsem vyčlenil poslední kapitolu teoretické části práce. Uvádím zde jednotlivé druhy poplatků, případy, kdy jsou a kdy nejsou vybírány příslušnými ZZ. Uvádím také případy osvobození od placení poplatků a definuji pojem ochranný limit. S RP jsou také spojeny termíny klinické vyšetření a dispenzární péče, které vymezují, podmínky výběru jednotlivých RP.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou, která se stala základním podkladem pro její vypracování.

Praktickou část rozdělím do několika kapitol. V první části popisují vývoj celkových výdajů od 1990, kdy bylo zdravotnictví postupně transformováno, až do roku 2009, kdy již 2 roky platí zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jehož součástí jsou i RP a jejich výběr. Detailněji popíši vývoj celkových výdajů právě mezi lety 2007 a 2009, kdy se začal projevovat efekt zavedené RP. Pozornost věnuji také rozdílům v rozložení soukromých a veřejných zdrojů k financování zdravotnictví, které v průběhu posledních 5 let doznalo významných změn.

Pomocí zdrojů zveřejněných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) v další kapitole rozeberu vývoj čerpání jednotlivých druhů zdravotní péče. Patří sem zejména:

- změna poptávky po ambulantní péči
- změna poptávky po ambulantní péči na LSPP
- změna poptávky po lékařské péči a její úhrady
- změna počtu ošetrovacích dní v lůžkových ZZ

Tyto ukazatele analyzuji mezi lety 2006 až 2009, což jsou poslední dostupná relevantní data o změnách čerpání ZP.

Pomocí zdrojů MZČR zhodnotím dopady zavedení RP za rok 2008, jak se projeví na přímou úsporu peněžních zdrojů. Dále analyzuji vlastní dotazníkové šetření týkající čerpání zdravotní péče občany ČR. Celý dotazník uvádím v příloze PI.

V závěru praktické části práce předložím několik rad a doporučení, které by vhodně upravily problematiku RP, aby zůstaly přijatelné pro pacienty, ale zůstal jejich efekt regulace.

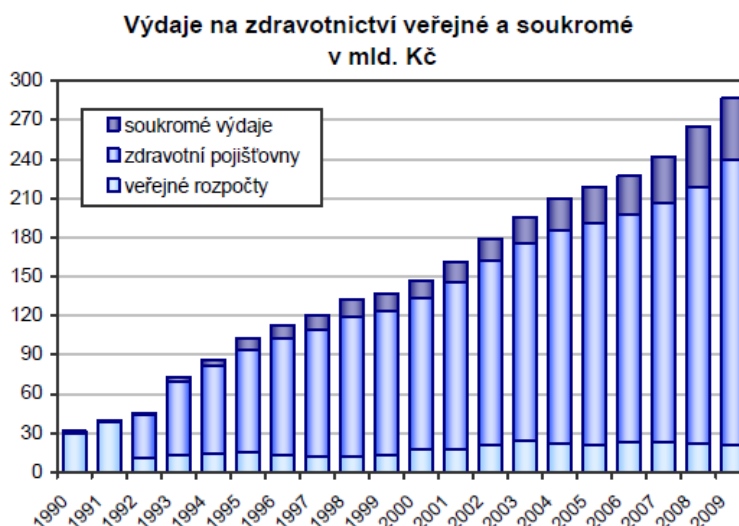
## 8 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ

V této kapitole budu věnovat vývoji celkových výdajů na rezort českého zdravotnictví. K analýze mi poslouží data z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) z let 2003 až 2009.

Kromě jejich výše budu popisovat i poměr veřejných a soukromých výdajů, který se v průběhu let od revoluce v roce 1989 až po rok 2009 výrazně měnil.

### 8.1 Vývoj výdajů na zdravotnictví od roku 1990

U příležitosti 50. výročí založení ÚZIS byla vydána publikace, která mapuje vývoj zdravotnictví od roku 1989 po současnost, tedy i po zavedení regulačních poplatků. [3]



Obr. 1: Celkové výdaje na zdravotnictví

Z grafu je možno vyčíst celkové výdaje na zdravotnictví, které se od roku 1990 každý rok zvýšily. Výdaje na zdravotnictví z roku 2009 jsou oproti výdajům z roku 1990 téměř 10x vyšší. Dosáhly téměř 287 mld. Kč. [3]

V grafu je znázorněn poměr zastoupení jednotlivých zdrojů financování zdravotnictví. Je patrné, že náklady, sotva přesahující 30 mld. Kč v roce 1990, byly téměř celé hrazeny z prostředků veřejných rozpočtů, a spoluúčast pacientů jako původců soukromých výdajů byla jen minimální. Tento poměr se razantně změnil v roce 1993, kdy většina výdajů byla převedena pod správu a kompetence ZP, především pak VZP. Zastoupení tzv. spoluúčasti v průběhu let stále rostlo. V roce 2000 byla tato spoluúčast na úrovni 9,4 %, v roce 2008 již více než 16 %. Naopak zastoupení zdrojů z veřejných rozpočtů má stále klesající trend, takže v roce 2008 se snížily na asi 7 % veškerých výdajů. [3]



## 8.2 Celkové náklady na zdravotnictví s vlivem RP

Nyní se budu věnovat analýze celkových nákladů v období od roku 2003 do roku 2009. Z tabulky je patrný rostoucí trend výdajů, což se stalo jedním z důvodů zavedení RP.

Tab. 1: Výdaje na zdravotnictví a poměr zdrojů financování

CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ a POMĚR ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ								
Položky výdajů	2003		2004		2005		2006	
<b>I. Veřejné výdaje</b>	<b>175592</b>	<b>90</b>	<b>184825</b>	<b>89,4</b>	<b>191356</b>	<b>87,5</b>	<b>194344</b>	<b>86,9</b>
zdravotní pojišťovny	151701	77,7	163330	79,0	170093	77,8	171516	77,7
resorty a územní orgány	23891	12,3	21495	10,4	21263	9,7	22828	10,1
<b>II. Soukromé výdaje</b>	<b>19563</b>	<b>10</b>	<b>21927</b>	<b>10,6</b>	<b>24228</b>	<b>12,5</b>	<b>26534</b>	<b>13,1</b>
<b>VÝDAJE CELKEM</b>	<b>195155</b>	<b>100</b>	<b>206752</b>	<b>100</b>	<b>215584</b>	<b>100</b>	<b>220878</b>	<b>100</b>
Položky výdajů	2007		2008		2009			
<b>I. Veřejné výdaje</b>	<b>206565</b>	<b>85,4</b>	<b>218719</b>	<b>82,7</b>	<b>239685</b>	<b>83,7</b>		
zdravotní pojišťovny	183713	75,9	197280	74,6	219630	76,4		
resorty a územní orgány	22851	9,4	21439	8,1	21055	7,3		
<b>II. Soukromé výdaje</b>	<b>35370</b>	<b>14,6</b>	<b>45801</b>	<b>17,3</b>	<b>465449</b>	<b>16,3</b>		
<b>VÝDAJE CELKEM</b>	<b>241935</b>	<b>100</b>	<b>264520</b>	<b>100</b>	<b>286234</b>	<b>100</b>		

Celkovou situaci popisuje tabulka 1. Od roku 2003 do roku 2009 stouply výdaje na zdravotnictví o více jak 90 mld. Kč na 286 234 mil. Kč. Růst celkových výdajů se zdá být vlivem RP nedotčen, protože mezi lety 2007 a 2008, stejně jako o rok později celkové náklady stále výrazně rostly. Přesto byl meziroční růst částečně zmírněn mezi lety 2008 a 2009 a více jak 800 mil. Kč. V další kapitole provedu odhad úspory díky RP za rok 2008. [28], [29], [30]

Je možno pozorovat v rozložení zdrojů financí zdravotnictví 2 trendy. První je stále rostoucí podíl spoluúčasti pacientů na výdajích. V roce 2003 byl tento podíl roven 10 %. V roce 2005 to bylo již 12,5 %. Je zajímavé sledovat podíl mezi lety 2007 a 2008, kdy se tento podíl zvýšil z 14,6 % na historické maximum 17,3 % soukromých zdrojů. S jistotou lze říct, že tento růst je částečně výsledkem stále širších možností zpoplatněných služeb ZP. Příkladem je třeba plastická chirurgie. Jako významný faktor je však třeba zmínit zavedení RP. Ty se staly významnou součástí financování českého zdravotnictví. RP byly také hlavním důvodem zvýšení spoluúčasti pacientů na celkových výdajích. V roce 2009 byl zaznamenán pokles o 1 % v zastoupení soukromých zdrojů, což svědčí o zvýšené žádosti péče hrazené ZP pacienty. [28], [29], [30]

Druhý trend ukazuje na klesající podíl v zastoupení financování z veřejných rozpočtů. Hodnota veřejných výdajů z resortu a státních orgánů za rok 2003 činila necelých 24 mld. Kč resp. 12,3 %. Mezi lety 2003, 2004 a 2005 snižovala postupně na 21,3 mld. Kč. V roce 2006 nastal růst na 22,8 mld. Kč, ten ale v procentním zastoupení všech výdajů znamenal stále pokles. V roce 2007 se množství peněz ze státních rozpočtů téměř nezměnilo. Až v roce 2008 se zavedením RP došlo k poklesu potřeby financí z těchto zdrojů a naopak velmi výraznému zvýšení poměru financování ze soukromých zdrojů. [28], [29], [30]

## 9 DOPADY ZAVEDENÍ RP NA ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Změnou spotřeby zdravotnických služeb se na základě statistických šetření detailně zabývá již několik let Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). V posledních letech je kladen důraz zejména na dopad zavedení regulačních poplatků, které vešly v účinnost od roku 2008. ÚZIS ČR se zabývá pouze indikátory zdravotnické statistiky, protože nemá oprávnění ani prostředky k hodnocení možných sociálních dopadů. Stejně tak nemůže hodnotit ani příjmy z regulačních poplatků, které jsou otázkou pro jednotlivé zdravotní pojišťovny. [31]

### 9.1 Vývoj počtu ambulantních ošetření

Nyní budu analyzovat dopady RP na čerpání zdravotní péče v oblasti ambulantních ošetření, ambulantních ošetření na stomatologii a poté také ambulantních ošetření na lékařské službě první pomoci (LSPP), ve které jsou obsaženy úkony lékařské ambulanci pro dospělé, děti a dorost a také stomatologická pohotovost. [31]

Tab. 2: Vývoj počtu ambulantních ošetření

Počty ošetření	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
počet ambulantních ošetření mimo stom. a pohot.	131 731 976	128 832 755	97,8	106 968 058	83,0
počet ambulantních ošetření na stomatologii	20 441 092	20 355 980	99,6	19 596 189	96,3
Počty ošetření	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
počet ambulantních ošetření mimo stom. a pohot.	116 773 047	109,2	88,6		
počet ambulantních ošetření na stomatologii	19 156 777	97,8	93,7		

#### 9.1.1 Počet ambulantních ošetření

Podle tabulky číslo 2, počet ambulantních ošetření klesl v roce 2008 oproti předchozímu roku o 17 %, kdy v porovnání s předchozími lety byl zaznamenáván pokles pouze o 2 až 3 %. Tento významný pokles mohl být způsoben počáteční nechtí platit RP. Lze se tak domnívat z údajů, kdy v následujícím roce došlo k opětovnému nárůstu ošetření o 9,2 %. I tak se celkový počet ambulantních ošetření v roce 2009 snížil více než 11 %. [31]

### 9.1.2 Počet stomatologických ambulantních ošetření

Podle informací ÚZIS ČR bylo možno vypočítat ne tak hluboký propad poptávky po ambulantních ošetřeních u stomatologů. Podobně jako u běžných ambulantních ošetření, i u stomatologických se mezi lety 2006 a 2007 snížila poptávka asi o 0,5 %. Ovšem v roce 2008, kdy se stalo placení poplatků povinností, snížila se meziročně tato poptávka „jen“ o 3,7 %. Podle odhadů pro rok 2009 ale počty stomatologických ošetření nadále klesaly meziročně o dalších 2,2 %, což mělo také dopad na celkové snížení poptávky mezi lety 2006 a 2009 o 6,3 %. Důvodem ne tak hlubokého poklesu může být i fakt, že pacient každý pacient je osvobozen od placení RP při první preventivní prohlídce v roce. [31]

## 9.2 Vývoj počtu ambulantních ošetření na LSPP

Vývoj počtu ambulantních ošetření je jeden z dalších zkoumaných ukazatelů, kterým se snažím přijít na dopady zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví. Konkrétně LSPP je v tomto případě složena kategoriemi dospělých, dětí a dorostu a také stomatologických ošetření na LSPP. Pro detailnější analýzu přikládám tabulku, na které popíšu jednotlivé oblasti poskytování LSPP. [31]

Tab. 3: Vývoj počtu ambulantních ošetření na LSPP

Počty ošetření	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
počet ošetření na pohotovosti - dospělí	870 500	786 217	90,3	463 092	58,9
počet ošetření na pohotovosti - děti a dorost	404 854	389 482	96,2	291 950	75,0
počet ošetření na pohotovosti - stomatologie	192 697	187 598	97,4	118 728	63,3
<b>počet ošetření na pohotovosti - celkem</b>	<b>1 468 051</b>	<b>1 363 297</b>	<b>92,9</b>	<b>873 770</b>	<b>64,1</b>
Počty ošetření	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
počet ošetření na pohotovosti - dospělí	509 799	110,1	58,6		
počet ošetření na pohotovosti - děti a dorost	321 655	110,2	79,4		
počet ošetření na pohotovosti - stomatologie	146 124	123,1	75,8		
<b>počet ošetření na pohotovosti - celkem</b>	<b>977 578</b>	<b>111,9</b>	<b>66,6</b>		

### 9.2.1 Počet ošetření dospělých na LSPP

Za ošetření na LSPP je od 1. Ledna 2008 vybírán nejvyšší regulační poplatek 90 Kč. Ten měl a stále má velmi vysoký regulační efekt, který má být hlavním účelem. Lze vypožorovat, že již mezi lety 2006 a 2007 došlo k propadu poskytnutí ošetření o téměř 10 % díky redukci ZZ poskytující LSPP. Tento trend byl dále ještě znásoben se zavedením regulačních poplatků v roce 2008, tato zařízení musela řešit necelých 60 % případů ošetření. V roce 2009 ale opět počet těchto ošetření narostl o 10 %. Celkové omezení návštěv LSPP dospělými, které ukazuje tabulka, mělo efekt více jak 40 % menší návštěvnosti. LSPP vykázaly o více jak 360 000 návštěv dospělými méně než v roce 2006. [31]

### 9.2.2 Počet ošetření u dětí a dorostu na LSPP

Podobná situace jako při poskytování zdravotní péče na LSPP u dospělých nastala i u dětí a mládeže. Rozdíl byl jen v tom, že zde nebyl propad poptávky tak vysoký, i přes to byl však velmi významný. V roce 2008 navštívilo oproti roku 2007 zařízení poskytující LSPP jen 75 % dětí a dorostu. Velmi podobný trend ve srovnání s ošetřením dospělých byl i případ u dětí a dorostu, kdy byl zaznamenán téměř totožný nárůst o 10 %. Finální porovnání mezi lety 2006 a 2009 ukazuje omezení návštěv ve více jak 20 % případů neboli více jak 83 000 návštěv. [31]

### 9.2.3 Počet stomatologických ošetření na LSPP

Jako poslední kategorii lékařských ošetření nyní rozeberu údaje o stomatologických LSPP. Klesavý trend patrný z tabulky mezi lety 2006 a 2007 byl taktéž výrazně ovlivněn regulačními poplatky, kdy v roce 2008 stomatologickou LSPP navštívilo jen něco málo přes 63 % pacientů proti roku 2007. Zde byl znát citelnější opětovný nárůst asi 23 % pacientů oproti roku prvních poplatků. V důsledku to znamenalo téměř čtvrtinové omezení stomatologických LSPP. [31]

### 9.2.4 Celkový regulační efekt na LSPP

Z posledního řádku tabulky je patrný celkový regulační efekt, který se prozatím projevil mezi lety 2006 a 2009. Ukazuje, že v roce 2009 navštívilo LSPP pouze 2/3 pacientů. Zůstává jen otázkou, jaký bude další trend počtu návštěv, zda se již ustálí nebo se lidé začnou opět vracet na lékařské pohotovosti se svými zdravotními potížemi.[32]

### 9.3 Změna poptávky po lékařské péči

Jak lze vyčíst z druhé tabulky, která se zabývá počtem receptů, celkovými náklady a způsobem úhrady. Detailněji tento poptávku po lékařské péči proberu za doprovodu několika tabulek pro lepší znázornění. [31]

#### 9.3.1 Vývoj počtu receptů

Tab. 4: Vývoj počtu receptů

Počty receptů	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
počet receptů (ks)	89 403 466	90 001 816	100,7	68 841 223	76,5
<b>z toho recepty s plnou/částečnou úhradou ZP (ks)</b>	<b>81 466 644</b>	<b>81 104 878</b>	<b>99,6</b>	<b>59 423 284</b>	<b>73,3</b>
Počty receptů	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
počet receptů (ks)	72 946 273	106,0	81,6		
<b>z toho recepty s plnou/částečnou úhradou ZP (ks)</b>	<b>63 060 055</b>	<b>106,1</b>	<b>77,4</b>		

Celkový počet receptů akceptovaných lékařskými zařízeními, na rozdíl od poskytování ambulantní zdravotní péče, rostl i mezi lety 2006 a 2007. Byl to také stěžejní důvod, proč byly zavedeny regulační poplatky za položku na receptu. O to příznivější informaci poskytnutá tabulkou, která ukazuje, že se celkový počet receptů snížil po zavedení regulačních poplatků v roce 2008 o téměř ¼, na 69 mil. receptů. V následujícím roce 2009 byl ovšem zaznamenán opětovný růst asi o 6 %. To však nemění nic na faktu, že mezi lety 2006 a 2009 se počet všech předepsaných receptů snížil o více jak 18 %. Pokud bychom se podívali na zastoupení receptů, které jsou plně nebo alespoň částečně hrazeny zdravotní pojišťovnou, lze pozorovat i mezi lety 2006 a 2007 mírný pokles, ale zejména ještě výraznější pokles předpisu těchto receptů mezi lety 2007 a 2008. Tento propad činil více jak 26 %, ale podobně jako u sumy všech receptů, i zde došlo v následujícím roce ke zpětnému nárůstu o asi 6 %. I přesto lze vyčíst snížení počtu těchto předepsaných receptů o více jak 22 %. Důvodem tak razantního poklesu počtu předepsaných receptů v roce 2008 bylo jistě efektem předzásobení se léčivy ještě před zavedením RP. [31]

### 9.3.2 Úhrady léčiv na recept ZP

Tab. 5: Úhrady léčiv ZP

Úhrady za léčiva ZP	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
úhrady ZP za léčiva na recept (v mil. Kč)	33 942	33 568	98,9	32 748	97,6
<b>průměrná úhrada ZP za 1 recept (v Kč)</b>	<b>417</b>	<b>414</b>	<b>99,3</b>	<b>551</b>	<b>133,2</b>
Úhrady za léčiva ZP	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
úhrady ZP za léčiva na recept (v mil. Kč)	36 666	112,0	108,0		
<b>průměrná úhrada ZP za 1 recept (v Kč)</b>	<b>558</b>	<b>101,3</b>	<b>133,9</b>		

U výše úhrad ZP za všechna léčiva vydaná na recept, je možno pozorovat klesající trend již od roku 2006, který je ještě více umocněn zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Tento propad je však zastaven 12%ním nárůstem mezi lety 2008 a 2009. V celkovém srovnání tak tedy mezi lety 2006 a 2009 došlo ke zvýšení celkových nákladů ZP o 8 %. Pokud bylo předepsáno méně receptů, ale zároveň rostly celkové výdaje na všechna léčiva, znamená to růst nákladů na 1 recept. Mezi lety 2006 a 2009 byla zaznamenán růst ze 417 Kč na 558 Kč za recept. Tento fakt lze bezesporu poukazovat na nákladnější léčiva nebo předepisování větších nebo více balení jednotlivých léčiv. [31]

### 9.3.3 Změna celkových nákladů na léčiva

Tab. 6: Změna celkových nákladů na léčiva

Náklady na léčiva	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
volný prodej léčiv v zařízení lékařské péče (v mil. Kč)	5 613	6 067	108,1	6 781	111,8
<b>náklady na distribuovaná léčiva celkem (v mil. Kč)</b>	<b>58 970</b>	<b>67 160</b>	<b>113,9</b>	<b>72 750</b>	<b>108,3</b>
Náklady na léčiva	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
volný prodej léčiv v zař. lékařské péče (v mil. Kč)	6 946	102,4	123,7		
<b>náklady na distribuovaná léčiva celkem (v mil. Kč)</b>	<b>79 750</b>	<b>109,6</b>	<b>135,2</b>		

V tabulce 6 je sice vidět růst celkových nákladů na distribuovaná léčiva z původních 58 970 mil. Kč v roce 2006 na 72 750 mil. Kč v roce 2008. V roce 2009 celková suma za distribuovaná léčiva dále rostla až na 79 750 mil. Kč. Došlo tedy k více jak 35% nárůstu celkových nákladů na léčiva. V této částce jsou zahrnuta také léčiva, která jsou dostupná bez lékařského předpisu, tedy na volný prodej. U těchto léčiv došlo mezi lety 2007 a 2008 k růstu celkových nákladů o téměř 12 %. V následujícím roce tento růst již nebyl tak výrazný a spíše kopíroval trend zvyšující se poptávky po volně prodejných léčivech z minulých let. [31]

### 9.3.4 Změna doplatků pacientů za léky na recept

Tab. 7: Změna doplatků pacientů na recept

Počty receptů/náklady na léčiva/úhrady	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
počet receptů (ks)	89 403 466	90 001 816	100,7	68 841 223	76,5
průměrná úhrada ZP za 1 recept (v Kč)	417	414	99,3	551	133,2
průměrný doplatek pacienta za 1 recept (v Kč) od roku 2008 bez vlivu RP za položku na receptu	72	87	120,6	86	98,8
Počty receptů/náklady na léčiva/úhrady	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
počet receptů (ks)	72 946 273	106,0	81,6		
průměrná úhrada ZP za 1 recept (v Kč)	558	101,3	133,9		
průměrný doplatek pacienta za 1 recept (v Kč) od roku 2008 bez vlivu RP za položku na receptu	93	108,1	128,9		

U vývoje doplatků pacientů za léky na lékařský předpis, je vidět že suma celkových doplatků pacientů má stále rostoucí trend. Pokud se na tyto charakteristiky podíváme detailněji, největší nárůst celkových doplatků pacientů za léky je možno pozorovat mezi lety 2006 a 2007, kdy RP vstoupily v platnost. V roce 2009 pak lze zjistit, že nárůst průměrných plateb pacientů za recept byl pouze minimální. Pokud však doplatky v lékárnách očistíme od efektu RP, ukáže se, že se průměrné doplatky se zavedením RP vlastně snížily.[31]



## 9.4 Změna počtu ošetrovacích dnů v lůžkových zařízeních

V této části zkoumání dopadů regulačních poplatků se budu zabývat dopadem na potřebu ošetrovacích dnů v lůžkových zařízeních. Do skupiny lůžkových zařízení patří nemocnice, speciální ústavy a také na lázeňské léčebny a s nimi spojené lázeňské pobyty. [31]

Tab. 8: Změna počtu ošetrovacích dnů v lůžkových ZZ

Počty ošetrovacích dnů	2006	2007		2008	
	absolutně	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100
počet ošetr. dnů v nemocnici	17 140 868	16 822 290	98,1	16 078 941	95,6
počet ošetr. dnů ve spec. ústavech	7 100 226	6 968 586	98,1	6 747 068	96,8
počet ošetr. dnů v lázeňských léčebnách	2 909 903	2 818 764	96,9	2 675 130	94,9
<b>počet oštr. dnů v lůžkových zařízeních</b>	<b>27 150 997</b>	<b>26 609 640</b>	<b>98,0</b>	<b>25 501 139</b>	<b>95,8</b>
Počty ošetrovacích dnů	2009				
	absolutně	2008 = 100	2006 = 100		
počet ošetr. dnů v nemocnici	16 096 784	100,1	93,9		
počet ošetr. dnů ve spec. ústavch	6 647 865	98,5	93,6		
počet ošetr. dnů v lázeňských léčebnách	2 816 164	105,3	96,8		
<b>počet oštr. dnů v lůžkových zařízeních</b>	<b>25 560 813</b>	<b>100,2</b>	<b>94,1</b>		

### 9.4.1 Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích

Jak lze vypořadovat z tabulky, počet ošetrovacích dnů má dlouhodobě klesající trend, který je doprovázen snahou omezování počtu obsluhovaných lůžek v českých nemocnicích. Je vidět, že mezi lety 2006 a 2007 došlo k poklesu téměř 2 %. Pokud se však podíváme na porovnání let 2007 a 2008, vidíme daleko hlubší téměř 4,5 %, který lze, s ohledem na nižší elasticitu, považovat za velmi dobrý. Tento stav se jen nepatrně zvýšil rok po zavedení regulačních poplatků. Proto můžeme mezi lety 2006 a 2009 sledovat snížení počtu ošetrovacích v nemocnicích o více jak 1 milion na 16 096 784, což odpovídá poklesu mezi lety 2006 a 2009 o více jak 6 %. [31]

### 9.4.2 Počet ošetrovacích dnů ve speciálních ústavech

Počty ošetrovacích dnů ve specializovaných ústavech, do kterých se řadí například LDN, léčebny TBC, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny a jiné, také vykazují

dlouhodobý klesající trend. Lze tvrdit, že průměrný roční pokles ošetřovacích dnů v těchto speciálních léčebnách se dlouhodobě drží na hladině 2 %. Pravděpodobně by se stále držel, kdyby nebyly zavedeny regulační poplatky s rokem 2008. Je vidět pokles asi 2 % mezi lety 2006 a 2007. S rokem 2008 následoval pokles o více jak 3 %. V roce 2009 již nebyl tolik znatelný, přesto vidíme hodnotu kolem 1,5 % a tedy celkovou úsporu 6,4%, která odpovídá více jak 450 000 ušetřeným ošetřovacím dnům. Regulační efekt je však zde způsoben nejen povinností platit regulační poplatky, ale zejména snížením počtu specializovaných ústavů o 9 na konečných 129. [31]

#### **9.4.3 Počet ošetřovacích dnů v lázeňských léčebnách**

Na pobyty, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, se od roku 2008 taktéž vztahují regulační poplatky ve výši 60 Kč. Počty tzv. komplexní lázeňská péče (KLP) mají dlouhodobě klesající trend kvůli omezeným zdrojům veřejného zdravotního pojištění. Pokud se podíváme do grafu, lze pozorovat pokles mezi lety 2006 a 2007 o 3,1 % a další pokles o 5,1 % v roce 2008. Údaj z roku 2007 2 818 764 byl však v následujícím roce téměř srovnán meziročním růstem o 5,3 % na 2 816 164 ošetřovacích dnů. [31]

#### **9.4.4 Celková změna v počtu poskytovaných ošetřovacích dnů**

Pokud na závěr nahlédneme na předcházející 3 skupiny ZZ poskytující lůžkové služby jako na celek, můžeme vidět, že podobně jako v ostatních regulačních poplatků je možno sledovat tendenci mírného zpětného růstu počtu ošetřovacích dnů. V tomto případě se však jedná pouze o 0,2 % mezi lety 2008 a 2009. Když porovnáme roky 2006 a 2009, je vidět celkové snížení o 5,9 %, což odpovídá ušetření 1 590 184 ušetřeným ošetřovacím dnům ve všech lůžkových ZZ. Jak již bylo řečeno dříve, nelze tyto úspory připisovat pouze regulačním poplatkům, v mnohých případech je to i kvůli zániku některých lůžkových ZZ. Trend snižování počtu ošetřovacích dnů není jistě pouze efektem RP, ale zejména snižováním počtu lůžek v jednotlivých zařízeních. [31]

## 10 UŠETŘENÍ NÁKLADŮ A PŘÍJMY ZDRAVOTNICTVÍ Z RP

V této kapitole budu analyzovat na základě dostupných informací přímé ušetření nákladů poskytování zdravotní péče díky zavedeným regulačním poplatkům a také příjmy plynoucí do zdravotnictví, které se uskutečnily díky platbám RP pacienty jednotlivým ZZ.

K této analýze mi poslouží následující tabulka, ve které zpracovalo MZČR údaje o ušetřených nákladech a příjmech, které ovlivnilo zavedení RP v roce 2008. [32]

Tab. 9: Celková úspora na RP za rok 2008

2008	Vybrané RP v mil. Kč	Odhad úspory v mil. Kč	Důvody úspor
Ambulantní služby	1801	1250	ušetřena 4,15 mil klinických vyšetření
Recepty v lékárnách	2437	3630	zabráněno obvyklému růstu 9 % a další následná úspora 1600 mil Kč na straně pacientů
Ambulantní služby na LSPP	107	0	ušetřeno 400 tisíc návštěv LSPP
Služby lůžkových ZZ	679	165	205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní
<b>Celkem</b>	<b>5024</b>	<b>5045</b>	

### 10.1 Vybrané RP

RP, které fungují od 1. ledna 2008, jsou v tabulce rozděleny podle druhu ZZ, kde byly vybrány. Celková suma za vybrané RP činí více než 5 mld. Kč. Největší měrou jsou zde zastoupeny poplatky za položku na receptu, které tvoří téměř polovinu všech vybraných RP. Za ambulantní služby mimo LSPP byla suma vybraných RP odhadnuta na 1801 mil. Kč. Již menším zastoupením přispěly i RP vybrané v lůžkových ZZ a na LSPP. [32]

### 10.2 Odhady a důvody úspor nákladů

Celkové úspory nákladů při byly MZČR odhadnuty také na úrovni více než 5 mld. Kč. Na celkové úspoře se opět nejvíce podílela změněná poptávka po léčivech, kdy bylo zamezeno obvyklému nárůstu počtu vydaných balení léčiv, což poté uspořilo pacientům dalších více než 1,6 mld. Kč. Více jak 1,2 mld. Kč bylo ušetřeno díky ušetřeným 4,15 milionům klinických vyšetření. Ve službách lůžkových ZZ bylo ušetřeno 205 tisíc ošetrovacích dnů, což přineslo úsporu asi 165 mil. Kč. Dále bylo ušetřeno 400 tisíc návštěv na LSPP. [32]

## 11 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Další částí mé bakalářské práce a její praktické části je dotazníkové šetření na téma: „Čerpání zdravotní péče občany ČR“. V tomto šetření jsem zjišťoval, jak občané ČR, vnímají zavedení jednotlivých regulačních poplatků.

Sestavil jsem dotazníkové šetření o 26 otázkách, které jsou rozděleny do několika témat tak, aby byly přívětivé pro respondenty, ale zároveň aby i pro mě byly odpovědi dostatečně vypovídající a efektivní.

### 11.1 Struktura dotazníku

1. Obecné otázky k českému zdravotnictví
2. Regulační poplatky u lékařů
3. Regulační poplatky a platby za léky v lékárnách
4. Regulační poplatky za pobyt v nemocnici
5. Regulační poplatky za ošetření na pohotovosti
6. Ochranný limit regulačních poplatků
7. Identifikační otázky

### 11.2 Technika sběru dat

Protože jsem si vybral pro bakalářskou práci téma regulačních poplatků, musel jsem brát v potaz nutnost tištěné formy dotazníku a jejich roznášení. Zejména proto, že jsem potřeboval znát názor pacientů v poproduktivním věku, kteří nemají přístup k internetu.

I přes tento fakt jsem se rozhodl vytvořit internetový dotazník. Při zadávání parametrů dotazníku zakázal jeho zveřejnění, ale zároveň jsem povolil volbu násobného vyplňování dotazníků na jednom počítači, abych mohl přes tento internetový dotazník jednodušeji provést jeho vyhodnocení. Potom jsem mohl konkrétním osobám poslat internetový odkaz pro vyplnění mého dotazníku.

Vyhodnocená data měla následující původ:

- 80% papírová podoba (170 dotazníků)
- 20% elektronická podoba (40 dotazníků)

### 11.3 Lokalita sběru dat

Dotazníky jsem rozdával v obci Fryšták, kde bydlím. Zdrojem názorů respondentů v poproduktivním věku se stal místní domov pro důchodce. Dále jsem dotazníky předložil k vyplnění své blízké rodině a kamarádům.

Příležitostí, kde získat naopak odpovědi mladé generace respondentů, byla knihovna Univerzity Tomáše Bati, kde se zdržují zejména respondenti ve věku 18 až 27 let s žádnými nebo velmi nízkými příjmy.

Dalším místem pro hledání respondentů byla zlínská poliklinika, kde se bezesporu nachází mnoho potenciálních respondentů – pacientů. Tuto lokalitu jsem však zamítl hned po prvních pokusech, kdy jsem se setkal s velmi arogantním chováním místních pacientů.

### 11.4 Časové období sběru dat

Sběr a vyhodnocování informací pro dotazníkové šetření probíhalo od 28. dubna do 11. května 2011. To je období, kdy obyvatelé ČR nejsou pod tlakem různých onemocnění, jako tomu může být například v zimních měsících. V tom období by výsledky mého šetření mohly vypadat mírně odlišně.

### 11.5 Cíle dotazníkového šetření

Stanovení cílů je prvním krokem tvorby dotazníkového šetření. Ukazují jeho smysl a záměr. Tyto cíle jsem rozdělil na jeden hlavní a šest vedlejší a jejich výpis uvádím v kapitole níže.

#### 11.5.1 Hlavní cíl

Jako hlavní cíl celého mého dotazníkového šetření bylo zjistit komplexní názor lidí, respondentů, na současnou situaci a vývoj českého zdravotního systému s přímou vazbou na problematiku zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví.

#### 11.5.2 Vedlejší cíle

Zjistit názor na:

- současný stav českého zdravotnictví.
- regulační poplatky vybírané praktickým, odborným, ženským lékařem nebo stomatologem.

- jaký mají pacienti přehled o tom, kdy musí a nemusí platit regulační poplatek.
- regulační poplatky za položky na receptu v lékárnách.
- regulačních poplatky za den pobytu v nemocnici.
- regulační poplatky za ošetření na lékařské pohotovosti.

## 11.6 Stanovení hypotéz dotazníkového šetření

Dalším krokem úspěšného vyhodnocení dotazníkového šetření je stanovení hypotéz, které poté pomocí výsledků vyvrátím nebo potvrdím. V mém případě, kdy dotazník obsahoval 26 otázek, jsem se rozhodl stanovit si 5 hypotéz.

### 11.6.1 Výčet stanovených hypotéz

**H<sub>1</sub>:** 40 % všech respondentů chce zrušení regulačních poplatků.

**H<sub>2</sub>:** Více jak 50% respondentů si myslí, že se aspoň částečně zkrátily čekací doby v čekárnách lékařů a lékárnách.

**H<sub>3</sub>:** Více jak 85% respondentů zaplatí měsíčně v průměru do 100 Kč za regulační poplatky u lékaře.

**H<sub>4</sub>:** Alespoň 2/3 respondentů si myslí, že regulační poplatek za den pobytu v nemocnici je důležitý a měl by být zvýšen nebo aspoň zachován.

**H<sub>5</sub>:** Více jak 50 % respondentů si myslí, že regulační poplatek za ošetření na pohotovosti je důležitý a zároveň tam téměř nikdy nechodí.

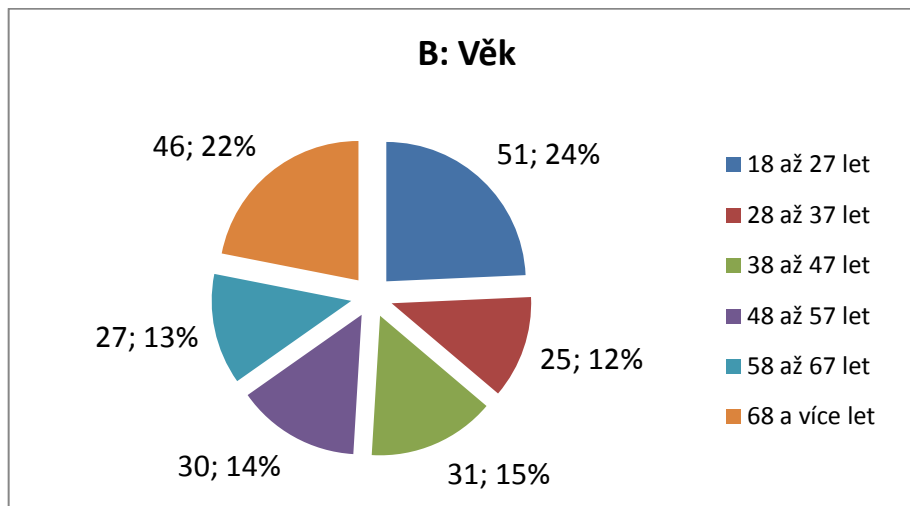
## 11.7 Charakteristika vzorku

Otázky určující charakteristiky zkoumaného vzorku byly v dotazníkovém šetření situovány až v úplném závěru, protože nejsou tolik náročné jako ostatní otázky, které se tykají tématu šetření. Podle logických úvah jsem ale umístil tyto identifikační otázky hned v úvodní části věnované dotazníkovému šetření, aby při dalším vyhodnocování již bylo jasno, jací jednotlivci a skupiny se dotazování účastnili.

### 11.7.1 Popis jednotlivých charakteristik vzorku

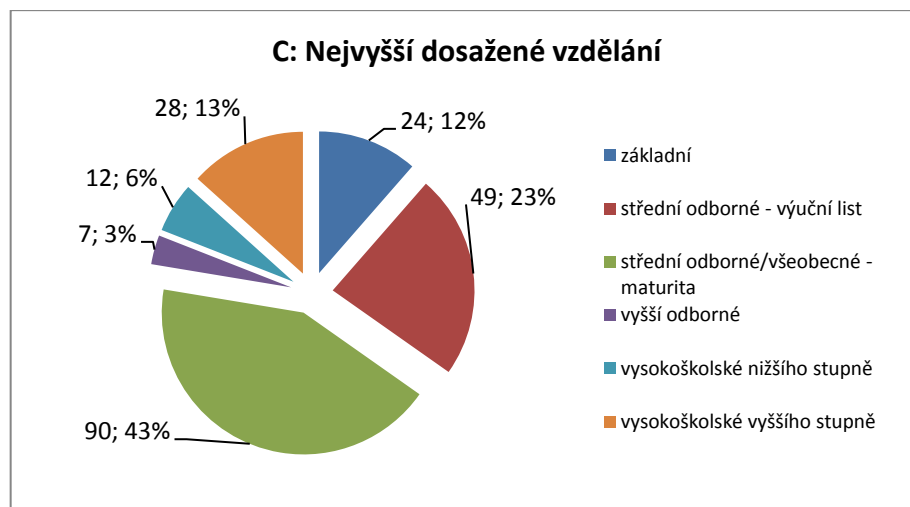
#### A: Pohlaví:

Do dotazníkového šetření se mi podařilo vybrat téměř vyrovnaný soubor mužů (49 %) a žen (51 %).



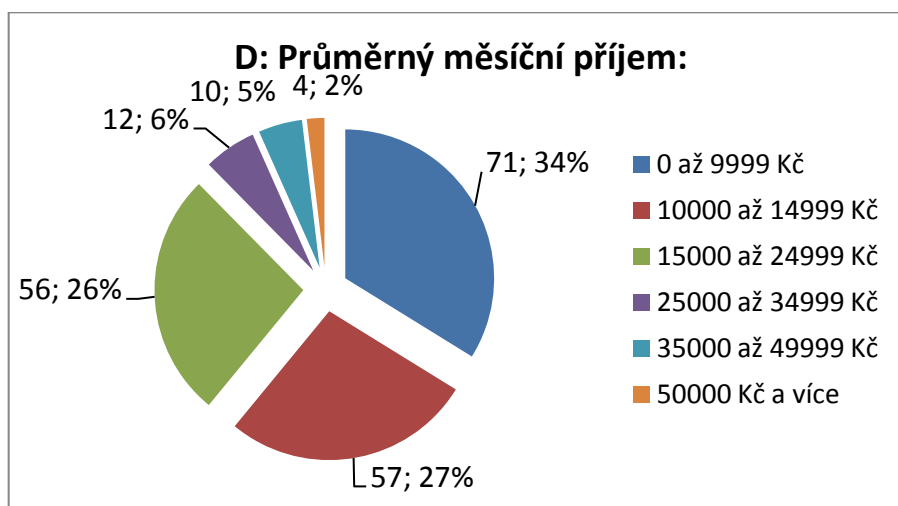
Obr. 2: Věk

Z následujícího grafu o věku respondentů lze vyčíst 2 největší skupiny. Tvoří je nejmladší a naopak nejstarší pacienti. V kategorii 68 let a více se jednalo zejména o důchodce v poproduktivním věku, kteří jsou velmi důležitou skupinou, protože jich se týká právě nejvíce. Respondenti s věkem v rozmezí od 28 až 67 lety jsou zastoupeni ve vyrovnaném poměru, což je velmi důležité, protože i když se jedná zejména o pacienty v produktivním věku. Lze pozorovat rozdílné názory s přibývajícím věkem.



Obr. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Následující graf ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Je zde patrná převaha respondentů, kteří dosáhli středního odborného nebo všeobecného vzdělání. Je však potřeba dodat, že se v některých případech jednalo o studenty vysokých škol, u kterých se předpokládá pozdější vysokoškolské vzdělání. Neopomenutelnou skupinou jsou také respondenti, kteří dosáhli pouze základního vzdělání. Toto jsou v drtivé většině případů již zmiňovaní důchodci, u kterých se základní vzdělání spolu se středním odborným vzděláním s výučním listem vyskytovalo nejvíce.



Obr. 4: Průměrný měsíční příjem

Z grafu lze pozorovat relativně nízké průměrné příjmy respondentů. V mém výběrovém souboru se vytvořily 3 větší skupiny se zhruba stejným poměrem zastoupených. Do skupiny s žádným nebo nejnižším příjmem patřili zejména studující a důchodci, kteří se asi svou 1/3 nacházeli i ve skupině následující. Ve skupině 10000 Kč až 14999 Kč se nacházeli zejména lidé, kteří dosáhli středního odborného vzdělání zakončeného výučním listem. Poté skupině s příjmem mezi 15000 Kč a 24999 Kč patřili zejména lidé se vzděláním s maturitou. Zbýlých asi 15% všech respondentů uvedlo, že jejich příjmy jsou vyšší než 25000 Kč. Patřili sem hlavně lidé s vysokoškolským vzděláním, i když se zde občas objevili i lidé s výučním listem.

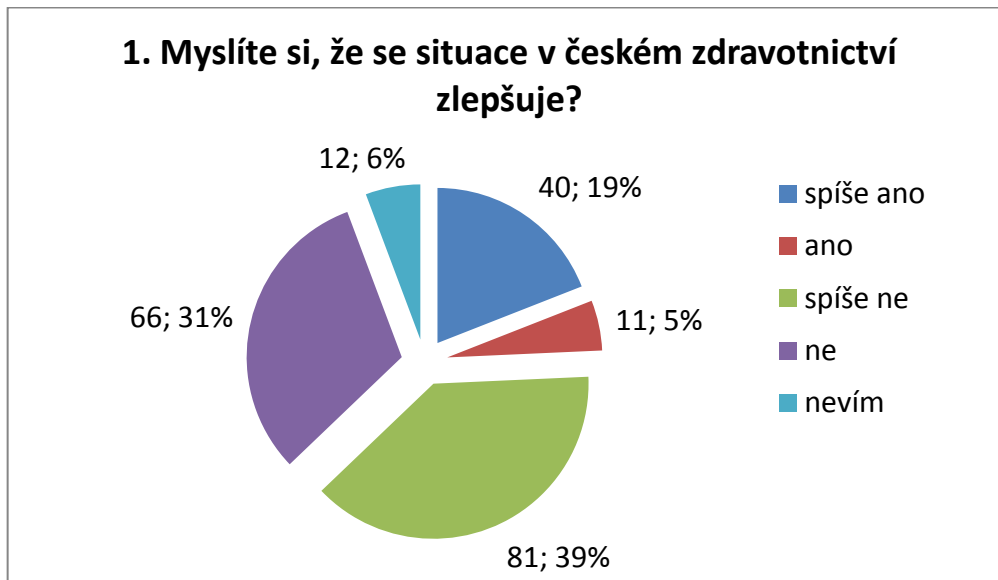
## 11.8 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Nyní mohu přistoupit k vyhodnocování jednotlivých otázek celého dotazníkového šetření. Jak jsem již předeslal v úvodu kapitoly, otázky byly rozděleny do několika segmentů. Toto rozdělení vždy zmíním v komentáři k jednotlivým grafům.



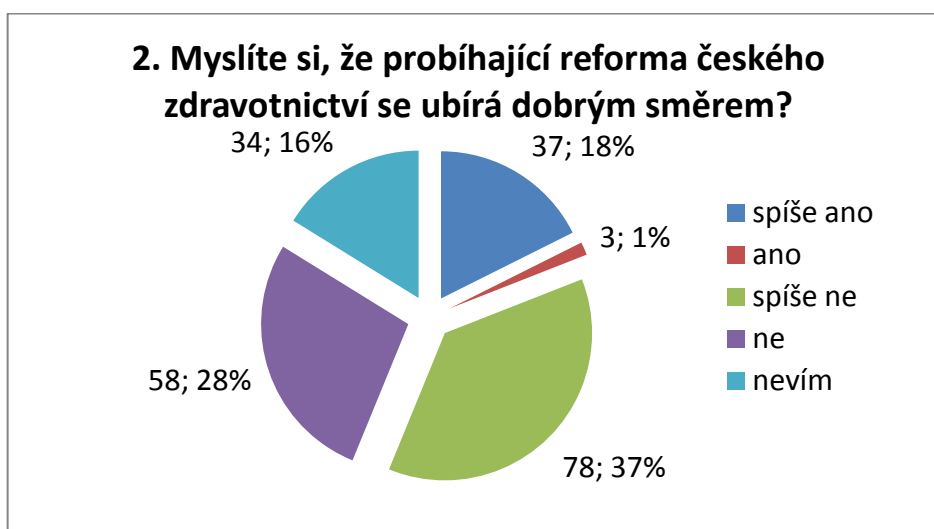
Následující grafy se potom stanou základem pro vyhodnocení stanovených cílů, ale také potvrzení či vyvrácení mnou stanovených hypotéz.

### Blok otázek A: Obecné otázky k českému zdravotnictví



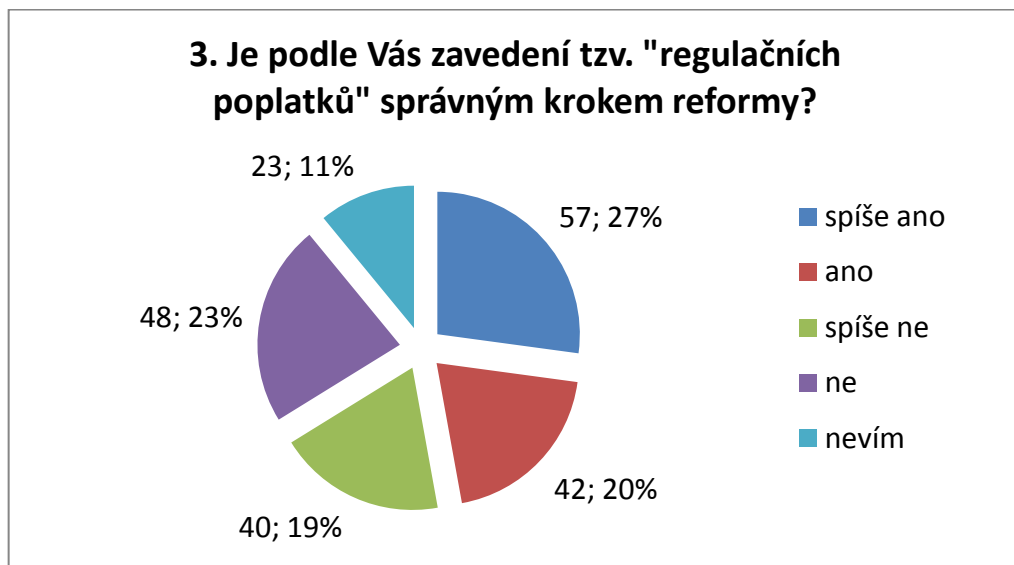
Obr. 5: Situace v českém zdravotnictví

Podle toho, jak byla položena otázka, 75% respondentů si myslí, že se situace v českém zdravotnictví nezlepšuje. V lepším případě uvedli, že neví. Pouze ¼ všech respondentů pozoruje větší či menší zlepšení situace v českém zdravotnictví. To by se mělo projevat, kvalitnější péčí, větší dostupností potřebných kvalitních léků a v neposlední řadě zvyšujícím se průměrným věkem dožití.



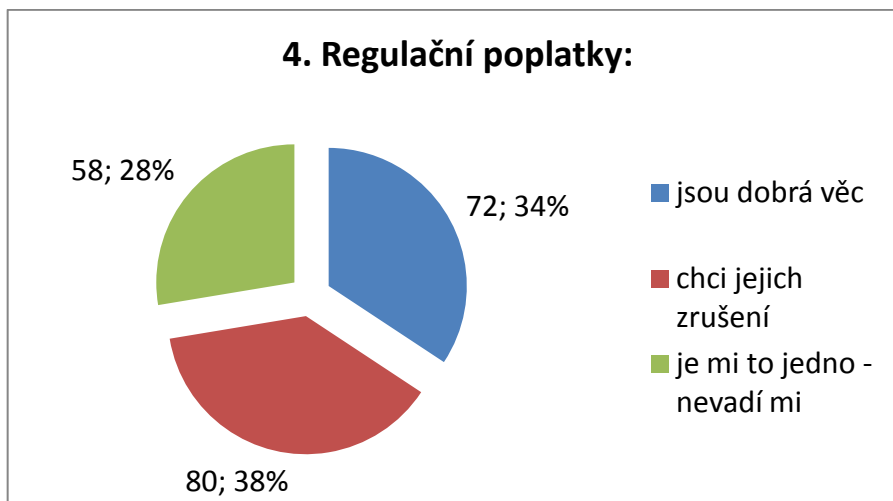
Obr. 6: Reforma českého zdravotnictví

Podobně jako u předcházejícího grafu, i u grafu ukazující názor na probíhající reformu má podobné výsledky. 65 % respondentů říká, že se reforma neubírá dobrým směrem. Může to být zejména kvůli špatnému směru reformy, tedy že nesouhlasí se zavedením regulačních poplatků nebo také proto, že se reforma v poslední době nekoná. Je zde zastoupeno také větší procento lidí, kteří uvedli, že neví. To může být ukazatelem toho, že společnost je nedostatečně informovaná o dění v rezortu zdravotnictví nebo je jim dění ve zdravotnictví lhostejné. Pouze každý pátý respondent shledává reformu českého zdravotnictví jako pozitivní efekt pro české zdravotnictví, který probíhá.



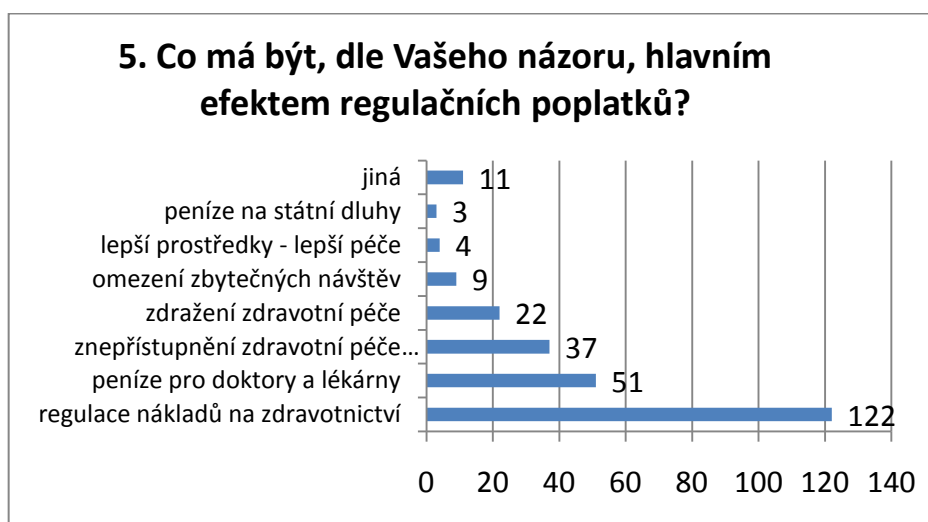
*Obr. 7: Reforma a regulační poplatky*

Více jak 40 % respondentů se domnívá, že regulační poplatky nejsou správným krokem reformy. Je otázkou, kolik lidí je ovlivněno politickou hrou kolem regulačních poplatků a kolik z nich je opravdu považuje za špatné. Oproti předchozím otázkám je pozitivnější, že téměř polovina dotázaných si myslí, že regulační poplatky jsou správným krokem reformy, která je ve svém počátku.



*Obr. 8: Regulační poplatky obecně*

Z následujícího grafu je vidět, že jsou zde dvě téměř stejně velké skupiny, z nichž si jedna myslí, že regulační poplatky jsou dobrá věc a zároveň druhá požaduje striktně jejich zrušení. O něco menší skupina respondentů přistupuje k placení regulačních poplatků s neutrálním postojem, to může být dáno dosavadní nepotřebou poskytnutí zdravotní péče nebo dostatečným finančním zajištěním jednotlivých dotázaných.



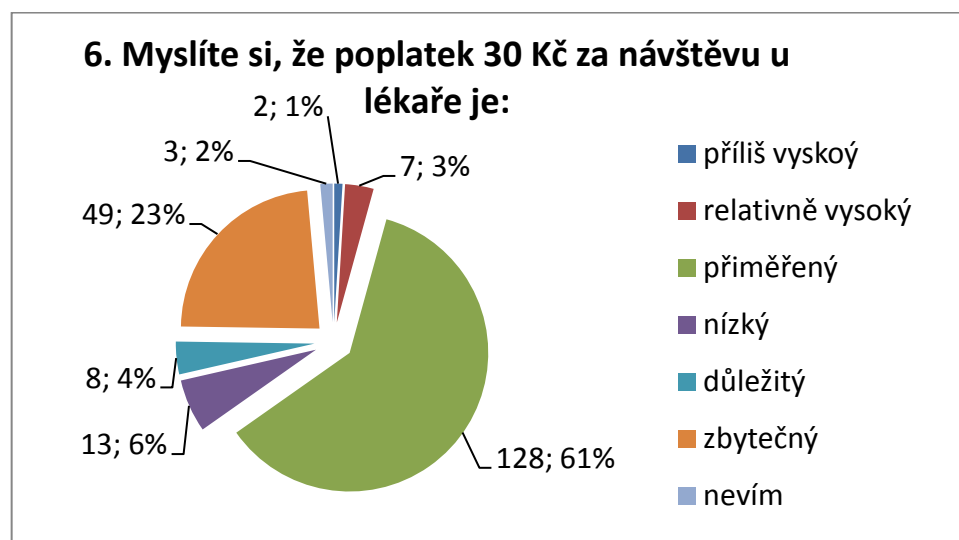
*Obr. 9: Hlavní efekt regulačních poplatků*

Na otázku co má být hlavním efektem regulačních poplatků mohli respondenti vybírat ze čtyř předepsaných možností. Navíc byla tato otázka doplněna o volné pole pro jinou vlastní možnost. Zmíněné čtyři odpovědi jsou uvedeny v pásovém grafu spolu s dalšími třemi velmi častými odpověďmi, mezi které patřilo zejména omezení zbytečných návštěv nebo zlepšení zdravotní péče. V možnosti jiná je pak soustředěn součet odpovědí, které zazněly u této otázky pouze jednou. V této otázce také mohli respondenti zvolit jednu a více odpo-

vědí. Je potom celkem zajímavé porovnat počet respondentů, kteří chtějí regulační poplatky zrušit, ale zároveň si jsou vědomi, že regulační poplatky regulují náklady na rezort zdravotnictví. To ukazuje odpor některých respondentů vůči spoluúčasti pacientů na placení zdravotní péče.

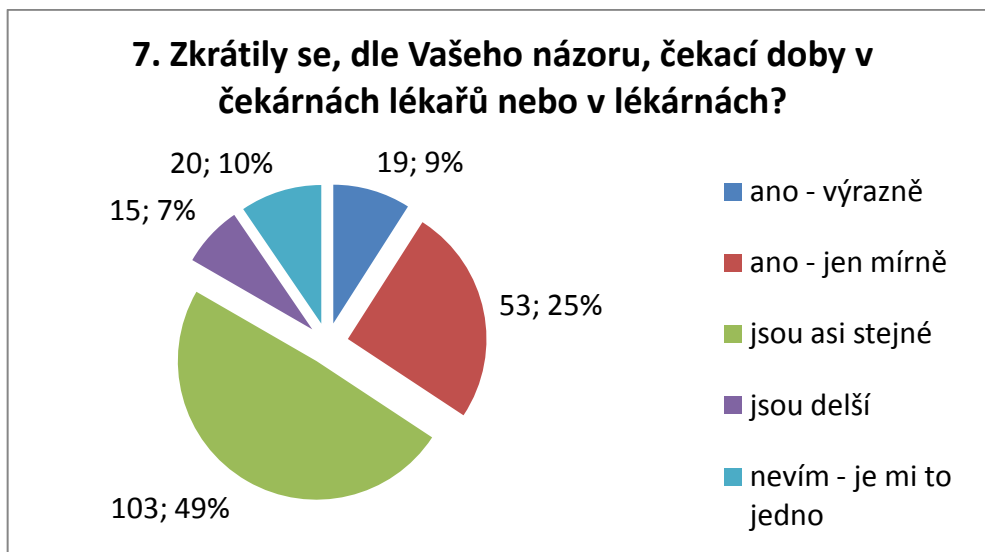
### Blok otázek B: Regulační poplatky u lékařů

Blok otázek věnovaný RP placených u lékařů je věnována největší část mého dotazníku. Obsahuje 7 otázek, které jsou dále doplněny šesti příklady, kdy má respondent platit RP u lékaře.



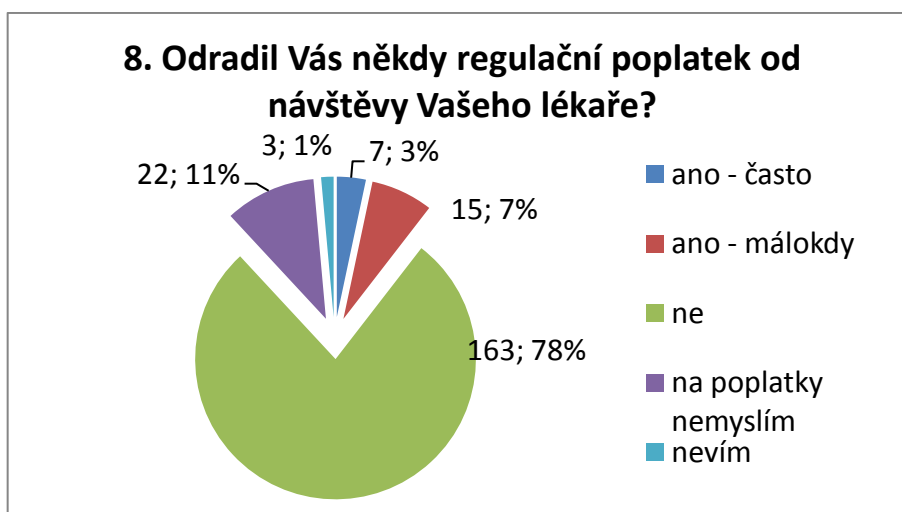
Obr. 10: Regulační poplatek u lékaře

Toto je první graf vyhodnocení dotazníku, který se vztahuje k dalšímu bloku otázek. Konkrétně se jedná o otázky týkající se plateb regulačních poplatků u praktických, zubních, ženských a také lékařů specialistů. Nyní respondenti opět mohli vybírat pouze jednu odpověď a co je překvapivé, více jak 60% hodnotí 30 Kč poplatek jako přiměřený a dalších téměř 5% hodnotí poplatek jako důležitý. Na druhé straně se zde vystupují odpůrci regulačních poplatků, kterým se zdá být zbytečný (23 %) nebo vysoký (5 %).



Obr. 11: Čekací doby v čekárnách a lékárnách

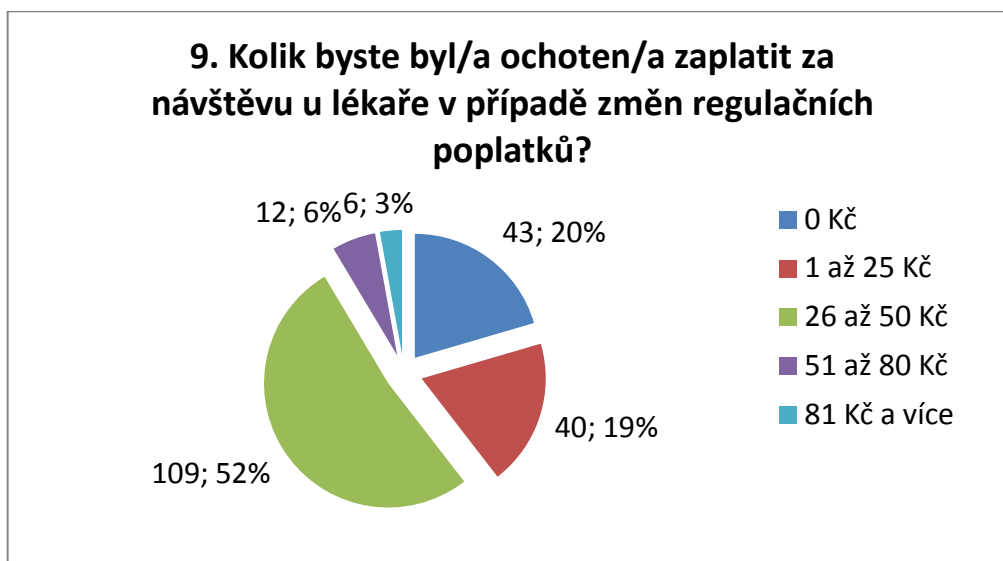
To, co mělo být také jedním z důvodů a argumentů zavedení regulačních poplatků, je zkrácení doby strávené čekáním v čekárnách lékařů a v lékárnách. Proto jsem položil otázku, která však přinesla relativně překvapivou odpověď. Totiž asi jen jedna třetina všech respondentů říká, že se čekací doby zkrátily. Naopak téměř 50% z dotázaných říká, že zůstaly stejné a nezměněné oproti stavu, kdy se regulační poplatky neplatily. Navíc 15 respondentů si dokonce myslí, že se doba čekání prodloužila.



Obr. 12: Odrazení regulačním poplatkem

Další otázka byla položena taktéž cíleně. Regulační poplatky měly také zamezit zbytečným návštěvám u lékařů, což by logicky mělo občas odradit pacienty od návštěvy svého lékaře. Toto se ovšem téměř vůbec nepotvrdilo, protože pouze 7% respondentů platba regulačního

poplatku odradí málokdy a v 11% jsou odrazeni často. Zbytek tvrdí, že jej poplatky neodradily a neodradí nebo na ně v danou chvíli nemyslí.



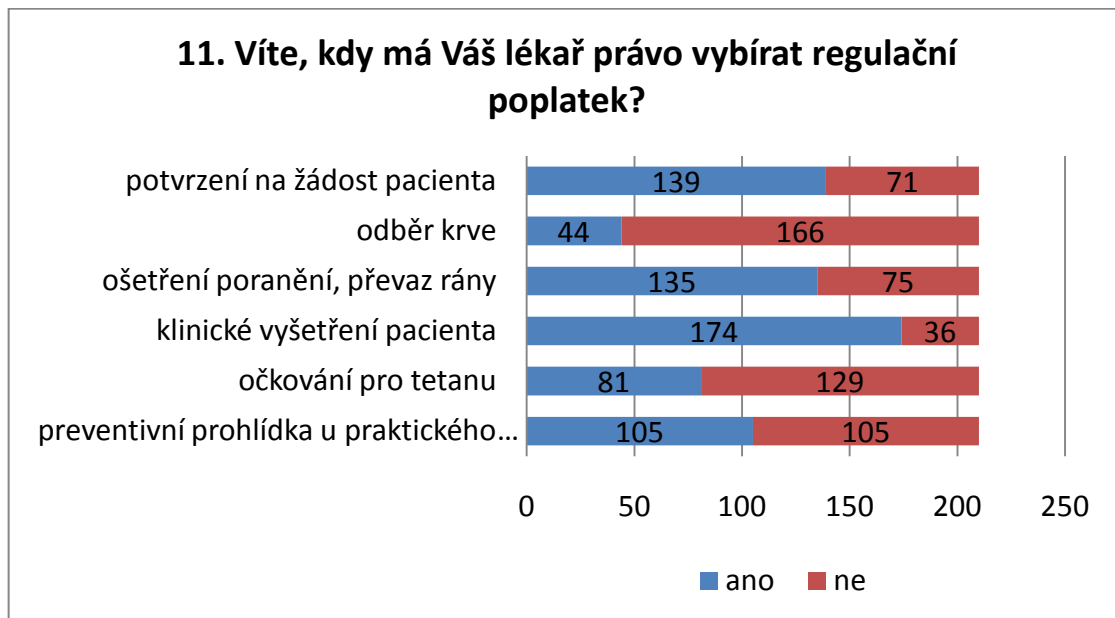
Obr. 13: Ochota k placení RP u lékařů

Protože se stále vedou dlouhé debaty na české politické scéně o tom, jak vysoké by jednotlivé poplatky měly být, položil jsem tedy mým respondentům otázku, kolik by byli ochotni zaplatit za regulační poplatek za návštěvu u lékaře. Více jak polovina všech odpověděla 26 až 50 Kč, tedy asi stejnou výši, jako se platí dnes. Podle procent zastoupených je také vidět, že i část občanů, kteří chtějí zrušení poplatků, by byli ochotni regulační poplatek dále platit při snížení pod 25 Kč. Každý pátý respondent by nebyl ochoten regulační poplatky platit vůbec. Je nutno zmínit, že téměř 10% respondentů uvedlo, že by byli ochotni platit i vyšší poplatek.



Obr. 14: Regulační efekt RP u lékařů

Otázka číslo 10 položila otázku, zda si respondenti myslí nebo ví, že regulační poplatky mají požadovaný regulační efekt. Zde pouze 18% z nich uvedlo, že ano. Naopak je potřeba zmínit, že nejvíce z nich, 42%, neví. Odpověď na tuto otázku značně ovlivňuje informovanost českých občanů o efektech regulačních občanů, která je dle mého názoru velmi nízká.



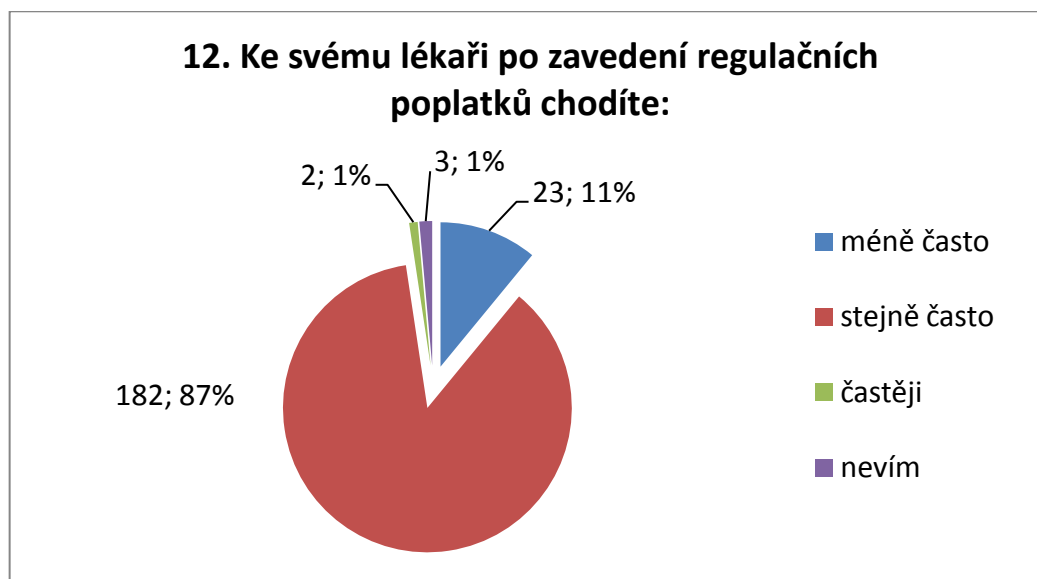
Obr. 15: Platit nebo neplatit RP

Tato otázka, jak je vidět z grafu, se skládala z šesti lékařských úkonů, kdy každý z respondentů musel odpovědět, zda dle jeho názoru má lékař právo a zároveň povinnost vybírat regulační poplatek za tento úkon.

U potvrzení vystaveného na žádost pacienta lékař nemá právo vybírat RP, protože tato služba je zpoplatněna formou přímé platby přímo v ordinaci lékaře. Ani v případě odběru krve nemá lékař právo vybírat RP, nejedná se totiž o klinické vyšetření, nýbrž o přípravu laboratorní rozbor. V případě ošetření a převazu rány je však lékař oprávněn RP vybrat, musí totiž provést klinické vyšetření, které začíná pohovorem s pacientem. Z toho plyne, že v případě klinického vyšetření je pacient povinen RP zaplatit. Na preventivní prohlídku se platba RP nevztahuje, jedná se totiž pouze o kontrolu stávajícího zdravotního stavu pacienta, nikoliv vyšetření. A ani v případě očkování proti tetanu a obecně očkování, ať už hrazené pojišťovnou či pacientem, se RP neplatí. Opět nebylo provedeno klinické vyšetření.

Po následném sečtení správných a špatných odpovědí jsem došel ke zjištění, že téměř 40 % respondentů neví, kdy má jejich lékař právo vybírat RP a kdy ne. To svědčí buď o špatném informování pacientů Ministerstvem zdravotnictví ČR, nebo o neochotě respondentů přijí-

mat jakékoliv informace ohledně regulačních poplatků. Důvodem vysokého procenta špatných odpovědí může také být chybná záměna přímé platby placené pacientem s RP.



Obr. 16: Změna frekvence návštěv lékařů

Podobně jako u otázky číslo 8 jsem se nyní ptal respondentů, jestli se změnila frekvence jejich návštěv jejich lékaře. I zde se zdá být předpoklad omezení návštěv u lékařů celkem nepodložený, protože 87% všech respondentů řeklo, že chodí k lékaři pořád stejně často. Jen 11% uvedlo, že RP omezili jejich návštěvy u lékařů. Otázkou jen zůstává, zda všichni respondenti uvedli pravdu o tom, že stále chodí k lékaři stejně často.

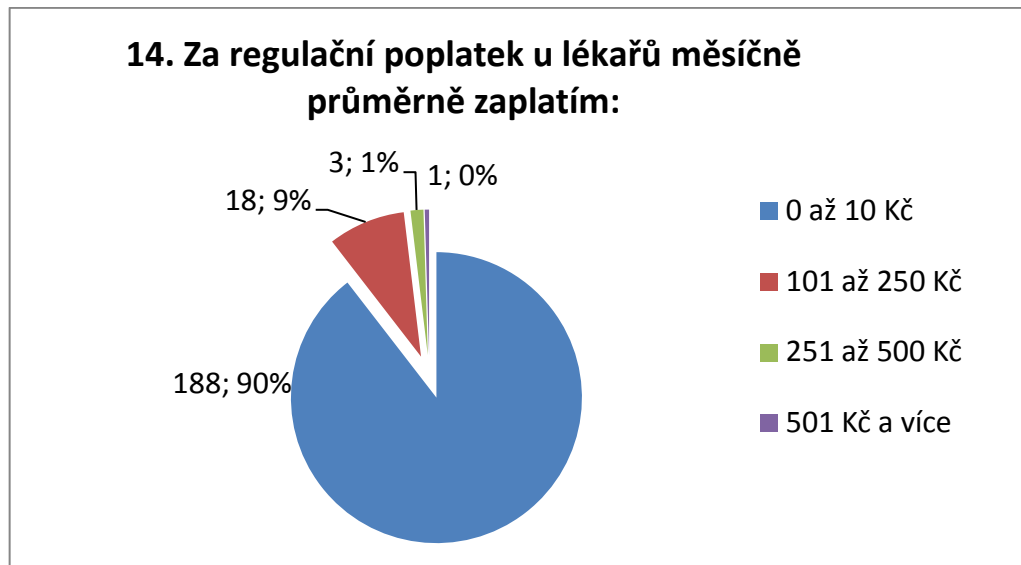
### 13. Chce po Vás vždy Váš lékař zaplatit RP?

Otázku, zda lékař dotazovaných vždy vybírá příslušný regulační poplatek, jsem položil zejména z důvodu, abych zjistil, zda lidé uvedou, že jejich lékař regulační poplatek nevybere, i když je ze zákona povinen tento poplatek vybrat a má na něj právo.

Tuto otázku zároveň doprovázely kolonky, aby respondenti uvedli, kdy po nich lékař poplatek nežádá. V této kolonce se nejčastěji objevovalo: pouze opětovné předepsání receptu, žádost o informaci ohledně výsledků, preventivní prohlídka, odběr krve, ale i měření tlaku, za které by lékař poplatek vybírat měl.

V kolonce, proč lékař nežádá zaplacení regulačního poplatku pacientem, se nejčastěji objevovalo: známost, protekce nebo rodinný příslušník. Takových případů bylo 15 z 210 dotazovaných. Nebo respondent uvedl, že jej lékař nepožaduje zaplatit, tak jej nezaplatí.



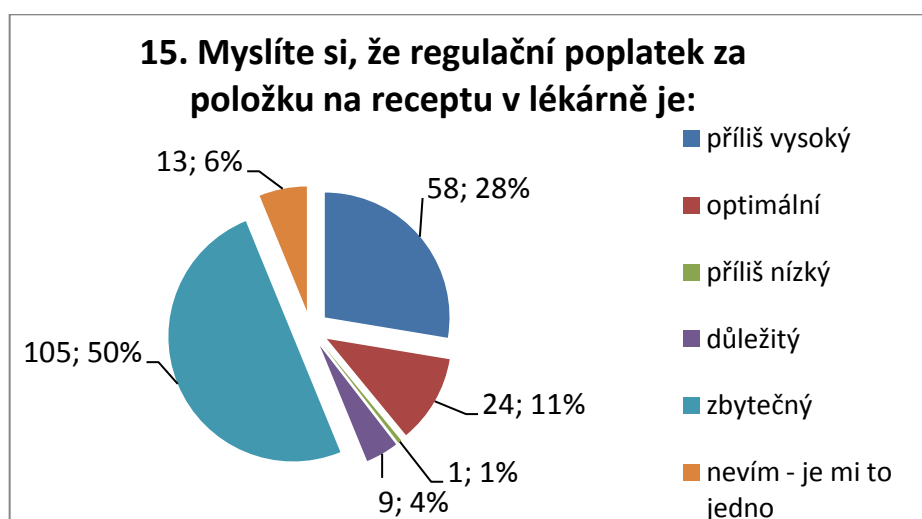


*Obr. 17: Průměrná měsíční platba za RP na lékařské ambulanci*

Velmi důležitá informace pro účely mé bakalářské práce byla, kolik průměrně každý pacient zaplatí za RP u lékařů za měsíc. Až překvapivý pro mě byl výsledek, který ukázal, že 9 z 10 pacientů zaplatí za měsíc do 100 Kč. Tento fakt je o to platnější, že jednou z početnějších skupin byli důchodci, kteří využívají zdravotní péči nejvíce.

### **Blok otázek C: Regulační poplatky a platby za léky v lékárnách**

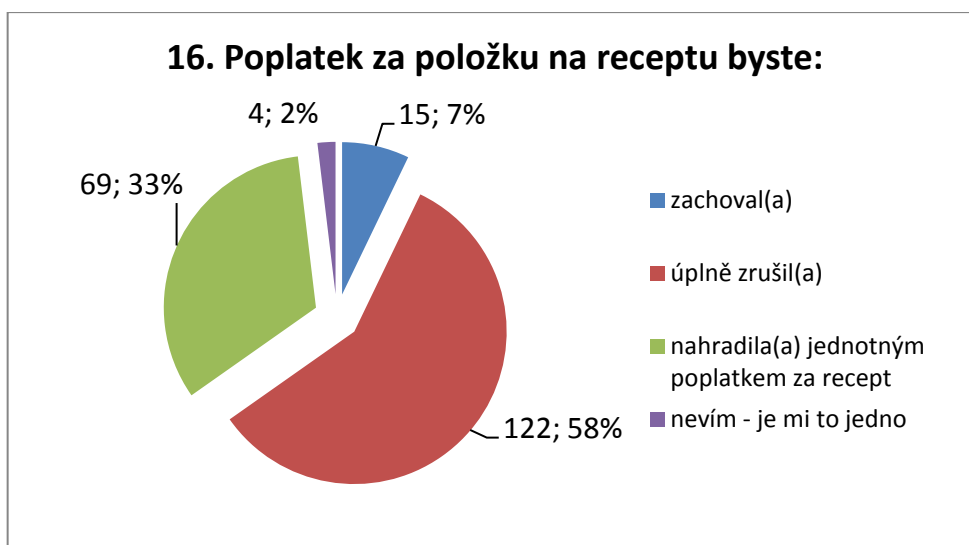
Následující blok tří otázek se bude věnovat problematice nejen regulačních poplatků vybraných lékárnami za položku na receptu, ale bude kombinaci regulačních poplatků s platbami za léky v lékárnách.



*Obr. 18: RP za položku na receptu v lékárně*

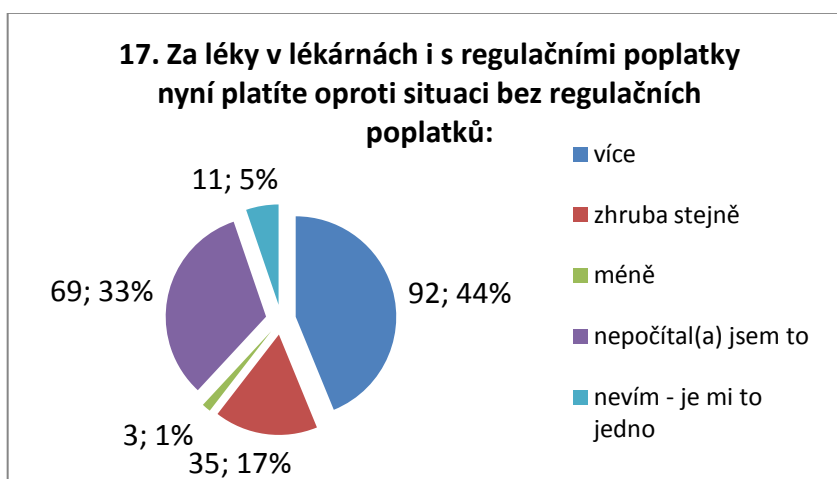
Otázka číslo 15 je velmi podobná otázce číslo 6 s tím rozdílem, že nyní se týká platby 30 Kč RP za položku na receptu, kdy na jednom receptu mohou být nejvíce 2 různé léky.

Přesné polovině respondentů se zdá být zbytečný, protože se domnívají, že již doplatky za léky by měly tyto poplatky eliminovat. Dalších 28% tento poplatek označilo za příliš vysoký. Naopak jen 15% se domnívá, že RP za položku na receptu je důležitý nebo optimální. To vypovídá o ještě větším odporu k placení RP za položku na receptu.



Obr. 19: Změny RP za položku na receptu

Tato otázka se ptala, co by chtěli s poplatkem za položku na recept udělat nebo jakou by uvítali změnu tohoto RP. Jak již bylo předesláno v předchozí otázce, mnoho lidí se domnívá, že lékárny by neměly mít právo na výběr RP, proto by je 58% respondentů úplně zrušilo. Méně striktní je třetina respondentů, kteří jsou pro jeho nahrazení jednotným poplatkem za recept. Pouhých 7 % by jej zachovalo.

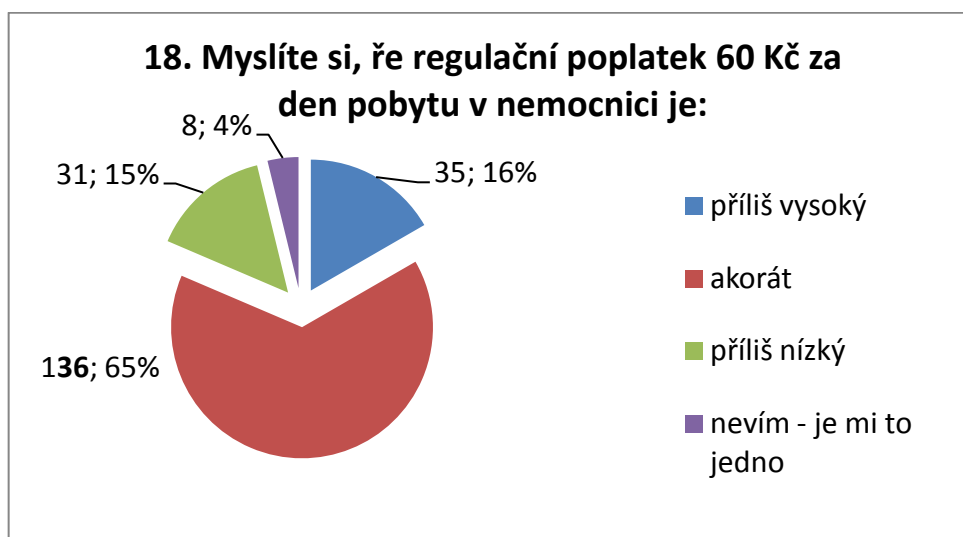


Obr. 20: Změna celkové sumy za léky placené pacientem

To, že většina lidí nesouhlasí s tímto RP, je již známo. Proto jsem položil otázku, zda ví, kolik zaplatí za léky i s RP oproti situaci, kdy se RP nevybíraly. Zde 44% respondentů uvádí, že platí více. Otázkou je, zda tuto možnost neuvodli i zarputilí odpůrci všech RP, aniž by je vůbec spočítali. 1/3 respondentů peníze utracené za léky ani nepočítá. Téměř každý pátý uvedl, že platí asi stejně. Tři respondenti uvedli, že nyní platí méně.

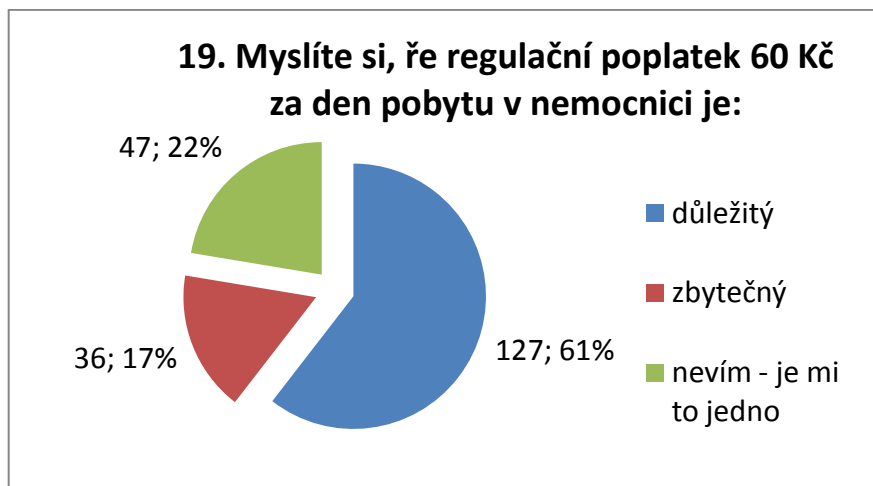
#### **Blok otázek D: Regulační poplatky za pobyt v nemocnici**

Následující tři otázky se věnují problematice vybírání RP za den pobytu v nemocnici, které jsou tématem současných politických diskuzí. Mluví se o jejich potenciálním zvýšení na 100 Kč.



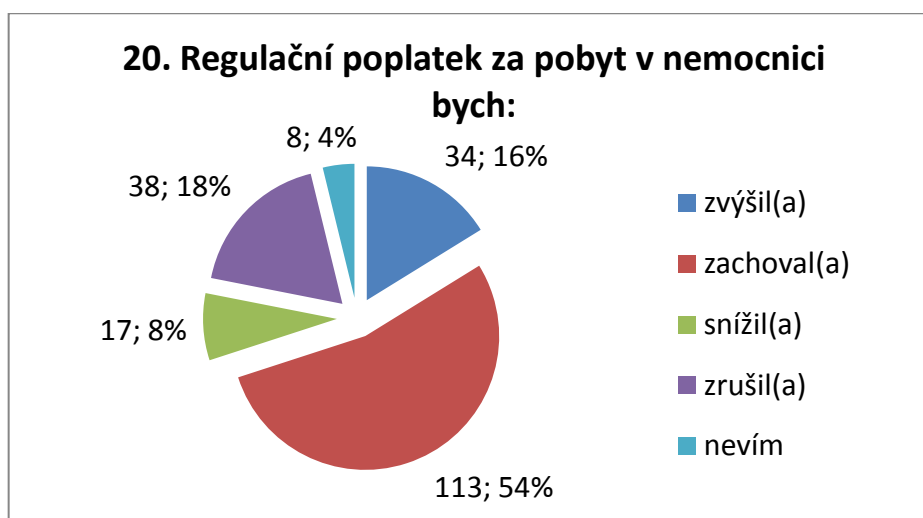
*Obr. 21: Výše RP za 1 den pobytu v nemocnici*

Otázka číslo 18 se ptala respondentů, jak vnímají výši 60 Kč regulačního poplatku za den pobytu v lůžkovém ZZ. Zde je vidět velmi rozdílný názor na tento RP, kdy téměř 2/3 respondentů vnímají tento poplatek jako přiměřený. Dalších 15 % jej označilo dokonce za nízký. Naopak 16 % respondentů uvedlo, že je příliš vysoký. Tyto údaje vypovídají o rozdílných názorech na jednotlivé RP. Jistý vliv na názor zde můžou mít média.



Obr. 22: Důležitost RP za 1 den pobytu v nemocnici

Tato otázka navazuje na předchozí a ptá se na důležitost tohoto RP. Opět zde vidíme téměř kopírování předešlého grafu, kdy odpověď, že je poplatek důležitý, je zrcadlením k odpovědi akorát ohledně jeho výše. Odpověď zbytečný je téměř rovna odpovědi příliš vysoký. Dostala 16% všech odpovědí. Zajímavostí je více jak 20% odpovědí nevím. Tyto odpovědi vyznačili pravděpodobně respondenti, kterých se tento RP zatím netýká.

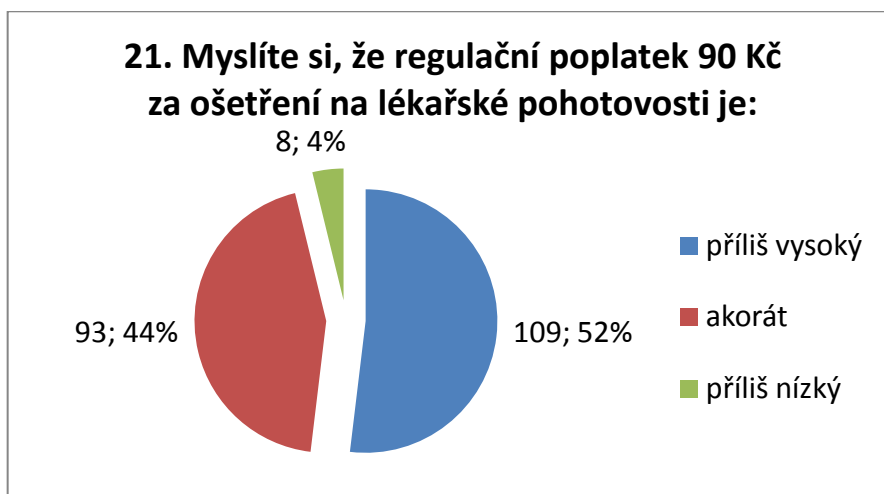


Obr. 23: Změny RP za 1 den pobytu v nemocnici

Zeptal jsem se pacientů, co by udělali s regulačním poplatkem, kdyby jej mohli změnit. Více jak polovina respondentů by jeho výši ponechalo na stávajících 60 Kč. 16 % by uvítalo jeho zvýšení. Důležité pro porovnání je 18% respondentů, kteří jsou pro jeho zrušení. Když srovnám 16% pro příliš vysoký poplatek, 17% pro zbytečný poplatek a 18% pro zrušení poplatku, můžu říci, že respondenti byli o svých názorech přesvědčeni.

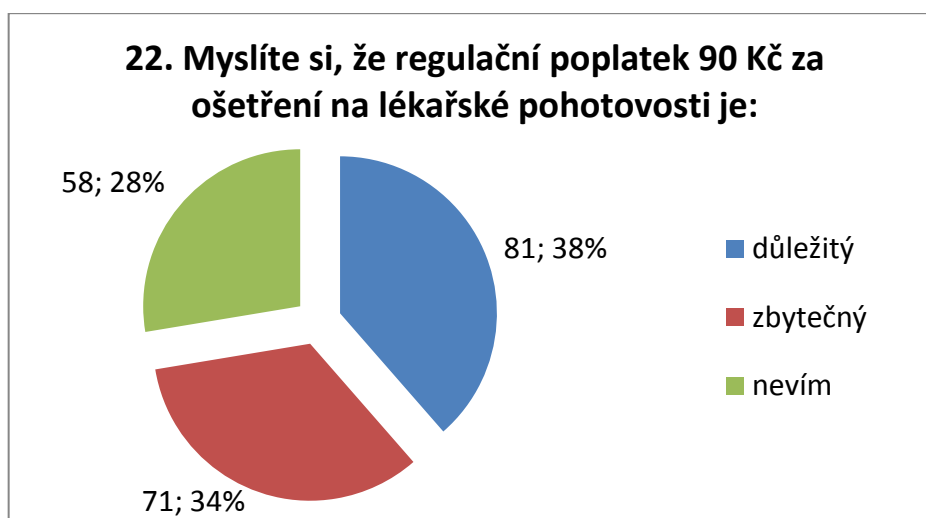
#### **Blok otázek E: Regulační poplatky za ošetření na pohotovosti**

Otázky ohledně RP za ošetření na LSPP (90 Kč) budou mít podobnou koncepci jako otázky k RP za pobyt v nemocnici, tak aby byly dostatečně vypovídající.



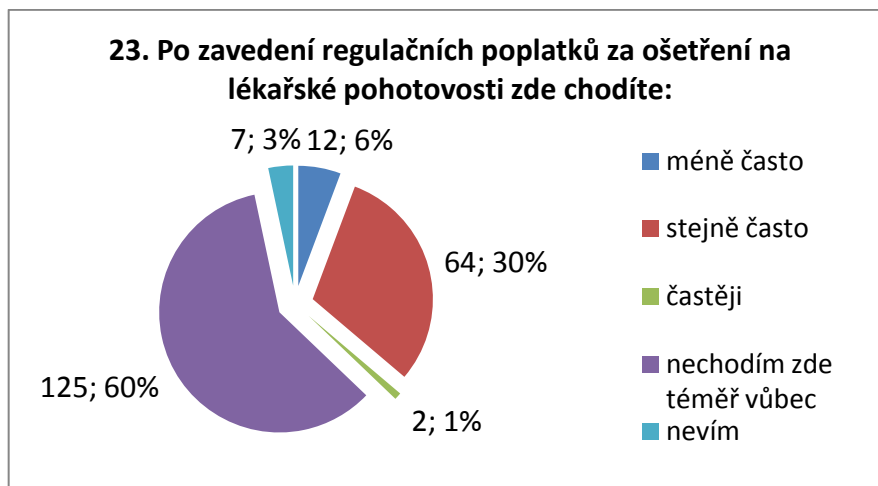
Obr. 24: Výše RP za ošetření na LSPP

Pokud nebudeme počítat skupinu respondentů, kteří RP za ošetření na LSPP je nízký, lze říci, že jsem dostal 2 stejně velké skupiny, z nichž jedna vidí tento RP jako příliš vysoký a druhá jako přiměřený.



Obr. 25: Důležitost RP za ošetření na LSPP

Opět jako u RP za pobyt v nemocnici jsem se tázal, zda je RP za ošetření na LSPP zbytečný nebo důležitý. Nejvíce dotázaných chápe tento poplatek jako důležitý. 34 % respondentů se domnívá, že i přes jeho prokázané regulační účinky je zbytečný. Opět se zde vyskytuje velmi početná skupina, která uvedla, že neví. Pravděpodobným důvodem je, že zde téměř nechodí nebo zde ještě ani nebyli.



Obr. 26: Změna frekvence návštěv LSPP po zavedení RP

Tato otázka měla získat odpověď, zda zavedení RP mělo pozitivní vliv na omezení zbytečných návštěv. Tyto zbytečné návštěvy jsou velmi často vykonávány jen úzkou skupinou lidí. Přesto 12 respondentů uvedlo, že platba RP omezila jejich návštěvy LSPP. Hlavní podíl 90% dotázaných občanů uvedlo, že na LSPP nechodí téměř vůbec, což je pro šetření nákladů na zdravotnictví velmi důležité a správné.

#### **Blok otázek F: Otázky ohledně ochranného limitu pacienta**

Následující soubor otázek je věnován nástroji, který se jmenuje ochranný limit RP. Tento limit byl zaveden pro ochranu pacientů před nadměrným placením regulačních poplatků u lékařů a v lékárnách, ale hlavně před nadměrnými platbami za doplňky za léky vydané na lékařský předpis.

Respondentům jsem položil základní otázku, zda vůbec znají nástroj ochranného limitu. Výsledek opět potvrdil špatnou znalost problematiky regulačních poplatků. Jen 62 respondentů z 210 uvedlo, že tento nástroj zná.

Zbylým 62 respondentům byla poté položena otázka, zda již někdy využili jeho funkce. Z těchto 62 pouze 6 z nich uvedlo, že jim funkce ochranného limitu pomohla. Zbylých 54 řeklo, že ne nebo neví, takže jeho funkce nevyužili.

Závěrečná otázka se ptala, co by udělali s tímto ochranným limitem.  $\frac{3}{4}$  z nich se vyslovilo pro ponechání současných limitů, tedy 2500 Kč resp. 5000 Kč za rok. 15 % respondentů by žádalo jeho další snížení. A asi 10 % by jej zrušilo.

## 11.9 Vyhodnocení stanovených hypotéz

**H<sub>1</sub>: 40 % všech respondentů chce zrušení regulačních poplatků.**

Stanovenou hypotézu zamítám, poněvadž pouze 38 % dotázaných požaduje zrušení RP. Vycházím z odpovědí na otázku číslo 4, kdy dalším 28 % poplatky nevdají a celým 34 % se zdají být RP jako dobrá věc.

**H<sub>2</sub>: Více jak 50% respondentů si myslí, že se aspoň částečně zkrátily čekací doby v čekárnách lékařů a lékárnách.**

Tuto hypotézu jsem byl opět nucen zamítnout. Vycházel jsem z výsledků otázky číslo 7, ve které pouze 9 % respondentů uvedlo, že se čekací doby zkrátily výrazně. Výrazně více, 25 %, uvedlo, že jsou lhůty mírně kratší oproti situaci před zavedením poplatků. Výsledek není příliš pozitivní. Nedivím se některým lidem, že jsou proti placení RP, když se efekt zkrácení čekacích lhůt téměř nedostavil.

**H<sub>3</sub>: Více jak 85% respondentů zaplatí měsíčně v průměru do 100 Kč za regulační poplatky u lékaře.**

Tato hypotéza se mi potvrdila. Téměř 90 % všech respondentů uvedlo, že částku 100 Kč za měsíc běžně nepřekročí. Tento údaj je o to platnější zvláště proto, že v dotazníkovém šetření byla velká skupina tvořena důchodci z domova důchodců, kteří pravděpodobně lékařskou péči čerpají nejvíce ze všech občanů.

**H<sub>4</sub>: Aspoň 2/3 respondentů si myslí, že regulační poplatek za den pobytu v nemocnici je důležitý a měl by být zvýšen nebo aspoň zachován.**

U této hypotézy je nutno vycházet z výsledků otázek číslo 19 a 20. Podle otázky číslo 19 pouze 61 % respondentů označilo poplatek za pobyt v nemocnici za důležitý. To mi příkazuje zamítnout tuto hypotézu již nyní. Na druhou stranu je zde vidět velmi značný rozdíl mezi názorem na tento regulační poplatek ve srovnání s poplatky u lékařů či v lékárnách. Podle otázky číslo 20 by jeho výši 60 Kč za den zachovalo a dokonce 16 % by jej zvýšilo. Ukazuje to na obeznámenost lidí s nutností podílet se placení nákladů za pobyt v nemocnici.

**H<sub>5</sub>: Více jak 50 % respondentů si myslí, že regulační poplatek za ošetření na pohotovosti je důležitý a zároveň tam téměř nikdy nechodí.**

Poslední hypotézu jsem nucen zamítnout hned v úvodu, protože jen 38 % všech respondentů chápe tento regulační poplatek jako důležitý. Zamítnutí hypotézy je možná ovlivněno faktem, že většina lidí na lékařskou pohotovost vůbec nechodí, nemohli tedy dostatečně zhodnotit jeho roli a efekt, proto uvedli velmi často odpověď nevím. Zároveň pouze 60 % respondentů uvedlo, že na pohotovost nechodí téměř vůbec. Část těchto respondentů bude jistě součástí odpovědi, že zde chodí asi stejně často, což je ve výsledku velmi uspokojivý výsledek.

### **11.10 Závěr dotazníkového šetření**

Na základě dotazníkového šetření jsem nyní schopen shrnout názory českých občanů na systém zdravotnictví jako celek. Podle struktury dotazníku uvedu jednotlivé stanoviska, jaké zaujímají respondenti k jednotlivým zavedeným RP, protože ne každý poplatek je veřejností akceptován či odmítán stejnou měrou. Dotazníkové šetření se stane také jednou ze součástí závěrečných doporučení a rad k platným regulačním poplatkům.

#### **11.10.1 České zdravotnictví jako celek**

Celkový pohled na zdravotnictví, jak uvedli respondenti, lze chápat spíše jako negativní. Tato stanovisko je sice pochopitelné z hlediska stále se zdražující zdravotní péče. Na druhou stranu je potřeba, aby si všichni uvědomili, že kvalita poskytovaných služeb se za posledních deset let ve zdravotnictví výrazně zlepšila. Lidem jsou dopřávány kvalitnější léčiva v dostatečném množství, navíc ve většině případů s možností výběru daného léčiva. Pokud se však podívám na vývoj plánované reformy, je nutno podotknout, že při částečném zjednodušení lze tvrdit, že kromě zavedených RP je v současné době reforma téměř zastavena, což neprospívá jak celému zdravotnictví tak ani politickým preferencím, které jsou nezbytné pro její dokončení.

#### **11.10.2 RP placené u lékařů**

RP za ošetření na lékařské ambulanci ve výši 30 Kč je veřejností přijímán ve většině případů relativně pozitivně. Hodnotí ho jako přiměřený a důležitý. Na druhé straně stojí jeho odpůrci, kteří odmítají jakékoliv placení regulačních poplatků, a mnohdy odmítají jakýkoliv přísun dalších peněz z vlastních zdrojů. Je to pravděpodobně dáno i faktem, že velká část občanů ČR nemá dostatečný přehled o tom, kdy musí a naopak nemusí platit jednotlivé poplatky a vůbec, co má být jejich účelem. Mnohdy netuší, že účelem je zejména regu-



lace, jak plyne z jeho názvu, tedy regulace nákladů způsobených zbytečnými návštěvami lékařů.

### **11.10.3 RP placené v lékárnách za položku na receptu**

RP za položku na receptu určuje povinnost platit občanům za recept 30 Kč respektive 60 Kč za každý recept s předepsanými léčivými. Zde je situace odlišná. S tímto druhem RP nesouhlasí většina respondentů. Mnohdy proto, že nevidí potřebu v placení dalších poplatků při současném placení doplatků na léčiva. Je nutno dodat, že hodnota RP je odečítána od hodnoty doplatku na každý lék, na který pacient doplácí více jak 30 Kč. Pokud je tedy nižší nebo úplně bez doplatku, je pacient povinen platit sumu minimálně 30 Kč za každý vydaný lék v součtu za doplatky nebo RP. V současné době, je velmi diskutovaným tématem zavedení jednotného RP za recept, který by ujednotil tuto platbu na 30 Kč. Tato úprava by však nemusela mít dostatečný vliv na omezení počtu vydaných balení léků, což má být jeho hlavním smyslem.

### **11.10.4 RP placené za den pobytu v lůžkovém ZZ**

RP za den pobytu v lůžkovém ZZ zejména pak nemocnici byl stanoven na hladinu 60 Kč za 1 den. Předně bych chtěl uvést, že se ve své podstatě nejedná o RP jako v případě ošetření u lékaře. Počet ošetřovacích dní v lůžkových ZZ není možno regulovat tak snadno. Je možno je postupně snižovat pomocí stále se zlepšujícího stavu zdraví občanů ČR. Jako pozitivní hodnotím výsledky provedeného šetření, které ukázalo obeznamenost lidí s nutností participace na úhradě nákladů nemocnice za poskytované služby (jídlo, ubytování). Pokud sečtu počet lidí, kteří hodnotí RP za pobyt v nemocnici za důležitý a jeho výše se jim zdá alespoň přiměřená, ukázalo se, že nejméně 5 % respondentů chápou tento RP jako potřebný, i když v úvodu uvedli, že jsou pro zrušení všech poplatků. Plyne to zřejmě z toho, že RP za pobyt v lůžkových ZZ se jich zatím přímo nedotýká, takže jim nevadí.

### **11.10.5 RP placené za ošetření na LSPP**

Při ošetření na LSPP je vybírán RP nejvyšší, tedy 90 Kč. Je nutno uvést podle výsledků dotazníkového šetření má placení tohoto RP asi stejný počet příznivců jako odpůrců. Je zde ovšem velké zastoupení respondentů, kteří nemají názor na tento RP. Způsobeno je to bezesporu faktem, že LSPP je využívána pouze úzkou skupinou lidí a spíše nárazově. Pozitivním zjištěním jsou odpovědi respondentů, kteří uvedli, že na LSPP nechodí téměř vůbec nebo stejně často, kde v této odpovědi budou jistě taktéž obsaženi respondenti, kteří na

LSPP chodí velmi zřídka. Pouze 6 % uvedlo, že platba RP je odrazuje od návštěvy LSPP, což ukazuje na fakt, že LSPP je v dnešní době užívána v drtivé většině jen kvůli vážným zdravotním potížím.

#### **11.10.6 Znalost a využití ochranného limitu**

Nástroj ochranný limit byl zaveden spolu s RP v roce 2008. Jeho výše se k 1. 4. 2009 snížila pro děti a mládež do 18 let a důchodce nad 60 let z původních 5000 Kč na 2500 Kč. V dotazníkovém šetření jsem chtěl zjistit, zda čeští občané vůbec znají tento nástroj, a pokud ano, tak zda jeho funkce využili. Bohužel se opět prokázala nedostatečná znalost občanů. Pouze 30 % všech respondentů tento limit zná, což je hodně neuspokojivý výsledek. Z následných odpovědí také plyne, že jeho funkci využilo 6 z 210 dotázaných. Byli to vždy zástupci poproduktivního věku, tedy lidé pobírající starobní důchod. Z respondentů, kteří tento nástroj znají, by jej ve  $\frac{3}{4}$  zachovali ve stejné výši. Dalších 10 by chtělo jeho opětovné snížení.

## 12 NÁVRHY A DOPORUČENÍ

V závěru praktické části mé bakalářské práce se budu věnovat návrhům a doporučením v problematice RP jako jednoho z kroků reformy českého zdravotnictví, kterou komplexně zpracoval Tomáš Julínek z ODS.

Tyto rady a doporučení rozdělím do několika kategorií. Toto rozdělení je nutné, protože jednotlivé RP mají různý význam a taky váhu v celém systému zdravotnictví. Důvodem tohoto rozdělení jsou také výsledky dotazníkového šetření, které ukázaly velmi výrazné rozdíly mezi názory na jednotlivé RP.

### 12.1 RP za klinické vyšetření u ambulantního lékaře

Za klinické vyšetření pacienta u lékaře je v současné době placen velmi přiměřený 30 Kč RP. S postupem času si většina lidí na tyto poplatky zvykla a asi i pochopila jejich pozitivní smysl. Ostatně výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že negativních názorů na tento RP je daleko méně než v prvním roce jejich placení.

Dle mého názoru by však měl v systému českého zdravotnictví existovat nástroj nebo spíše úřad, který by důkladně kontroloval vybírání RP. Jeho hlavním úkolem by měla být také kontrola použití peněz vybraných právě na RP. Tyto poplatky sice podle novely zákona účinné od 1. Dubna 2009 musí být použity za účelem modernizace ZZ nebo zlepšování ZP, nejsou však zatím stanoveny žádné kontrolní nástroje.

### 12.2 RP za položku na receptu v lékárně

RP vybíraný lékárenským ZZ za každou položku na receptu je podle mého odhadu ale i podle výsledků dotazníkového šetření nejméně oblíbený RP vůbec. Je třeba však opět zmínit účel tohoto poplatku, kterým je omezení počtu zbytečně vydaných léčiv pacientů. Tyto léčiva se poté přezásobením stávají nepoužitelná a velkou měrou se pak podílí na zbytečných výdajích zdravotnictví.

Kdyby tedy došlo k diskutovanému zavedení jednotnému RP za recept, nebyl by efekt regulace dosažen v tak vysoké míře. Problém potom zůstává nedostatečná informovanost většiny lidí, kteří mnohdy nevědí, že RP se snižuje o hodnotu doplatku do výše 30 Kč. Tedy pouze u léčiv, u kterých je doplatek nižší jak 30 Kč nebo žádný, se RP platí.

Zrušení nebo změna tohoto RP by mohla opět vyvolat větší spotřebu léčiv občany ČR. Měla by být ovšem diskutována situace, kdy je pacient nucen brát léky kvůli vrozené či

dědičné nemoci. V takovém případě spotřebu léčiv nemůže v žádném případě ovlivnit, RP by vybírán být neměl.

### **12.3 RP za den pobytu v lůžkovém ZZ**

Oproti RP za položku na receptu placeném v lékárně se RP za den pobytu v lůžkovém ZZ s postupem času setkává s větší přízní. Většina lidí chápe účel tohoto poplatku, kterým není regulace, nýbrž spoluúčast na výdajích za léčbu a služby poskytované po dobu pobytu v tomto lůžkovém ZZ.

V případě zlepšení systému kontroly výběru RP a také kontroly následného použití RP bych doporučil jeho zvýšení na 100 Kč za 1 den pobytu. Myslím, že toto zvýšení by znamenalo v současné době stále přijatelnou výši pro většinu občanů ČR.

### **12.4 RP za ošetření na LSPP**

Regulační poplatek za ošetření na LSPP je placen za provedení každého klinického vyšetření, které je provedeno v pracovní dny po 17. hodině a každé ošetření v sobotu, neděli a státem uznávané svátky.

Jak bylo vidět při analýze čerpání jednotlivých zdravotních péčí pacienty ČR, RP za ošetření na LSPP mělo zatím největší regulační efekt. Domnívám se, že jeho výše je stanovena na optimální výši. Případné změny by mohly být provedeny po analýze změn čerpání ZP v letech 2010, 2011 a dalších. Změna, kterou by jistě s radostí přivítali pracující lidé, je možné posunutí doby, od kdy je vybírán RP 90 Kč z původní 17. hodiny na 18 hodinu.

### **12.5 Lepší informace pro účastníky procesu poskytování ZP**

Jak již vyplynulo z vyhodnocení dotazníkového šetření, jedním z hlavních důvodů, proč velké množství lidí je proti placení RP, je nedostatečná informovanost o regulačních poplatcích jako systému regulace čerpání zdravotní péče.

Lidé mnohdy nevědí, kdy musí a kdy nemusí platit jednotlivé RP. V případě, že jej zaplatí, nemůžou zhodnotit, zda tato platba bude efektivně použita. Už vůbec nemohou sledovat samotné fungování regulačních poplatků. Poslední relevantní dostupné zdroje o dopadech RP jsou z roku 2009 a to jen ve zpřesněných údajích a odhadech. Není se tedy proč divit, že část populace s nimi nesouhlasí.

Základním předpokladem pro pozitivnější přijetí platby RP by mělo být například periodikum vycházející alespoň kvartálně, aby jak jednotlivá ZZ tak samotní pacienti věděli, zda plánovaný mechanismus RP stále funguje a k čemu jsou vybrané RP využity jednotlivými ZZ.

## ZÁVĚR

Cílem mnou předkládané bakalářské práce byla analýza dopadu zavedení regulačních poplatků na čerpání zdravotní péče. Celou práci jsem rozdělil na část teoretickou a praktickou.

V části teoretické jsem definoval základní pojmy týkající se zdravotnictví. Popsal jsem vývoj zdravotnického systému na území dnešní ČR, definoval modely financování zdravotnictví. Další část byla věnována reformě podle návrhů Tomáše Julínka, jehož součástí jsou právě regulační poplatky, kterým jsem věnoval poslední kapitolu. Vyjmenoval jsem jednotlivé druhy poplatků a přiřadil jim podmínky výběru, které se s postupem času vyvíjely.

V praktické části jsem se v úvodu věnoval analýze rostoucích celkových výdajů na zdravotnictví. Následovala analýza přímých dopadů regulačních poplatků na čerpání jednotlivých druhů zdravotní péče poskytované českým zdravotním systémem mezi lety 2006 a 2009. Analyzoval jsem také odhady přímých úspor a příjmů z RP za rok 2008. Druhým stěžejním bodem mé práce bylo provedení dotazníkového šetření na téma čerpání zdravotní péče občany ČR, kde se mi podařilo analyzovat na základě odpovědí názory na současnou situaci ve zdravotnictví a také na RP podle místa jejich výběru.

V závěru praktické části jsem vypracoval sadu několika doporučení na zlepšení situace kolem RP. K těmto závěrům jsem se dopracoval z analýzy dosavadních dopadů RP a také zmiňovaného dotazníkového šetření. Patří sem zejména zvýšení RP za den pobytu v nemocnici ze současných 60 Kč na 100 Kč, vznik nástroje kontroly využití RP jednotlivými ZZ a zavedení pravidelného zveřejňování efektů, kterých RP poplatky dosáhly v minulých měsících. Toto zveřejňování by mohlo být uskutečňováno vydáváním periodika alespoň jednou za tři měsíce a mohlo by také zveřejňovat, na jaké účely, zejména modernizace, byly RP použity jednotlivými ZZ.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY****Knižní zdroje**

- [1] BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví : Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. první. Praha : Wolters Kluwer, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [2] BOROVSKEÝ, Juraj; DYNTAROVÁ, Věra. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. první. Praha : ČVUT Praha, 2010. 114 s. ISBN 978-80-01-04485-8.
- [3] DAŇKOVÁ, Šárka, et al. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989 : Vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR*. první. Praha : ÚZIS ČR, 2008. 53 s. ISBN 978-80-7280-900-4.
- [4] DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. první. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.
- [5] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. první. Praha : Nakladatelství Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [6] GLADKIJ, Ivan; STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. první. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- [7] HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. první. Brno : Masarykova univerzita a MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- [8] HOLČÍK, Jan; KÁŇOVÁ, Pavlína; PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví : východiska, základní pojmy a perspektivy*. první. Brno : NCO a NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- [9] HOLČÍK, Jan; ŽÁČEK, Adolf. *Sociální lékařství*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 1995. 111 s. ISBN 80-210-1233-1.
- [10] HROBOŇ, Pavel; MACHÁČEK, Tomáš; JULÍNEK, Tomáš. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. první. Praha : Občanské sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz, 2005. 93 s.
- [11] NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. první. Praha : Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [12] ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. první. Zlín : UTB ve Zlíně, 2010. 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.

- [13] ZLÁMAL, Jaroslav; BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. první. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

### Internetové zdroje

- [14] ALMEDA, a. s. : *Městská nemocnice Neratovice* [online]. 2009 [cit. 2011-05-17]. Jak od 1. dubna 2009 na regulační poplatky. Dostupné z WWW: <<http://www.almeda.cz/ceniky/jak-od-1.-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>
- [15] *Business.center.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-05-19]. Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Dostupné z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.
- [16] ČÁKIOVÁ, Julie; JOGHEEOVÁ, Natalie. *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 11.12.2007, 21.7.2008 [cit. 2011-03-22]. Ochranný limit. Dostupné z WWW: <<http://www.icm.cz/ochranny-limit>>.
- [17] Česká lékařská komora [online]. [cit. 2011-01-02]. Dostupný z WWW: <[http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news\\_file,NEWS\\_FILE\\_ID,,TYPE,NAME,DATE\\_AKT&id=75020/](http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=75020/)>.
- [18] *FIBROMYALGIK : Když bolí 1,7 m* [online]. 2011-02-05 [cit. 2011-03-23]. Klinické vyšetření. Dostupné z WWW: <<http://fibromyalgik.webnode.cz/news/klinicke-vysetreni/>>.
- [19] HOLUB, Petr. *Julínkova reforma: Pacient nezaplatí víc* [online]. 2006-11-21 [cit. 2011-04-12]. Wwww.zdn.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/julinkova-reforma-pacient-nezaplati-vic-278152>>.
- [20] Hospodářská komora České republiky [online]. [cit. 2011-01-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.komora.cz/pomahame-vasemu-podnikani/pripominkovani-legislativy-2/nove-materialy-k-pripominkam-1/nove-materialy-k-pripominkam/sluzby-a-financnictvi/26807-navrh-vecneho-zameru-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-.aspx>>.
- [21] Kdy u lékaře neplatíte a jak je to s limitem 5000 korun : Kdy se neplatí. *Svět pojištěnce : Časopis všeobecné zdravotní pojišťovny* [online]. 2008, 2, [cit. 2011-03-23]. Dostupný z WWW: <[http://www.vzp.cz/uploads/document/PDF/SP\\_2\\_2008.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/PDF/SP_2_2008.pdf)>.



- [22] *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2011 [cit. 2011-05-17]. Co je to dispenzární péče. Dostupné z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/co-je-dispenzarni-pece/article.html?id=52>>.
- [23] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2008-02-19, 2009-04-08 [cit. 2011-05-17]. Jací pojištěnci jsou osvobozeni od placení všech regulačních poplatků už k datu jejich zavedení a potom následně?
- [24] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2010-04-02, 2010-07-31 [cit. 2011-05-17]. Změny v regulačních poplatcích. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-regulacnich-poplaccich\\_1130\\_870\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-regulacnich-poplaccich_1130_870_1.html)>.
- [25] *Mojepoplatky.cz* [online]. 2008-01-01 [cit. 2011-03-23]. Poplatek za pobyt v nemocnici 60 Kč: Kdy ho musíte a nemusíte platit?. Dostupné z WWW: <<http://www.mojepoplatky.cz/poplatek-za-pobyt-v-nemocnici-60-kc-kdy-ho-musite-a-nemusite-platit-97.html>>.
- [26] *Online zprávy Hospodářských novin* [online]. 4. 12. 2009 [cit. 2011-03-22]. Levice vyhrála první bitvu o zrušení poplatků, návrh jde do druhého čtení. Dostupné z WWW: <<http://domaci.ihned.cz/c1-39332170-levice-vyhrala-prvni-bitvu-o-zruseni-poplatku-navrh-jde-do-druheho-cteni>>.
- [27] *Podnikatel.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-05-19]. Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. Dostupné z WWW: <<http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-261-2007-sb-o-stabilizaci-verejnych-rozpocctu/cele-zneni/>>.
- [28] POPOVIČ, Ivan. Aktualizované výdaje na zdravotnictví 2003 - 2007. In *Aktuální informace ÚZIS ČR 32* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2008-12-31 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/aktualizovane-vydaje-zdravotnictvi-2003-2007>>.
- [29] POPOVIČ, Ivan. Aktualizované výdaje na zdravotnictví 2005 - 2008. In *Aktuální informace ÚZIS ČR 57* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2009-10-07 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/aktualizovane-vydaje-zdravotnictvi-2005-2008>>.
- [30] POPOVIČ, Ivan. Aktualizované výdaje na zdravotnictví 2006 - 2009. In *Aktuální informace ÚZIS ČR 66* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2010-11-09 [cit. 2011-05-19].

- Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/aktualizovane-vydaje-zdravotnictvi-2006-2009>>.
- [31] POPOVIČ, Ivan. Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2006 - 2009. In. *Aktuální informace ÚZIS ČR 46* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2010-08-16 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2006-2009>>.
- [32] POPOVIČ, Ivan. Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005 až 2008. In *Aktuální informace ÚZIS ČR 63*[online]. Praha : ÚZIS ČR, 2009-11-20 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2005-2008>>.
- [33] Svaz zdravotních pojišťoven České republiky [online]. [cit. 2011-01-02]. Dostupný z WWW: <<http://szpcr.cz/reforma/zzs.pdf>>.
- [34] Svaz zdravotních pojišťoven České republiky [online]. [cit. 2011-01-02]. Dostupný z WWW: <[http://szpcr.cz/reforma/dohled\\_zp.pdf](http://szpcr.cz/reforma/dohled_zp.pdf)>.
- [35] Univerzita Karlova v Praze : iForum [online]. [cit. 2011-01-02]. Dostupný z WWW: <<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-5150.html>>.
- [36] VAŠKO, Jaroslav. *Regulační poplatky ve zdravotnictví* [online]. 2008-03-28 [cit. 2011-04-12]. Epravo.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/zakon-o-policii-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-a-co-je-vsechno-pravda-53838.html>>.
- [37] *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2009-04-01 [cit. 2011-03-23]. Regulační poplatek ve výši 90 Kč. Dostupné z WWW: <[http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/prehled\\_poplatku\\_limitu/poplatek\\_90.html](http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/prehled_poplatku_limitu/poplatek_90.html)>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví.
LSPP	Lékařská služba první pomoci
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
TBC	Tuberkulóza
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZZ	Zdravotnické zařízení

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obr. 1: Celkové výdaje na zdravotnictví .....</i>	40
<i>Obr. 2: Věk .....</i>	55
<i>Obr. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání .....</i>	55
<i>Obr. 4: Průměrný měsíční příjem .....</i>	56
<i>Obr. 5: Situace v českém zdravotnictví.....</i>	57
<i>Obr. 6: Reforma českého zdravotnictví .....</i>	57
<i>Obr. 7: Reforma a regulační poplatky.....</i>	58
<i>Obr. 8: Regulační poplatky obecně .....</i>	59
<i>Obr. 9: Hlavní efekt regulačních poplatků .....</i>	59
<i>Obr. 10: Regulační poplatek u lékaře.....</i>	60
<i>Obr. 11: Čekací doby v čekárnách a lékárnách .....</i>	61
<i>Obr. 12: Odrazení regulačním poplatkem .....</i>	61
<i>Obr. 13: Ochota k placení RP u lékařů .....</i>	62
<i>Obr. 14: Regulační efekt RP u lékaře .....</i>	62
<i>Obr. 15: Platit nebo neplatit RP.....</i>	63
<i>Obr. 16: Změna frekvence návštěv lékařů .....</i>	64
<i>Obr. 17: Průměrná měsíční platba za RP na lékařské ambulanci .....</i>	65
<i>Obr. 18: RP za položku na receptu v lékárně .....</i>	65
<i>Obr. 19: Změny RP za položku na receptu .....</i>	66
<i>Obr. 20: Změna celkové sumy za léky placené pacientem.....</i>	66
<i>Obr. 21: Výše RP za 1 den pobytu v nemocnici.....</i>	67
<i>Obr. 22: Důležitost RP za 1 den pobytu v nemocnici .....</i>	68
<i>Obr. 23: Změny RP za 1 den pobytu v nemocnici.....</i>	68
<i>Obr. 24: Výše RP za ošetření na LSPP.....</i>	69
<i>Obr. 25: Důležitost RP za ošetření na LSPP .....</i>	69
<i>Obr. 26: Změna frekvence návštěv LSPP po zavedení RP .....</i>	70

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1: Výdaje na zdravotnictví a poměr zdrojů financování.....</i>	41
<i>Tab. 2: Vývoj počtu ambulantních ošetření .....</i>	43
<i>Tab. 3: Vývoj počtu ambulantních ošetření na LSPP.....</i>	44
<i>Tab. 4: Vývoj počtu receptů.....</i>	46
<i>Tab. 5: Úhrady léčiv ZP .....</i>	47
<i>Tab. 6: Změna celkových nákladů na léčiva .....</i>	47
<i>Tab. 7: Změna doplatků pacienty na recept .....</i>	48
<i>Tab. 8: Změna počtu ošetřovacích dnů v lůžkových ZZ.....</i>	49
<i>Tab. 9: Celková úspora na RP za rok 2008 .....</i>	51

## SEZNAM PŘÍLOH

P I    Dotazníkové šetření

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

## DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

### Téma: Čerpání zdravotní péče občany ČR

Jmenuji se Martin Klácel a jsem studentem 3. ročníku bakalářského studijního programu Ekonomika a management fakulty Managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníkového šetření, které se stane součástí praktické části mé bakalářské práce s tématem "Analýza dopadu zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví na čerpání zdravotní péče".

Tento dotazník je **anonymní** a jeho výsledky budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Tímto Vás také prosím o **pravdivé vyplnění všech otázek tohoto dotazníkového šetření**, jinak by se stal neplatným.

Vyplnění tohoto dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 10 minut Vašeho času.

Odpovědi na otázky prosím **zakroužkujte**.

Martin Klácel

### A: OBECNÉ OTÁZKY K ČESKÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

**1 Myslíte si, že se situace v českém zdravotnictví zlepšuje?**

ano    spíše ano    spíše ne    ne    nevím

**2 Myslíte si, že probíhající reforma českého zdravotnictví se ubírá dobrým směrem?**

ano    spíše ano    spíše ne    ne    nevím

**3 Je podle Vás zavedení tzv. "regulačních poplatků" správným krokem reformy?**

ano    spíše ano    spíše ne    ne    nevím

**4 Regulační poplatky:**            jsou dobrá věc    chci jejich zrušení    je mi to jedno - nevadí mi

**5 Co má být, dle Vašeho názoru, hlavním efektem regulačních poplatků? (i více možností)**

peníze pro doktory a lékárnky	<input type="checkbox"/>
zdražení zdravotní péče	<input type="checkbox"/>
regulace nákladů na zdravotnictví	<input type="checkbox"/>
znepřístupnění zdravotní péče chudším	<input type="checkbox"/>
jiný (jaký?)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

### B: REGULAČNÍ POPLATKY U LÉKAŘŮ (PRAKTICKÝ, ZUBNÍ, SPECIALISTA, ...)

**6 Myslíte si, že poplatek 30 Kč za návštěvu lékaře je:**

příliš vysoký    relativně vysoký    přiměřený    nízký    důležitý    zbytečný    nevím

**7 Zkrátily se dle Vašeho názoru čekací doby v čekárnách lékařů či v lékárnách?**

ano - výrazně    ano - jen mírně    jsou asi stejné    jsou delší    nevím - je mi to jedno

**8 Odradil Vás někdy regulační poplatek od návštěvy Vašeho lékaře?**

ano - často    ano - málokdy    ne    na poplatky nemyslím    nevím

**9 Kolik byste byl/a ochoten/a zaplatit za návštěvu u lékaře v případě změn regulačních poplatků?**

žádný    1-25    26-50    51-80    81 a více Kč

**10 Myslíte si, že poplatek u lékaře má požadovaný regulační efekt?**

ano    ne    nevím

**11 Víte, kdy má Váš lékař právo vybírat regulační poplatek?**

Preventivní prohlídka u praktického lékaře	ano	ne
Očkování proti tetanu	ano	ne
Klinické vyšetření pacienta	ano	ne
Ošetření poranění, převaz rány	ano	ne
Odběr krve	ano	ne
Potvrzení na žádost pacienta	ano	ne

**12 Ke svému praktickému lékaři po zavedení poplatků chodíte:**

méně často    stejně často    častěji    nevím

**13 Chce po Vás Váš lékař vždy zaplatit regulační poplatek?**

ano    ne

jestliže ne, tak kdy?

jestliže ne, tak proč?


**14 Za regulační poplatky u lékařů průměrně za měsíc sám/sama zaplatíte:**

0-100 Kč    101-250 Kč    251-500 Kč    501 Kč a více

**C: REGULAČNÍ POPLATKY A PLATBY ZA LÉKY V LÉKÁRNÁCH**

**15 Myslíte si, že poplatek za položku 30 Kč na receptu v lékárně je:**

příliš vysoký    optimální    příliš nízký  
důležitý    zbytečný    nevím - je mi to jedno

**16 Poplatek za položku na receptu byste:**

zachoval(a)    úplně zrušil(a)    nahradil(a) jednotným poplatkem za recept  
nevím, je mi to jedno

**17 Za léky v lékárnách i s regulačními poplatky nyní platíte oproti situaci bez regulačních poplatků:**

více    zhruba stejně    méně    nevím - nepočítal(a) jsem to    nevím - je mi to jedno

**D: REGULAČNÍ POPLATKY ZA POBYT V NEMOCNICI**

**18 Myslíte si, že poplatek 60 Kč jeden den pobytu v nemocnici je:**

příliš vysoký    akorát    příliš nízký    je mi to jedno



**19 Myslíte si, že poplatek 60 Kč jeden den pobytu v nemocnici je:**

důležitý zbytečný nevím

**20 Regulační poplatek za pobyt v nemocnici bych:**

zvýšil zachoval snížil zrušil nevím

## **E: REGULAČNÍ POPLATKY ZA OŠETŘENÍ NA POHOTOVOSTI**

**21 Myslíte si, že poplatek 90 Kč za ošetření na lékařské pohotovosti je:**

příliš vysoký akorát příliš nízký

**22 Myslíte si, že poplatek 90 Kč za ošetření na lékařské pohotovosti je:**

důležitý zbytečný nevím

**23 Po zavedení regulačních poplatků za ošetření na lékařské pohotovosti zde chodíte:**

méně často stejně často častěji nechodím zde téměř vůbec nevím

## **F: OCHRANNÝ LIMIT**

**24 Znáte pojem ochranný limit u RP?**

**Pokud ne, přejděte prosím k otázce číslo 27.**

ano ne nevím

**25 Pokud ano, byla Vám někdy platná jeho funkce?**

ano ne nevím

**26 Ochranný limit bych:**

snížil(a) ponechal(a) zvýšil(a) zrušil(a)

## **G: IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY**

**27 Vaše pohlaví**

muž

žena

**28 Váš věk**

18-27

28-37

38-47

48-57

58-67

68 a více

**29 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

základní

střední odborné - výuční list

střední odborné/všeobecné - maturita

vyšší odborné

VŠ nižšího stupně

VŠ vyššího stupně

**30** **Váš průměrný měsíční příjem je:**

- 0-9999 Kč
- 10000-14999 Kč
- 15000 - 24999 Kč
- 25000 - 34999 Kč
- 35000 - 49999 Kč
- 50000 Kč a více

**31** **Zde je prosím místo pro Vaše připomínky a názory k problematice regulačních poplatků:**