

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Proces realizace reformy zdravotní politiky v České republice

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Bc. Andrea Richterová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová

V Českých Budějovicích dne 25. května 2009

Proces realizace reformy zdravotní politiky v České republice

Za jeden z kroků předcházející procesu realizace reformy zdravotní politiky je zavedení regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské potřeby. Od 1. ledna 2008 byly v českém zdravotnictví zavedeny čtyři základní typy regulačních poplatků s cílem omezit plýtvání a zneužívání zdravotní péče.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zmapovat a vyhodnotit vliv zavedení regulačních poplatků na návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů. V průběhu diplomové práce byly formulovány tři cíle. Prvním cílem bylo podat ucelený pohled na problematiku související se zavedením a využitím regulačních poplatků zavedených 1. ledna 2008 u ambulantních specialistů. Druhým cílem bylo porovnat návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů oproti roku 2007. Třetím cílem bylo zhodnocení, zda došlo k poklesu návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů v souvislosti s věkem pacientů, pohlavím, poskytnutou péčí a onemocněním. Také byly formulovány čtyři hypotézy. Hypotéza 1: V souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo ve srovnání s rokem 2007 ke snížení návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů. Hypotéza 2: Se zavedením regulačních poplatků nedošlo ve srovnání s rokem 2007 k výraznému poklesu návštěvnosti u pacientů s chronickým onemocněním. Hypotéza 3: Vliv regulačních poplatků na návštěvnost u ambulantních specialistů bude u obou pohlaví srovnatelný. Hypotéza 4: Zavedení regulačních poplatků nepovede k prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů u ambulantních specialistů.

K dosažení cílů a ověření hypotéz byl využit kvantitativní výzkum a metoda dotazování. Ke sběru dat byla použita technika dotazníku.

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili lékaři s ambulantní odborností vykonávající svou praxi v kraji Jihočeském, Královehradeckém, Libereckém, Plzeňském, Hlavním městě Praze, Středočeském, Ústeckém a Zlínském.

Konečný výzkumný soubor tvořilo 79 odborných lékařů se specializací – alergologie a klinická imunologie, anesteziologie, dermatovenerologie, gynekologie,

chirurgie, interna, pneumologie, oftalmologie, ORL, onkologie, ortopedie, neurologie, psychiatrie, rehabilitace a fyzikální medicína, urologie.

Hlavní cíl diplomové práce a dílčí cíle byly dosaženy. Druhá, třetí a čtvrtá předpokládaná hypotéza byla výzkumem potvrzena. První hypotézu se nepodařilo tímto výzkumem potvrdit.

Výsledky mého výzkumu vypovídají o vlivu regulačních poplatků na návštěvnost u ambulantních specialistů mohou být využity k publikaci v odborných časopisech.

Implementation of Health Policy Reform in the Czech Republic

The introduction of user fees and surcharges for medicinal products and foods for special medical purposes is considered to be one of the steps preceding the implementation of health policy reform. As of 1 January 2008, four basic fees were introduced in the Czech healthcare system with the objective of reducing unnecessary demand and misuse of health care.

The objective of my Diploma Thesis was to map and evaluate the effects of the introduction of user fees on patients' number of visits to outpatient specialists. Three main objectives were formulated during my work on this thesis. The first objective was to provide a coherent overview of the issues related to the introduction and use of fees introduced on 1 January 2008 for outpatient specialists. The second objective was to compare patients' rate of visits to outpatient specialists with the year 2007. The third objective was to evaluate whether the patients' number of visits to outpatient specialists decreased in relation to age, gender, care provided, and kind of disease. Subsequently, four hypotheses were formulated. Hypothesis 1: The patients' rate of visits to outpatient specialists decreased compared to the year 2007 as a result of the introduction of user fees. Hypothesis 2: Compared to the year 2007, the introduction of user fees resulted in no considerable decrease in the rate of visits for patients with chronic diseases. Hypothesis 3: The impact of user fees on the rate of visits to outpatient specialists will be comparable for both genders. Hypothesis 4: The introduction of user fees will not result in a prolongation of the interval between the respective visits of patients to outpatient specialists.

Quantitative research and method of questioning were used to achieve the goals and verify the hypotheses. The questionnaire technique was used for data collection.

The research survey group for the questionnaire comprised physicians with outpatient specialties practicing in South Bohemia, Hradec Králové, Liberec, and Plzeň Regions, Capital City of Prague, Central Bohemia, Ústí and Zlín regions.

The final research group comprised 79 specialist physicians with specialties as follows: allergology and clinical immunology, anesthesiology, dermatovenerology,

gynecology, surgery, internal medicine, pneumology, ophthalmology, ENT, oncology, orthopedics, neurology, psychiatry, rehabilitation, and urology.

The Diploma Thesis met its main objectives, as well as its partial objectives. The second, third, and fourth hypotheses were confirmed. The first hypothesis was not verified successfully in this research.

The results of my research suggest that user fees had an impact on patients' rate of visits to outpatient specialists and can be used for publication in professional journals.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Proces realizace reformy zdravotní politiky v České republice vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, 25. května 2009.

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Haně Francové za ochotu, podporu a poskytnutí informací, které mi pomohly při zpracování této práce. Taktéž bych chtěla poděkovat všem lékařkám a lékařům, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	12
1.1 Veřejné zdravotní pojištění v České republice.....	12
1.2 Zdravotní pojišťovny v České republice.....	13
1.3 Poskytovatelé zdravotní péče v ČR	14
1.3.1 Ambulantní péče	14
1.3.2 Ústavní péče.....	16
1.3.3 Pohotovostní a záchranná služba	16
1.4 Reforma zdravotnictví.....	16
1.4.1 Reforma institucí.....	17
1.4.2 Reforma financí.....	20
1.5 Regulační poplatky	22
1.5.1 Regulační poplatek 30 Kč.....	25
1.5.2 Regulační poplatek 60 Kč.....	26
1.5.3 Regulační poplatek 90 Kč.....	26
1.5.4 Poplatek za výdej léků.....	27
1.5.5 Limit regulačních poplatků a doplateků na léky	27
1.5.6 Osvobození od placení regulačních poplatků	28
1.5.7 Pokuta za neoprávnění vybírání regulačních poplatků	30
1.5.8 Rušení poplatků v krajských nemocnicích	30
2 Cíl práce a hypotézy	32
2.1 Cíl práce	32
3 Metodika	35
3.1 Použité metody	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4 Výsledky	38
5 Diskuse	65
6 Závěr	78
7 Seznam použitých zdrojů	80
8 Klíčová slova	88

9	Přílohy	89
9.1	Seznam příloh.....	89

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem jsi zvolila téma „Proces realizace reformy zdravotní politiky v České republice“. K volbě tohoto tématu mě inspirovaly přednášky a semináře z předmětů Management zdravotní a sociální sféry, Ekonomiky zdravotní a sociální sféry a Sociální politiky, které jsem absolvovala během studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dále i samotné zavedení regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se dotklo každého občana v České republice.

Během následujících let by měla být realizována reforma zdravotní péče, která by se měla odehrát prostřednictvím nových zákonů - zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě a novelu zákona o zdravotním pojištění. Zamýšleným cílem reformních změn je úprava a stanovení rolí, povinností zdravotnických zařízení, zdravotnických pojišťoven a státu.

Dnem 1. ledna 2008 byly do českého zdravotnictví zavedeny čtyři základní typy regulačních poplatků. Třicet korun českých za návštěvu lékaře, třicet korun českých za výdej léků na předpis, devadesát korun českých za návštěvu pohotovosti a šedesát korun českých za den pobytu v nemocnici. Dále byl také zaveden roční ochranný limit těchto poplatků, do kterého jsou také započítávány doplátky na léky. Všechny poplatky se týkají pouze těch zdravotních výkonů, léků a pobytů, které jsou částečně anebo zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Základní forma péče zůstává financována ze zákonného pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

Diplomová práce by měla podat náhled na problematiku související se zavedením a využitím regulačních poplatků u ambulantních specialistů a zhodnotit, zda došlo k výraznému poklesu návštěvnosti pacientů u jednotlivých ambulantních specialistů v souvislosti s věkem pacientů, pohlavím, onemocněním a v neposlední řadě se zrušením povinnosti platit regulační poplatky v krajských zdravotnických zařízeních.

K dosažení cílů diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum a metoda dotazování.

Má diplomová práce pojednávající o vlivu regulačních poplatků na návštěvnost u ambulantních specialistů může být zajímavým informačním zdrojem nejen pro zdravotní pojišťovny, ale i pro orgány státní správy. Je zde mapován názor ambulantních specialistů na uváděnou problematiku v kontextu s dalšími aspekty, jako je produktivní věk, pohlaví, kontroly pacientů, návštěvnost ve vztahu k diagnózám pacientů, zavedení pokuty za nevybírání nebo neoprávněné vybírání regulačních poplatků a úsilí směřující k osvobození vybraných skupin občanů od těchto poplatků.

1 Současný stav

Od vzniku České republiky prošly způsoby financování zdravotní péče několika změnami. Došlo k diferenciaci struktury zdravotnických subjektů a převedení části služeb do sféry privátní. Financování zdravotnických subjektů je převážně založeno na veřejném zdravotním pojištění.

1.1 Veřejné zdravotní pojištění v České republice

V České republice je každý pojištěnec plátcem veřejného zdravotního pojištění, pokud tuto povinnost za něho nepřebírá stát. Za osoby v zaměstnaneckém poměru je plátcem 2/3 pojistného zaměstnavatel a zaměstnanec hradí pojistné z 1/3. Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné samy formou záloh a doplatků na pojistné (A).

„Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnuta pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav (§ 13 odst. 1 zákona číslo 48/1997 Sb.)“ (52, str. 141).

Veřejné zdravotní pojištění funguje v České republice *na principu obligatornosti pojišťovacího systému*, kdy zákonná úprava upravuje důvody vzniku a zániku zdravotního pojištění, okruh plátců pojistného, jejich práva a povinnosti, práva a povinnosti pojištěnců a další podmínky, podle kterých se právní vztahy veřejného zdravotního pojištění řídí. Dalším principem veřejného zdravotního pojištění je *princip sociální solidarity pojištěnců*, který lze charakterizovat jako solidaritu „bohatých s chudými“ (občané s vyššími příjmy přispívají vyšším pojistným než občané s nižšími příjmy), „zdravých s nemocnými“ (zdravý pojištěnec nečerpá nebo čerpá z pojistných fondů nižší částky než nemocný pojištěnec) a „mladých se starými“. *Principem plurality pojišťovacích institucí* rozumíme, že každá fyzická osoba musí být pojištěna u zdravotní pojišťovny, kterou si sama svobodně vybere. Veřejné zdravotní pojištění je pojištěním všeobecně platným, dostupným pro všechny osoby, které jsou uvedeny v zákoně, jimž je na základě jednotné právní úpravy hrazena v rozsahu, který vymezuje

zákon, poskytnuta zdravotní péče. Tento princip nazýváme *principem universality osobního rozsahu* zdravotního pojištění (52).

1.2 Zdravotní pojišťovny v České republice

Nositeli zdravotního pojištění jsou v České republice zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnou myslíme finanční instituci, která provádí zákonné veřejné zdravotní pojištění (52). Největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která je zřízena na samostatným zákonem (zákon číslo 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně v České republice) má ze zákona zvláštní úlohy, které souvisí s administrací celého systému, jako je například vedení registru všech pojištěných osob, správu účtu a přerozdělení.

Další skupinu tvoří tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které při splnění stanovených podmínek, získávají licenci na svoji činnosti u Ministerstva zdravotnictví. Pravidla pro činnost těchto pojišťoven se výrazně neliší od pravidel činnosti pro VZP (37).

Zdravotní péče hrazená pojištěncům ve veřejném zdravotním pojištění je stanovena zákonem číslo 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vymezením hrazených zdravotních služeb. Rozsah služeb je pro všechny pojišťovny závazný. Jednotlivé zdravotní pojišťovny se mohou lišit svou smluvní politikou vůči poskytovatelům zdravotní péče. Mezi zdravotními pojišťovnami dochází k přerozdělování příjmu na základě věku a pohlaví pojištěnců (37).

Zdravotní péči hradí zdravotní pojišťovny na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče. Základní rysy těchto smluv jsou dány rámcovými smlouvami, které jsou výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče. V dohodovacím řízení jsou dohodnuty ceny zdravotní péče na následující období šesti až dvanácti měsíců. Výsledek dohodovacího řízení potvrzuje Ministerstvo zdravotnictví, za určitých okolností stanovuje Ministerstvo zdravotnictví ceny zdravotní péče samo (37).

U praktických lékařů je zdravotní péče hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kdy přibližně 80 % výše úhrad připadá na kapitační platby. „Služby ambulantních specialistů jsou uhrazeny platbou za výkon, ale s omezením na celkovou výši úhrady, stanoveném jednak na základě průměrné úhrady v předchozích obdobích na pacienta, jednak na základě normativního času odpovídajícího vykázaným výkonům“(37, str.194). V nemocnicích jsou služby hrazeny výkonově, ale i zde platí omezení na celkovou výši úhrady podle průměrných nákladů na pacienta v předchozím období (37).

1.3 Poskytovatelé zdravotní péče v ČR

Zdravotní péče je v České republice poskytována ve zdravotnických zařízeních formou ambulantní péče či formou péče ústavní. Pacient se v případě onemocnění obrací nejprve na svého ošetřujícího lékaře. Za ošetřujícího lékaře dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění považujeme praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, zubního lékaře a ženského lékaře. Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění poskytuje pojištěnci právo na výběr lékaře (51).

1.3.1 Ambulantní péče

Dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění za ambulantní péči považujeme primární zdravotní péči, specializovanou ambulantní zdravotní péči a zvláštní ambulantní péči (53).

1.3.1.1 Primární zdravotní péče

Tato péče je poskytována pacientům ošetřujícím lékařem, po registraci pacienta u tohoto lékaře. Lékař má možnost odmítnout zaregistrovat pacienta z důvodu překročení únosné pracovní zátěže, kdy není schopen zajistit kvalitní zdravotní péči,

z důvodu přílišné vzdálenosti místa trvalého bydliště či přechodného pobytu klienta. Lékař nemůže odmítnout ošetřit pacienta ze své spádové oblasti a také pacienta, jehož zdravotní stav vyžaduje poskytnutí náhlé a neodkladné péče (53).

1.3.1.2 Specializovaná ambulantní zdravotní péče

Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytnutí specializované ambulantní zdravotní péče, doporučí mu ošetřující lékař takové smluvní zdravotnické zařízení, které je schopno zajistit pacientovi speciální ambulantní péči. Ošetřující lékař zasílá doporučení k přijetí specializovaným lékařem společně s písemným odůvodněním a důležitými zdravotními údaji, výsledky předem provedených vyšetřeních a s informacemi o provedené léčbě (53).

1.3.1.3 Zvláštní ambulantní péče

Zvláštní ambulantní péče je hrazená péče, která je poskytována klientům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně, mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péči, která je poskytována klientům v terminálním stadiu v jejich vlastním sociálním prostředí. Zvláštní ambulantní péče může být poskytována jako domácí zdravotní péče na základě doporučení ošetřujícího praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost či ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Tento typ péče se dále také poskytuje jako zdravotní péče ve stacionářích, na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Dále jako zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče klientům umístěným v těchto zařízeních z jiných než zdravotních důvodů. A jako zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb, ošetřovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná na základě doporučení ošetřujícího lékaře, určena pro pacienty v zařízeních sociálních služeb (53).

1.3.2 Ústavní péče

V případě, že stav klienta je natolik závažný doporučí klientovi jeho ošetřující lékař léčbu ústavní. Doporučení lékaře nemusí být splněno v případě přijetí do psychiatrické léčebny. Za ústavní péči považujeme péči v nemocnicích a v dalších odborných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, psychiatrických léčebnách, rehabilitačních ústavech apod. V případě, kdy by nepřijetí klienta nebo odložením jeho přijetí vedlo k ohrožení jeho života nebo vážně bylo ohroženo jeho zdraví nebo jedná-li se o porod, klient musí být přijat do ústavního zařízení. Přijetí klienta do ústavní péče nesmí být znemožněno také v případě povinného léčení. V těchto zařízeních péči o klienta zajišťuje tým zdravotnických pracovníků vedený ošetřujícím lékařem zařízení (53).

Při propuštění klienta z nemocnice či jiného ústavního zařízení se odesílá ošetřujícímu lékaři, který doporučil ústavní péči, zpráva o propuštění klienta, která obsahuje návrh dalšího léčebného postupu. Klient odchází z ústavní péče vybaven léčivými přípravky a prostředky zdravotnické techniky na tři dny, v odůvodněných případech i na dobu delší (53).

1.3.3 Pohotovostní a záchranná služba

Jedná se o péči poskytovanou praktickými a zubními lékaři v akutních případech mimo ordinace hodiny. Pohotovostní a záchranná služba zahrnuje dále lékařskou službu první pomoci a ústavní pohotovostní službu, zdravotnickou záchrannou službu odborné přednemocniční neodkladné péče. Pokrývá i neodkladné zdravotní výkony provedené při pohotovostní službě lékařem mimo jeho odbornost (53).

1.4 Reforma zdravotnictví

Po zavedení veřejného zdravotního pojištění v 90. letech 20. století se současný systém propadá do dluhů, brání novým postupům v poskytování zdravotních služeb, nedokáže podpořit kvalitu a nevede k rovnému přístupu všech občanů ke zdravotní péči

(22). Bývalý ministr zdravotnictví, MUDr. Tomáš Julínek se svým týmem sestavil a snažil se prosadit reformu českého zdravotnictví. Reforma českého zdravotnictví sleduje dva hlavní cíle:

- Reformu institucí
- Reforma financování (22)

1.4.1 Reforma institucí

Cílem reformy institucí je zvýšení kvality a efektivity zdravotnictví změnou rolí a vztahů pojišťoven, poskytovatelů, státu a občanů. Jako hlavní body reformy institucí patří:

- Využití zdravotních pojišťoven jako nákupčích zdravotní péče
- Zvýšení konkurence pojišťoven a zdravotnických zařízení
- Iniciování změny chování občanů zavedením regulačních poplatků, změnou úhrad léků s omezením celkové výše přímých plateb občanů
- Posílení role státu ve smyslu podpůrce a regulátora občana (22).

1.4.1.1 Zdravotní pojišťovny jako nákupčí zdravotní péče pro občany

Po realizaci reformy do praxe budou zdravotní pojišťovny schopny provádět samotné pojištění. Tím je myšleno přebírání finančních rizik klientů, která vznikají při spotřebě zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny budou působit jako agenti klientů. Také by měly být schopny uzavírat smlouvy se zdravotnickými zařízeními na základě kvality, potřebnosti a ceny nabízených zdravotnických služeb. Tento krok reformy by měl vést k postupné transformaci sítě zdravotnických zařízení cestou uzavírání smluv mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami při definovaném druhu a objemu zdravotní péče podle kvality, ceny, místní situace a potřeb (22).

Jedním z kroků, se kterými reforma institucí počítá, je transformace zdravotních pojišťoven do formy akciových společností. Zdravotní pojišťovny budou nuceny

hospodařit s rozpočtovým omezením, standardním účetnictvím a s přesně danými povinnostmi týkající se zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny občany (22,23).

Změna zdravotních pojišťoven a vytvoření jejich podnikatelských forem povede k jejich důkladnějšímu řízení a kontrole. To by mělo přispět k větší zodpovědnosti pojišťoven za dostupnost zdravotní péče pacientů (4).

1.4.1.2 Konkurence pojišťoven a zdravotnických zařízení

Systém fungování zdravotních pojišťoven, založený na jejich vzájemné konkurenci, vede ke zlepšování jejich služeb a rozšiřování produktů zdravotních pojišťoven. Nakupování zdravotní péče pojišťovnami a s tím související soutěž ze strany zdravotnických zařízení o jejich zakázku povede k rozvoji zdravotnických zařízení poskytujících kvalitní služby a rozvoji nových způsobů poskytování zdravotní péče. Stejně jako po zdravotních pojišťovnách, tak i po zdravotnických zařízeních bude vyžadováno vést průhledné účetnictví a možnost dohledu zřizovatelem. Reforma zdravotnictví tedy počítá s transformací nemocnic vlastněných kraji na akciové společnosti (22).

Univerzitní nemocnice by měly být založeny jako akciové společnosti bez možnosti veřejné nabídky akcií. Univerzitě bude náležet podíl na základním kapitálu ze 34 % a 66% bude vlastnit stát. Univerzitní nemocnice budou poskytovateli vysoce specializovaných zdravotnických služeb a současně se budou věnovat vzdělávání, výuce zdravotnických pracovníků, vědě a výzkumu. Podle návrhu zákona o univerzitních nemocnicích budou mít univerzitní nemocnice povinnost vést oddělené účetnictví za zdravotní služby, vzdělání a výuku, vědu a výzkum a další činnosti. V případě dosažení zisku nebude tento zisk vyplácet akcionářům a dále bude vyloučeno vyplácení podílu na zisku členům orgánů společnosti (31).

1.4.1.3 Úhrada léků

Opatření v oblasti lékové politiky jakou je regulace cen léků prostřednictvím maximální ceny, opatření v oblasti distribuce a výdeje léků a úhrada léků z veřejného zdravotního pojištění v rámci procesu kategorizace by měla vést k transparentnosti a podpořit konkurenci mezi výrobci a distributory léčiv. Zodpovědnější přístup ke spotřebě léčiv by měla zajistit i omezená spoluúčast pacienta (22).

1.4.1.4 Role státu ve smyslu podpůrce a regulátora

Hlavním úkolem státu je zajistit finanční dostupnost zdravotních služeb. Stát nesmí zasahovat do běžné činnosti zdravotnických zařízení, může se podílet na podpoře a regulaci prostředí zdravotnických služeb. Zasahování státu do činnosti zdravotnických zařízení a pojišťoven je až na některé výjimky nepřijatelné. Mezi role státu v oblasti zajištění zdravotních služeb pro občany patří:

- podpora občana ve zdravotnictví, regulace zdravotních pojišťoven a poskytování zdravotnických služeb
- ochrana veřejného zdraví
- role státu v zajištění specifických zdravotních služeb, jako je neodkladná přednemocniční péče

Ke kontrole bezpečnosti pacienta a kvalitě poskytované zdravotní péče využívá stát tři kontrolní mechanismy: vstupní kontrolu, kdy posuzuje, zda poskytovatel zdravotní péče splňuje podmínky pro vydání licence na výkon zdravotního povolání nebo registraci zdravotnického zařízení. Druhý kontrolní mechanismus představuje průběžnou kontrolu, tedy dohled nad poskytovatelem ve smyslu splnění podmínek příslušného oprávnění i nepřetržitě po jeho udělení. Třetí stupeň představuje mimořádná kontrola při podezření na nedodržování stanovených podmínek či zanedbání povinností (22).

Pod regulací zdravotních pojišťoven rozumíme, že stát má zákonem umožněn dozor nad zdravotními pojišťovny (23). V návrhu reformy se dále hovoří o vymezení dostupnosti zdravotní péče v zákoně v časovém horizontu, např. plánovaná operace

musí být provedena do stanoveného počtu měsíců a musí být dostupná u poskytovatele na úrovni regionu, výjimku tvoří vysoce specializované zákroky. Tuto povinnost definovanou smluvními vztahy budou zajišťovat zdravotní pojišťovny (22).

V České republice je ochrana veřejného zdravotnictví zajištěna na poměrně vysoké úrovni. Reforma zdravotnictví se v tomto bodě zaměřuje na problémy související s přebujelostí a neefektivností jednotlivých předpisů a institucí (provedení reorganizace krajských zdravotních ústavů, prověření činností Státního zdravotního ústavu a ponechání jen těch, které musí zůstat předmětem činnosti státu, prověření náplně činnosti krajských hygienických stanic a její omezení na výkon státní správy).

Role státu v zajištění přednemocniční neodkladné péče spočívá v přijetí speciálního zákona o zdravotnické záchranné službě. Financování zdravotnické záchranné služby by mělo být zajištěno rozpočtem veřejných zdrojů a ze zdravotního pojištění by měly být financovány ambulantní služby, převozy pacientů, převozy orgánů pro transplantaci, krve apod. (22). Zákon o záchranné službě by měl nově upravovat předání pacienta mezi zdravotnickou záchrannou službou a poskytovatelem lůžkových zdravotnických služeb. V zákoně o záchranné službě by měla být stanovena maximální dojezdová doba do 15 minut (30).

1.4.2 Reforma financí

Reforma financí by měla zajistit udržitelné financování zdravotnictví. Před aplikací některých kroků reformy a částečně i dnes stále ovlivňují dostupnost zdravotních služeb administrativní zásahy státu, které neposkytují prostor pro samostatnou volbu občanů. Před zavedením regulačních poplatků převládal u občanů České republiky mýtus bezplatnosti zdravotních služeb. Docházelo k zneužívání a nadužívání zdravotní péče (10,22).

Podle demografických údajů dochází ke zvyšování podílu občanů v postproduktivním věku na úkor občanů v ekonomicky aktivním věku, což vede k navyšování finančních výdajů na zdravotní péči. Vzhledem ke skutečnosti, že český systém zdravotního pojištění patří k průběžně financovaným systémům, vede snižování

počtu obyvatel v produktivním věku k nižšímu vybranému pojištění (v roce 2050 by České republice chybělo přibližně 60 miliard korun při cenách zdravotní péče z roku 2003) (11,22).

Rozvoj nových medicínských postupů, technologií a léčivých přípravků přispívá k efektivnější léčbě pacienta, avšak tyto postupy jsou často finančně náročnější než starší postupy léčby. Jako příklad může posloužit růst nákladů na léčbu chronické myeloidní leukémie, která v roce 1990 činila necelých 13 000 Kč (v cenách roku 2006), v roce 2000 se cena vyšplhala na 420 000 Kč a v roce 2006 dosáhla necelý milion korun, v případě komplikací 1,4 milionů korun. Z uvedeného vyplývá, že jde přibližně o stonásobné zvýšení (51).

Cílem navrhované reformy financí je zachování všeobecné dostupnosti zdravotní péče a umožnění občanům, aby se mohli podílet na rozhodování, jakou zdravotní péči potřebují a kolik jsou ochotni za tuto péči zaplatit. Finanční prostředky, které budou od občanů vybírány by měly směřovat na úhradu povinného zdravotního pojištění a část z nich půjde na osobní zdravotní účet občana. To by mělo vést k přechodu od průběžného financování zdravotnictví k systému založenému částečně na úsporách (22).

1.4.2.1 Rozdělení zdravotního pojištění na základní a doplňkovou část

Reforma zdravotnictví přináší rozdělení rozsahu péče kryté veřejným pojištěním na dvě části: na péči krytou základním zdravotním pojištěním povinným pro všechny občany a na péči, která může být kryta z doplňkového pojištění. Je nutné, aby základní zdravotní pojištění pokrývalo péči, která je nákladná a neočekávaná (např. těžký úraz a transplantace kostní dřeně). Doplňkové zdravotní pojištění je dobrovolné. Z něho budou hrazeny náklady na zdravotní péči, která není kryta základním zdravotním pojištěním (22).

1.4.2.2 Osobní zdravotní účty

Osobní zdravotní účet umožní majiteli účtu přehled o svém zdravotním pojištění. Majiteli poskytne přehled o měsíčních platbách v rámci doplňkového pojištění a zůstatcích na účtu a také o údajích spojených s přímou úhradou zdravotních služeb. Reforma navrhuje i zavedení čipových karet, které by obsahovaly informace o osobním zdravotním účtu, ale také údaje o zdravotním stavu. Osobní účty by měly poskytovat transparentní prostředek k využití kombinace veřejných a soukromých finančních zdrojů. Zdravotní účty budou obsahovat prostředky občana určené pro nákup zdravotní péče. Na osobní účet by měly směřovat tzv. veřejné příspěvky pocházející s odvodů mezd a platby státu, dále dobrovolné soukromé příspěvky od občanů či zaměstnavatelů a povinné soukromé příspěvky jejich poskytovatelem bude samotný občan (22).

1.4.2.3 Zdravotní plán

Zdravotní pojišťovny budou moci vytvářet a nabízet svým pojištěncům tzv. zdravotní plány. Zdravotní plán představuje hrazené služby určené zdravotní pojišťovnou a nabízené občanovi za určitou cenu (6,16).

Zdravotní plán by měl být složen minimálně ze zdravotního pojištění a dále může být využito doplňkové pojištění. Zdravotní pojišťovny by měly být schopné nabízet doplňkové pojištění, které se bude lišit, jak výší spoluúčasti klienta, rozsahem poskytovatelů zdravotních služeb, tak i cenou. Změna zdravotního plánu bude možná jednou za rok. Zdravotní pojišťovna nebude mít možnost odmítnout zájemce o zdravotní plán. Zdravotní pojišťovně bude umožněno vytvářet a nabízet několik zdravotních plánů (22).

1.5 Regulační poplatky

Regulační poplatky byly zavedeny do českého zdravotnictví zákonem číslo 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jimž byl pozměněn zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (43).

Současně se zavedením regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské potřeby, byl stanoven i roční ochranný limit regulačních poplatků (24,29).

Regulační poplatky se týkají pouze těch zdravotních výkonů, léků a pobytů ve zdravotnickém zařízení, které jsou částečně nebo zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Regulační poplatky byly zavedeny za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb, zkvalitnění zdravotnické péče, posílení role pacienta a pro zajištění efektivity a finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění (24).

Regulační poplatky by měly přispět k lepšímu využití prostředků veřejného zdravotního pojištění a přesměrování peněz k potřebnějším pacientům, k významnému zlepšení přístupu k účinné a moderní léčbě pro vážně nemocné pacienty ve specializovaných centrech. Od zavedení regulačních poplatků se očekává omezení návštěv pacientů na pohotovosti, v ordinacích ambulantních lékařů a snížení počtu dnů strávených v lůžkových zdravotnických zařízeních. V oblasti spotřeby léků, po zavedení regulačních poplatků a doplatků na léky, je patrné snížení výdajů na levné léky jako jsou například paralen nebo aspirin (19,21).

Od 1. ledna 2008 má každý pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinnost v souvislosti s poskytnutou péčí platit regulační poplatky zdravotnickému zařízení, které tuto péči poskytlo. Uhrazený regulační poplatek se stává příjmem zdravotnického zařízení, které danou péčí vykonalo. Regulační poplatky hradí také klienti, kteří jsou občany jiných států Evropské unie a nebo států, se kterými je uzavřena dvoustranná dohoda, a čerpají péči na území České republiky (24,53).

Dle zákona číslo 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění platí pacient regulační poplatek zdravotnickému zařízení ve lhůtách, které jsou dány tímto zákonem. Za návštěvu u lékaře, výdej léků na předpis a za pohotovostní služby platí pacient nebo jeho zákonný zástupce regulační poplatek ihned. Zdravotnickému zařízení, kde byla pacientovi poskytnuta ústavní péče, se regulační poplatek platí nejpozději do 8 kalendářních dnů po propuštění z této péče. Výjimku představují případy, kdy pacient byl umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní, v tomto

případě se regulační poplatek platí k poslednímu dni každého kalendářního měsíce (24,53).

Zdravotnické zařízení má povinnost vystavit pacientovi nebo jeho zákonnému zástupci, na jeho žádost, doklad o zaplacení poplatku. Doklad o zaplacení poplatku musí obsahovat tyto údaje: číslo pacienta, výši poplatku, datum jeho zaplacení, otisk razítka zdravotnického zařízení a podpis osoby, která poplatek přijala. V zařízeních lékařské péče se dále uvádí název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do ochranného ročního limitu. Doklad vydaný v lékárnách musí obsahovat kromě výše doplatku za léky také výši regulačního poplatku, které se započítávají do ochranného limitu (24,53).

Od 1. srpna 2008 nabyla účinnost novela zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která tímto dnem mění podmínky vybírání regulačních poplatků. Dochází k osvobození od placení regulačního poplatku při ústavní péči o narozené dítě ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo. V případě, že dítě bylo ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno do jiného zdravotnického zařízení, neplatí se regulační poplatek ode dne porodu až do dne propuštění z tohoto zdravotnického zařízení ústavní péče. Regulační poplatky pro pobyt zákonného zástupce ve zdravotnickém zařízení ústavní péče zůstávají v platnosti beze změny. Regulační poplatky se neplatí při umístění pojištěnce do ústavní péče bez souhlasu pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem, vysloví-li soud souhlas s tímto umístěním a držením pojištěnce v ústavní péči. Také se od placení všech regulačních poplatků osvobozují pojištěnci umístění k výkonu ústavní výchovy a pojištěnci v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Další skupinu pojištěnců, kteří jsou osvobozeni od placení regulačních poplatků, představují dárce orgánů pro transplantaci. Tito se osvobozují od placení regulačních poplatků při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů a při samotném odběru a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů. V platnost vstoupila pokuta 50 000 Kč za neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři a zdravotnickými zařízeními. Udělení této pokuty opakovaně je důvodem

pro ukončení smluvního vztahu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou **(36,53)**.

Novelizací zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění dochází od 1.dubna 2009 ke změnám ve vybírání regulačních poplatků. Novela zákona přinesla následující změny. Děti do 18 let neplatí regulační poplatek u praktických lékařů pro děti a dorost a u ambulantních specialistů. U dětí do 18 let byly zachovány regulační poplatky za hospitalizaci, za recept a za poskytnutou pohotovostní službu. Od placení regulačních poplatků byly osvobozeny děti svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče. Osvobození jsou pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby a kterým po úhradě za ubytování a stravu zbývá méně než 800 Kč na měsíc. Za položku na receptu se platí jen u léků, jejichž doplatek je nižší než 30 Kč. Také došlo ke snížení ochranného limitu ze stávajících 5000 Kč na 2500 Kč u dětí do 18 let a u pojištěnců starších 65 let. Do zákona byla nově implementována povinnost zdravotnických zařízení použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací **(31,53)**.

1.5.1 Regulační poplatek 30 Kč

Regulační poplatek 30 Kč zaplatí pacient při návštěvě zdravotnického zařízení, při které bylo pacientovi provedeno klinické vyšetření. Tento poplatek souvisí s provedeným klinickým vyšetřením u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u stomatologa, u ambulantního specialisty, klinického psychologa a klinického logopeda **(47,53)**.

Poplatek 30 Kč souvisí s vyžádaným klinickým vyšetřením. Pokud pojištěnec navštíví praktického lékaře a ten ho doporučí k ambulantnímu specialistovi, pacient zaplatí 30 Kč jak u praktického lékaře, tak i u ambulantního specialisty. Tricetikorunový poplatek se vztahuje i na ambulance nemocnic v pracovních dnech a od sedmé do sedmnácté hodiny. Od 17. hodiny se už nejedná o běžnou ambulanci, ale o ústavní pohotovostní službu, ke které se váže jiný typ regulačního poplatku.

V případě, že je pacient hospitalizován, platí odlišný typ poplatků, ale už neplatí další poplatky, tedy regulační poplatky za vyšetření v ambulanci. Za návštěvní službu poskytnutou pojištěnci praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost se hradí regulační poplatek 30 Kč. Za návštěvu u zubního lékaře zaplatíme poplatek v případě, že byly provedeny a vykázány tyto úkony – ošetření a vyšetření registrovaného pacienta, vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou, komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění sliznice ústní, kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu, cílené vyšetření (24,53).

Naopak pacient třicetikorunový poplatek nehradí v případech, kdy se jedná preventivní prohlídku, laboratorní a diagnostické vyšetření, hemodialýzu, dispenzární péči, vyšetření související s dárcovstvím krve a kostní dřeně. Třicetikorunový poplatek neplatí děti do dovršení 18 let věku (24,26,53).

1.5.2 Regulační poplatek 60 Kč

Šedesátikorunový poplatek hradí pacient za každý den strávený v nemocnici, léčebných ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných a na lůžkách následné péče, v lázních. Den, kdy byl pacient přijat k poskytování péče a den, kdy bylo ukončeno poskytování péče, se započítává jako jeden den (24,53).

Tento poplatek pacient neplatí, pokud je pacientovi poskytnuta jednodenní péče, je-li pacient na „propustce“, jde-li o pojištěnce umístěného k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, při ochranném léčení nařízeném pojištěnci soudem, při výkonu zabezpečovací detence, při nařízené izolaci či karanténě z důvodu ochrany veřejného zdraví při léčbě infekčního onemocnění nebo jedná-li se o pobyt pacienta ve stacionáři (24,53).

1.5.3 Regulační poplatek 90 Kč

V případě poskytnuté pohotovostní služby hradí pacient regulační poplatek ve výši 90 Kč. Jedná se o pohotovostní službu vykonanou zdravotnickým zařízením, které

poskytuje lékařskou službou první pomoci včetně pohotovostní služby poskytované stomatology anebo ústavní pohotovostní službu, kterou vykonávají pouze zdravotnická zařízení ústavní péče (nemocnice a odborné léčebné ústavy) v sobotu, v neděli, nebo ve svátek a také v pracovních dnech od 17.00 do 7.00 hodin. Poplatek je hrazen, jen v případech, kdy nedojde k následnému přijetí pacienta do nemocnice (44,53).

1.5.4 Poplatek za výdej léků

Od 1. ledna 2008 lékárny vybírají poplatek 30 Kč při vydání jednoho druhu léku, tedy jedné položky uvedené na receptu. Na jednom receptu mohou být uvedeny maximálně dvě položky, to znamená, že za jeden recept si mohou lékárny účtovat maximálně 60 Kč regulačního poplatku plus částku aktuálního doplatku na léky. Regulační poplatek za výdej léků pacient nehradí v případech, kdy se jedná o výdej léků předepsaných na recept, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění anebo pokud lékař na recept uvede, že léky hradí pacient sám, a také u léků, jejichž výdej nevyžaduje lékařský předpis (24).

Novela zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění platná od 1. dubna 2009 počítá s platbou regulačního poplatku 30 Kč za položku na receptu jen u léků, jejichž doplatek je nižší než 30 Kč (23).

1.5.5 Limit regulačních poplatků a doplatků na léky

Se zavedením regulačních poplatků byl souběžně zaveden také roční ochranný limit ve výši 5000 Kč. Hlavním cílem tohoto limitu je ochrana chronicky nemocných před nadměrnou kumulací doplatků na léky a nově zavedených regulačních poplatků. Do ochranného limitu se započítávají poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu lékaře, poplatky ve výši 30 Kč za výdej léků a doplatky na částečně hrazené léky a to pouze ve výši doplatku na nejlevnější dostupný lék se stejnou účinnou látkou. Mezi doplatky na částečně hrazené léky, které se do ročního ochranného limitu nezapočítávají, spadají doplatky na částečně hrazené léky, jejichž úhrada je nižší než 30 procent maximální

ceny, nebo léky obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Dále se do ročního ochranného limitu nezahrnuje poplatek 90 Kč za pohotovost a poplatek 60 Kč za hospitalizaci. Také doplatky na zdravotnické prostředky (pleny, vozíky) nejsou do ochranného limitu započítávány (12,24,29). Po překročení tohoto limitu jsou povinny zdravotní pojišťovny pacientům regulační poplatky za klinické vyšetření a za vydanou položku na receptu vracet (7).

Zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost sledovat naplňování limitu a v případě, že dojde k překročení, jsou zodpovědné za vrácení peněz pojištěnci. Zdravotní pojišťovny nabízí svým pojištěncům informace týkající se jejich ochranného limitu na svých klientských centrech. Každý pojištěnec může požádat zdravotní pojišťovnu o bezplatné poskytnutí výpisu ze svého osobního účtu a to jedenkrát ročně. Ve výpisu vystaveném zdravotní pojišťovnou jsou uvedeny všechny pojištěncem uhrazené poplatky a doplatky na léky, které se do ochranného limitu započítávají (24,50).

Zákon ukládá pojišťovnám povinnosti uhradit pojištěnci částku, která součtem zdravotnických poplatků a doplatků na léky překračuje roční ochranný limit. Zdravotní pojišťovny musí uhradit tuto částku do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, v němž byl limit překročen (53).

Od 1. dubna 2009 došlo ke změně ochranného limitu u dětí do 18 let a u seniorů nad 65 let. U obou uvedených skupin došlo ke snížení ročního ochranného limitu z 5000 Kč na 2500 Kč (41).

1.5.6 Osvobození od placení regulačních poplatků

Osvobození od placení všech regulačních poplatků (poplatků za návštěvu u lékaře, výdej léků, pohotovost a za pobyt v nemocnici) jsou pojištěnci v hmotné nouzi. Tedy pokud se pojištěnec prokáže úředním potvrzením dokládajícím, že mu byla přiznána některá z dávek v hmotné nouzi (dle zákona číslo 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů), poznamená si lékař do zdravotnické dokumentace pacienta, že mu byl tento doklad předložen. Není vyžadováno přiložení tohoto dokladu

ke zdravotnické dokumentaci pacienta. Předložené potvrzení nesmí být starší než 30 dnů **(8,13)**.

Dále jsou osvobozeni pojištěnci umístění v dětských domovech či školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a občané, jimž soud nařídil ochrannou léčbu. Osvobození od regulačních poplatků jsou také pacienti při léčbě infekčního onemocnění, kterému se musí pacient podrobit, pacienti při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení a v nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví **(24)**.

Další skupinu pojištěnců, kteří jsou osvobozeni od placení regulačních poplatků, jsou děti narozené v ústavní péči a to ode dne porodu do dne prvního propuštění ze zdravotnického zařízení. Od 1. srpna 2008 jsou také osvobozeni od úhrady regulačních poplatků klienti, kteří jsou umístěni k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Od platby regulačních poplatků jsou taktéž osvobozeni dárči orgánů a tkání pro transplantace při vyšetřeních a péči bezprostředně se vztahující k tomuto dárcovství. U pojištěnců, kteří byli umístěni bez jejich souhlasu do ústavní péče z důvodů stanovených zvláštním zákonem, bylo od 1. srpna 2008 zastaveno vybírání regulačních poplatků. Podmínkou je, že souhlas s umístěním a držením pojištěnce v ústavní péči vyslovil soud. S účinností od 1. ledna 2009 do skupiny pojištěnců, kteří regulační poplatky neplatí, spadají pojištěnci v ochranném léčení nařízeném soudem nebo při výkonu zabezpečovací detence anebo při umístění pojištěnce do tohoto zařízení z důvodu stanovených zvláštním zákonem bez souhlasu pojištěnce. I v těchto případech je vyžadováno, aby souhlas s převzetím a držením pojištěnce v ústavní péči vyslovil soud **(53)**.

V souvislosti s novelou zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou od 1. dubna 2009 osvobozeny od povinnosti hradit regulační poplatky děti do dovršení věku 18 let včetně tohoto dne, děti v pěstounské péči a obyvatelé, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, kterým po zaplacení pobytu a stravy zůstane ve výši 15% jeho příjmu, méně než 800 Kč **(40)**.

1.5.7 Pokuta za neoprávnění vybírání regulačních poplatků

Lékaři a zdravotnická zařízení mají povinnosti regulační poplatky od pacientů či jejich zákonných zástupců vybírat. Za opakované a soustavné nevybírání regulačních poplatků má zdravotní pojišťovna možnost dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění udělit tomuto zdravotnickému zařízení pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokuta se také vztahuje na porušování povinnosti nevybírání regulační poplatky. Což v praxi znamená, že zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle zákona regulačním poplatkům nepodléhá. Při opakovaném zjištění porušování zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna zdravotnickému zařízení uložit pokutu. Opakované uložení této pokuty může být důvodem pro ukončení smlouvy se zdravotnickým zařízením o poskytování a úhradě zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny a to bez výpovědní lhůty (45,53).

1.5.8 Rušení poplatků v krajských nemocnicích

Regulační poplatky se staly součástí volební kampaně do krajských zastupitelstev v listopadu 2008. Po vítězství České strany sociálně demokratické v krajských volbách ve zdravotnických zařízeních zřízených krajem došlo k několika změnám v samotném vybírání regulačních poplatků (7).

Od 1. ledna 2009 pojištěnci ošetření v krajských zdravotnických zařízeních Středočeského kraje se mohou rozhodnout, zda uhradí regulační poplatek sami nebo po podpisu darovací smlouvy, za ně zaplatí poplatek kraj (49).

Systém hrazení poplatků v krajských nemocnicích není v současné době jednotný. Od počátku února 2009 dochází ve zbývajících krajích ke změnám v samotném vybírání regulačních poplatků – například v Ústeckém kraji, Moravskoslezském kraji a na Vysočině zůstávají zachovány poplatky za pohotovost a pobyt v nemocnici, ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje hradí kraj poplatky v ambulancích

a za děti do 18 let a seniory nad 70 let i poplatky za hospitalizaci. Nadále zůstávají v platnosti poplatky za pobyt na lůžku, za recept a za návštěvu pohotovosti. Od 1. února 2009 jsou také bez poplatků pacienti v nemocnicích a lékárnách Jihočeského, Královéhradeckého, Karlovarského a Jihomoravského kraje **(39,49)**.

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat a vyhodnotit vliv zavedení regulačních poplatků na návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů. Na základě prostudované odborné literatury a odborných časopisů byly stanoveny tři dílčí cíle.

Dílčí cíle:

1. Podat ucelený náhled na problematiku související se zavedením a využitím regulačních poplatků zavedených 1. ledna 2008 u ambulantních specialistů.
2. Porovnat návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů oproti roku 2007.
3. Zhodnotit, zda došlo k výraznému poklesu návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů v souvislosti s věkem pacientů, pohlavím, poskytnutou péčí a onemocněním.

2.2. Hypotézy

Pro svou diplomovou práci jsem jsi stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza 1: V souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo ve srovnání s rokem 2007 ke snížení návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů.

Hypotéza 2: Se zavedením regulačních poplatků nedošlo ve srovnání s rokem 2007 k výraznému poklesu návštěvnosti u pacientů s chronickým onemocněním.

Hypotéza 3: Vliv regulačních poplatků na návštěvnost u ambulantních specialistů bude u obou pohlaví srovnatelný.

Hypotéza 4: Zavedení regulačních poplatků nepovede k prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů u ambulantních specialistů.

Zdůvodnění Hypotézy 1:

V souvislosti se zavedením regulačních poplatků dojde k poklesu návštěvnosti u ambulantních specialistů, lepšímu využití prostředků veřejného zdravotního pojištění a přesměrování peněz k potřebnějším pacientům a omezení zbytných návštěv u lékaře. Naopak při pohledu na spektrum pacientů, kteří tvoří klientelu ambulantních specialistů, se dalo očekávat, že k poklesu návštěvnosti u ambulantních odborností nedojde nebo bude zaznamenán je mírný pokles návštěvnosti oproti roku 2007.

Zdůvodnění Hypotézy 2:

Předpokládalo se, že v souvislosti se zavedením regulačních poplatků nedojde k výraznému poklesu návštěvnosti pacientů s chronickým onemocněním, neboť u většiny chronických pacientů je nutné k udržení jejich stabilního zdravotního stavu pravidelné sledování pacientů lékařem a pravidelná preskripce léků ambulantním specialistou. S ohledem na častější frekvenci návštěv chronicky nemocných u lékaře byl zaveden ochranný limit regulačních poplatků. Naopak, bylo třeba zvážit fakt, že chronicky nemocný pacient je vybaven vhodnou medikací, je si vědom, že nemoc má klidové intervaly a intervaly, kdy může docházet k relapsu nemoci, takže při zhoršení chronického onemocnění se snaží zvládnout tento stav sám. Tato skutečnost by znamenala, že zavedení regulačních poplatků povede k výraznému poklesu návštěvnosti chronických pacientů u ambulantních specialistů (18).

Zdůvodnění Hypotézy 3:

Očekávalo se, že pokles návštěvnosti bude u obou pohlaví srovnatelný. Jako předpoklad k této hypotéze sloužila skutečnost, že úspěch léčby pacientů, kteří navštěvují ordinace odborných lékařů je závislý na dodržování léčebného režimu a pravidelných kontrolách zdravotního stavu odborným lékařem. Proti tomuto tvrzení

stojí skutečnost, že ženy v minulých letech vyhledávaly ambulance odborných lékařů častěji než muži a představovaly větší podíl na zbytných návštěvách u lékařů (54).

Zdůvodnění Hypotézy 4:

Zavedení regulačních poplatků bude mít vliv na případné prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami také z důvodu, že se pacientům nevyplatí čekat na lék, který si mohou zakoupit v lékárně bez receptů. Proti tomuto tvrzení stál předpoklad, že ambulantní specialisté poskytují natolik odbornou a specializovanou péči především chronicky nemocným pacientů, u kterých pravidelné návštěvy lékaře specialisty povedou k zlepšení či stabilizaci jejich zdravotního stavu (27).

3 Metodika

3.1 Použité metody

K dosažení cílů diplomové práce a ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu a metoda dotazování. Ke sběru dat byla použita technika dotazníku (příloha č. 1). V diplomové práci byl použit identický dotazník pro všechny ambulantní odbornosti.

Dále byla využita metoda analýzy dokumentů (technika sekundární analýzy dat). Využití sekundární analýzy dat bylo založeno na studiu nejnovějších odborných článků, které se týkaly dané problematiky, využití elektronických zdrojů, statistických údajů a odborné literatury zaměřené na problematiku reformy zdravotní péče.

Předkládaný dotazník obsahoval celkem 21 otázek. V úvodu dotazníku byly respondenti informováni o účelu dotazníkového šetření, jeho anonymitě a o způsobu vyplnění dotazníku. Dotazníkem byly získány empirické informace založené na nepřímém dotazování respondentů za použití předem připravených písemných otázek. V dotazníku byly použity uzavřené typy otázek a dvě otázky otevřené. Uzavřené typy otázek se vyznačují tím, že odpovědi a otázky jsou předem formulovány a respondent vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru. Za nejužší uzavřené otázky jsou považovány otázky alternativní (dichotomické), kdy si respondent může vybrat jen jednu ze dvou variant. Pokud si respondent může vybrat z více variant, jde o otázky polytomické. Ke sběru dat byly využity otázky uzavřené, jak dichotomické, tak i polytomické. V dotazníku byly použity dvě otázky otevřené. U otevřeného typu otázek je odpověď zcela ponechána na respondentovi (1).

V dotazníku byla použita jedna otázka identifikační, která se týkala odbornosti (specializace) lékaře či lékařky. Jde o otázku číslo 1. Další otázky byly zjišťovací, které se týkaly návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů po zavedení regulačních poplatků, pokuty při neoprávněném vybírání regulačních poplatků, postojů k nevybírání regulačních poplatků u dětí do 18 let a nahrazení regulačních poplatků darovacími

smlouvami v krajských zdravotnických zařízeních, názoru na ochranný roční limit regulačních poplatků. Jedná se o otázky číslo 2 až 21.

Před vlastním výzkumem proběhl předvýzkum, kdy byly rozdány dotazníky pro ověření jejich srozumitelnosti. Po předvýzkumu proběhla konečná úprava dotazníku. Vyplňování dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné. V období od 10. ledna 2009 do 20. ledna 2009 probíhal předvýzkum k ověření srozumitelnosti předkládaných dotazníků. V rámci předvýzkumu bylo osloveno celkem 20 lékařů – ambulantních specialistů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření představovali ambulantní specialisté v ambulancích a ambulantní specialisté v lůžkových zařízeních pracující v privátních a veřejnoprávních zdravotnických zařízeních v České republice.

Za ambulantní specialisty jsem si pro účely výzkumu v této diplomové práci zvolila lékaře s ambulantní odborností (mimo praktické lékaře pro dospělé a praktické lékaře pro děti a dorost).

Výběrový výzkumný soubor tvořili ambulantní lékaři s odborností v oblasti alergologie a klinické imunologie, ARO – ambulance bolesti, dermatovenerologie, gynekologie, chirurgie, interna, pneumologie, oční lékařství, ORL, onkologie, ortopedie, neurologie, psychiatrie, rehabilitace a fyzikální medicína, urologie vykonávající svou praxi v kraji Jihočeském, Královehradeckém, Libereckém, Plzeňském, Hlavním městě Praze, Středočeském, Ústeckém a Zlínském.

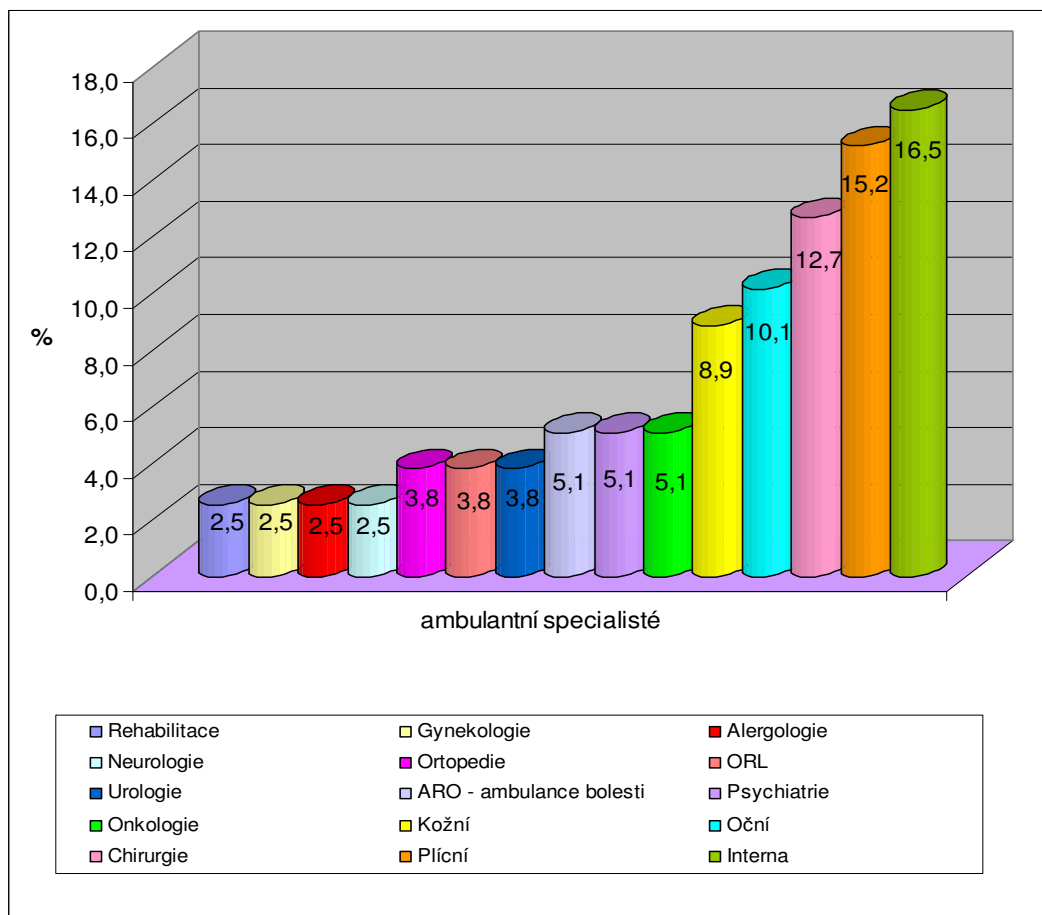
K sestavení výzkumného souboru a výběrovému šetření byl využit náhodný výběr prostý. „Náhodný výběr je pro statistické řešení nejlepší“ (str. 52, 20). Při tomto typu výběru má každý prvek množiny stejnou pravděpodobnost, že se do výběru dostane. Z důvodu časového omezení a značného počtu ambulantních specialistů ve zkoumaných lokalitách nebylo možno oslovit všechny ambulantní specialisty ve zkoumaných lokalitách. K sestavení výzkumného souboru byl použit výběr na základě dobrovolnosti. (36).

Vzhledem ke změnám ve způsobu úhrady regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních se jevílo jako opodstatněné provést dotazníkové šetření ve více krajích České republiky. K výběru krajů byla použita metoda náhodného výběru prostého.

Dotazník byl distribuován fyzicky či emailovou formou 100 respondentům. Dotazníkové šetření probíhalo od 21. ledna 2009 do 31. března 2009. Navráčeno bylo 79 dotazníků, návratnost dotazníků činila 79 %. Zkoumaná data byla zpracována formou grafů v programu Excel.

4 Výsledky

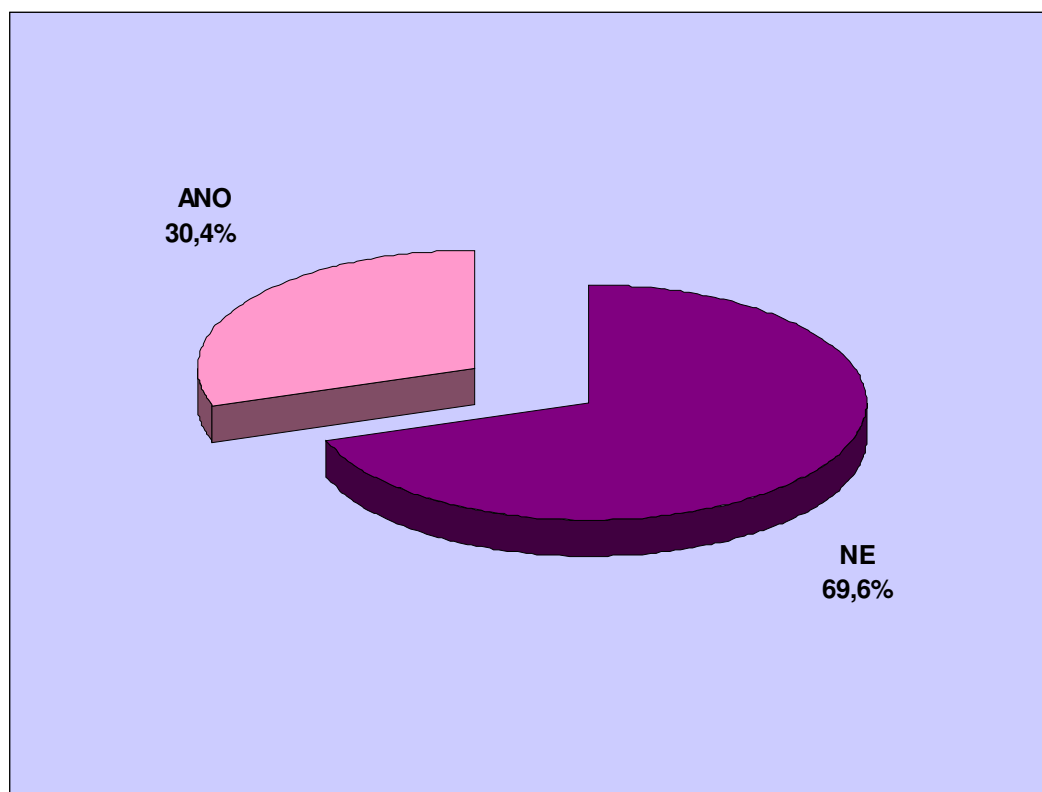
Graf 1: Odbornost (specializace) lékaře/lékařky (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje zastoupení jednotlivých ambulantních specialistů. Z celkového počtu 79 (100%) respondentů tvoří výzkumný soubor 16,5 % (13) interních lékařů, 15,2 % (12) plicních lékařů, 12,7 % (10) chirurgů, 10,1 % (8) očních lékařů, 8,9 % (7) kožních lékařů, 5,1 % (4) onkologů, 5,1 % (4) psychiatrů, 5,1 % (4) anesteziologů, 3,8 % (3) urologů, 3,8 % (3) ušních, nosních, krčních lékařů, 3,8 % (3) ortopedů, 2,5 % (2) neurologů, 2,5 % (2) alergologů, 2,5 % (2) gynekologů, 2,5 % (2) rehabilitačních lékařů.

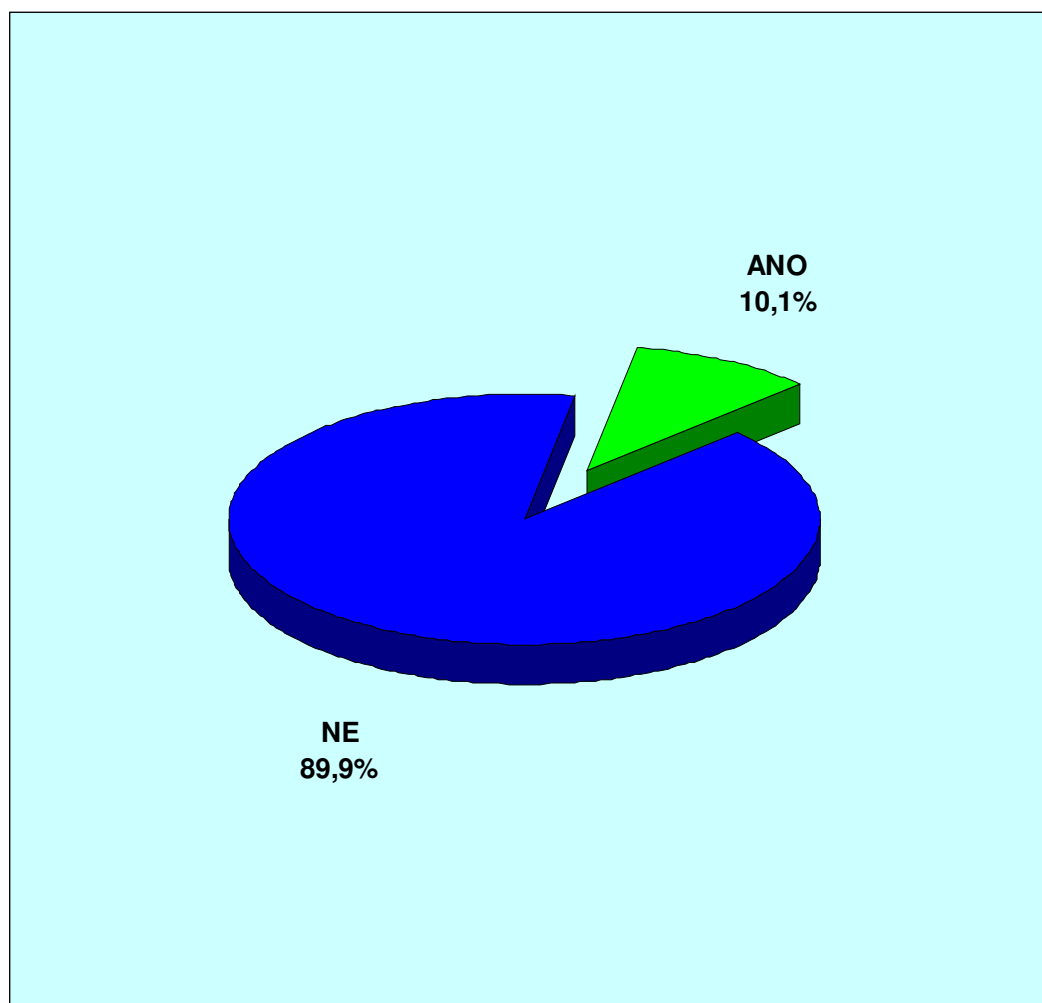
Graf 2: Pokles návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů v roce 2008 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje názory ambulantních specialistů na otázku číslo 2, ve které jsem se tázala respondentů, zda pozorovali v roce 2008 pokles návštěvnosti pacientů ve své ordinaci v souvislosti se zavedením regulačních poplatků. Z celkového počtu 79 (100 %) ambulantních specialistů 30,4 % (24) ambulantních specialistů uvedlo, že ve svých ambulancích zaznamenalo pokles návštěvnosti pacientů po zavedení regulačních poplatků, a 69,6 % (55) ambulantních specialistů odpovědělo, že v roce 2008 nezaznamenalo pokles návštěvnosti ve svých ambulancích.

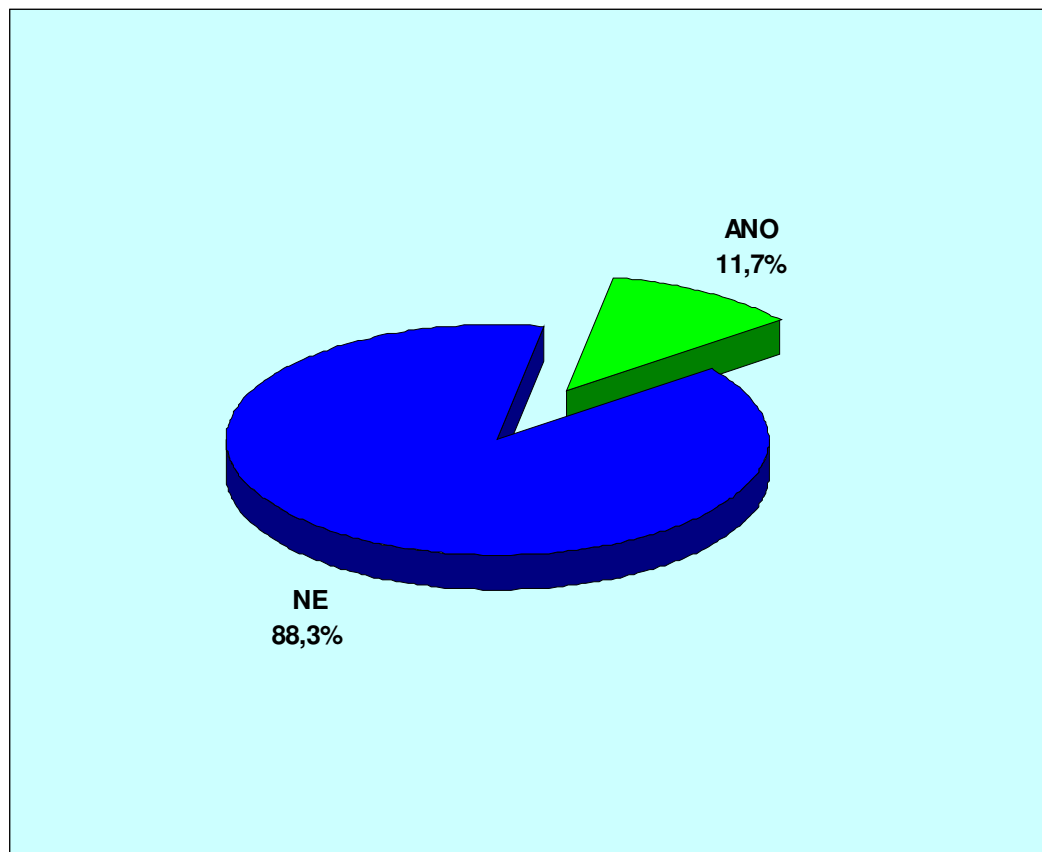
Graf 3: Pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na pohlaví (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 3. V této otázce jsem se tázala ambulantních specialistů, zda zaznamenali rozdíl v poklesu návštěvnosti u svých pacientů v závislosti na jejich pohlaví. Z výzkumného souboru 79 (100 %) respondentů odpovědělo 89,9 % (71) ambulantních specialistů, že pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na pohlaví nezaznamenalo a 10,1 % (8) ambulantních specialistů naopak pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na pohlaví zaznamenalo.

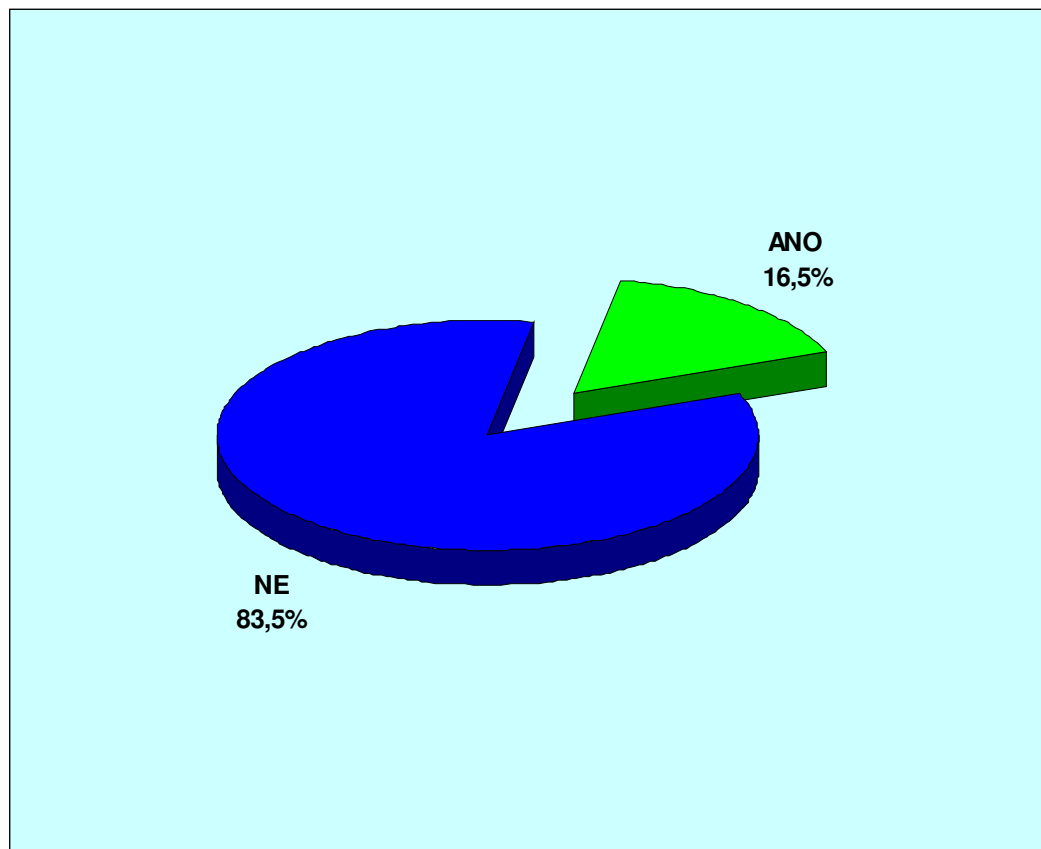
Graf 4: Pokles návštěvnosti pacientů – mužů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 4 jsou znázorněny odpovědi ambulantních specialistů na otázku číslo 4, kde jsem se tázala, zda zaznamenali pokles návštěvnosti u svých pacientů – mužů. Výzkumný soubor pro tuto otázku představoval 77 (100 %) respondentů, neboť na tuto otázku neodpověděli lékaři – gynekologové). 88,3 % (68) respondentů konstatuje, že v roce 2008 nezaznamenalo vyšší pokles návštěvnosti u pacientů mužského pohlaví. 11,7 % (9) respondentů odpovědělo, že zaznamenalo u svých pacientů vyšší pokles návštěvnosti u pacientů mužů.

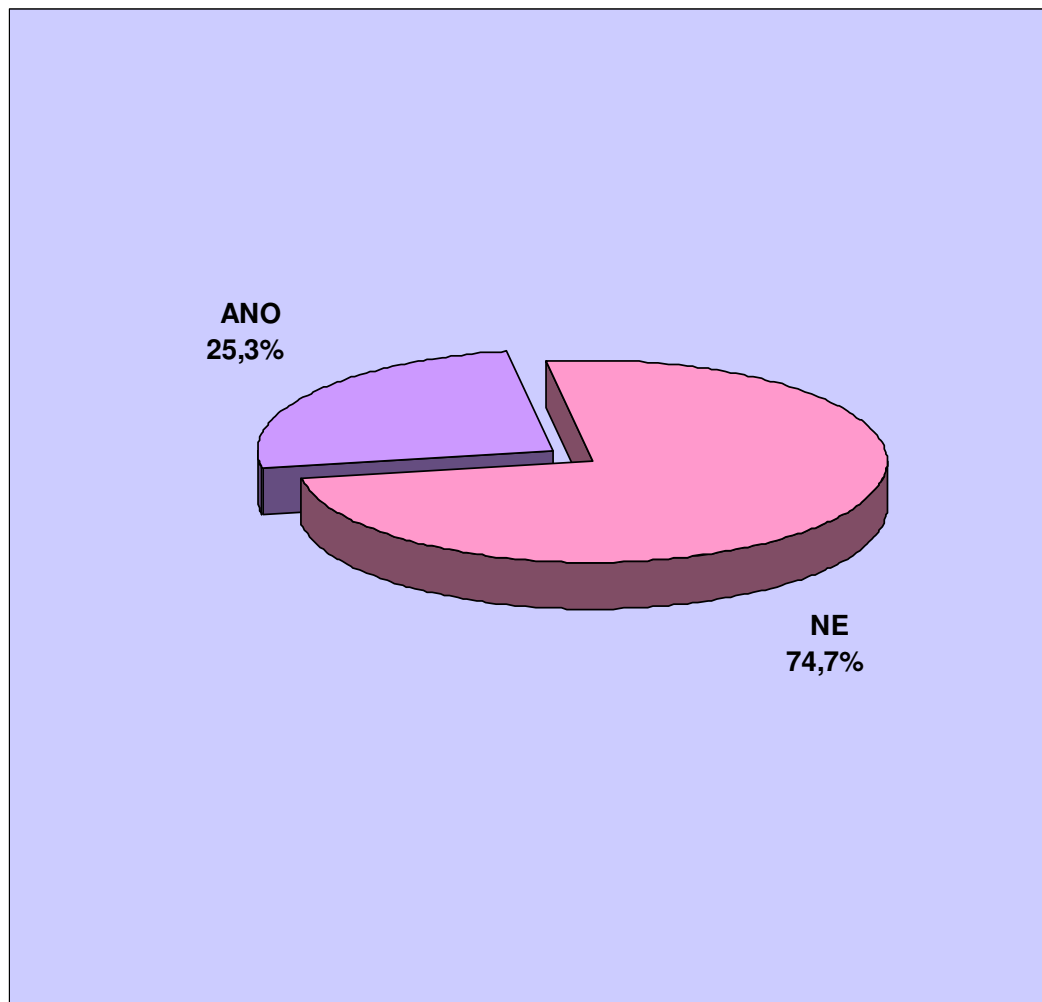
Graf 5: Pokles návštěvnosti patientek - žen (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 5 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku číslo 5, kde jsem se tázala, zda ambulantní specialisté zaznamenali pokles návštěvnosti u svých patientek po zavedení regulačních poplatků. Z celkového počtu ambulantních specialistů 79 (100 %) odpovědělo 83,5 % (66) ambulantních specialistů záporně – nezaznamenali pokles návštěvnosti u patientek po zavedení regulačních poplatků, a 16,5 % (13) respondentů kladně, tedy že zaznamenali vyšší pokles návštěvnosti po zavedení regulačních poplatků u žen (patientek) než u mužů (pacientů).

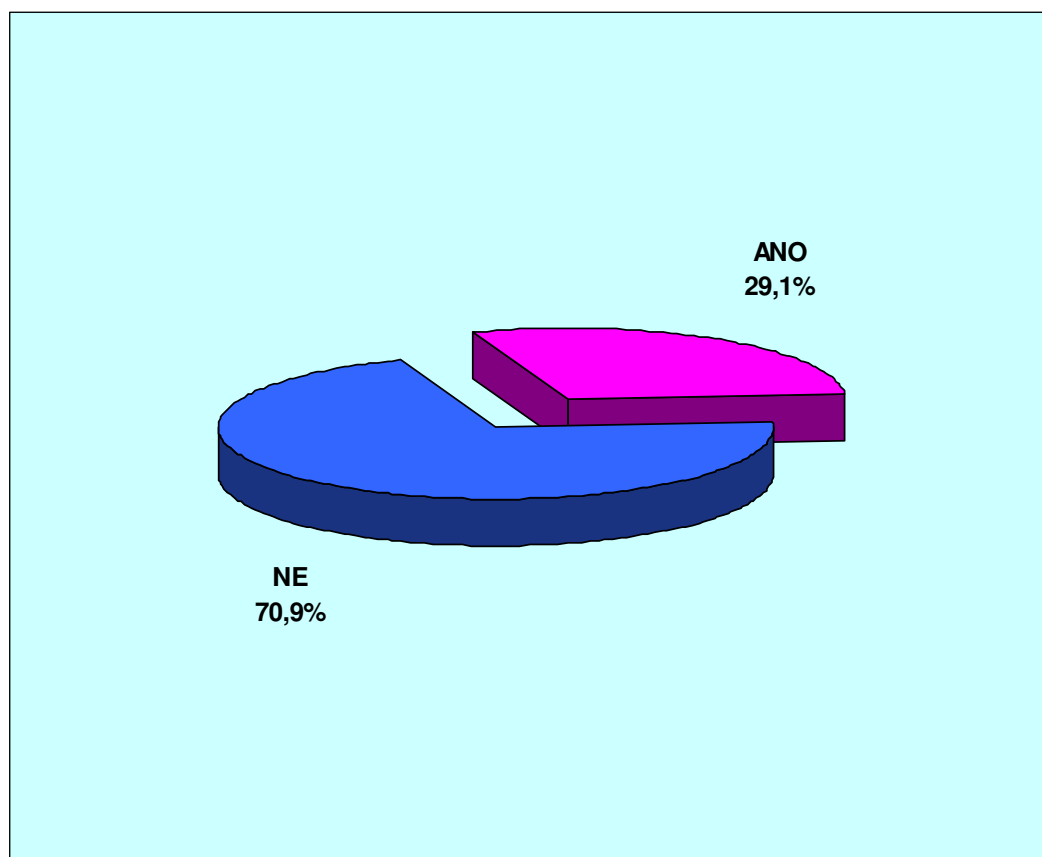
Graf 6: Pokles návštěvnosti u pacientů v závislosti na věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 6, ve které jsem se tázala odborných lékařů, zda zaznamenali ve svých ambulancích pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na jejich věku. Z výzkumného souboru 79 (100 %) odborných lékařů 74,7 % (59) uvedlo, že pokles návštěvnosti v závislosti na věku pacientů nezaznamenalo, naopak 25,3 % (20) ambulantních specialistů uvedlo, že pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na věku zaznamenalo.

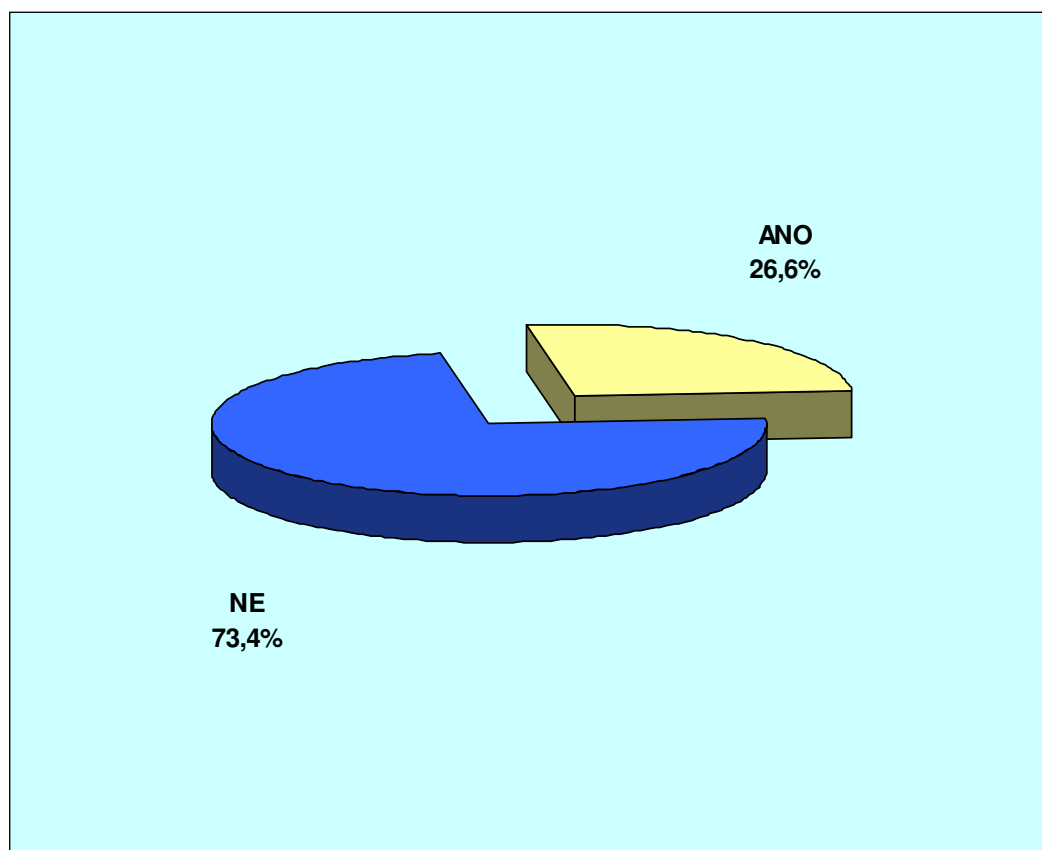
Graf 7: Nejvyšší pokles návštěvnosti u pacientů v důchodovém věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 7, ve které jsem se ptala ambulantních specialistů, zda zaznamenali nejvyšší pokles návštěvnosti u pacientů důchodového věku. Z výzkumného souboru 79 (100 %) respondentů odpovědělo 70,9 % (56) záporně, tedy že nejvyšší pokles návštěvnosti ve skupině pacientů důchodového věku nezaznamenalo, 29,1 % (23) ambulantních specialistů uvedlo, že ve skupině pacientů důchodového věku zaznamenali nejvyšší pokles návštěvnosti.

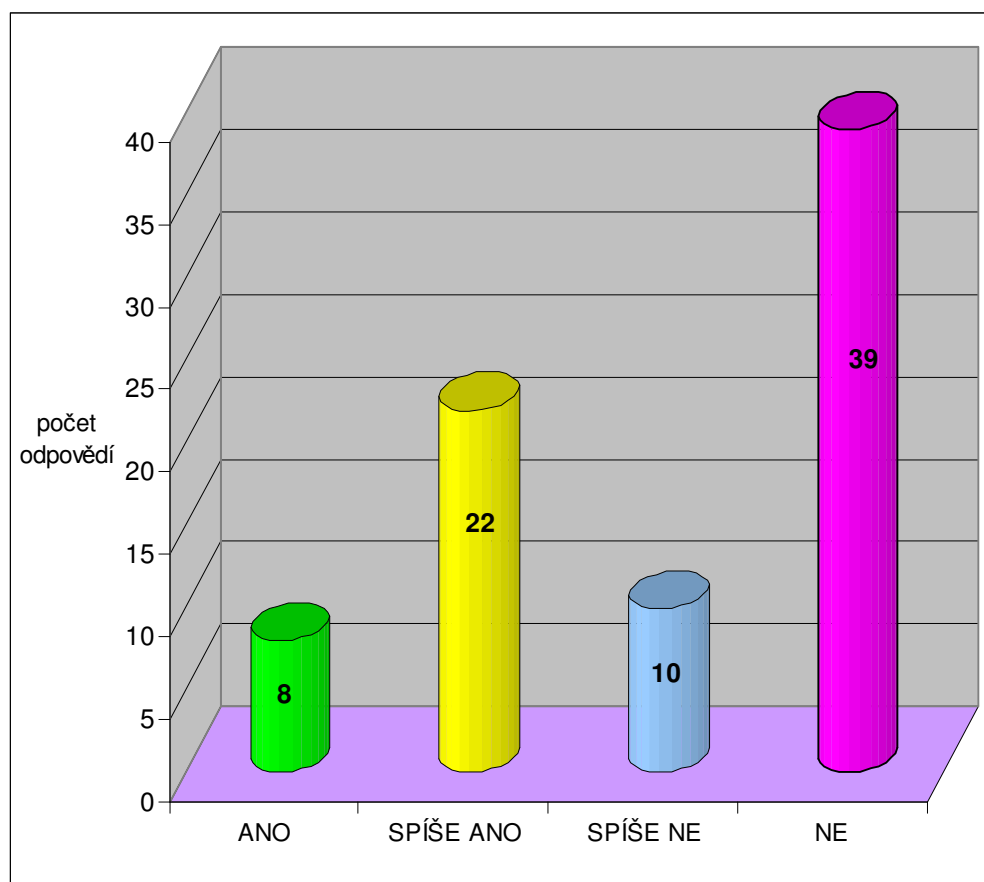
Graf 8: Nejnižší pokles návštěvnosti u pacientů v produktivním věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje vyhodnocení odpovědí ambulantních specialistů na otázku číslo 8. V této otázce jsem se ptala respondentů, zda nejnižší pokles návštěvnosti zaznamenali u pacientů v produktivním věku. Z výzkumného souboru 79 (100 %) odpovědělo 73,4 % (58) záporně, tedy že nezaznamenalo nejnižší pokles návštěvnosti pacientů v produktivním věku, 26,6 % (21) odpovědělo kladně, zaznamenalo nejnižší pokles návštěvnosti u pacientů v produktivním věku.

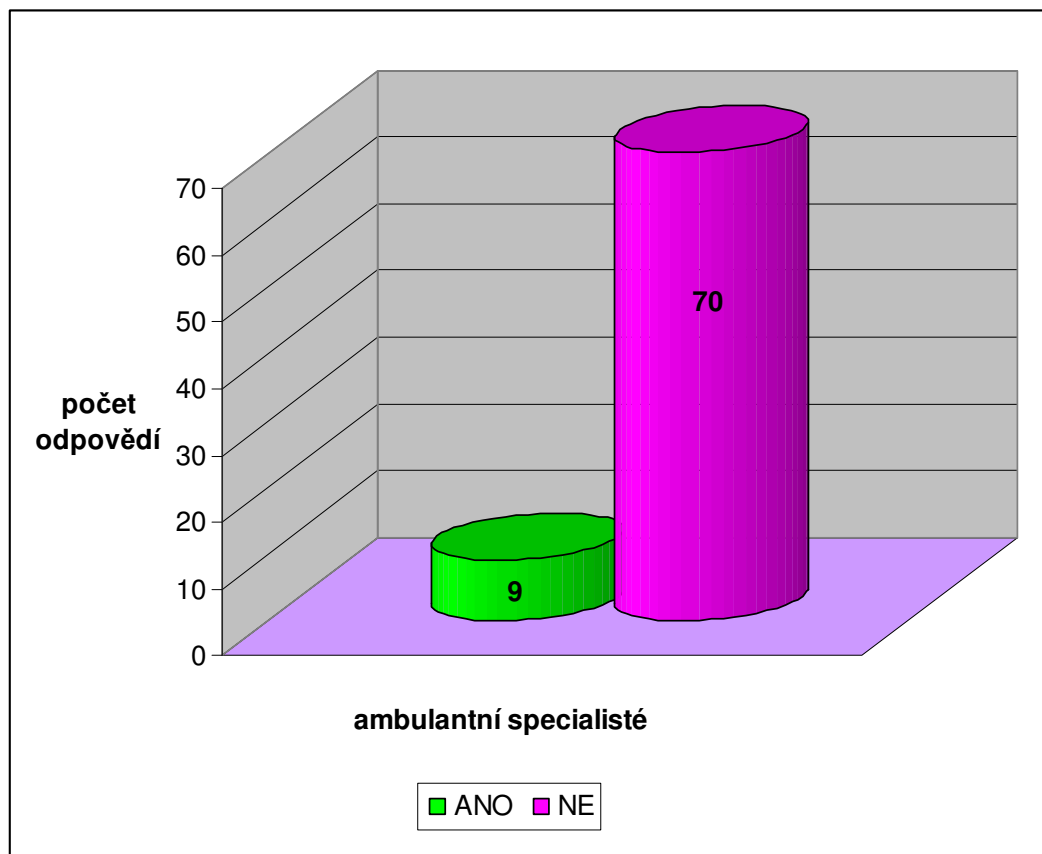
Graf 9: Prodloužení intervalu mezi návštěvami pacientů u ambulantních specialistů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 zobrazuje varianty odpovědí na otázku, která se týkala prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů po zavedení regulačních poplatků. Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů uvedlo 8 respondentů variantu ANO (pozorovali prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami svých pacientů), 22 respondentů uvedlo variantu SPÍŠE ANO (spíše pozorovali prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami svých pacientů), 10 respondentů uvedlo variantu SPÍŠE NE (spíše nepozorovali prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami svých pacientů) a 39 ambulantních specialistů uvedlo variantu NE (nepozorovali prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami svých pacientů).

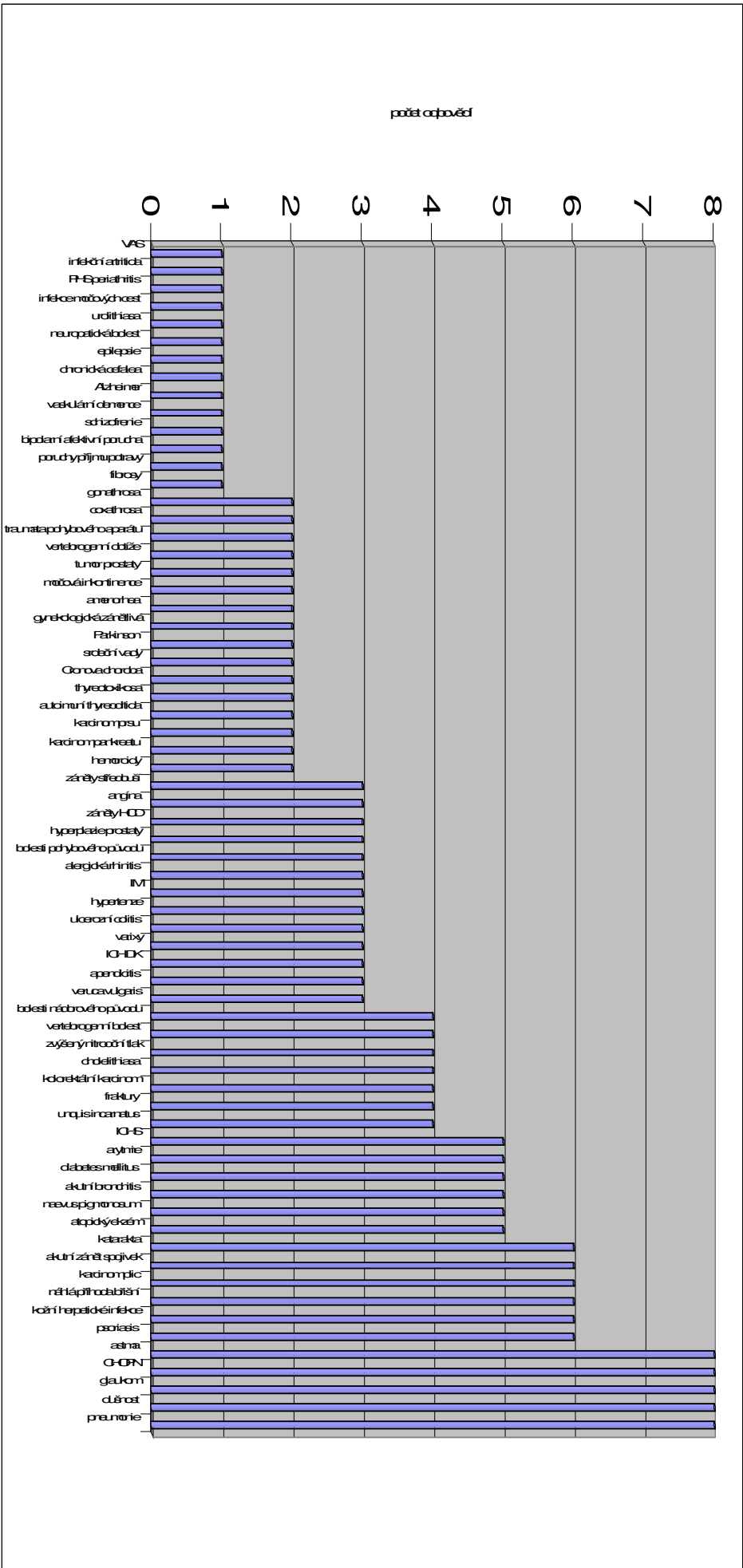
Graf 10: Neochota dostavit se na kontrolu k odbornému lékaři po zavedení regulačních poplatků (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 10, kde jsem se tázala respondentů, zda pozorovali u svých pacientů po zavedení regulačních poplatků nezájem nebo neochotu dostavit se na kontrolu. Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů odpovědělo 70 respondentů záporně (nepozorovali neochotu nebo nezájem pacientů dostavit se na kontrolu), 9 ambulantních specialistů uvedlo kladnou odpověď (neochotu nebo nezájem pacientů dostavit se na kontrolu pozorovalo).

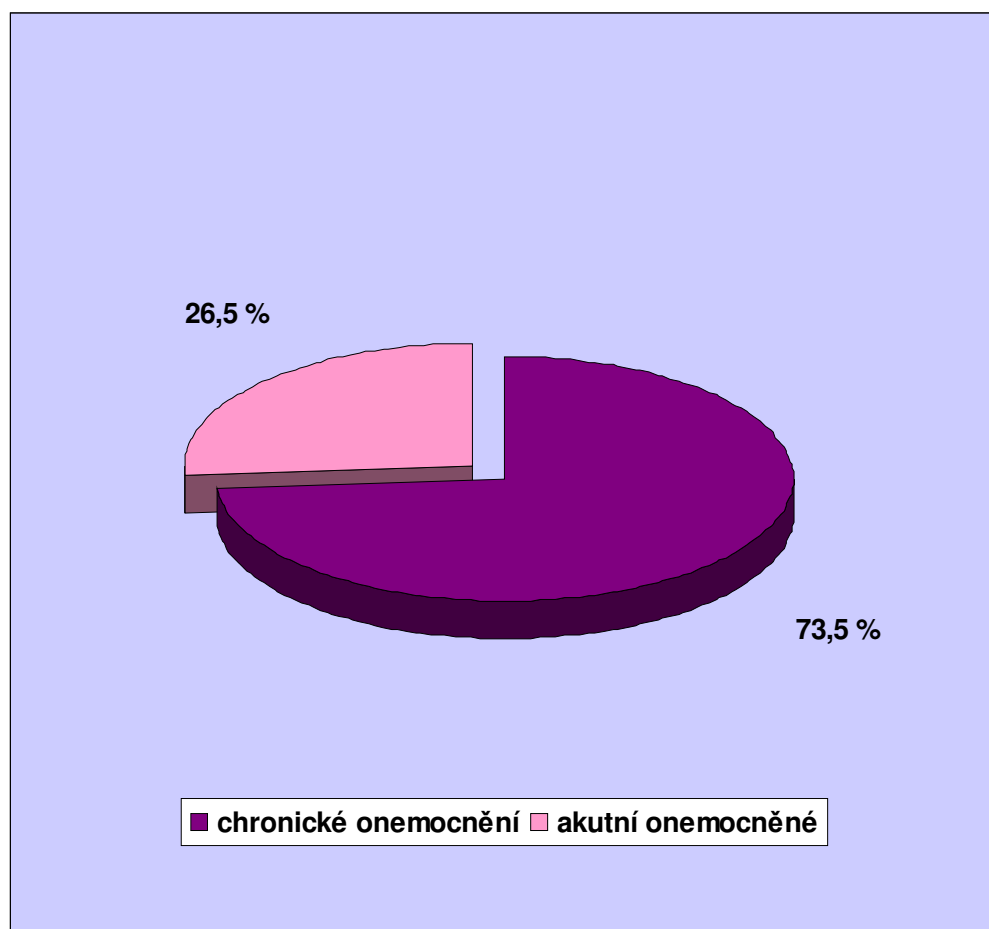
Graf 11: Diagnózy, u kterých ambulantní specialisté nepozorovali pokles návštěvnosti pacientů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 11 jsou vyhodnoceny odpovědi ambulantních specialistů na otázku číslo 11. V této otázce jsem žádala ambulantní specialisty, aby uvedli 1-3 diagnózy, u kterých neporozovali pokles návštěvnosti v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Výzkumný soubor 79 ambulantních specialistů uvedl celkově 67 diagnóz, 8 krát byly uvedeny následující diagnózy: astma bronchiale, CHOPN, glaukom, dušnost, pneumonie, 6 krát byly zmíněny diagnózy: akutní zánět spojivek, kožní herpetické infekce, katarakta, karcinóm plic, náhlá příhoda břichní, psoriasis, 5 krát byly zaznamenány diagnózy: akutní bronchitis, arytmie, atopický ekzém, diabetes mellitus, ICHS, naevus pigmonosum, 4 krát byly uvedeny diagózy: fraktury, cholelithiasa, bolest nádorového původu, kolorektální karcinóm, unguis incarnatus, vertebrogenní bolest, zvýšený nitrooční tlak, 3 krát byly zmíněny diagnózy: alergická rýma, angína, apendicitis, bolesti pohybového původu, hypertenze, hyperplazie prostaty, ischemická choroba dolních končetin, infarkt myokardu, ulcerózní colitis, varixy, veruca vulgaris, záněty horních cest dýchacích, záněty středouší, 2 krát byly uvedeny diagnózy: amenorhea, autoimunitní thyreoditida, coxarthrosa, Cronova choroba, gonathrosa, gynekologická zánětlivá onemocnění, hemoroidy, močová inkontinence, karcinom pankreatu, karcinom prsu, Parkinsonova nemoc, srdeční vady, thyreotoxikosa, traumata pohybového aparátu, tumor prostaty, vertebrogenní obtíže, 1 krát byly ambulantními specialisty zmíněny tyto diagnózy: Alzheimerova nemoc, bipolární afektivní porucha, fibrosy, epilepsie, chronická cefalea, infekce močových cest, infekční artritida, neuropatická bolest, PHS periathritis, poruchy příjmu potravy, schizofrenie, urolithiasa, VAS, vaskulární demence.

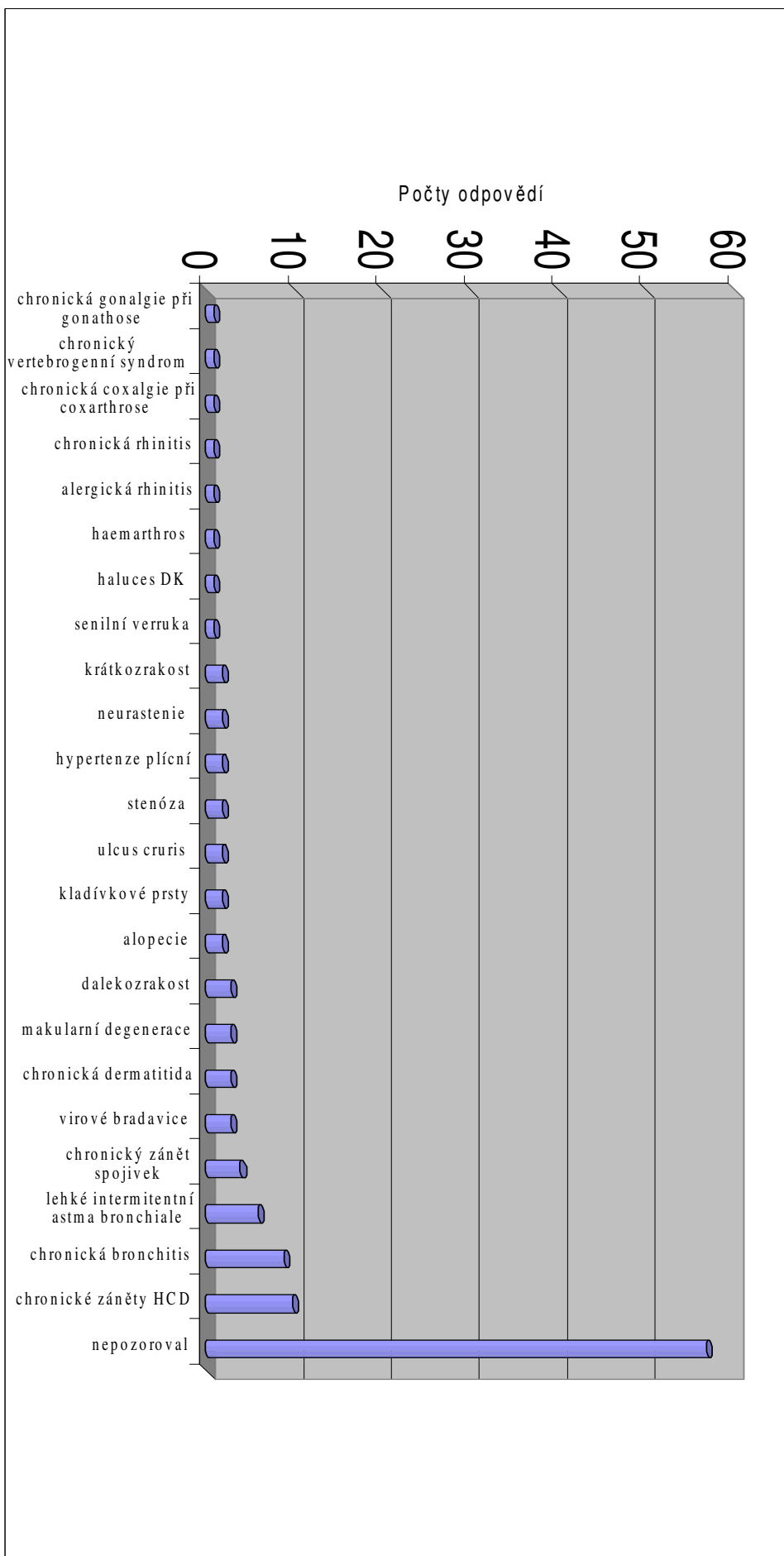
Graf 12: Diagnózy, u kterých ambulantní specialisté nepozorovali pokles návštěvnosti pacientů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 12 jsou vyhodnoceny odpovědi ambulantních specialistů na otázku číslo 11. V této otázce jsem žádala ambulantní specialisty, aby uvedli 1-3 diagnózy, u kterých nepozorovali pokles návštěvnosti v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Z celkového počtu 68 (100 %) diagnóz zaznamenaných ambulantními specialisty 73,5 % (50) diagnóz představovala chronická onemocnění a 26,5 % (18) akutní onemocnění.

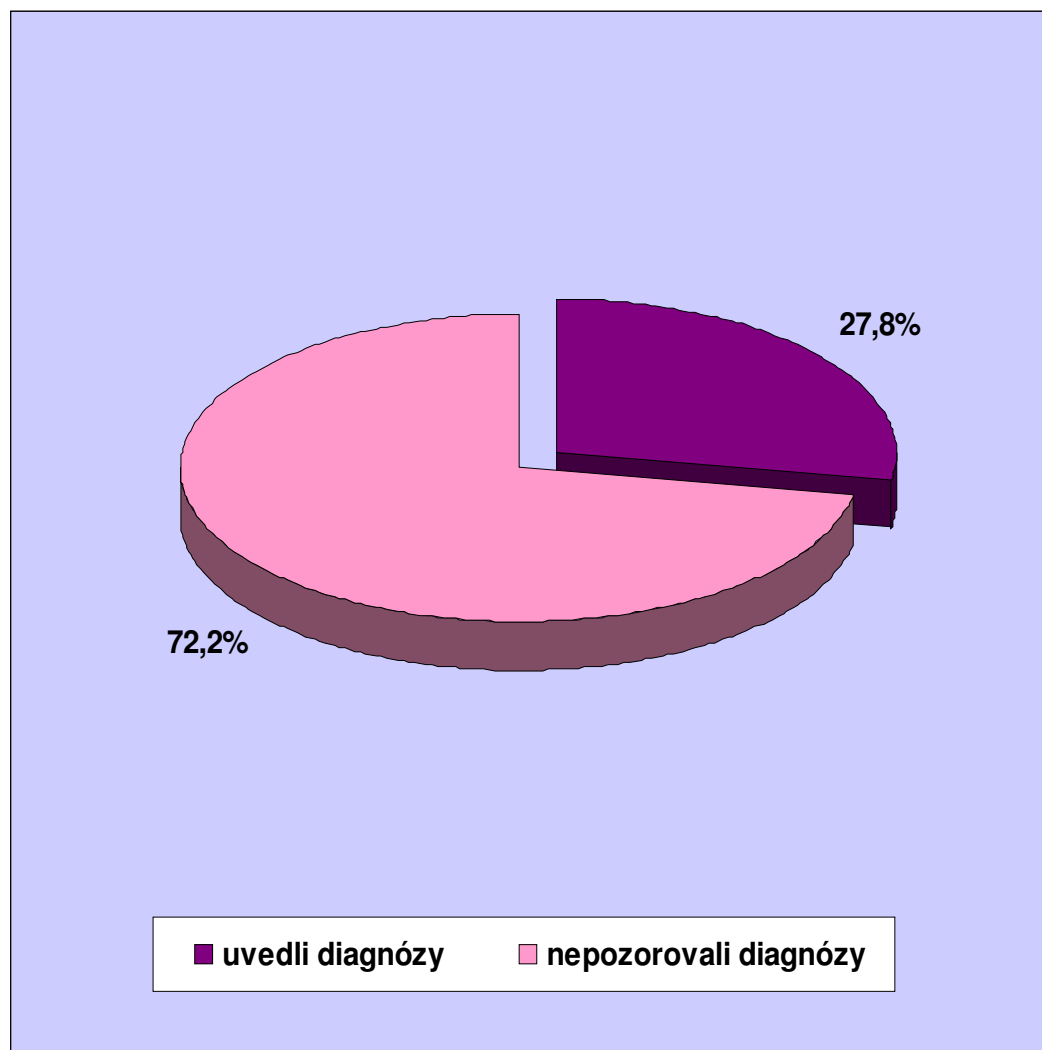
Graf 13: Diagnózy, u kterých ambulantní specialisté pozorovali pokles návštěvnosti pacientů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 13 jsou vyhodnoceny odpovědi ambulantních specialistů na otázku číslo 12. V této otázce jsem žádala ambulantní specialisty, aby uvedli 1-3 diagnózy, u kterých porozovali pokles návštěvnosti v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů, uvedlo 58 ambulantních specialistů, že nezaznamenali diagnózy, u kterých by se dalo říct, že u pacientů s těmito diagnózami došlo k poklesu návštěvnosti, 21 ambulantních specialistů uvedlo 23 diagnóz, u kterých mohou říci, že u pacientů s touto diagnózou došlo k poklesu návštěvnosti. Z celkového počtu diagnóz byly uvedeny ambulantními specialisty 10 krát diagnóza: chronický zánět horních cest dýchacích, 9 krát diagnóza chronická bronchitis, 6 krát diagnóza lehké intermitentní astma, 4 krát diagnóza chronický zánět spojivek, 3 krát byly zmíněny následující diagnózy: dalekozrakost, chronická dermatitida, makulární degenerace, virové bradavice, 2 krát byly uvedeny tyto diagnózy: alopecie, kladívkové prsty, krátkozrakost, neurastenie, plicní hypertenze, stenóza, ulcus cruris, 1 krát byly ambulantními specialisty uvedeny následující diagnózy: alergická rhinitis, haemarthros, haluces dolních končetin, chronická coxalgie při coxarthrose, chronická gonalgie při gonathose, chronická rhinitis, chronický vertebrogenní syndrom a senilní verruka.

Graf 14: Pokles návštěvnosti pacientů v souvislosti s diagnózami pacientů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 14 a grafu 15 jsou vyhodnoceny odpovědi ambulantních specialistů na otázku číslo 12. V této otázce jsem žádala ambulantní specialisty, aby uvedli 1-3 diagnózy, u kterých pozorovali pokles návštěvnosti v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Z výzkumného souboru 79 (100 %) ambulantních specialistů 57 (72,2 %) uvedlo, že nepozorovali pokles návštěvnosti v souvislosti

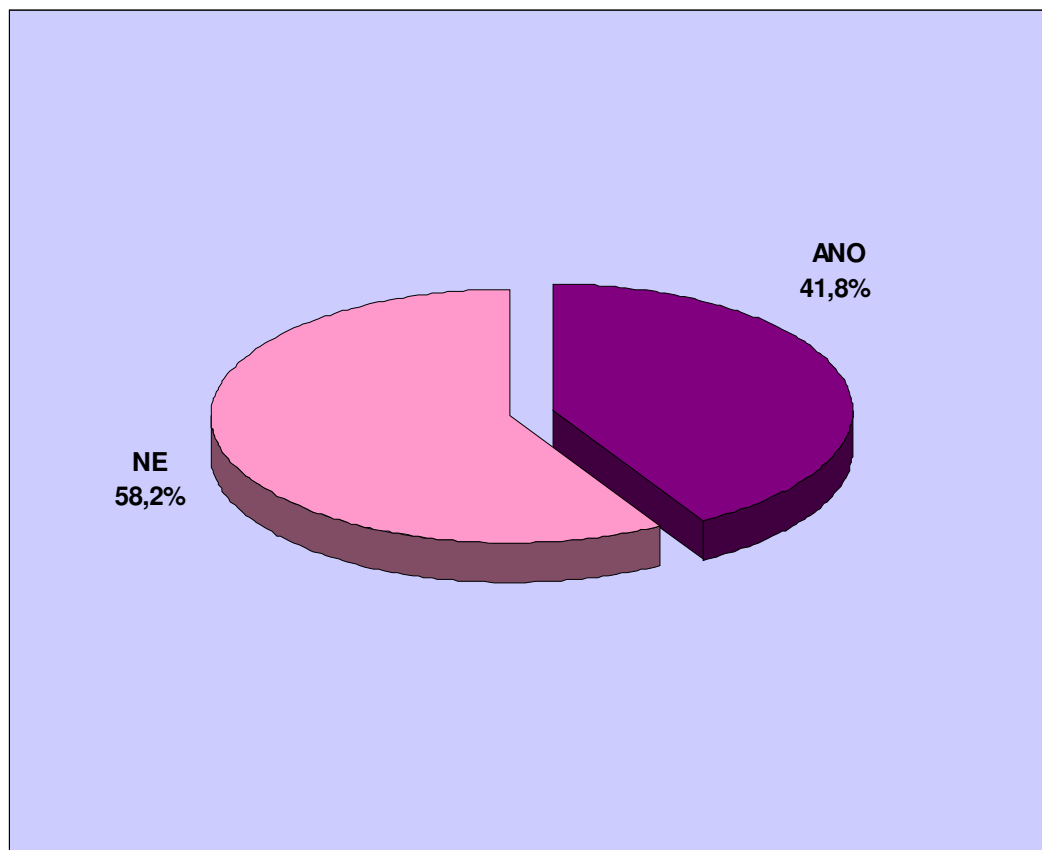
s diagnózou pacientů, 20 (27,8 %) ambulantních specialistů uvedlo celkem 23 diagnóz, u kterých zaznamenaly pokles návštěvnosti. Z těchto 23 diagnóz připadá 93,1 % (21) na chronická onemocnění a 8,7% (2) na akutní onemocnění.

Graf 15: Diagnózy, u kterých ambulantní specialisté pozorovali pokles návštěvnosti pacientů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

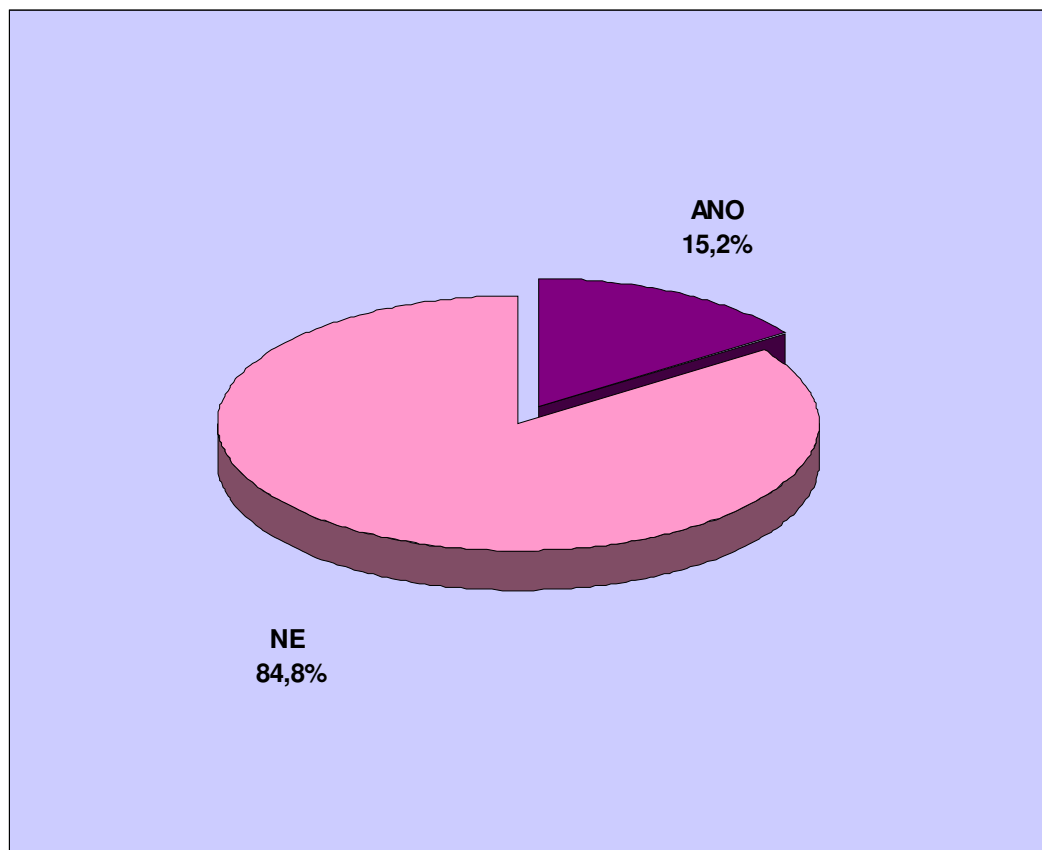
Graf 16: Největší pokles návštěvnosti po zavedení regulačních poplatků v prvním čtvrtletí roku 2008 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 13. V této otázce jsem se tázala ambulantních specialistů, zda pozorovali největší pokles návštěvnosti po zavedení regulačních poplatků v prvním čtvrtletí roku 2008. Z výzkumného souboru 79 (100 %) odpovědělo 58,2 % (46) ambulantních specialistů záporně, největší pokles návštěvnosti pacientů po zavedení regulačních poplatků nepozorovali v prvním čtvrtletí roku 2008, 41,8 % (33) ambulantních specialistů odpovědělo kladně, největší pokles návštěvnosti pacientů po zavedení regulačních poplatků pozorovali v prvním čtvrtletí roku 2008.

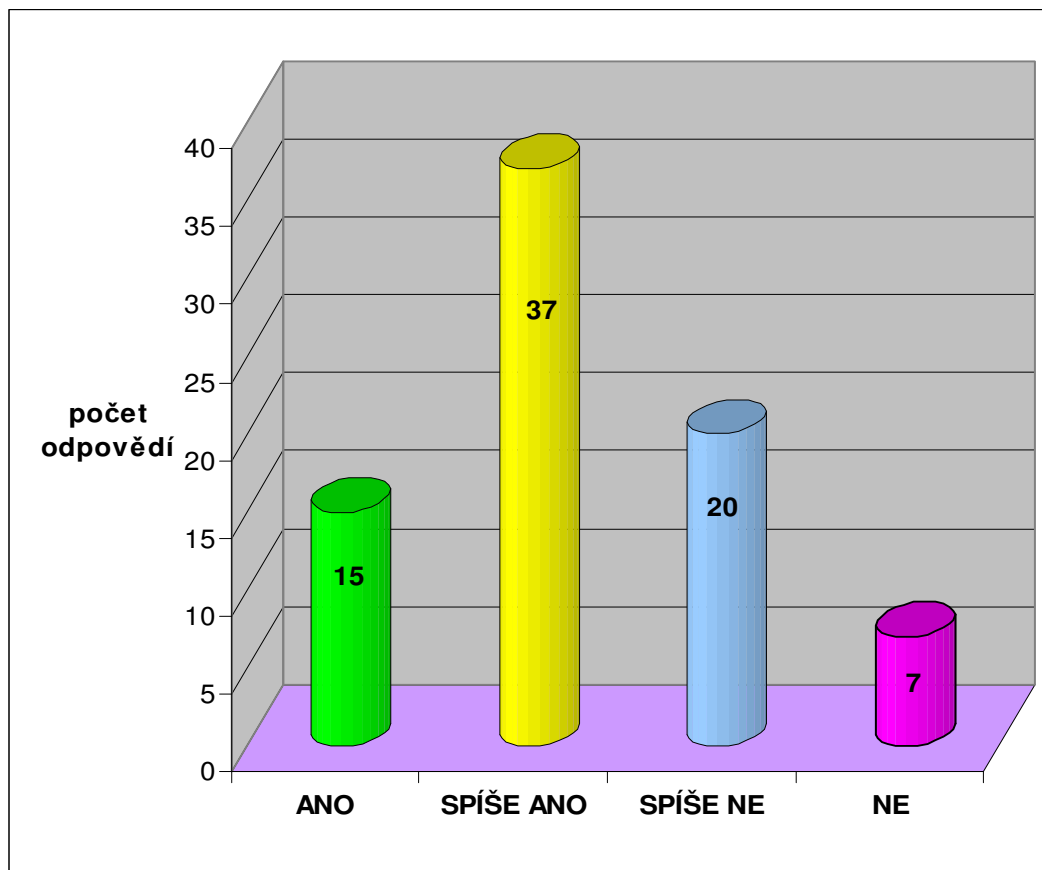
Graf 17: Převedení povinnosti hradit regulační poplatek na kraje povede ke změně návštěvnosti pacientů ve vaší ambulanci (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 14, ve které jsem se tázala, zda se ambulantní specialisté domnívají, že převedení povinnosti pacientů hradit regulační poplatky na Krajské úřady od 1. února 2009 povede k výrazné změně návštěvnosti pacientů v ambulancích odborných lékařů. Z výzkumného souboru 79 (100 %) ambulantních specialistů 84,8 % (67) respondentů zvolilo odpověď NE a 15,2 % (12) respondentů zvolilo odpověď ANO.

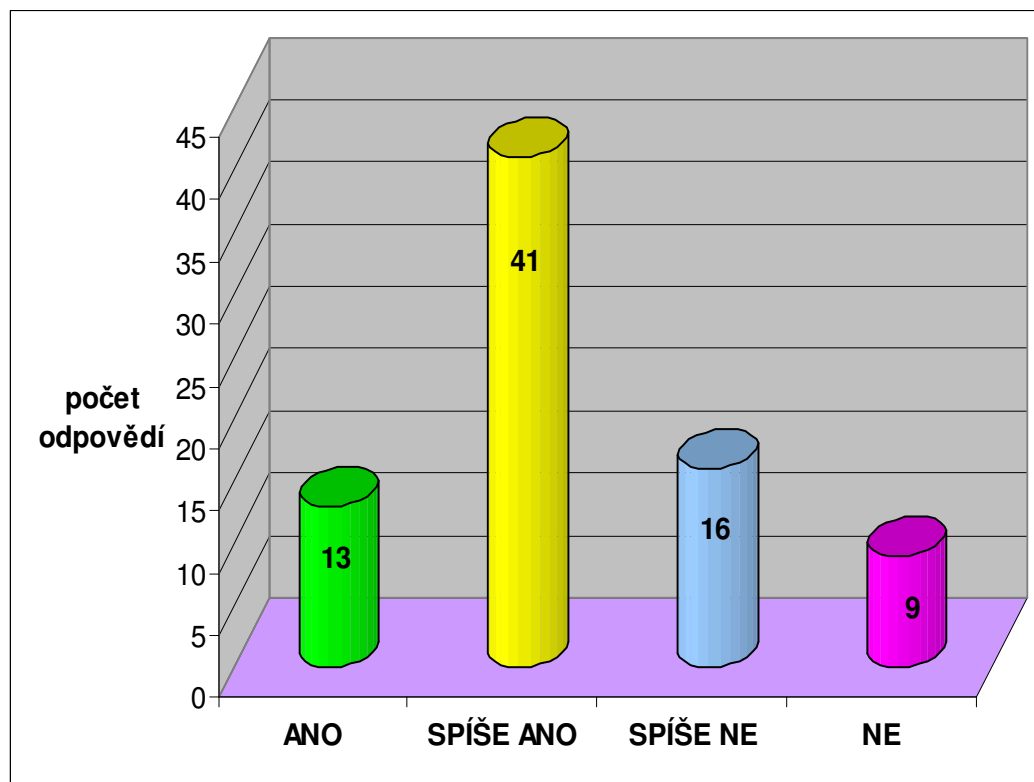
Graf 18: Splnily regulační poplatky zamýšlený účel: omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb (absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 znázorňuje varianty odpovědí na otázku číslo 15, ve které jsem se tázala ambulantních specialistů, zda podle jejich názoru regulační poplatky splnily zamýšlený účel (omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb). Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů uvedlo 15 respondentů variantu ANO (regulační poplatky splnily zamýšlený účel – omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb), 37 respondentů uvedlo variantu SPÍŠE ANO (regulační poplatky spíše splnily zamýšlený účel), 20 respondentů odpovědělo SPÍŠE NE (konstatovalo, že regulační poplatky spíše nesplnily zamýšlený účel) a 7 respondentů uvedlo odpověď NE (regulační poplatky nesplnily zamýšlený účel).

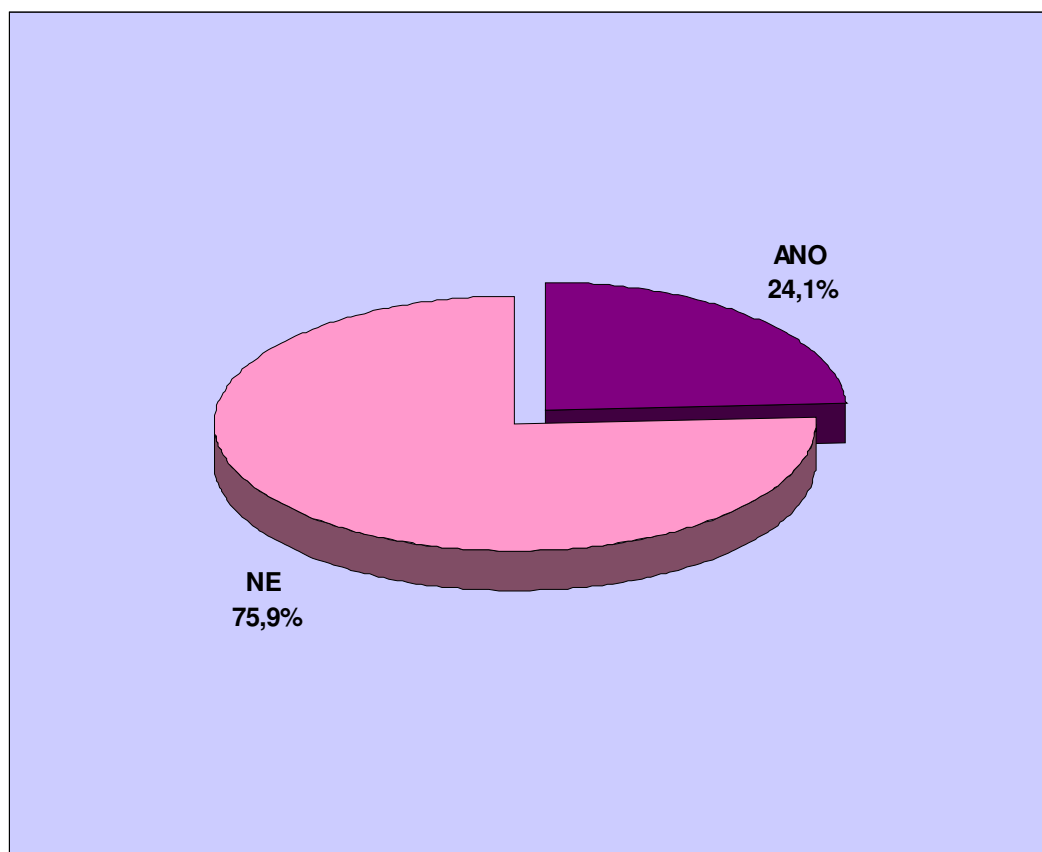
Graf 19: Regulační poplatky plní svůj účel ve smyslu přesměrování peněz k potřebnějším pacientům (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 16, ve které jsem se ptala respondentů, zda souhlasí s tvrzením, že regulační poplatky plní svůj účel ve smyslu přesměrování finančních prostředků k potřebnějším pacientům. Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů zvolilo 13 respondentů variantu ANO (regulační poplatky plní účel ve smyslu přesměrování peněz k potřebnějším pacientům), 41 respondentů uvedlo variantu SPÍŠE ANO (spíše souhlasí s tvrzením, že regulační poplatky plní předpokládaný účel ve smyslu přesměrování peněz k potřebnějším pacientům), 16 respondentů konstatovalo, že regulační poplatky SPÍŠE NEPLNÍ zamýšlený účel vedoucí k přesměrování financí k potřebnějším pacientům, a 9 respondentů zvolilo variantu NE (regulační poplatky neplní svůj účel – přesměrování financí k potřebnějším pacientům).

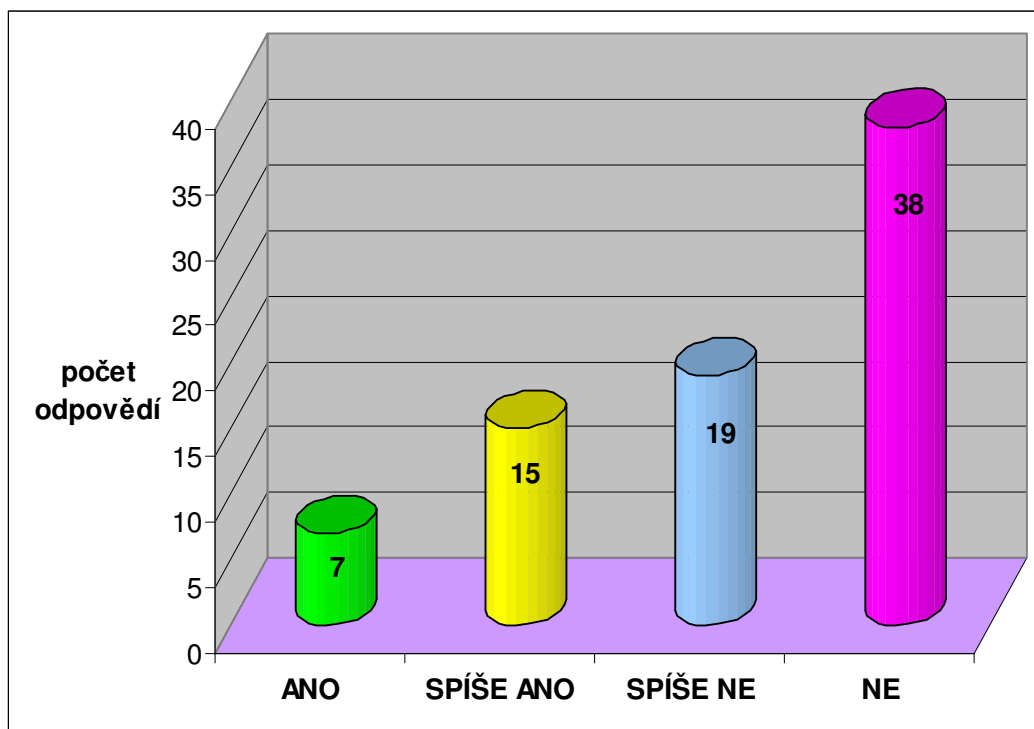
Graf 20: Názor na úhradu pokuty 50 000 Kč za neoprávněné vybírání nebo nevybírání regulačních poplatků (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 17. V této otázce jsem se tázala ambulantních specialistů, zda souhlasí se zavedením pokuty 50 000 Kč za neoprávněné vybírání nebo nevybírání regulačních poplatků. Z výzkumného souboru 79 (100 %) ambulantních specialistů odpovědělo 75,9 % (60) respondentů, že nesouhlasí se zavedením pokuty 50 000 Kč za neoprávněné vybírání a nevybírání regulačních poplatků, 24,1 % (19) respondentů souhlasí se zavedením této pokuty.

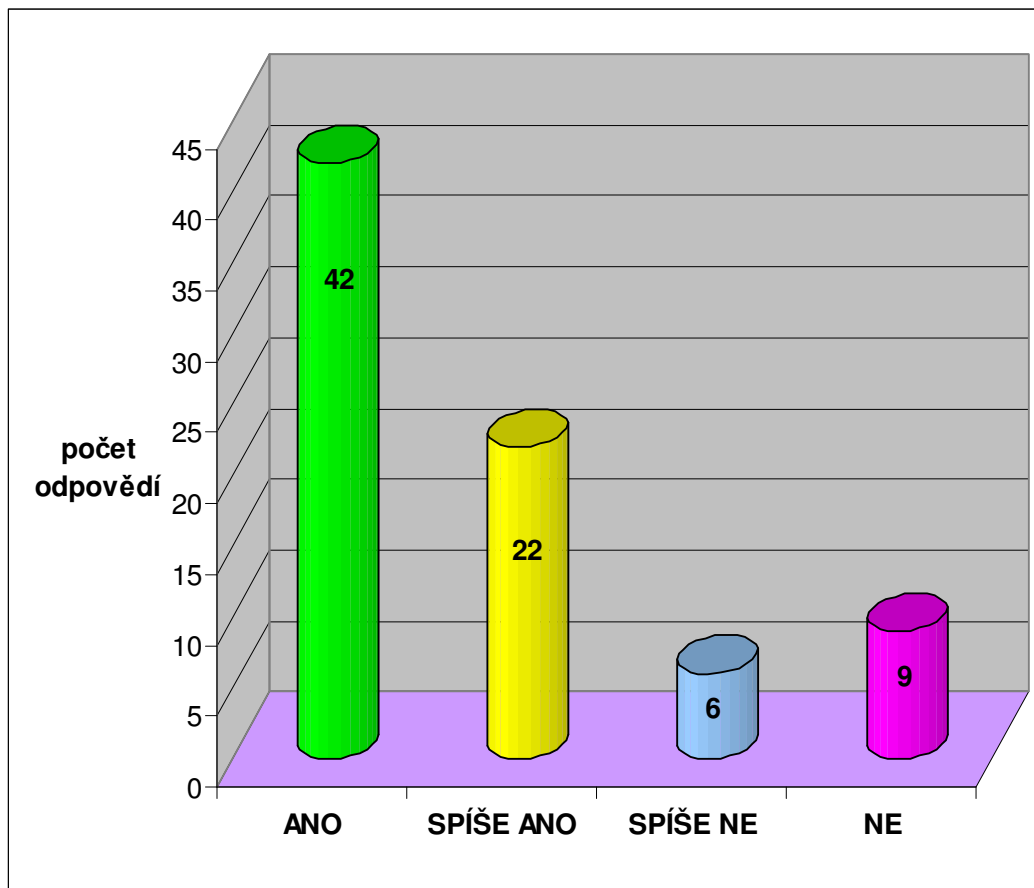
Graf 21: Opakované udělení pokuty za nevybírání či neoprávněné vybírání regulačních poplatků jako důvod pro ukončení smluvního vztahu (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 21 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 18. V této otázce jsem se tázala respondentů, zda považují za oprávněné, že opakované udělení pokuty za nevybírání nebo neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři či zdravotnickými zařízeními je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů uvedlo 7 respondentů variantu ANO (považují za oprávněné, že opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smluvního vztahu), 15 respondentů uvedlo variantu SPÍŠE ANO (spíše považují za správné, že opakované udělení pokuty je důvodem k ukončení smluvního vztahu), 19 respondentů pro svoji odpověď zvolilo variantu SPÍŠE NE a 38 respondentů zvolilo variantu odpovědi NE (nepovažují za oprávněné, že opakované udělení pokuty je důvodem k ukončení smluvního vztahu).

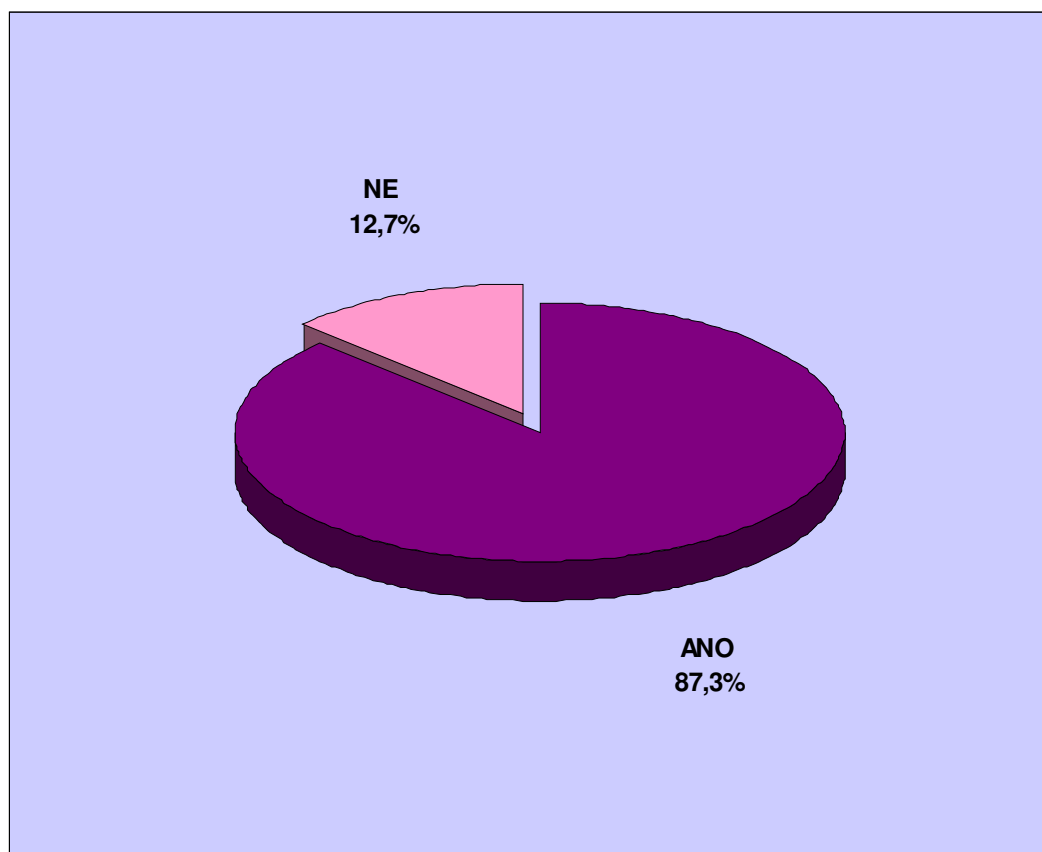
Graf 22: Zrušení regulačních poplatků u dětí (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 19, ve které jsem se tázala ambulantních specialistů, zda souhlasí s návrhem ministryně zdravotnictví na zrušení regulačních poplatků u dětí do 18-ti let. Z výzkumného souboru 79 ambulantních specialistů zvolilo 42 respondentů odpověď ANO (souhlasí se zrušením regulačních poplatků u dětí do 18-ti let), 22 respondentů uvedlo variantu SPÍŠE ANO (spíše souhlasí se zrušením regulačních poplatků pro děti do 18-ti let), 6 respondentů uvedlo, že s návrhem ministryně na zrušení regulačních poplatků u dětí do 18-ti let SPÍŠE NESOUHLASÍ a 9 respondentů zvolilo odpověď NE (nesouhlasí se zrušením regulačních poplatků pro děti do 18-ti let).

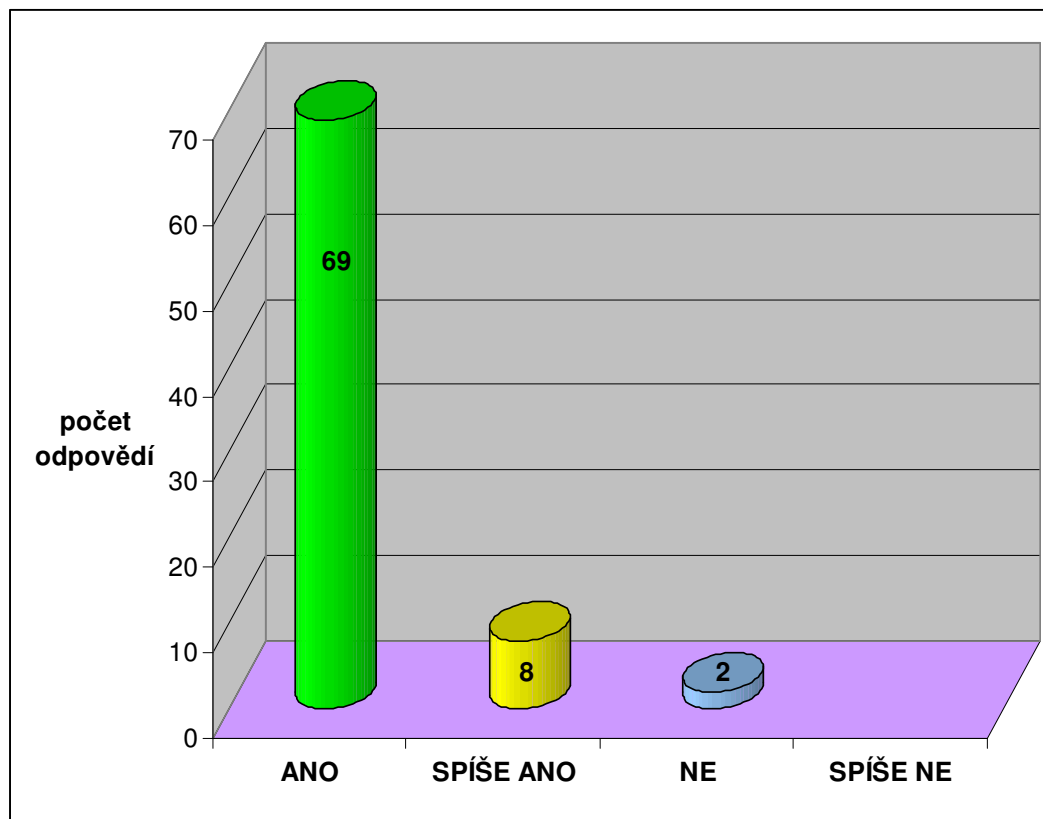
Graf 23: Názor na souhlas s ochranným limitem chránícím především pacienty trpící více chorobami a chronické pacienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 20, která se týkala ochranného ročního limitu 5000 Kč, ten by měl chránit především pacienty trpící více chorobami a chronicky nemocné pacienty. Z výzkumného souboru 79 (100 %) ambulantních specialistů 87,3 % (69) souhlasí s tvrzením, že ochranný limit regulačních poplatků chrání pacienty s chronickým onemocněním a pacienty trpící více chorobami, 12,7 % (10) ambulantních specialistů nesouhlasí s tvrzením, že by ochranný limit chránil pacienty s více chorobami a chronické pacienty.

Graf 24: Nahrazení regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních – větší administrativní zátěž pro lékaře a zdravotnická zařízení (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 24 jsou vyhodnoceny odpovědi ambulantních specialistů na otázku číslo 21. V této otázce jsem se ptala ambulantních specialistů, zda nahrazení regulačních poplatků darovacími smlouvami v krajských zdravotnických zařízeních znamená větší administrativní zátěž pro lékaře a zdravotnická zařízení. Z výzkumného souboru 79 respondentů se 69 respondentů domnívá, že nahrazení regulačních poplatků darovacími smlouvami v krajských zdravotnických zařízeních znamená pro lékaře a zdravotnická zařízení větší administrativní zátěž, 8 respondentů uvedlo odpověď SPÍŠE ANO (spíše se domnívají, že darovací smlouvy jsou pro zdravotnická zařízení a lékaře větší administrativní zátěží než regulační poplatky), 2 respondenti se domnívají,

že darovací smlouvy neznamenaají pro lékaře a zdravotnická zařízení větší administrativní zátěž. Variantu SPÍŠE NE nevyužil k odpovědi žádný s dotázaných ambulantních specialistů.

5 Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo podat náhled na problematiku související se zavedením regulačních poplatků u ambulantních specialistů a porovnat návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů oproti roku 2007. Porovnání výsledků mého výzkumu s odbornou literaturou a dostupnými elektronickými zdroji.

V diskuzi uveřejňuji informace a data, které mi poskytla Všeobecná zdravotní pojišťovna, týkající se návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů v roce 2007 a 2008. Dále také informace týkající se pokut za nevybírání nebo neoprávněné vybírání regulačních poplatků, které Všeobecná zdravotní pojišťovna shromažďuje.*

Vzhledem k tomu, že návštěvy pacientů jsou velmi špatně definovány, byly mi poskytnuty údaje o počtech unikátních pojištěnců. Unikátní pojištěnec je definován jako vykázané rodné číslo během daného časového období, bez vlivu, kolikrát bylo toto rodné číslo během daného období vykázano (17).

Pro zmapování situace a získání údajů týkajících se návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů byl použit dotazník, který byl identický pro všechny ambulantní specialisty.

První otázka v dotazníku je identifikační. Otázka číslo 1 a graf 1 podává informaci o zastoupení ambulantních specialistů na základě jejich odbornosti ve výzkumném souboru. Zastoupení ambulantních specialistů ve výzkumném souboru bylo následující: 16,5 % (13) interních lékařů, 15,2 % (12) plicních lékařů, 12,7 % (10) chirurgů, 10,1 % (8) očních lékařů, 8,9 % (7) kožních lékařů, 5,1 % (4) onkologů, 5,1 % (4) psychiatrů, 5,1 % (4) anesteziologů, 3,8 % (3) urologů, 3,8 % (3) ušních, nosních, krčních lékařů, 3,8 % (3) ortopedů, 2,5 % (2) neurologů, 2,5 % (2) alergologů, 2,5 % (2) gynekologů, 2,5 % (2) rehabilitačních lékařů.

*Za účelem kvalitního zpracování mé diplomové práce jsem navázala spolupráci s VZP v Praze a během roku 2008 mi byla poskytnuta velmi kvalitní a podrobná data týkající se návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů za rok 2007. V roce 2008 došlo na Ústředí VZP v Praze ke změně pravidel poskytování údajů ke studijním účelům. V souvislosti s touto úpravou mi byly poskytnuty jen výše uvedené údaje.

I přestože pro výběr ambulantních specialistů výzkumného do souboru bylo využito metody náhodného výběru prostého, výzkumný soubor obsahoval reprezentativní vzorek s majoritním zastoupením signifikantních skupin odborných lékařů.

V otázce číslo 2 jsem se tázala, zda ambulantní specialisté zaznamenali pokles návštěvnosti pacientů ve svých ambulancích v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Z výsledků mého dotazníkového šetření je zřejmé, že 69,6 % (55) ambulantních specialistů nezaznamenalo pokles návštěvnosti ve svých ambulancích v roce 2008, 30,4 % (24) ambulantních specialistů naopak pokles návštěvnosti v souvislosti se zavedením regulačních poplatků pozorovalo. Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve své hodnotící zprávě týkající se dopadu regulačních poplatků na návštěvnost za rok 2008 uvádí, že počet návštěv u ambulantních specialistů poklesl oproti roku 2007 o 15,32 % a u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních o 19,15 % (33).

Z výsledků Ministerstva zdravotnictví České republiky je patrný mírný pokles návštěvnosti pacientů po zavedení regulačních poplatků u ambulantních specialistů. V kontradikci s údaji Ministerstva zdravotnictví výsledky mého výzkumu nepotvrzují data Ministerstva zdravotnictví. Důvodem této diskrepance je fakt, že mé dotazníkové šetření probíhalo na omezeném vzorku ambulantních specialistů a v omezeném časovém intervalu. **Hypotéza 1: V souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo ve srovnání s rokem 2007 ke snížení návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů. Na základě výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že Hypotéza 1 byla souborem respondentů vyvrácena.**

Skupinu odborných lékařů, která uvedla, že pokles návštěvnosti v souvislosti se zavedením regulačních poplatků zaznamenala, představují plíční lékaři, oční lékaři, kožní lékaři, chirurgové, rehabilitační lékaři, internisté, ortopedové a ušní, nosní, krční lékaři. Naopak gynekologové, onkologové, neurologové, alergologové, anesteziologové (ambulace bolesti), psychiatři a urologové a uvádějí, že pokles návštěvnosti v jejich ambulancích nenastal.

Data poskytnutá Všeobecnou zdravotní pojišťovnou týkající se unikátních pojištěnců u jednotlivých ambulantních specializací jsou následující:

	unikátní pojištěnci 2007	unikátní pojištěnci 2008
alergologie	753 375	721 632
anesteziologie	407 549	429 833
gynekologie	4 246 650	4 030 126
chirurgie	2 570 337	2 410 722
interna	2 518 010	2 438 697
kožní	1 780 849	1 550 558
neurologie	1 509 134	1 468 467
oční	2 615 896	2 417 081
ORL	1 421 891	1 286 344
onkologie	429 384	430 314
ortopedie	1 757 677	1 666 426
plicní	908 391	869 859
psychiatrie	881 229	855 302
rehabilitace	1 887 902	1 826 325
urologie	993 824	984 168 (17)

Všeobecná zdravotní pojišťovna uvedla návštěvy pacientů v letech 2007 a 2008 jako počty unikátních pojištěnců. Tyto údaje nezohledňují opakované návštěvy pacientů u jednotlivých ambulantních specialistů. V mém dotazníkovém šetření ambulantní specialisté zohlednili i opakované návštěvy pacientů.

V otázce číslo 3 dotazníkového šetření jsem se ptala, zda ambulantní lékaři zaznamenali u svých pacientů pokles návštěvnosti v závislosti na pohlaví pacientů. V otázce číslo 4 jsem se ptala respondentů, zda vyšší pokles návštěvnosti zaznamenali u pacientů (mužů) a v otázce číslo 5 jsem se ptala, jestli vyšší pokles návštěvnosti byl respondenty zaznamenán u žen (pacientek) než u mužů (pacientů). Plicní lékařka z ambulance TBC a respiračních onemocnění z Praze 6 poskytla pro účely mé diplomové práce svoji evidenci pacientů a záznamy týkající se návštěvnosti za rok 2007 a 2008. Z těchto záznamů vyplývá, že plicní ambulanci navštívilo 1033 pacientů v roce 2007 z tohoto počtu bylo 432 (42 %) mužů a 601 (58 %) žen, v roce 2008 bylo ošetřeno v této plicní ambulanci celkem 1189 pacientů, z toho 491 (42 %) žen a 698 (58 %) mužů (46). Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že 89,9 % (71) ambulantních

specialistů pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na pohlaví pacientů nezaznamenala, 10,1% (8) odborných lékařů uvedlo, že zaznamenali pokles návštěvnosti pacientů ve svých ambulancích v závislosti na pohlaví pacientů. Dále 11,7 % (9) ambulantních specialistů uvedlo, že zaznamenalo vyšší pokles návštěvnosti u mužů, 88,3 % (68) respondentů vyšší pokles návštěvnosti u mužů nezaznamenalo. Vyšší pokles návštěvnosti u žen zaznamenalo 16,5% (13) ambulantních specialistů, 83,5 % (66) vyšší pokles návštěvnosti u žen nepozorovalo. **Hypotéza 3: Vliv na návštěvnost u ambulantních specialistů v souvislosti se zavedením regulačních poplatků bude u obou pohlaví srovnatelný. Na základě těchto výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že Hypotéza 3 byla souborem respondentů potvrzena.**

V otázce číslo 6 jsem se ptala ambulantních specialistů, zda byl zaznamenán pokles návštěvnosti v závislosti na věku pacientů. Dále v otázce číslo 7 dotazníkového šetření jsem se tázala, zda zaznamenali nejvyšší pokles návštěvnosti ve skupině pacientů důchodového věku. Poslední otázkou sledující pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na věku, přestavovala otázka číslo 8. V této otázce jsem se dotazovala, zda byl pozorován nejnižší pokles návštěvnosti u pacientů v produktivním věku. Předpokládalo se, že nejvyšší pokles návštěvnosti bude zaznamenán u pacientů ve věku nad 65 let vzhledem k faktu, že tuto skupinu představují pojištěnci pobírající starobní důchod a jejich finanční příjmy jsou nižší než u pojištěnců v produktivním věku. Proti tomuto očekávání stál fakt, že senioři představují největší skupinu pacientů trpících chronickým a vícečetným onemocněním, a proto jsou na péči a odborné léčbě závislí více než pacienti jiných věkových skupin. U pacientů v produktivním věku se předpokládal nejnižší pokles návštěvnosti z důvodů, že pro ně regulační poplatky nebudou znamenat výraznou ekonomickou zátěž (28). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 25,3 % (20) ambulantních specialistů zaznamenalo pokles návštěvnosti pacientů v závislosti na vzrůstajícím věku a 74,7 % (59) ambulantních specialistů pokles návštěvnosti u svých pacientů nezaznamenalo. Dále 29,1 % (23) respondentů uvedlo, že u pacientů v důchodovém věku pozorovalo nejvyšší pokles návštěvnosti. Naopak 70,9 % (56) respondentů nejvyšší pokles návštěvnosti u pacientů důchodového věku nezaznamenalo. U pacientů v produktivním věku 26,6% (21) ambulantních

specialistů pozorovalo pokles návštěvnosti, který byl ve srovnání s jinými věkovými skupinami nejnižší. 73,4 % (58) ambulantních specialistů nepozorovalo u pacientů v produktivním věku pokles návštěvnosti.

Na otázku číslo 9, v níž jsem se tázala, zda bylo pozorováno prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů po zavedení regulačních poplatků. Předpokládalo se, že zavedení regulačních poplatků bude mít vliv na případné prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami, také z důvodu, že se pacientům nevyplatí čekat na lék, který jsi mohou zakoupit v lékárně bez receptů. Proti tomuto tvrzení stál předpoklad, že ambulantní specialisté poskytují natolik odbornou a specializovanou péči především chronicky nemocným pacientů, u kterých pravidelné návštěvy lékaře specialisty povedou k zlepšení či stabilizaci jeho zdravotního stavu. Na tuto otázku odpovědělo 30 ambulantních specialistů, že pozorovali prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů po zavedení regulačních poplatků, 49 ambulantních specialistů uvedlo, že tento trend nepozorovali. Z uvedeného vyplývá, že nadpoloviční většina ambulantních specialistů nezaznamenala snahu ze strany pacientů o prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami. Důvod tohoto jevu spatřuji v tom, že v ambulancích odborných lékařů je poskytována specializovaná léčba, která, aby splnila svůj účel, vyžaduje návštěvy pacientů v pravidelných intervalech.

V otázce číslo 10 jsem se tázala, zda zaznamenali ambulantní lékaři po zavedení regulačních poplatků u svých pacientů neochotu či nezájem dostavit se na kontrolu. Očekávalo se, že pro určitou skupinu pacientů by opakované návštěvy u ambulantního specialisty mohly znamenat finanční zátěž, a proto by mohlo docházet ke snaze ze strany pacientů kontroly u ambulantních specialistů omezit či zcela eliminovat. Naopak proti tomuto očekávání stojí fakt, že pacient hradí regulační poplatek u lékaře jen v případě, že mu bylo poskytnuto klinické vyšetření. Ministerstvo zdravotnictví na svých webových stránkách uvádí příklad - pacient při opakovaných převazech ran do 10 cm² v chirurgických ambulancích poplatek nehradí, pokud mu v souvislosti s tímto převazem ran nebylo poskytnuto klinické vyšetření (34). V dotazníkovém šetření 88,6 % (70) ambulantních specialistů uvedlo, že nezájem či neochotu dostavit se na kontrolu u svých pacientů nezaznamenalo, 11,4 % (9) zaznamenalo snahu

pacientů nedostavit se na kontrolu. **Hypotéza 4: Zavedení regulačních poplatků nepovede k prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů u ambulantních specialistů. Na základě těchto výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že Hypotéza 4 byla souborem respondentů potvrzena.**

V otázce číslo 11 jsem žádala ambulantní specialisty, aby uvedli 1-3 diagnózy, u kterých mohou říct, že u pacientů s těmito diagnózami ambulantní specialisté nepozorovali pokles návštěvnosti. V otázce číslo 12 jsem požadovala od ambulantních specialistů, aby uvedli 1-3 diagnózy, u kterých mohou říct, že u pacientů s těmito diagnózami ambulantní specialisté pozorovali pokles návštěvnosti. Z výzkumného souboru 79 (100 %) ambulantních specialistů 72,2 % (57) uvedlo, že nepozorovali pokles návštěvnosti v závislosti na diagnóze pacienta, 27,8 % (20) ambulantních specialistů pokles v závislosti na onemocnění pacienta zaznamenalo. Ambulantní specialisté, kteří pokles návštěvnosti v závislosti na diagnóze pacienta zaznamenali, uvedli celkem 23 (100 %) diagnóz. Z tohoto počtu uvedených onemocnění 91,3 % (21) diagnóz představuje chronická onemocnění a 8,7 % (2) akutní onemocnění. V otázce číslo 12, 79 (100 %) ambulantních specialistů uvedlo 68 diagnóz, u kterých mohli říci, že u pacientů s těmito diagnózami nepozorovali pokles návštěvnosti. Z celkového počtu 68 (100 %) diagnóz připadlo 73,5 % (50) na chronická onemocnění a 26,5 % (18) na akutní onemocnění. **Hypotéza 2: Se zavedením regulačních poplatků nedošlo k výraznému poklesu návštěvnosti u pacientů s chronickým onemocněním. Na základě těchto výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že Hypotéza 2 byla souborem respondentů potvrzena.**

Na otázku číslo 13, v níž jsem se tázala, zda největší pokles návštěvnosti po zavedení regulačních poplatků pozorovali ambulantní specialisté v prvním čtvrtletí roku 2008. Očekávalo se, že dojde k výraznému poklesu návštěvnosti pacientů v prvním čtvrtletí roku 2008 vlivem předzásobení se léky pacienty na sklonku roku 2007. V ambulancích odborných lékařů jsou léčeni pacienti u nichž úspěch jejich léčby závisí na pravidelném sledování jejich stavu a pravidelné terapii. Jako příklad může posloužit léčba pacientů s onkologickým onemocněním. Také léčba pacientů s chronickou nádorovou bolestí, v ambulancích pro léčbu bolesti, kdy léčba těchto pacientů musí být

pravidelně monitorována lékařem (48). Ministerstvo zdravotnictví České republiky uvádí ve své prezentaci s názvem „Sledování dopadu regulačních poplatků“, že pokles návštěvnosti pacientů v ordinacích ambulantních specialistů byl nejvyšší v prvním čtvrtletí roku 2008 (21). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 41,8 % (33) ambulantních specialistů pozorovalo největší pokles návštěvnosti ve svých ambulancích právě v prvním čtvrtletí roku 2008. Naopak 58,2 % (46) ambulantních specialistů největší pokles návštěvnosti ve svých ordinacích nezaznamenala.

V otázce číslo 14 jsem se tázala odborných lékařů, zda se domnívají, že převedení povinnosti pacientů hradit regulační poplatky na Krajské úřady povede k výrazné změně návštěvnosti pacientů v jejich ambulancích. Od 1. února 2009 se předpokládá, že dojde k poklesu návštěvnosti pacientů, díky možnému způsobu úhrady regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních formou darovacích smluv, kdy je pojištěnci poskytnut Krajským úřadem finanční dar na úhradu regulačních poplatků. Proti tomuto předpokladu stojí fakt, že vyplnění *Návrhu na uzavření darovací smlouvy* je pro pacienty časovou a administrativní zátěží, která většinu pacientů odradí od návštěvy krajského zdravotnického zařízení. Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že 84,8 % (67) ambulantních specialistů uvedlo, že změna v hrazení regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních nepovede k výrazné změně návštěvnosti pacientů v jejich ambulancích. 15,2 % (12) ambulantních specialistů konstatovalo, že tato úprava hrazení regulačních poplatků povede k výrazné návštěvnosti v jejich ordinacích. Vzhledem k tomu, že k této úpravě došlo v krátkém časovém úseku, nejsou v současné době dostupná žádná data, která by popisovala vliv této změny úhrady v krajských zdravotnických zařízeních na návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů.

V patnácté otázce jsem se tázala ambulantních specialistů, zda podle jejich názoru splnily regulační poplatky zamýšlený účel ve smyslu omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb. Předpokládalo se, že regulační poplatky přinesou do zdravotnictví finanční prostředky a dojde k finančním úsporám v rámci celého zdravotního systému, které budou využity k financování nákladné léčby v moderních specializovaných centrech. Proti tomu stála úvaha, zda jsou regulační poplatky

nastaveny správně a dostatečně citlivě, aby mohly plnit zamýšlený záměr. Ministerstvo zdravotnictví ve své tiskové zprávě s názvem „Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných“ ze dne 11. března 2009 uvádí, že regulační poplatky splnily svůj účel a do českého zdravotnictví přinesly celkovou úsporu ve výši deset miliard korun – pět miliard se vybralo na regulačních poplatcích a dalších pět miliard tvoří úspory uvnitř systému, které zdravotní pojišťovny využily na financování moderní léčby. Regulační poplatky také pozitivně ovlivnily dostupnost zdravotnických zařízení, dále lékařská služba první pomoci přestala být zneužívána (bylo ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti). Podle vyjádření mistryně zdravotnictví Daniely Filipové se regulačními poplatky podařilo výrazně omezit plýtvání ve zdravotnictví (33). 15 ambulantních specialistů uvedlo, že regulační poplatky splnily tento účel, 37 ambulantních specialistů se *spíše domnívá*, že regulační poplatky vedly k omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb, 20 odborných lékařů se *spíše nedomnívá*, že regulační poplatky plnily zamýšlený cíl, tedy omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb, 7 ambulantních specialistů uvedlo, že dle jejich názoru regulační poplatky nesplnily stanovený cíl ve smyslu omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb.

V otázce číslo 16 jsem se tázala ambulantních specialistů, jestli souhlasí s tvrzením, že regulační poplatky plní svůj účel ve smyslu přesměrování peněz k potřebnějším pacientům. Předpokládalo se, že ušetřené finance díky změně chování pacientů přispějí k úhradě dříve nedostupné a nákladné léčby závažných a na léčbu finančně náročných onemocnění. Naopak proti tomuto předpokladu stály pochybnosti o regulačních dopadech poplatků u lékaře, za hospitalizaci, za recept a za návštěvu lékařské služby první pomoci. Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve své tiskové zprávě „Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných“ uvádí, že regulační poplatky ve zdravotnictví splnily svůj primární účel ve smyslu přesměrování od banalit k léčbě závažnějších onemocnění. Podařilo se ušetřit prostředky za levné léky a přesunout tyto prostředky na péči o těžce nemocné.

Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že bylo vybráno 5024 miliónů Kč na regulačních poplatcích, z toho připadá 1801 miliónu Kč na ambulantní služby, 2437 miliónu Kč na recepty v lékárnách, 107 miliónu Kč na pohotovost a 679 miliónů na lůžkové služby. Ministerstvo zdravotnictví dále odhaduje, že regulační poplatky přinesly následující úspory za ambulantní služby 1250 miliónu Kč, zde bylo ušetřeno 4,15 miliónu klinických vyšetření, na receptech byla odhadnuta úspora 3630 miliónu Kč, na pohotovostech bylo ušetřeno 400 tisíc návštěv a za lůžkové služby Ministerstvo zdravotnictví odhaduje úsporu 165 miliónu Kč, což představuje 205 tisíc ošetrovacích dnů. Ve specializovaných zdravotnických centrech pro léčbu onkologických či neurologických onemocnění bylo léčeno o 40 % více pacientů než v roce 2007. VZP také uvádí, že počet operací kyčelních a kolenních náhrad vzrostl o 35 %. Ministerstvo zdravotnictví České republiky dále uvádí, že regulační poplatky vedly k zpřístupnění dříve omezeně dostupné a nákladné léčby pro vážně nemocné, zvýšení dostupnosti účinné a moderní léčby ve specializovaných centrech, zvýšení počtu operačních zákroků a zkrácení dlouhých čekacích lhůt (33). Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že 13 ambulantních specialistů domnívá, že regulační poplatky splnily svůj záměr ve smyslu přesměrování peněz k potřebnějším pacientům, 41 ambulantních specialistů se spíše domnívá, že regulační poplatky splnily účel ve smyslu přesměrování financí k potřebnějším pacientům, 20 ambulantních specialistů se spíše nedomnívá, že by regulační poplatky plnily tento účel, a 9 ambulantních specialistů se domnívá, že regulační poplatky nesplnily svůj účel, tedy přesměrování finančních prostředků na péči pro potřebnější pacienty.

V otázce číslo 17 jsem se tázala ambulantních specialistů, zda souhlasí se zavedením pokuty 50 000 Kč za nevybírání a neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři a zdravotnickými zařízeními. Očekávalo se, že dotazníkové šetření přinese nesouhlas ambulantních specialistů s pokutami za nevybírání regulačních poplatků a hlavně u těch, kteří s regulačními poplatky nesouhlasí nebo nevybírají regulační poplatky tak, jak jim stanoví zákon. Naopak u ambulantních specialistů, kteří s regulačními poplatky souhlasí a poplatky vybírají dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění se předpokládá souhlas s pokutou. Všeobecná

zdravotní pojišťovna neudělila v roce 2008 žádnou pokutu za nevybírání nebo neoprávněné vybírání regulačních poplatků. Případné nesrovnalosti, odhalené při kontrolách, řešila Všeobecná zdravotní pojišťovna cestou domluvy (17). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 75,5 % (60) nesouhlasí se zavedením pokuty 50 000 Kč při zjištění opakovaného a soustavného nevybírání či neoprávněného vybírání regulačních poplatků, 24,1 % ambulantních specialistů vyjádřilo svůj souhlas se zavedením pokuty 50 000 Kč v případě opakovaného neoprávněného vybírání nebo nevybírání regulačních poplatků. Domnívám se, že důvodem, proč 75,5 % ambulantních specialistů nesouhlasí se zavedením pokuty až do výše 50 000 Kč při zjištění opakovaného a soustavného nevybírání či neoprávněného vybírání regulačních poplatků, je obava lékařů, že tyto pokuty pro ně mohou být likvidační. Pokud bych měla vyjádřit svůj názor, se zavedením pokuty spíše souhlasím. Podle mého názoru by nezavedení pokuty vedlo k tomu, že část lékařů by se rozhodla jednat protiprávně a regulační poplatky by ve svých ambulancích nevybírat.

V otázce osmnácté jsem se tázala, zda považují za oprávněné, že opakované udělení pokuty zdravotními pojišťovnami za nevybírání regulačních poplatků lékaři či zdravotnickými zařízeními je důvodem pro ukončení smluvního vztahu. Předpokládala jsem podobné výsledky pro i proti opakovanému udělení pokuty zdravotními pojišťovnami. Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 16a uvádí, že opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení, v případě porušení povinnosti vybírat regulační poplatky nebo v případě, kdy zdravotnické zařízení poplatky vybírá neoprávněně, je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty (53). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 7 ambulantních specialistů považuje za správné ukončení smluvního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením v případě opakovaného udělení pokuty za nevybírání nebo neoprávněné vybírání regulačních poplatků. 15 ambulantních specialistů *spíše souhlasí* s tím, že v případě opakovaného udělení pokuty zdravotní pojišťovnou za nevybírání regulačních poplatků nebo neoprávněné vybírání poplatků může zdravotní pojišťovna ukončit smlouvu o poskytování a úhradě zdravotnické péče s lékařem či zdravotnickým zařízením.

19 ambulantních specialistů uvedlo, že *spíše nepovažuje* za správné, že opakované udělení pokuty za nevybírání či neoprávněné vybírání regulačních poplatků může být důvodem pro ukončení smluvního vztahu. 38 ambulantních specialistů nesouhlasí s tím, že opakované udělení pokuty za nevybírání regulačních poplatků a za neoprávněné vybírání regulačních poplatků je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty.

V otázce 19 jsem se tázala odborných lékařů, zda souhlasí s návrhem ministryně zdravotnictví na zrušení regulačních poplatků u dětí do osmnácti let. V době, kdy probíhalo dotazníkové šetření, se na děti vztahovala povinnost hradit regulační poplatky. Předpokládalo se, že ambulantní specialisté vyjádří solidaritu s rodiči dětí a naopak odmítnou regulaci návštěv dětských pacientů ve zdravotnických zařízeních. V případě, že by do dotazníkového šetření byli zahrnuti i praktičtí lékaři pro děti a dorost, očekávala bych spíše nesouhlas z důvodů snížení finančních příjmů pocházejících z vybraných regulačních prostředků. Internetový zdroj Ministerstva zdravotnictví České republiky uvádí, že od 1. dubna 2009 děti do 18-ti let nehradí regulační poplatek 30 Kč v za návštěvu u lékaře. Ostatní regulační poplatky u dětských pacientů do věku 18-ti let zůstávají v platnosti (59). Na tuto otázku odpovědělo 42 ambulantních specialistů kladně, tedy že souhlasí s návrhem ministryně zdravotnictví na zrušení regulačních poplatků u dětí. 22 odborných lékařů uvedlo, že spíše souhlasí s tímto návrhem na zrušení regulační poplatků pro děti do osmnácti let. 9 ambulantních specialistů nesouhlasilo s návrhem ministryně zdravotnictví na zrušení regulačních poplatků u dětí. Jen 6 ambulantních specialistů uvedlo, že spíše nesouhlasí s návrhem na zrušení regulačních poplatků u dětí. S návrhem ministryně zdravotnictví na zrušení regulačních poplatků plně souhlasím. Domnívám se, že bychom se neměli snažit regulovat návštěvy dětských pacientů v ambulancích lékařů. Zastávám názor, že je žádoucí podpořit první kontakt nemocného dětského pacienta s lékařem.

V otázce číslo 20 jsem se ptala odborných lékařů, zda se domnívají, že ochranný limit 5000 Kč chrání především pacienty s více chorobami a chronické pacienty. Očekávala jsem, že většina ambulantních specialistů bude s tímto tvrzením souhlasit z důvodu, že klientelu jejich ambulancí představují převážně chronicky nemocní

pacienti. Proti tomuto tvrzení stojí skutečnost, že ochranný limit nebyl citlivě nastaven u dětí a seniorů. Internetový zdroj Ministerstva zdravotnictví České republiky uvádí, že ochranný limit skutečně funguje a pomáhá například u pacientů s depresí a plícním onemocněním, u pacientů s diabetem, hypertenzí a hyperlipoproteinemií apod. V prvním čtvrtletí roku 2008 překročilo 199 pojištěnců, 1. pololetí roku 2008 překročilo ochranný limit 1306 pojištěnců a za celý rok 2008 se uvádí 18 700 pojištěnců (MZ). Od 1. dubna 2009 byl ochranný limit snižen z 5000 Kč na 2500 Kč u pojištěnců starších 65 let a u dětí mladších 18 let. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 87,3 % (69) ambulantních specialistů se domnívá, že roční ochranný limit chrání pacienty s chronickým onemocněním a pacienty s více nemocemi. 12,7 % (10) ambulantních specialistů není přesvědčeno o tom, že by ochranný limit chránil především pacienty s chronickým onemocněním a pacienty trpící více chorobami.

V otázce číslo 21 jsem se tázala ambulantních specialistů, zda se domnívají, že nahrazení regulačních poplatků darovacími smlouvami v krajských zdravotnických zařízeních přinese větší administrativní zátěž pro lékaře a zdravotnická zařízení. Očekávalo se, že pro většinu ambulantních specialistů budou darovací smlouvy znamenat větší administrativní zátěž oproti administrativnímu zpracování regulačních poplatků. Pokud srovnám informace z internetového zdroje Zlínského kraje, které uvádí kroky ke zpracování návrhů na uzavření darovacích smluv jakými jsou uzavření mandatorní smlouvy mezi Zlínským krajem a zdravotnickým zařízením, vyplnění žádosti o schválení finančního daru na úhradu regulačních poplatků a jedenkrát měsíčně vyhotovení seznamu pacientů, kteří s úhradou regulačního poplatku formou daru vyslovili souhlas s Metodickým pokynem pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona číslo 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, kde je popsán proces sdělování informací o poplatcích zdravotní pojišťovně, očekávala bych, že většina ambulantních specialistů uvede, že větší administrativní zátěž pro ně představují darovací smlouvy (25,32). V úvahu přichází také skutečnosti, že ne všichni ambulantní specialisté z výzkumného souboru budou mít zkušenost se zpracováním darovacích smluv a budou konstatovat, že darovací smlouvy

nepřestávají pro ně či zdravotnická zařízení větší administrativní zátěž. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 69 ambulantních specialistů se domnívá, že darovací smlouvy přinesou pro zdravotnická zařízení větší administrativní zátěž než samotné vybírání regulačních poplatků, 8 ambulantních specialistů se spíše domnívá, že darovací smlouvy budou větší administrativní zátěží pro zdravotnická zařízení než samotné regulační poplatky. 2 ambulantní specialisté se nedomnívají, že by darovací smlouvy znamenaly větší administrativní zátěž pro lékaře a zdravotnická zařízení.

6 Závěr

V České republice došlo 1. ledna 2008 k zavedení čtyř základních typů regulačních poplatků do českého zdravotnictví. V průběhu roku 2008 a počátkem roku 2009 proběhlo několik výrazných změn v procesu hrazení regulačních poplatků pojištěnci zdravotnickým zařízením, která zdravotnickou službu pojištěnci poskytla. Právní úprava zákona o veřejném zdravotním pojištění prošla několikrát novelizací. V současné době se stále pracuje na přijetí nových zákonů souvisejících s reformou zdravotní péče v České republice. Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na regulační poplatky zavedené od 1. ledna 2008 a na jejich vliv na návštěvnost u ambulantních specialistů v České republice.

V teoretické části diplomové práce jsem se pokusila shrnout problematiku regulačních poplatků a okrajově jsem se také dotýkala připravované reformy zdravotnictví. S využitím odborné literatury a dostupných elektronických zdrojů, které uvádím v seznamu použité literatury, jsem se pokusila přiblížit nejdůležitější informace týkající se regulačních poplatků a změn v hrazení regulačních poplatků, které nastaly v průběhu roku 2008 a 2009. Dále jsem se také zmínila o ochranném limitu regulačních poplatků, o skupině pojištěnců osvobozených od hrazení regulačních poplatků, pokutách za neoprávněné vybírání regulačních poplatků a nahrazení úhrady regulačních poplatků darovacími smlouvami v krajských zdravotnických zařízeních.

V praktické části diplomové práce jsem si stanovila za cíl zmapovat a vyhodnotit vliv zavedení regulačních poplatků na návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů. Na základě prostudované odborné literatury a odborných časopisů byly stanoveny tři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo podat ucelený náhled na problematiku související se zavedením a využitím regulačních poplatků zavedených od 1. ledna 2008 u ambulantních specialistů. Druhým dílčím cílem bylo porovnat návštěvnost pacientů u ambulantních specialistů oproti roku 2007. Třetím dílčím cílem bylo zhodnotit, zda došlo k výraznému poklesu návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů v souvislosti s věkem pacientů, pohlavím, poskytnutou péčí a onemocněním.

Cíl diplomové práce i dílčí cíle byly splněny.

Pro dosažení vytýčených cílů byly stanoveny čtyři hypotézy. V první hypotéze jsem předpokládala, že v souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo ve srovnání s rokem 2007 ke snížení návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů. Druhá hypotéza, ve které jsem předpokládala, že se zavedením regulačních poplatků nedošlo k výraznému poklesu návštěvnosti u pacientů s chronickým onemocněním. V třetí hypotéze jsem předpokládala, že vliv na návštěvnost u ambulantních specialistů v souvislosti se zavedením regulačních poplatků bude u obou pohlaví srovnatelný a v poslední čtvrté hypotéze jsem předpokládala, že zavedení regulačních poplatků nepovede k prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami pacientů u ambulantních specialistů. **První hypotéza byla výzkumem vyvrácena. Druhá, třetí a čtvrtá hypotéza byla výzkumem potvrzena.**

Diplomová práce by měla sloužit studentům ke studijním účelům, dále zdravotním pojišťovnám a Ministerstvu zdravotnictví České republiky jako doplnění informací o názorech a postojích lékařů k regulačním poplatkům. A v neposlední řadě jako samotná interpretace výsledků výzkumu ambulantním specialistům.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-X
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.3. Poslední aktualizované vydání 11.11.2004. 21s. [cit. 2009-05-12]
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3.1. Poslední aktualizované vydání 11.11.2004.16s. [cit. 2009-05-12]
4. BUCHAR, J. Ještě k reformě zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*, 2008, roč. 12, č. 7-8, s. 37-46. ISSN 1211-6432.
5. ČABANOVÁ, A. „Univerzity“, a.s., mají i odpůrce. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 51-52, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
6. ČABANOVÁ, A. Ministerstvo představilo své záměry. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 48, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
7. ČABANOVÁ, A. Pojišťovny se připravují na poplatky. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 41, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
8. ČABANOVÁ, A. Poplatky u zubních lékařů vyjasněny. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 50, s. 3. ISSN 0044-1996.

9. ČABANOVÁ, A. Soukromí lékaři proti dalším výjimkám. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 57, č. 5, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
10. ČERNÝ, V. Velké selhání (aneb, Proč Češi chodí často k lékaři a plýtvají léky?). *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 57, č. 4, s. 20. ISSN 0044-1996.
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Populační prognóza ČR do roku 2050*. [online].[cit.2009-03-04].Dostupné z: < <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04>>.
12. DAŇHOVÁ, A. 4+4 miliardy navíc (regulační poplatky). *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 15, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
13. DAŇHOVÁ, A. Vláda schválila poplatky. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 20, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
14. DAŇHOVÁ, A. Výběr poplatků bude povinný. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2007, roč. 56, č. 33-34, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
15. Dopady poplatků a jejich hrazení kraji (veřejná podpora hrazení poplatků v krajích) [online]. [cit. 2009-05-02]. Dostupné z: < <http://www.lekarnici.cz/>>.
16. DOSTÁL, O. Několik poznámek k připravované legislativě v rámci reforem ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*, 2008, roč. 12, č. 12, s. 3-10. ISSN 1211-6432.
17. GOŠ, R. – MELKUS, R. – LITMAN, J. Všeobecná zdravotní pojišťovna [osobní konzultace]. Údaje týkající se návštěvnosti pacientů u ambulantních specialistů v roce 2007 a v roce 2008. [cit. 2009-05-20]

18. HARAPÁTOVÁ, E. Návštěvnost pacientů v ambulanci kožního lékaře – chroničtí pacienti [osobní konzultace]. [cit.2009-05-05].
19. HEALTH NEWS. Czech lawmakers strike down direct fees in health care [online]. [cit.2008-12-29]. Dostupné z: < http://www.monstersandcritics.com/news/health/news/article_1449496.php/Czech_lawmakers_strike_down_direct_fees_in_health_care>.
20. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 2. vydání. Praha: Portal, 2006. 583s. ISBN 80-7367-123-9.
21. HROBOŇ, P. - JULÍNEK, T. – ŠNAJDR, M. Sledování dopadu regulačních poplatků [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2009-02-11]. Dostupné z:<<http://www.mzcr.cz/Pages/621-fakta-o-regulacnich-poplatcich-a-jejich-dopadech.html> >.
22. JULÍNEK, T. et al. Reforma zdravotnictví [online]. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století. Praha: Občanské sdružení Reforma zdravotnictví - forum.cz, 2005 [cit. 2008-11-20]. Dostupné z: <<http://www.reformazdravotnictvi.cz/>>.
23. JULÍNEK, T. et al. Zdravotnictví musí být pro nemocné, jen tak bude pro všechny [online]. Reforma zdravotní péče na míru. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2006 [cit. 2008-11-20]. Dostupné z: <<http://www.reformanamiru.cz/>>.
24. JULÍNEK, T. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2007 [cit. 2008-11-20]. Dostupné z:<<http://www.mzcr.cz/navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi/>>.

25. KRAJ ZLÍNSKÝ. Výpis usnesení z 2. zasedání dne 19. ledna 2009 [online]. [cit.2009-05-05]. Dostupné z: < <http://www.kr-zlinsky.cz/>>.
26. KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠ BATI ZLÍN. Prohlášení Zlínského kraje k regulačním poplatkům ve zdravotnictví [online]. [cit. 2009-03-29]. Dostupné z: <<http://www.bnzlin.cz/index.htm>>.
27. MAREŠ, P. Regulační poplatky a kontroly pacientů – onkologická ambulance [osobní konzultace]. [cit. 2009-02-23]
28. MERHAUTOVÁ, I. Souboj o poplatky ve zdravotnictví pokračuje. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 2, s. 11. ISSN 1210-0404.
29. MERTL, J. České regulační poplatky. *Zdravotnictví v České republice*, 2008, roč. 12, č. 4, s. 120-123. ISSN 1213-6050.
30. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Co přinesou nové zákony aneb reforma pokračuje [online].[cit. 2009-04-05]. Dostupné z: < <http://www.mzcr.cz/Pages/662-tk-pokracovani-reformy-zdravotnictvi-co-prinesou-nove-zakony.html>>.
31. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Jak od 1. dubna 2009 na regulační poplatky [online]. [cit. 2009-04-05]. Dostupné z:<<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html>>.
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních

poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely [online]. [cit. 2009-05-10]. Dostupné z: < <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>>.

33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných [online]. [cit. 2009-04-15]. Dostupné z:<<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>>.
34. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Regulační poplatky u lékaře [online]. [cit. 2009-05-05]. Dostupné z: < <http://www.mzcr.cz/FAQ.html?situace=208>>.
35. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Regulační poplatky ve zdravotnictví fungují - ochranný limit pomáhá stále více lidem! [online]. [cit. 2009-05-02]. Dostupné z:<<http://www.mzcr.cz/Pages/485-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-funguji-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem.html>>.
36. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Změny v regulačních poplatcích [online]. [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: < <http://www.mzcr.cz/Pages/595-zmeny-v-regulacnich-poplatcich.html>>.
37. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

38. NEW EUROPE. Cost for patients escalate [online]. [cit. 2009-02-20]. Dostupné z: <<http://www.neurope.cz/>>
39. PAVLÍKOVÁ, O. Poplatky řeší ministerstvo vnitra. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2009, roč. 58, č. 8, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
40. PAVLÍKOVÁ, O. Prezident Klaus podepsal omezení poplatků. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2009, roč. 58, č. 8, s. 2. ISSN 0044-1996.
41. PAVLÍKOVÁ, O. Senát: Poplatky ano, ale s omezením. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 58, č. 5, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
42. PAVLÍKOVÁ, O. Sněmovna se opět zabývala poplatky. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2009, roč. 58, č. 14, s. 2. ISSN 0044-1996.
43. PITNER, L. Daň z přidané hodnoty a regulační poplatky ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*, 2008, roč. 12, č. 10, s. 19-20. ISSN 1211-6432.
44. POLICAR, R. Kdy se platí 90 korun u zubního lékaře? *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 57, č. 3, s. 20. ISSN 0044-1996.
45. POLICAR, R. Skutečně nelze dodržet novelu zákona? *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 57, č. 33-34, s. 19-20. ISSN 0044-1996.
46. POVÝŠILOVÁ, L. Návštěvnost pacientů v ambulanci TBC a respiračních nemocí v roce 2007 a v roce 2008 [osobní konzultace]. [cit.2009-02-19].

47. SCHWARTZ, Brian. Czech medical care no longer „free“. *Sunday's New York Times* [online]. [cit.2009-02-02]. Dostupné z: < <http://www.patientpowernow.org/2008/05/27/czech-health-care-not-free/>>.
48. SKÁLA, B. Péče o pacienty se závažným chronickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, 2008, roč. 5, č. 6, s.270-273. ISSN: 1214-8687.
49. SVOBODOVÁ, M. Bez poplatků jsou od ledna jen středočeští. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2009, roč. 58, č. 1-2, s. 3. ISSN 0044-1996.
50. SVOBODOVÁ, M. Poplatky? Působí zejména na pohotovost. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 57, č. 15, s. 4. ISSN 0044-1996.
51. ŠKAPÍK, M. Reforma nejsou jen poplatky. *Zdravotnické Noviny ČR*, 2008, roč. 57, č. 6, s. 21. ISSN 0044-1996.
52. TRÖSTER, Petr, et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: C.H. Beck, 2005. 348 s. ISBN 80-7179-856-8.
53. Úplné znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých částí souvisejících zákonů. Ostrava: Sagit, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7208-742-6.
54. VODVAŘKA, P. Vliv regulačních poplatků na návštěvnost podle pohlaví – ambulance onkologického lékaře [osobní konzultace]. [cit.2009-02-20].
55. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Doklad o zaplacení regulačního poplatku 30 Kč [osobní konzultace].[cit. 2009-05-16].

56. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Doklad o zaplacení regulačního poplatku 90 Kč [osobní konzultace]. [cit.2009-05-16].
57. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Doklad o zaplacení regulačního poplatku za hospitalizaci - 60 Kč [osobní konzultace]. [cit.2009-05-20].
58. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Platební automat k úhradě regulačních poplatků [osobní konzultace]. [cit.2009-05-16].
59. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. Regulační poplatky – změny od 1. 4. 2009 [online]. [cit. 2009-05-01]. Dostupné z:<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacnipoplatky/zmeny_k_1_4/>

8 Klíčová slova

Regulační poplatky

Ochranný limit regulačních poplatků

Pokuty za nevybírání regulačních poplatků

Ambulantní specialisté

Darovací smlouvy

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Regulační poplatek 30 Kč

Příloha 3: Regulační poplatek za hospitalizaci

Příloha 4: Regulační poplatek 90 Kč

Příloha 5: Platební automat k úhradě regulačních poplatků

Příloha 6: Návrh na uzavření darovací smlouvy

Příloha 7: Veřejná podpora hrazení regulačních poplatků v krajích

Příloha 8: Přehled úhrad regulačních poplatků Krajskými úřady v jednotlivých krajích

Příloha 1: Dotazník

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Jmenuji se Andrea Richterová a jsem studentkou oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování diplomové práce na téma: „Proces realizace reformy zdravotní politiky v České republice“. Dotazník je samozřejmě anonymní. Odpovědi, prosím, zaškrtněte do Vámi zvoleného okénka, popř. doplňte. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Andrea Richterová

DOTAZNÍK

1) Odbornost (specializace) lékaře/lékařky

.....

2) Pozoroval/a jste v roce 2008 pokles návštěvnosti pacientů ve vaší ambulanci v souvislosti se zavedením regulačních poplatků:

- Ano
 Ne

3) Zaznamenal/a jste rozdíl v poklesu návštěvnosti u vašich pacientů v závislosti na pohlaví:

- Ano
 Ne

4) Zaznamenal/a jste vyšší pokles návštěvnosti u vašich pacientů – mužů:

- Ano
 Ne

5) Zaznamenal/a jste vyšší pokles návštěvnosti u vašich pacientek - žen:

- Ano
 Ne

6) Zaznamenal/a jste pokles návštěvnosti u vašich pacientů v závislosti na věku:

- Ano
 Ne

7) Zaznamenal/a jste nejvyšší pokles návštěvnosti ve skupině pacientů důchodového věku:

- Ano
 Ne

8) Naopak nejnižší pokles návštěvnosti jste zaznamenal/a u pacientů v produktivním věku:

- Ano
 Ne

9) Pozoroval jste prodloužení intervalu mezi jednotlivými návštěvami vašich pacientů v roce 2008 po zavedení regulačních poplatků.

- Ano
 Ne
 Spíše Ano
 Spíše Ne

10) Pozoroval jste u vašich pacientů po zavedení regulačních poplatků nezáměr nebo neochotu dostavit se na kontrolu:

- Ano
 Ne

11) Prosím uveďte alespoň 1-3 diagnózy u kterých můžete říci, že u pacientů s těmito diagnózami jste nepozoroval pokles návštěvnosti ve vaší ambulanci.

- 1)
- 2)
- 3)

12) Prosím uveďte alespoň 1-3 diagnózy u kterých můžete říci, že u pacientů s těmito diagnózami jste pozoroval pokles návštěvnosti ve vaší ambulanci.

- 1).....
- 2).....
- 3).....

13) Lze říci, že největší pokles návštěvnosti po zavedení regulačních poplatků jste pozoroval/a v první čtvrtletí roku 2008:

- Ano
- Ne

14) Domníváte se, že převedení povinnosti pacientů platit regulační poplatky na Krajské úřady od 1.2.2009 povede k výrazné změně návštěvnosti pacientů ve vaší ambulanci:

- Ano
- Ne

15) Domníváte se, že dle Vašeho názoru splnily regulační poplatky zamýšlený účel (omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb):

- Ano
- Spíše Ano
- Ne
- Spíše Ne

16) Souhlasíte s tvrzením, že regulační poplatky plní svůj účel se smyslu přesměrování peněz k potřebnějším pacientům.

- Ano
- Spíše Ano
- Ne
- Spíše Ne

17) Souhlasíte se zavedením pokuty 50 000 Kč za nevybírání a za neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři a zdravotnickými zařízeními:

- Ano
- Ne

18) Považujete za oprávněné (správné), že opakované udělení pokuty za nevybírání a za neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři či zdravotnickými zařízeními je důvodem pro ukončení smluvního vztahu:

- Ano
- Spíše Ano
- Ne
- Spíše NE

19) Souhlasíte s návrhem ministryně zdravotnictví na zrušení regulačních poplatků u dětí do 18-ti let:

- Ano
- Spíše Ano
- Ne
- Spíše Ne

20) Souhlasíte s tvrzením, že ochranný roční limit 5000 Kč chrání především pacienty trpící více chorobami a chronické pacienty:

- Ano
- Ne

21) Domníváte se, že nahrazení regulačních poplatků darovacími smlouvami v krajských zdravotnických zařízeních znamená větší administrativní zátěž pro lékaře či zdravotnická zařízení:

- Ano
- Spíše Ano
- Ne
- Spíše Ne

Na závěr bych Vám chtěla poděkovat za Váš čas, který jste mi věnovali vyplněním tohoto dotazníku. Věřím, že informace, které jste poskytli vyplněním dotazníku mi pomohou lépe zpracovat diplomovou práci.

Příloha 2: Regulační poplatek 30 Kč



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 22496 1111

30, – Kč

Kupon pro zaplacení regulačního poplatku





1000002260852

Vystaveno: 16.05.2009 #3
Platnost kuponu 14 dní



Zdroj (55)

Příloha 3: Regulační poplatek za hospitalizaci

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08 IČ 00064165, číslo účtu: 24035021/0100		
Potvrzení o zaplacení regulačního poplatku		
V Praze dne: 20.05.2009		Pracoviště 20333
Pacient		
Č. pojištění :		
Částka: 60,- Kč	Číslo poplatku : 1288007	
Kupón:		
Podpis osoby přijímající poplatek	Razítko	

Vytištěno dne: 20.5.2009

Zdroj (57)

Příloha 4: Regulační poplatek 90 Kč



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

IČ 00064165, tel. 22496 1111

90, – Kč

Kupon pro zaplacení regulačního poplatku

1000002260883

Vystaveno: 16.05.2009 #3

Platnost kuponu 14 dní



Zdroj (56)

Příloha 5: Platební automat k úhradě regulačních poplatků



Zdroj (58)

Příloha 6: Návrh na uzavření darovací smlouvy

Návrh na uzavření darovací smlouvy

č.....

Já, níže podepsaný(á)
r.č., trvale bytem¹
(dále jen „navrhovatel“) navrhuji Zlínskému kraji, aby se mnou uzavřel darovací smlouvu, v níž Zlínský kraj bude na straně dárce a já na straně obdarovaného, přičemž předmětem smlouvy bude peněžítý dar ve výši 30,- Kč, slovy třicetkorunčeských.

V případě poskytnutí daru prohlašuji, že dar přijímám a souhlasím se zaplacením darované částky přímo na účet *nemocnice* (dále jen „zdravotnické zařízení“) za účelem úhrady regulačního poplatku za návštěvu zdravotnického zařízení vymezenou v § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“) uskutečněnou dne.....

Souhlasím s tím, aby Zlínský kraj a zdravotnické zařízení, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uchovávaly a zpracovávaly mé zde uvedené osobní údaje, a to v rozsahu a po dobu nezbytnou pro účely uzavření darovací smlouvy a poskytnutí uvedeného peněžitého daru na účet zdravotnického zařízení. Prohlašuji, že mi byly poskytnuty informace podle ustanovení § 11 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Nejsem si vědom(a), že jsem v tomto roce zaplatil/a na zdravotnické poplatky a doplatky (§16b odst. 1 zákona) více než je limit stanovený v §16b zákona. Pokud by tomu však tak bylo a zdravotní pojišťovna mi vrátí přeplatek, peněžítý dar poskytnutý na základě darovací smlouvy Zlínskému kraji vrátím.

V..... dne

.....
podpis navrhovatele (zákonného zástupce)

Vyplní zdravotnické zařízení

Potvrzujeme, že výše uvedeného dne uskutečnil navrhovatel návštěvu zdravotnického zařízení, se kterou je spojena povinnost uhradit regulační poplatek podle § 16a odst. 1 zákona a zároveň je tento regulační poplatek vymezen v příloze č. 1 mandátní smlouvy mezi Zlínským krajem jako mandantem a zdravotnickým zařízením jako mandatářem.

¹ v případě, že návrh podepisuje zákonný zástupce uvedou se data nezletilého dítěte/osoby, za kterou zástupce návrh podepisuje

Příloha 7: Veřejná podpora hrazení regulačních poplatků v krajích

Ústecký kraj	25 mil
Zlínský kraj	28,7 mil.
Karlovarský kraj	30 mil.
Plzeňský kraj	30 mil.
Liberecký kraj	32 mil.
Olomoucký kraj	50 mil.
Královéhradecký kraj	50 mil.
Pardubický kraj	67 mil.
Jihomoravský kraj	75 mil.
Středočeský kraj	80 mil.
Kraj Vysočina	80 mil.
Jihočeský kraj	100 mil.
Moravskoslezský kraj	120 mil.
Celkem	767,7 mil.

Zdroj (15)

Příloha 8: Přehled úhrad regulačních poplatků Krajskými úřady v jednotlivých krajích

Kraj	Krajem hrazené poplatky			
	30 Kč za vyšetření	60 Kč za hospitalizaci	90 Kč za lékařskou pohotovost	Poplatky v lékárně
Jihočeský	ano	ano	ano	ano
Jihomoravský	ano	ano	ano	ano
Karlovarský *	ano	ano	ano (kromě zubní pohotovosti)	ano
Královéhradecký	ano	ano	ano	ano
Liberecký	ano	ano	ano	ano
Moravskoslezský	ano	ne	ne	ano
Olomoucký	ano	ano	ano	ano
Pardubický	ano	ano	ano	ano
Plzeňský **	ano	ano	ano	ano
Středočeský	ano	ano	ano	ano
Ústecký *	ano	ano	ano	ano
Vysočina	ano	ano	ano	ano
Zlínský	ano	ano (pouze pojištěncům ve věku do 18ti a nad 70 let)	ne	ne
Hlavní město Praha	ne	ne	ne	ne

* Kraj poplatky proplácí pouze pacientům s trvalým bydlištěm na území kraje.

** Regulační poplatky si musí pacienti v ordinacích a lékárnách nejprve uhradit sami, kraj jim je bude proplácet až poté, souhrně.

Zdroj: Internetové stránky jednotlivých krajů