



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Vliv zrušení regulačních poplatků na poptávku po
ambulantních zdravotních službách

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Ondřej Jachno

Vedoucí práce: JUDr. Věra Pražmová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vlivem zrušení regulačních poplatků na poptávku po ambulantních zdravotních službách.

Úvodní teoretická část popisuje vývoj zdravotnictví s ohledem na financování různými modely zdravotnických systémů. Všechny známé modely financování zdravotnictví jsou nejdříve vyjmenovány a popsány z celosvětového hlediska. Následně se práce zaměřuje na konkrétní modely financování zdravotnictví a jejich vývoj v důležitých etapách od prvopočátků v druhé polovině 19. století až po novodobou historii České republiky. Současný systém zdravotní péče je v České republice založen na veřejných službách a financován především z veřejných prostředků. Financování zdravotnictví je prováděno z více zdrojů, převažující formou je nepřímé financování, zejména povinné veřejné zdravotní pojištění. Financování zdravotnictví procházelo důležitým vývojem, který bychom neměli opominout. Teoretická část pokračuje podrobným rozбором regulačních poplatků. Zabývá se druhy a funkcemi regulačních poplatků, od jejich zavedení zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů až po jejich zrušení k 1.1.2015. Snaha řešit narůstající schodek státního rozpočtu v oblasti zdravotnictví a zvýšení efektivity zdravotního systému bylo jedním z důvodů Ministerstva zdravotnictví České republiky pro zavedení regulačních poplatků. Navýšení příjmů o regulační poplatky mělo následně sloužit k modernizaci zařízení a udržení stávající kvality zdravotní péče pro pacienty.

Ve výzkumné části je vymezen cíl práce a jsou stanoveny 2 typy výzkumů. Kvantitativní výzkum je cílen na skupinu pacientů. Hypotézy pro výzkum jsou následujícího znění.

Hypotéza číslo 1: Zrušení regulačních poplatků vedlo ke zvýšení poptávky po službách ambulantní specializované péče.

Hypotéza číslo 2: Zrušení regulačních poplatků za recept vedlo k vyšším požadavkům pacientů na preskripci léčiv.

K potvrzení či vyvrácení hypotéz bylo použito dotazníkové šetření. Technika výzkumu byla provedena frekvenční analýzou dat zpracovaných statistikem.

K záměrné komparaci dat a tedy zpřesnění výsledků nám slouží druhý výzkum, kvalitativní. Tento paralelně vedený výzkum byl cílen na skupinu lékařů. Získaná data

formou strukturovaných rozhovorů byla sekundárně analyzována k zodpovězení výzkumných otázek:

Výzkumná otázka 1:

Došlo po zrušení regulačních poplatků ke zvýšení počtu návštěv pacientů u daného poskytovatele zdravotní služby?

Výzkumná otázka 2:

Je poptávku po zdravotních službách nutné regulovat?

Na základě výzkumů lze konstatovat následující: Dotazníkové šetření vede k přímému potvrzení hypotézy 1 a k závěru, že zrušení 30 Kč poplatku vedlo k nárůstu poptávky po zdravotních službách. Taktéž výzkumná otázka číslo 1 cílená na lékaře potvrzuje, že po zrušení 30 Kč poplatku došlo k nárůstu počtu návštěv pacientů.

Závěry přímo vyvrací hypotézu číslo 2, u které se nepotvrdily vyšší požadavky na preskripci léčiv po zrušení regulačního poplatku za recept. Ani vzájemná komparace dat získaných oběma typy výzkumů neprokazuje přímou souvislost se zvýšením požadavku pacientů na preskripci po zrušení 30 Kč poplatku za recept. Z pohledu lékařů můžeme konstatovat odpověď na výzkumnou otázku číslo 2, že regulace zdravotních služeb je žádoucí.

Klíčová slova: regulační poplatky, zdravotnictví, pacient, lékař

Abstract

This bachelor thesis is dealing with the impact of the Regulation fees cancelation on demand of Ambulant healthcare.

The introductory part of theoretical thesis is describing the development of health care in regards to various financial models within the medical environment. At the beginning of this thesis, all known health care financial models are named and described in the worldwide scope. After the initial description, the bachelor thesis focuses on specific models and their development during the important stages from the second half of the 19th century until current era of the Czech Republic.

The current health care system in the Czech Republic is based on public services and financed mainly from public sources. The health care system has multiple sources that help sustain it financially. The prevalent form is indirect financing, specifically the mandatory health insurance. Health care financing has gone through important developments that should not be forgotten. Furthermore, the theoretical part of the thesis also contains a detailed description of regulatory fees. It shows different types and functionalities of regulatory fees since their implementation by the law number 261/2007 (stabilizing of public budgets), until their cancellation on January 1st, 2015. The regulation fee was implemented by the Ministry of Health of the Czech Republic in efforts to solve the increasing deficit of the state budget, and increase the efficiency of the health care system.)

The income increase, caused by regulation fees, should serve as a starting point in an era of modernizing of medical facilities and maintaining the overall quality of health care for patients.

In the scientific part of the thesis, the main scope and the two types of research are being set. The quantitative research is aimed on a group of patients. The hypotheses of the research are as follows.

Hypothesis number 1: The cancellation of regulatory fees leads to the increase in demand of a specialized ambulant care.

Hypothesis number 2: The cancellation of regulatory fees for a prescription leads to a higher demand of prescribed medication.

A questionnaire was used to determine the results of the research, which will either confirm or deny the presented hypotheses. The method used to receive the results was a frequency analysis that was completed by a statistician.

The secondary, qualitative, research is deliberately used to ensure the accuracy of the completed and compared data. This research, which was run simultaneously with the quantitative one, targeted a group of health care professionals, specifically medical doctors. The data collected in the form of a structuralized set of interviews were used to be analyzed as a key to answer the research questions:

Research question number 1: After cancellation of the regulatory fees, was there an increase in the amount of visits of patients with a specific health care provider?

Research question number 2: Does the health care demand need to be regulated?

Based on the research displayed within the thesis, it is possible to predicate: The questionnaire method lead to a confirmation of hypothesis number 1 and also to the conclusion that the cancellation of 30 CZK fee lead to an increase in demand of health care services. The research question number 1 also confirms that after the 30 CZK fee cancellation there was an increase in patient visits of health care facilities.

The results are contradicting the findings within the hypothesis number 2, as there was no higher demand in prescribed medication after the regulation fee for medication was cancelled. The comparison of the data that was collected through both types of the research does not prove a direct connection in the increased demand of patients for medicinal drug prescription after the 30 CZK regulation fee cancellation. From the health care professionals (medical doctors) point of view we can safely state in regards of the research question number 2 that regulation of health care is a necessity.

Key words: regulation fees, health care, patient, medical doctor

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Vliv zrušení regulačních poplatků na poptávku po ambulantních zdravotních službách jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14.8.2017

Podpis:

Poděkování:

Rád bych poděkoval paní JUDr. Věře Pražmové, Ph.D. za ochotné, trpělivé a hlavně odborné vedení při tvorbě mé bakalářské práce.

Obsah

1. Úvod.....	10
2. Obecná část	11
2.1 Vývoj financování zdravotnictví, modely zdravotního pojištění.....	11
2.1.1 1918 – 1938, období první republiky.....	12
2.1.2 1945 – 1948, poválečné období	13
2.1.3 1948 – 1989, socialistické zdravotnictví.....	13
2.1.4 1990 - 1993, období Československé federativní republiky.....	14
2.1.5 1994 - 2000, období samostatné České republiky	15
2.1.6 2000 – do současnosti	16
2.1.7 Shrnutí.....	17
2.2 Regulační poplatky	18
2.2.1 Zavedení regulačních poplatků a jejich postupné změny v rámci legislativy	20
2.2.2 Druhy regulačních poplatků.....	22
2.2.3 Funkce regulačních poplatků	23
2.2.4 Příjmy z výběru regulačních poplatků	24
2.2.5 Shrnutí.....	25
3. Cíl práce	27
3.1 Cíl práce	27
3.2 Výzkumné hypotézy	27
3.3 Výzkumné otázky	27
4. Metodika výzkumu	28
4.1 Metody a techniky použité při výzkumech.....	28
4.1.1 Data a metodika kvantitativního výzkumu	28
4.1.2 Data a metodika kvalitativního výzkumu	29
4.2 Charakteristika výzkumných souborů	29
5. Výsledky	30
5.1 Výsledky dotazníkového šetření s respondenty.....	30
5.1.1 Otázka 1: Pohlaví respondenta	30
5.1.2 Otázka 2: Věk respondenta	31
5.1.3 Otázka 3: Status respondenta	33

5.1.4	Otázka 4: Odpovědi respondenta na otázku: Vyžaduje Váš zdravotní stav častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky?.....	34
5.1.5	Otázka 5: Zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do Vašeho rozpočtu?.....	35
5.1.6	Otázka 6: Dal(a) jste raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než byste zaplatil(a) 30 Kč poplatek za recept?	42
5.1.7	Otázka 7: Odradil Vás regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře?	43
5.1.8	Otázka 8: Zvýšila se Vaše poptávka po ambulantní specializované péči od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny?.....	45
5.1.9	Otázka 9: Máte po zrušení regulačních poplatků za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv?	47
5.1.10	Otázka 10: Uvítali jste zrušení regulační poplatků?	48
5.1.11	Přímé odpovědi k otázce 10.....	50
5.2	Výsledky prováděných rozhovorů s komunikačními partnery	52
6.	Diskuze	56
7.	Závěr	60
8.	Seznam použitých zdrojů	61
9.	Klíčová slova	65
10.	Přílohy.....	66
A.	Grafy	66
B.	Tabulky	74
C.	Dotazník.....	87
D.	Záznamový arch.....	89

1. Úvod

Zdravý člověk se málokdy zajímá o úroveň zdravotnictví, natož o zdroje financování zdravotní péče. Finanční náklady na péči o zdraví si totiž naplno uvědomujeme, až když se dostaneme do role pacienta. Teprve potom nás začíná zajímat, jaká zdravotní péče se nám vlastně nabízí. Zda je kvalitní léčba dostupná všem pacientům, jak daleko budeme za specialistou dojíždět, jak dlouho budeme například čekat na operační zákrok.

Jedním z možných prostředků, jak zabránit negativním jevům jako jsou dlouhé čekací doby na plánovaný zákrok, plné čekárny u ambulantních specialistů, se zdály být právě regulační poplatky. Měly upozornit na to, že lékařská péče není bezplatná a snahou bylo také zabránit zneužívání zdravotní péče. Tyto poplatky měly také vytvářet finanční rezervu pro zdravotnická zařízení, která by mohla nakupovat nové přístroje a vybavení a zvyšovat tím komfort jak pro vyšetřované a léčené pacienty, tak pro zaměstnaný zdravotnický personál.

Zavedení regulačních poplatků do systému veřejného zdravotnictví v České republice bylo od samého počátku jednou z nejkontroverznějších reforem zdravotnictví po roce 1989 vůbec. Návrh na zavedení poplatků, se kterým přišel tehdejší ministr zdravotnictví, byl schválen Parlamentem České republiky a vešel v platnost 1.1.2008. Vlna nevole, která se posléze napříč českou společností zvedla, byla dle mého názoru víc než neúměrná. Samozřejmě jako jakákoliv reforma měly i regulační poplatky v té době silné politické odpůrce – byly to opoziční vládní strany ČSSD a KSČM, které dokonce poukázaly na to, že jsou poplatky neústavní, ale před Ústavním soudem s touto námitkou neobstály. Prvotní plán a úmysl zavedení poplatků totiž již po roce fungování přinesl své výsledky a potvrdil možnost velkých úspor v celém resortu zdravotnictví. I přesto, že se v dalších letech výše poplatků upravovala (pobyt v nemocnici se „zdražil“ z 60 na 100Kč), pak se většina poplatků zrušila a do dnešní doby nám přetrval pouze poplatek za pohotovostní péči. Regulace ve zdravotnictví a finanční spoluúčast pacienta na vlastní zdravotní péči smysl má, pokud totiž pacient lékařskou péči opravdu potřebuje, platba regulačního poplatku ho před jejím čerpáním nezastaví.

Ve své práci bych chtěl nejprve shrnout a porovnat různé systémy zdravotní péče, které se v historii České republiky vyskytovaly, vysvětlit funkci, výši a historický vývoj regulačních poplatků a na závěr zjistit, zda zrušení regulačních poplatků mělo vliv na dostupnost ambulantní péče.

2. Obecná část

2.1 Vývoj financování zdravotnictví, modely zdravotního pojištění

Rozvojem průmyslu a hospodářství bylo politikům v minulosti čím dál více jasné, že se bude muset komplexně řešit i zdravotní stav obyvatelstva. Ovšem o zdravotní politice tak, jak ji chápeme dnes my, lze hovořit až zhruba od 2. poloviny 19. století. (Dolanský, 2008) Zdravotní politika se zákonitě musela stát součástí politiky států a bylo nutné sestavit základní prvky systémů zdravotní péče. (Dolanský, 2008) Prakticky je výrazem zájmu společnosti (státu) na zdravotním stavu obyvatelstva pracovat s cílem jeho zlepšování a posilování. (Drbal, 2005)

Zdravotní stav obyvatelstva prostřednictvím státní zdravotní politiky tak začal pro další hospodářský a společenský rozvoj nabývat prvořadého významu, s cílem stabilizovat společenský systém zlepšením sociálních a zdravotních poměrů populačních skupin, na nichž měl stát svůj určitý vojenský a ekonomický zájem. (Dolanský, 2008)

Hlavním záměrem každého zdravotnického systému je zajistit zdravotní péči pro populaci nebo vymezit základní podmínky, za nichž vztahy mezi subjekty budou probíhat. (Dolanský, 2008) Funkcí takového systému je tedy zajistit každému obyvatele náležitou péči při ochraně a udržování zdraví. (Dolanský, 2008)

Modely statutárního zdravotního pojištění se v jednotlivých zemích od sebe liší, nicméně lze i přes všechny rozdíly rozlišit dva hlavní modely financování zdravotnictví – Beveridgeův a Bismarckův. (Němec, 2008)

Bismarckův model – model sociálního zdravotního pojištění, financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. (Němec, 2008) Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce. (Němec, 2008) Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona právo zdravotním pojišťovnam zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům účtovat (např. ve Francii). (Němec, 2008)

Beveridgeův model – model zdravotnictví financovaný ze všeobecných daní, jehož typickým představitelem je tzv. National Health Service ve Velké Británii. (Němec, 2008) Tento model se vyznačuje univerzálním pojistným krytím populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně

vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou vlastnickou formou. (Němec, 2008) Financování zdravotnických zařízení je úlohou specializovaných úřadů při státní správě nebo regionální či municipální samosprávě, které zdravotnická zařízení současně provozují nebo se zdravotnickými zařízeními uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče pro obyvatelstvo na vymezeném území. (Němec, 2008)

Za krajní formu Beveridgeova modelu lze považovat **Semaškův model** financování a poskytování zdravotní péče v bývalých socialistických státech (včetně Československé socialistické republiky), který se vyznačoval úplným postátněním správy, financování i poskytování zdravotní péče. (Němec, 2008)

Za formu modelu Beveridge je možné považovat i **Douglasův model** národního zdravotního pojištění, který se používá v Kanadě a Austrálii a rovněž je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území. (Němec, 2008)

Český systém zdravotnictví zaznamenal během svého vývoje přítomnost jak Bismarckovského, tak Beveridgeovského (resp. Semaškova), a konečně i Neobismarckovského modelu financování. (Durdisová, 2005) Tato posloupnost vychází především z evropské kulturní tradice, ale i z historických událostí, které proběhly na našem území, současně je ovšem i deklarací základních hodnot, které Česká republika uznává. (Durdisová, 2005)

Na konci 19. století se v českých zemích objevil systém solidárního pojištění zdravotní péče, který u nás přetrvával až do 50. let 20. stol. zdravotnictví v Československé republice jako takové patřilo až do roku 1950 k jednomu z nejvyspělejších v Evropě, a to jak vlastním pojetím organizace zdravotnických služeb a sociálním zaměřením, tak i dosaženou úrovní zdravotního stavu populace. (Durdisová, 2005) Po období centralizace zdravotnictví v dobách minulého režimu nastává po roce 1989 návrat k tradicím první republiky založené na dostupnosti a solidaritě zdravotní péče – tzv. Neobismarckovský model. (Durdisová, 2005)

2.1.1 1918 – 1938, období první republiky

V tomto období se v našem státě uplatňuje Bismarckův model financování zdravotnictví, který vznikl koncem 19. století na území Rakouska-Uherska a zavedl ho právě Otto von Bismarck. (Dolanský, 2008) Model zahrnoval všechny vrstvy obyvatelstva. (Dolanský, 2008) Podstatou tohoto modelu je odvod určité části mzdy

občana pojišťovně (jedná-li se o zaměstnance, přispívá určitou částkou také zaměstnavatel). Pojišťovna na základě smlouvy se zdravotnickým zařízením proplácí poskytnutou péči a zdravotní pomoc. (Dolanský, 2008)

V období první republiky působilo na našem území několik typů pojišťoven, byly to revírní bratrské pojišťovny a několik druhů nemocenských pokladen, nad nimiž zajišťovala dohled Ústřední sociální pojišťovna. (Dolanský, 2008) Byl schválen zákon č. 221/1924 Sb., díky kterému dosáhl počet osob pojištěných pro případ nemoci či invalidity přibližně 7,5 milionu obyvatel, tedy zhruba poloviny celkového počtu obyvatel tehdejšího Československa. (Gladkij, 2003)

Z počátku se pojišťovny sdružovaly dobrovolně, od roku 1934 povinně, do svazů nemocenských pojišťoven. (Dolanský, 2008) Tyto svazy dojednávaly smlouvy s poskytovateli zdravotní péče a mohly také provozovny zdravotní péče zřizovat. (Dolanský, 2008)

Tento model financování zdravotní péče se v ČSR uplatňoval do poloviny dvacátého století, dodnes ovšem existuje v systémech veřejného pojištění Německa, Rakouska, Francie, Koreje, Polska, zemích Beneluxu, atd., po roce 1991 se k němu navrátila i Česká republika. (Durdisová, 2005)

2.1.2 1945 – 1948, poválečné období

Rokem 1948 došlo ke sjednocení důchodového a nemocenského pojištění do jednotného povinného systému, za jehož správu odpovídala Ústřední sociální národní pojišťovna spolu se systémem okresních národních pojišťoven. (Dolanský, 2008) Veškerý zdravotnický průmysl, distribuce léčiv, lázeňská zařízení, léčebné ústavy a nemocnice byly zestátněny, ale finance do systému přicházely stále z příspěvků pojištěnců a zaměstnavatelů. (Dolanský, 2008)

2.1.3 1948 – 1989, socialistické zdravotnictví

V poválečném období se uplatňuje centralizovaný státní systém zdravotní péče známý jako tzv. Semaškův model financování zdravotnické péče. V politickém systému bývalého Sovětského svazu byl již koncem 20. let zaveden státní systém zdravotnictví a i když slibované cíle byly na tehdejší dobu jistě pokrokové, jejich realizace byla po celou jeho éru převážně formální. Politická diktatura a nedostatek ekonomických zdrojů provázely sovětské zdravotnictví po celé období trvání Sovětského svazu. (Dolanský, 2008)

Model socialistického zdravotnictví byl v ČSSR zaveden v roce 1951. (Dolanský, 2008)

Financování zdravotní péče probíhalo přes hierarchickou strukturu Ministerstva zdravotnictví, krajské národní výbory, okresní národní výbory. (Dolanský, 2008) Zdravotní péče byla financována čistě z daní bez přímých úhrad z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví, které přesně účelovým způsobem přidělovalo finance z rozpočtu. (Dolanský, 2008)

V 70. a 80. letech se zdravotnictví potýkalo s nedostatkem financí. (Dolanský, 2008) Tok prostředků se přednostně zaměřil na jiná odvětví a zabezpečování zdravotnictví tak mělo charakter zbytkového financování, následkem čehož byl úpadek a chátrání technologického vybavení. (Dolanský, 2008) Centralizace a ovlivňování zdravotnictví komunistickou stranou (s obsazováním významnějších míst podle politického klíče) vedly k nízké efektivitě, k plýtvání se zdroji, k nárůstu šedé ekonomiky a úplatkářství. (Dolanský, 2008)

2.1.4 1990 - 1993, období Československé federativní republiky

Po převratu v roce 1989 byla velmi znatelná potřeba zřít nový systém zdravotní péče, který by úplně odstranil nebo alespoň zmírnil dopady vládnutí předešlého režimu. (Dolanský, 2008) Byly vypracovány zásady reformy zdravotnictví a schválena řada zákonů, které vymezily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví. (Dolanský, 2008)

Základními dokumenty, které nejvíce ovlivnily tvář zdravotního systému, byly následující zákony. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, na kterém se usnesla česká národní rada k 6. prosinci 1991, stanovuje vznik a podmínky pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu České republiky. (Zákon č. 551/1991 Sb.) Zákon č. 550/1991 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, upravuje výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. (Zákon č. 550/1991 Sb.) Zákon č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zapracovává příslušné předpisy Evropské unie, zároveň navazuje na přímo použitelné předpisy Evropské unie a upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků. (Zákon č. 48/1997 Sb.) Mezi další legislativní změny a normy patří například Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních

pojišťovnách, který upravuje vznik, činnost a zánik dalších zdravotních pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. (Zákon č. 280/1992 Sb.) Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, kterým se zřizují tyto nepolitické organizace a vytvářejí se tzv. komory. (Zákon č. 220/1991 Sb.) Mezi další dokumenty patří Národní program obnovy a podpory zdraví, Zdravotnický řád, aj.

Došlo ke zrušení krajských ústavů národního zdraví, které v období socialismu zabezpečovaly ambulantní péči, okresní ústavy národního zdraví se transformovaly v samostatné právní subjekty a zřízením 27 pojišťoven (z nichž první byla Všeobecná zdravotní pojišťovna) vznikl pluralitní systém zdravotních pojišťoven se statutem veřejnoprávních institucí. (Dolanský, 2008) Příjmy pojišťoven plynuly především z plateb pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a také částečně ze státního rozpočtu. (Dolanský, 2008) Výdaje představovaly zejména platby za poskytnutou zdravotní péči podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními. (Dolanský, 2008)

Po roce 1992 se reformy ve zdravotnictví vyznačovaly i důrazem na uplatnění tržních mechanismů, ovšem často bez použití potřebných opatření s regulační funkcí. (Dolanský, 2008) Byly privatizovány lázně, lůžková zařízení i lékárny. (Dolanský, 2008) Proces privatizace spolu s výkonovým úhradovým systémem měl za následek nadměrný nárůst výdajů na zdravotní péči a neúměrné čerpání finančních prostředků ovšem bez náležitého efektu na zdraví obyvatelstva. (Dolanský, 2008)

2.1.5 1994 - 2000, období samostatné České republiky

Hned na začátku tohoto období se projevilo, jak krátkozraké bylo neregulovat a nekontrolovat zdravotní pojišťovny. (Dolanský, 2008) Objevily se problémy s úhradami a vyvstala potřeba veřejného dohledu nad hospodařením zdravotních pojišťoven z důvodu výrazného nárůstu výdajů na léčiva, hrazení nadstandardní péče ze zákonného zdravotního pojištění a neúměrných provozních nákladů pojišťoven. (Dolanský, 2008). V roce 1995 byla dokončena privatizace ambulantní péče a nadále pokračovala privatizace péče lůžkové. Ve stejném roce se objevila novela upravující veřejný dohled nad zdravotními pojišťovnami. (Dolanský, 2008)

V roce 1997 byla na Ministerstvu zdravotnictví vypracována nová koncepce zdravotnictví, která měla upravovat fungování a činnost některých institucí a to zejména pojišťoven. (Dolanský, 2008) Ministerstvo zdravotnictví zaměřilo svou pozornost na nabídkovou stranu. (Dolanský, 2008) Začala restrukturalizace lůžkového fondu s cílem

přeměny nadbytečných akutních nemocničních lůžek na lůžka ošetrovatelská, tento proces byl ovšem v červnu 1998 pro netransparentnost podmínek výběrových řízení pozastaven. (Dolanský, 2008) Navýšení hodnoty bodu, které přesahovalo možnosti systému, přineslo přehodnocení stávajících úhradových mechanismů VZP zavedení paušálních plateb zdravotní péče v nemocnicích, časových limitů jednotlivých výkonů u ambulantních specialistů a kapitačně-výkonové platby u praktických lékařů. (Dolanský, 2008)

V této době bylo podstatné schválení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vymezující práva a povinnosti občanů, včetně poskytování zdravotní péče. Od 1. ledna 1999 nabyla na účinnosti nová vyhláška Ministerstva financí týkající se vytváření a využívání fondů zdravotních pojišťoven. (Forejtová, 2003) Jasně vymezila, co jsou přípustné příjmy, resp. výdaje jednotlivých fondů a omezila vytváření účelových fondů. Odpovídající odstavce byly včleněny i do zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách. (Forejtová, 2003)

V tomto období také došlo k redukci počtu pojišťoven z původních 27 na 9. (Forejtová, 2003)

2.1.6 2000 – do současnosti

Česká republika vstoupila 1. 5. 2004 do Evropské unie, z tohoto důvodu bylo nutné přiblížit české normy těm unijním a upravit legislativu právě také v oblasti zdravotnictví a zdravotní péče.

Změna, která se dotkla českého zdravotnictví v tomto období, nastala schválením novely zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, která vstoupila v platnost 1. 1. 2005, ta zavedla stoprocentní přerozdělování pojistného.

V roce 2006 byla vydána nová úhradová vyhláška, kterou byla stanovena maximální výše plateb za provedené výkony a vyšetření. (Dolanský, 2008) Tato vyhláška také dále omezila předepisování léků a zdravotnického materiálu. (Dolanský, 2008) Vzrostla i cena práce lékařů, ovšem velmi přísně stanovené regulace vyvolaly u lékařů protesty. (Dolanský, 2008) Česká lékařská komora zahájila tedy jednání o nové vyhlášce s mírnějšími limity a výsledkem tohoto dohodovacího řízení bylo zvýšení úhrady zdravotnickým zařízením. (Dolanský, 2008)

První fáze reformy byla zahájena v roce 2007 a dále probíhala v období 2008 – 2010, vzhledem k jejímu zaměření na zvýšení efektivity systému a zlepšení služeb pro

pacienty se také označuje jako reforma institucí. (Lékaři pro reformu, 2012) Šlo zejména o zlepšení odpovědnosti a výkonnosti státní správy, zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení, ale stranou nemohli zůstat ani samotní pacienti, a proto bylo nutné zavést regulační poplatky. (Lékaři pro reformu, 2012)

Od 1.1.2008 začaly tedy platit dvě novely zákona č. 48/1997 Sb., v první z nich byly zakotveny mimo jiné regulační poplatky za návštěvu lékaře, pohotovosti, za recept a za hospitalizaci, druhá novela významně zvyšovala transparentnost procesu stanovování úhrad léků. (Lékaři pro reformu, 2012)

Další změnou bylo, že 1.1.2009 zahájil svoji činnost Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami zřízený v průběhu roku 2008 na základě zvláštního zákona. (Lékaři pro reformu, 2012) Jeho úkolem bude vykonávat dozor jak nad finančním zdravím pojišťoven, tak i nad plněním jejich povinnosti při zajištění zdravotní péče pro jejich pojištěnce. (Lékaři pro reformu, 2012)

2.1.7 Shrnutí

Současný systém zdravotní péče v ČR je založen na veřejných službách a financován především z veřejných prostředků, je tedy založen na principu solidarity a dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany České republiky. (Pustelník, Jarošová, 2003) Každý občan má právo na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení, ale také na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. (Pustelník, Jarošová, 2003)

Financování zdravotnictví je prováděno z více zdrojů, převažující formou je nepřímé financování (zejména povinné veřejné zdravotní pojištění), mezi další zdroje pak patří veřejné rozpočty (státní a municipální), zaměstnanecké pojištění a doplňkové přímé platby občanů (zejména úhrady za léky, regulační poplatky). (Hejduková, 2006)

Do systému veřejného zdravotního pojištění je pravidelným placením pojistného zapojen povinně každý občan České republiky, cizinci s trvalým pobytem na území České republiky a také zaměstnanci firem se sídlem v České republice. (Němec, 2008) Platbou pojistného vzniká pojištěnci nárok na zdravotní péči. (Němec, 2008) V určitých případech (u důchodců, nezaopatřených dětí, studentů do 26 let, osob na mateřské dovolené, nezaměstnaných aj.) se plátcem pojištění stává stát. (Němec, 2008)

2.2 Regulační poplatky

V bismarckovském a beveridgeovském systému je také jedním z pravidel, že z veřejných zdrojů nejsou hrazeny úplně všechny formy zdravotní péče a v některých případech je pacient nucen ke spoluúčasti na úhradě za poskytnutou péči (Janečková, Hnilicová, 2009).

Rozlišujeme 3 typy spoluúčasti:

- 1) Doplatky – pacient doplácí část ceny zákroku, jež není hrazena ze zdravotního pojištění (Janečková, Hnilicová, 2009)
- 2) Regulační poplatky – pacient platí zákonem stanovenou sumu za určitý typ služby (Janečková, Hnilicová, 2009)
- 3) Platby za nadstandartní péči – pacient si dobrovolně zvolí zákrok, jež není hrazen z veřejných zdrojů pojištění a uhradí jej v plné výši (Janečková, Hnilicová, 2009)

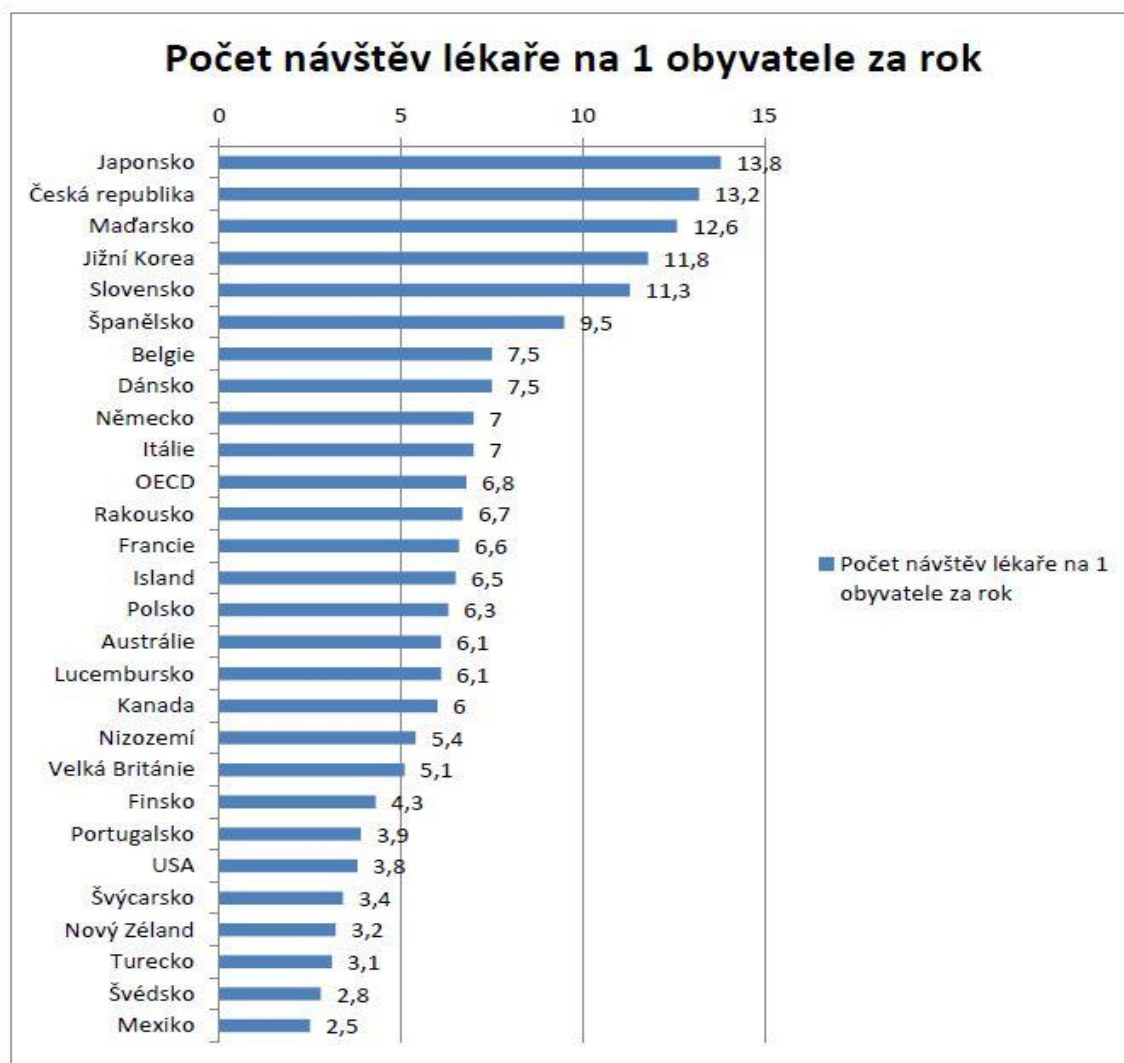
Platby z veřejných zdrojů, jež v drtivé většině evropských států pokrývají významnou část ceny zdravotní péče, mají kromě zřejmého pozitivního efektu, tedy zajištění zdravotní péče v co nejvyšší kvalitě všem občanům, i efekt negativní a tím je nadužívání zdravotní péče, které logicky vede ke snižování její kvality. (Janečková, Hnilicová, 2009) Obecným problémem zdravotnictví, nejen toho českého, jsou vzrůstající výdaje v důsledku stárnutí populace, rostoucí očekávání občanů a také rozpor mezi rychle se zvyšující technickou úrovní zdravotnictví a tím i stoupajícími výdaji, které ovšem nejsou kompenzovány růstem zdrojů pro jejich pokrytí. (Vepřek, 2002)

Stát se samozřejmě snaží tomuto jevu čelit a co nejvíce jej snižovat, což je prováděno především prostřednictvím zavádění výše uvedených forem spoluúčasti pacientů, kdy stát předpokládá, že pokud pacient bude nucen být jen zčásti hradit poskytnutou zdravotní péči, bude uvažovat ekonomicky a poskytovatele zdravotní péče navštíví jen, pokud to bude skutečně nezbytné. (Janečková, Hnilicová, 2009) Přímé platby existují v různých státech světa a staly se součástí financování zdravotnictví také některých postkomunistických zemí. (Barták, Hauberová, 2004) Rozdíly existují jednak ve výkonech, které pojištěnec spolufinancuje, rozdílná je také výše poplatků. (Barták, Hauberová, 2004) V rámci jednotlivých zemí jsou různé průměrné podíly plateb a spolu plateb na celkových výdajích na zdravotnictví, některé státy mají stanovenou fixní částku, jako například Německo (2004) ve výši 10 € čtvrtletně za ošetření u praktického lékaře, jinde je určena procentuální sazba, například ve Švýcarsku občané platí

spoluúčast 10 % za ošetření u praktických lékařů i specialistů. (Barták, Hauberová, 2004)

Právě nadužívání zdravotní péče bylo v roce 2007 hlavním důvodem pro návrh zavést regulační poplatky jako jedno z opatření pro stabilizaci veřejných rozpočtů. (OECD, 2007) Podle dat Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD) z roku 2007 docházelo v České republice k vysokému nadužívání zdravotní péče. (OECD, 2007) Jak ukazuje graf č. 1, průměrný český pojištěnec absolvoval ročně 13,2 návštěv u lékaře, což představovalo nejvyšší hodnotu v Evropě a téměř dvojnásobnou hodnotu oproti průměru OECD. (OECD, 2007) Průměrný český lékař tak musel poskytnout celkem 3708 konzultací, tedy o téměř 1200 více než je průměr zemí OECD, což se jistě odrazilo i v kvalitě poskytované péče. (OECD, 2007)

Graf č. 1: Návštěva lékaře na 1 obyvatele za rok 2005



Zdroj dat: OECD, OECD Indicators, *Health at a Glance 2007*, s. 69

Návštěvy lékaře nejsou jedinou formou zdravotní péče, která byla v Čechách před zavedením regulačních poplatků nadužívána. Obdobný problém panoval rovněž i v nákupu léků a v hospitalizacích. (OECD, 2007) Co se týká průměrné délky hospitalizace z běžných příčin, rovněž zde byla Česká republika podle statistik OECD na čtvrtém místě ze všech sledovaných zemí. (OECD, 2007)

Hlavními důvody, jež vedly Ministerstvo zdravotnictví ČR k požadavku zavedení regulačních poplatků od 1. 1. 2008, bylo, že v roce 2007 dokonce příjmy na 1 pojištěnce byly převyšeny výdaji na 1 pojištěnce o 1890 Kč. (ÚZIS, 2007)

Vzhledem k dlouhodobé prognóze Českého statistického úřadu o zvyšování průměrného věku obyvatel, dospěla Vláda České republiky v roce 2007 k rozhodnutí, že vývoj veřejných nákladů na zdravotnictví je dlouhodobě neudržitelný, a že české zdravotnictví je vysoce neefektivní. (MZČR, 2007) Dle predikcí Ministerstva zdravotnictví ČR mělo již v roce 2015 v českém zdravotním systému chybět zhruba 30 miliard Kč. (MZČR, 2007)

2.2.1 Zavedení regulačních poplatků a jejich postupné změny v rámci legislativy

Regulační poplatky ve zdravotnictví byly zavedeny zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jež byl vyhlášen dne 16. 10. 2007 a jehož cílem bylo čelit vzrůstajícím schodkům státního rozpočtu v souvislosti s předpovídanou finanční krizí. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007) Tento zákon, přesněji jeho čtyřicátá část, změnil zákon o veřejném zdravotním pojištění. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007) Podle jeho důvodové zprávy byla jedním z významných nedostatků českého zdravotního systému absence jakýchkoli regulačních mechanismů pro zajištění efektivní spotřeby zdravotní péče, což v důsledku vedlo k vysoké spotřebě zdravotní péče a tedy i k vysokým výdajům ze systému veřejného zdravotního pojištění. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007) Důvodová zpráva dále uvádí, že v rámci Evropské unie, ve srovnání např. se Švédskem, jde o čtyřnásobek průměrných kontaktů mezi lékařem a pacientem. Navrhovaná úprava zavedení regulačních poplatků provádí první krok směřující k zodpovědnějšímu čerpání zdravotní péče a zajištění efektivního využívání finančních prostředků. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007)

Dle důvodové zprávy mělo právě zavedení regulačních poplatků docílit efektivnější vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění, jelikož navržené

změny poskytují občanům motivaci k zodpovědnějšímu čerpání zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007) Důvodová zpráva dále uvádí, že Česká republika byla v roce 2007 jedinou zemí Evropské unie s výjimkou Velké Británie, v níž pacienti neplatili žádné regulační poplatky v okamžiku spotřeby zdravotní péče. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007) To mělo negativní dopady jak ekonomické, tak i zdravotní, jelikož lékaři měli na každého pacienta pouze velmi krátký čas. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007)

Zákon ovšem stanovil i zvláštní ochranu zranitelných skupin obyvatel, a to za prvé stanovením výjimek, při kterých se žádné regulační poplatky neplatily (pojištěnci v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, při ochranném léčení nařízeném soudem, při povinném léčení infekčního onemocnění a osoby, kterým byla přiznána dávka pomoci v hmotné nouzi), za druhé stanovení maximálního ročního limitu na regulační poplatky a doplatky na léky ve výši 5.000,- Kč ročně, přičemž do tohoto limitu se započítávaly poplatky za návštěvu lékaře, za vydání léčivého přípravku a doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky s úhradou vyšší než 30 % maximální ceny. (Zákon č. 261/2007 Sb., 2007)

Výsledkem zavedení regulačních poplatků měl být celkový nárůst disponibilních zdrojů zdravotního systému v roce 2008 o 4,4 mld. Kč, což mělo být zapříčiněno samotným výběrem poplatků i snížením spotřeby zdravotní péče. (Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, 2007)

Další velkou úpravu regulační poplatky doznaly přijetím zákona č. 59/2009 Sb., jímž byli s účinností od 1. dubna 2009 od hrazení poplatků osvobozeni všichni pojištěnci mladší 18 let při návštěvě lékaře, klinického psychologa a klinického logopeda. (Zákon č. 59/2009 Sb., 2009) Poplatek za pohotovostní službu, výdej léčivého přípravku či pohotovostní službu však i nadále museli platit všichni pojištěnci bez ohledu na věk (samozřejmě s výjimkami stanovenými zákonem). (Zákon č. 59/2009 Sb., 2009)

S účinností od počátku roku 2012 byl zvýšen poplatek za den pobytu ve zdravotním zařízení z původních 60 Kč na 100 Kč a dále byl změněn poplatek za vydání léčivého přípravku. (Kandilaki, 2013) Nadále se již neplatil poplatek ve výši 30 Kč za každou položku na receptu, nýbrž 30 Kč za celý recept bez ohledu na počet předepsaných léčivých přípravků. (Kandilaki, 2013)

2.2.2 Druhy regulačních poplatků

Od 1. ledna 2008 byly zavedeny čtyři základní typy regulačních poplatků, které se týkají pouze těch zdravotních výkonů, léků a pobytů, které jsou částečně anebo zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. (Kandilaki, 2013)

Tabulka č. 1: Regulační poplatky

30 Kč třicetikorunový regulační poplatek	za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, u praktického lékaře pro děti a dorost, u ženského lékaře, za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, za návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa a u klinického logopeda
30 Kč třicetikorunový regulační poplatek	za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení
60 Kč šedesátikorunový regulační poplatek	za každý den, ve kterém byla poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách
90 Kč devadesátikorunový regulační poplatek	za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, nebo ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedošlo k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče.

Zdroj: Vlastní úprava dle Kandilaki D., 2013

Pro pojištěnce byl stanoven pro úhradu ochranný limit 5 000 Kč. (Kandilaki, 2013) Do limitu se započítávaly třicetikorunové regulační poplatky za návštěvu u lékaře

i za vydání položky na receptu a rovněž tzv. započitatelné doplatky za léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. (Kandilaki, 2013) Šedesátikorunové a devadesátikorunové regulační poplatky se do limitu nezapočítávaly. (Kandilaki, 2013)

2.2.3 Funkce regulačních poplatků

Již samotný název regulační poplatek naznačuje, že by měl regulovat. Ve zdravotnickém systému jde o regulaci čerpání zdravotní péče, tj. redukci počtu návštěv u lékaře a omezení výdajů za léčivé přípravky. Platba regulačního poplatku přináší člověku určitou újmu. (MZČR, 2007) Újmu představuje vynaložená peněžní částka, která by měla vést k zamyšlení, zda pacient potřebuje zdravotní službu v takové výši i takovém rozsahu, přimět pacienta ke změně chování, jehož výsledkem bude racionální spotřeba zdravotní péče. (MZČR, 2007) Účelem jejich zavedení je tedy usměrnění chování pacientů s cílem zamezit plýtvání zdravotní péče a redukovat nadužívání zdravotní péče.

Regulační poplatky v sobě nesou ovšem hned několik funkcí, které nám pomáhají pochopit účel zavedení těchto poplatků:

- Regulační – poplatek odrazuje občany, kteří zdravotní péči nadužívají. Zejména se jedná o často zbytečné využívání pohotovostní služby, časté návštěvy u lékaře a předepisování některých levných či méně účinných generických léčivých přípravků. (MZČR, 2007)

- Signalizační – poplatek dává občanovi signál v okamžiku, kdy čerpá zdravotní péči, že tato péče má často poměrně vysokou hodnotu. (MZČR, 2007)

- Vyjádření pobytových, hotelových, nezdravotnických nákladů: se týká poplatku za pobyt v nemocnici. (MZČR, 2007) Každý jistě pochopí, že při pobytu v nemocnici vznikají náklady na energie, stravu a další služby, které běžně spotřebujeme doma a zcela jistě za ně vynaložíme vyšší částku než je 60,- Kč nebo 100,- Kč. (MZČR, 2007)

- Psychologickou – regulační poplatky prolamují psychologickou bariéru vystavenou za minulého režimu, že je zdravotní péče zdarma a existuje bezedná státní studnice, ve které je vždy dost peněz pro všechny pacienty a na jakoukoli léčbu. (MZČR, 2007) Ukazují, že zdroje jsou omezené. Musíme se k nim chovat zodpovědně a není nic

neslušného platit ve zdravotnictví přímo, byť symbolicky při zachování bezplatnosti definované v Ústavě České. (MZČR, 2007)

2.2.4 Příjmy z výběru regulačních poplatků

Kromě zvýšení efektivity zdravotního systému bylo jedním z důvodů Ministerstva zdravotnictví České republiky pro zavedení regulačních poplatků i zvýšení finančních prostředků jednotlivých zdravotnických zařízení o vybrané poplatky. Toto navýšení mělo následně sloužit k modernizaci zařízení a udržení stávající kvality zdravotní péče.

Tabulka č. 2: Výdaje pacientů na regulační poplatky (v mil. Kč)

ROK / mil. Kč	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
poplatky za recept	2411	2659	2657	2458	1858	2058	2256
poplatky za návštěvu lékaře	1806	1650	1530	1374	1474	1505	1502
poplatky za hospitalizaci	1176	1263	1243	1242	1824	1744	-
poplatky za pohotovost	178	208	191	180	179	182	187
výdaje regulační poplatky celkem	5571	5780	5622	5245	5336	5489	3945

Zdroj: Vlastní úprava dle ČSÚ, Statistická ročenka ČR – 2016, Zdravotnictví, 24-21

Jak ukazuje Tabulka č. 2, průměrný příjem zdravotnických zařízení z výběru poplatků byl v období 2008 - 2013 zhruba 5,5 mld. Kč. (ČSÚ, 2016) Za rok 2014 byl příjem z výběru poplatků 3,5 mld. Kč, vzhledem ke zrušení poplatku za hospitalizaci bylo toto snížení očekáváno. (ČSÚ, 2016)

Od zavedení regulačních poplatků dne 1. 1. 2008 došlo k signifikantnímu poklesu průměrného počtu návštěv lékaře na 1 obyvatele České Republiky o 1,2 návštěvy mezi roky 2007 a 2008. (OECD, 2015) V nadcházejících 5 letech došlo k dalšímu snížení a ustálení průměrného počtu návštěv lékaře na 1 obyvatele na 11,1 návštěvách za rok. (OECD, 2015) Průměrně v letech 2008 - 2013 činil tedy počet návštěv lékaře na 1 obyvatele 11,15 návštěv za rok. (OECD, 2015) V období 2003 -

2007 zjistíme, že průměrný počet návštěv byl 12,98. (OECD, 2015) Rozdíl na 1 obyvatele je tedy každoročně 1,83 a celkem obyvatelé České republiky v období 2008 - 2013 provedli každý rok o 18,5 milionu návštěv lékaře méně. (OECD, 2015) Za celé období to tak činí 111 milionů návštěv lékaře. (OECD, 2015)

Tabulka č. 3: Finance ušetřené snížením počtu návštěv lékaře

ROK	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
počet ušetřených návštěv (v tis.)	15950	17978	19998	18988	18988	18988	18483
průměrné roční náklady na pacienta (v Kč)	2170	2443	2502	2588	2594	2673	2774
průměrná cena 1 návštěvy lékaře (v Kč)	190,35	218,13	227,45	233,15	233,69	240,81	248,79
ušetřené prostředky (v mil. Kč)	3036	3922	4549	4427	4437	4573	4598

Zdroj: Vlastní úprava dle ÚZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008 - 2013

2.2.5 Shrnutí

Zrušení regulačních poplatků vyjma poplatku za pohotovostní služby uzákonila novela č. 256/2014 Sb. zákona o veřejném zdravotním pojištění ze dne 22.10.2014 s platností od 1.1.2015. (Kubek, 2015)

Ministr zdravotnictví i premiér několikrát přislíbili, že takto způsobený úbytek příjmů bude v plné výši vynahrazen všem zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařské služby. (Kubek, 2015) Tento slib byl sice dodržen z velké části, ale nikoliv zcela. (Kubek, 2015)

Již během dohodovacího řízení o úhradách pro rok 2015 byl ze strany poskytovatelů upřednostňován systém, kdy by zdravotnické zařízení stále vykazovalo kód spojený do té doby s vybírání poplatku (např. 09543) a zdravotní pojišťovny by za takto vykázaný kód platily 30,-Kč. (Kubek, 2015) Tento způsob byl považován za spravedlivý a z administrativního hlediska jednoduchý v případě, že pravidla platná dosud pro vybírání poplatků budou ponechána i pro vykazování tohoto signálního kódu. (Kubek, 2015)

Náhrady za zrušené poplatky upravuje vyhláška č. 324/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015 ze dne 17. 12. 2014. (Kubek, 2015)

Ambulantních lékařů se cíleně týká § 16, který uvádí, že za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný kód č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 Kč. (Kubek, 2015) Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí třicetinásobek počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně v referenčním období. (Kubek, 2015) Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby. (Kubek, 2015)

Například počet pojišťovnou v roce 2015 kompenzovaných signálních kódů nemůže překročit počet zdravotnickým zařízením vybraných a vykázaných regulačních poplatků za rok 2013. (Kubek, 2015) Pokud zdravotnické zařízení provede méně výkonů než v roce 2013, dostane méně. (Kubek, 2015) Pokud provede více výkonů než v roce 2013, nedostane více. (Kubek, 2015)

Vyhláška bohužel ani nepočítá s možností, že by zdravotní pojišťovny zvýšily předběžné úhrady o zálohu na kompenzaci za zrušené poplatky, tzn. pokud nedojde k dohodě s pojišťovnami, budou signální kódy a tedy kompenzace za zrušené poplatky zdravotnickým zařízením kompenzovány až v rámci vyúčtování za rok 2015, tedy přibližně do konce dubna 2016. (Kubek, 2015) Peníze z vybraných regulačních poplatků byly na rozdíl od toho k dispozici zdravotnickému zařízení okamžitě. (Kubek, 2015)

Pro ambulantní specialisty tedy stále platí, že signální kód regulačního poplatku (09543) je třeba i nadále vykazovat ve všech případech, kdy byl do konce roku 2014 pacient povinen platit tzv. regulační poplatek. (Kubek, 2015) Regulační poplatky se sice již nesmí vybírat, ale zdravotnické zařízení, které nebude kódy těchto poplatků vykazovat, nedostane od zdravotních pojišťoven žádnou kompenzaci. (Kubek, 2015).

3. Cíl práce

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je zjistit, do jaké míry zrušení regulačních poplatků ovlivnilo zájem pacientů o ambulantní zdravotní služby.

3.2 Výzkumné hypotézy

Hypotéza číslo 1:

Zrušení regulačních poplatků vedlo ke zvýšení poptávky po službách ambulantní specializované péče.

Hypotéza číslo 2:

Zrušení regulačních poplatků za recept vedlo k vyšším požadavkům pacientů na preskripci léčiv.

3.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1:

Došlo po zrušení regulačních poplatků ke zvýšení počtu návštěv pacientů u daného poskytovatele zdravotní služby?

Výzkumná otázka 2:

Je poptávku po zdravotních službách nutné regulovat?

4. Metodika výzkumu

4.1 Metody a techniky použité při výzkumech

Zjištění potřebných dat probíhalo na základě kombinování dvou oddělených typů výzkumů. Praktická část práce totiž operuje se dvěma výzkumnými soubory. Kvantitativní výzkum byl proveden sběrem dat pomocí techniky dotazníku, tedy metodou dotazování. Kvalitativní výzkum byl oproti tomu cílen na užší skupinu respondentů a ke sběru dat sloužil rozhovor vedený v přímé interakci s respondentem. Základním předpokladem je, že kvantitativní přístup k jednomu ze zkoumaných souborů a kvalitativní přístup k druhému ze zkoumaných souborů umožňuje komplexnější pochopení výzkumného problému než pouze při použití jednoho z nich.

4.1.1 Data a metodika kvantitativního výzkumu

Analyzovaná data byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření, které proběhlo v zimě 2016 a na jaře roku 2017. Dotazníky byly rozdány pacientům ambulantních specialistů v okrese Jindřichův Hradec. Celkem bylo distribuováno 300 dotazníků. Z tohoto počtu se ke zpracování vrátilo celkem 204 dotazníků. Tento počet se stal základem pro vyhodnocení dotazníkového šetření.

K podání základní informace o povaze dat získaných dotazníkovým šetřením, byla využita klasická frekvenční analýza, jejímž výsledkem jsou jednostupňové tabulky četností, které obsahují: absolutní četnosti, relativní četnosti [v %], dále kumulativní absolutní četnosti a relativní kumulativní četnosti [v %].

Pro lepší interpretaci a představu jsou v některých případech absolutní četnosti zachyceny pomocí koláčových (pie graph), případně sloupcových grafů (barplot).

V případě zajímavého vztahu je provedeno dvoustupňové třídění, s cílem získat kontingenční tabulku, která by obsahovala informace nutné pro provedení Chi-kvadrát testu na nezávislost. V případě Chi-kvadrát testu jsou nulová a alternativní hypotéza specifikovány následujícím způsobem:

$$H_0: \pi_{ij} - \frac{n_{i+}n_{+j}}{n} = 0 \text{ vs. } H_A: \pi_{ij} - \frac{n_{i+}n_{+j}}{n} \neq 0$$

Interpretace výsledků plynoucích z Chi-kvadrát testů je provedena na hladině významnosti $\alpha=0,05$, tj. s 95 % spolehlivostí. Pro detailnější analýzu výsledných

absolutních četností v kontingenčních tabulkách, byla následně využita metodologie mozaikových grafů, která umožňuje vizuálně znázornit rozdíl mezi nulovou hypotézou a skutečným stavem.

Veškeré potřebné výpočty jsou realizovány prostřednictvím software R, MS Excel a data management prostřednictvím MySQL Workbench.

4.1.2 Data a metodika kvalitativního výzkumu

Analyzovaná data byla získána prostřednictvím řízených rozhovorů tváří v tvář. Pro záznam rozhovoru byl použit záznamový arch. Rozhovory byly prováděny s lékaři specializovaných ambulancí v okrese Jindřichův Hradec. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů se specialisty různých odborností. Získané informace byly analyzovány komparativní metodou za účelem získání odpovědí na výzkumné otázky a ověření, doplnění či prohloubení výsledků statistické analýzy na úrovni dotazníkového šetření.

4.2 Charakteristika výzkumných souborů

Pro účely tohoto výzkumu byly stanoveny dva výzkumné soubory.

První výzkumný soubor tvoří náhodně vybraní pacienti v ambulancích lékařů v okrese Jindřichův Hradec. Náhodně vybraný soubor populace pacientů v okrese Jindřichův Hradec. Byli vybráni pouze ti, kteří souhlasili s anonymním vyplněním dotazníkového šetření. Pacienti byli všech věkových kategorií bez ohledu na diagnózu a případnou léčbu.

Druhý výzkumný soubor tvořili pouze lékaři, kteří v dotyčných ambulancích ordinují. Vybranou skupinu tvořili lékaři s odbornostmi – stomatolog, pediatr, dermatovenerolog, ortoped, otorinolaryngolog, internista a radiolog.

5. Výsledky

5.1 Výsledky dotazníkového šetření s respondenty

V této kapitole jsou uváděny výsledky výzkumu, které byly získány za pomoci analýzy dat statistikem.

5.1.1 Otázka 1: Pohlaví respondenta

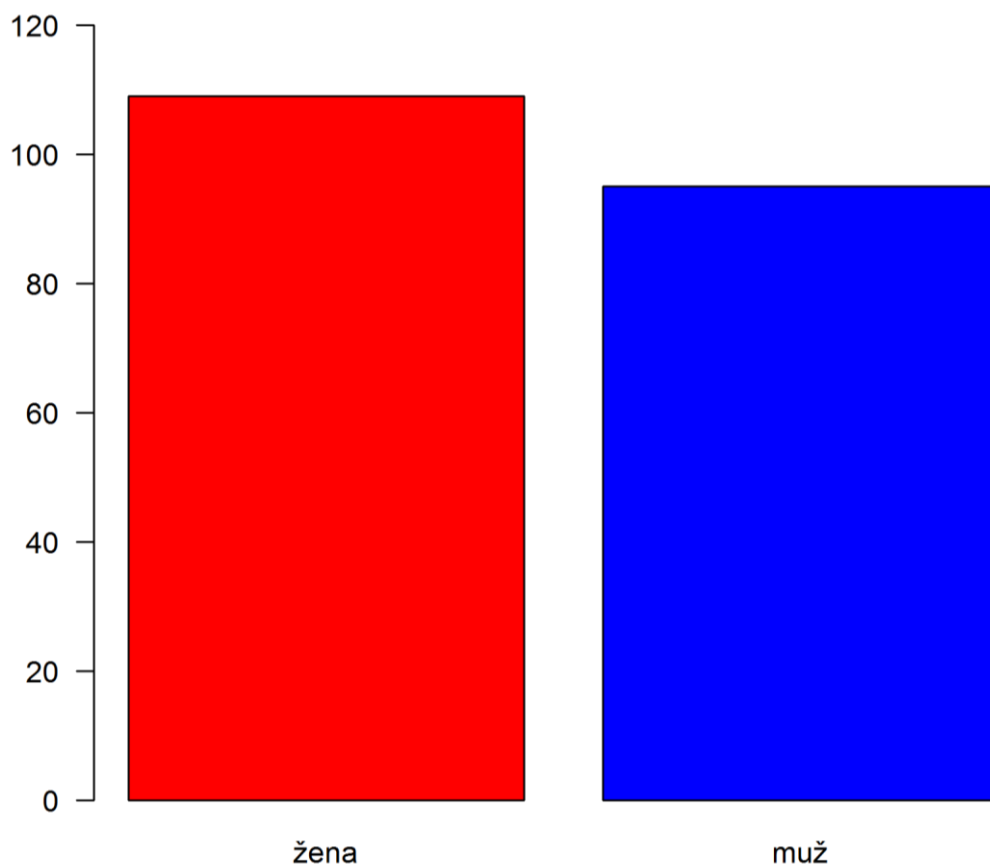
Tabulka č. 4.: Tabulka rozdělení četností zachycující pohlaví respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
žena	109	53,431	109	53,431
muž	95	46,569	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Soubor obsahoval celkem 204 respondentů, přičemž z hlediska podílu jednotlivých pohlaví byl analyzovaný soubor mírně nevyvážený (nikoliv však shodný se zastoupením jednotlivých pohlaví v ČR). Analyzovaný soubor konkrétně obsahoval 109 žen (53,43 %) a 95 mužů (46,57 %), viz výše uvedená tabulka relativních četností. Pro lepší interpretaci je níže zobrazena situace prostřednictvím sloupcového grafu.

Graf č. 2: Sloupcový graf zachycující četnost jednotlivých pohlaví respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.2 Otázka 2: Věk respondenta

Tabulka č. 5: Tabulka rozdělení četností zachycující věkovou strukturu respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
36-65	104	50,980	104	50,980
více než 65	54	26,471	158	77,451
18-35	32	15,686	190	93,137
méně než 18	14	6,863	204	100,000

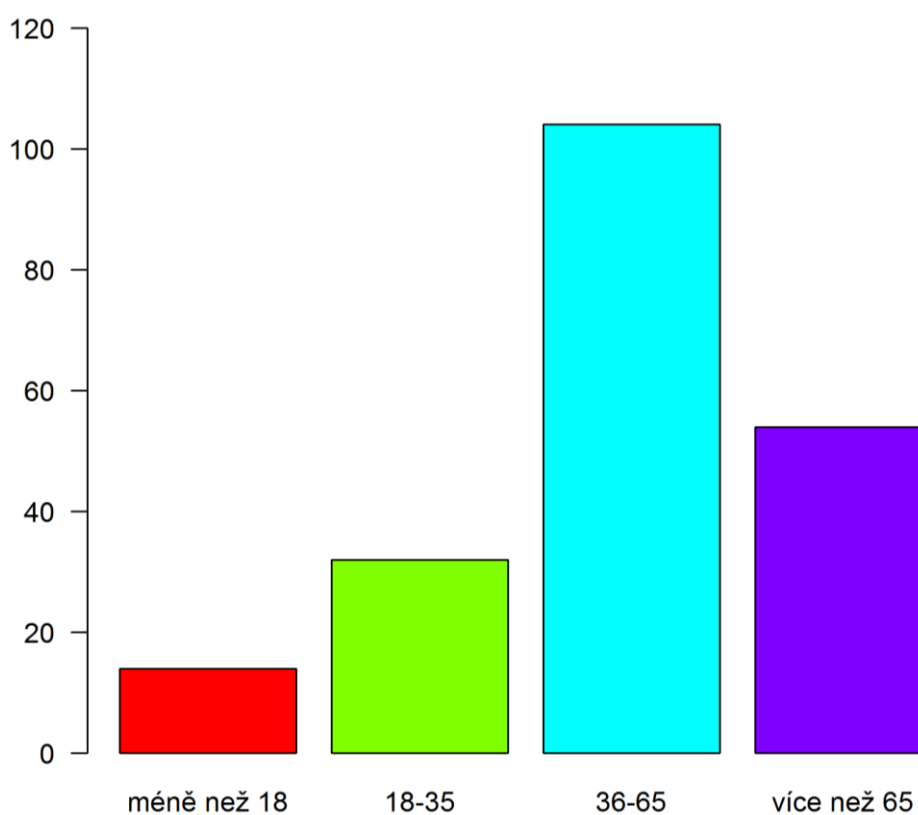
Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
-----------	--------------------	--------------------	--------------------------------	--------------------------------

18

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky četností, viz (Tab. 2) je patrné, že největší zastoupení měla věková kategorie respondentů 36 – 65 let. Podíl osob v této věkové kategorie činil plných 50,98 % z celkového počtu 204 respondentů. Druhou nejčetněji zastoupenou kategorií pak byli lidé starší než 65 let. Jejich podíl na celkové skladbě činil 26,47 %. Naopak nejméně zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie respondentů, kteří ještě nedosáhli plnoletosti. Tato kategorie čítala pouze 14 respondentů (6,86%) z celkového počtu 204 respondentů. Následující sloupcový graf zachycuje celou situaci graficky.

Graf č. 3: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých věkových kategorií v analyzovaném souboru.



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.3 Otázka 3: Status respondenta

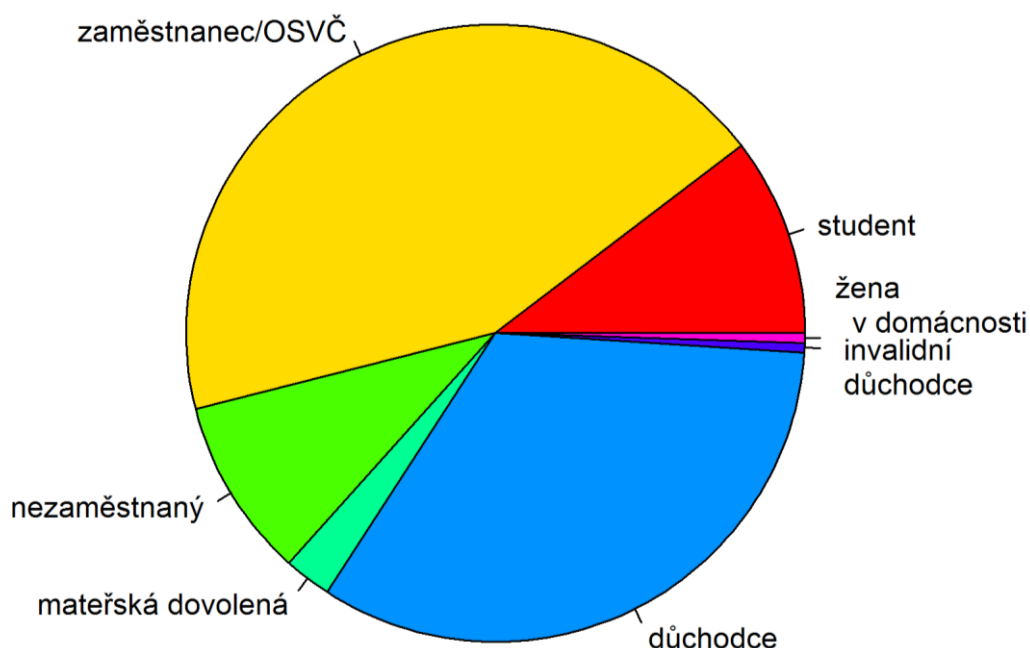
Tabulka č. 6: Tabulka rozdělení četností zachycující status sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
zaměstnanec/OSVČ	88	43,564	88	43,564
důchodce	67	33,168	155	76,733
student	21	10,396	176	87,129
nezaměstnaný	19	9,406	195	96,535
mateřská dovolená	5	2,475	200	99,010
invalidní důchodce	1	0,495	201	99,505
žena v domácnosti	1	0,495	202	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Největší zastoupení z pohledu současného statusu jednotlivých pacientů-respondentů měla kategorie zaměstnanců či osob samostatně výdělečně činných. Podíl osob s tímto statusem činil plných 43,56 % z celkového počtu 202 respondentů, kteří se vyjádřili na položenou otázku. Druhou nejčetněji zastoupenou kategorií pak byli důchodci. Jejich podíl na celkové skladbě činil 33,168 % z celkového počtu odpovídajících respondentů. Třetí nejtypičtější kategorií co do absolutního počtu pak byli studenti (10,39% z 202 respondentů). Naopak nejméně zastoupenou kategorií byla kategorie „invalidní důchodce“. Tato kategorie se v souboru vyskytla pouze jednou. Distribuce ostatních kategorií je patrná při pohledu na výše uvedenou tabulku četností, viz Tabulka č. 6 nebo ze sloupcového grafu č. 4.

Graf č. 4: Koláčový graf zachycující četnosti jednotlivých socio-ekonomických statusů dotázaných respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.4 Otázka 4: Odpovědi respondenta na otázku: Vyžaduje Váš zdravotní stav častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky?

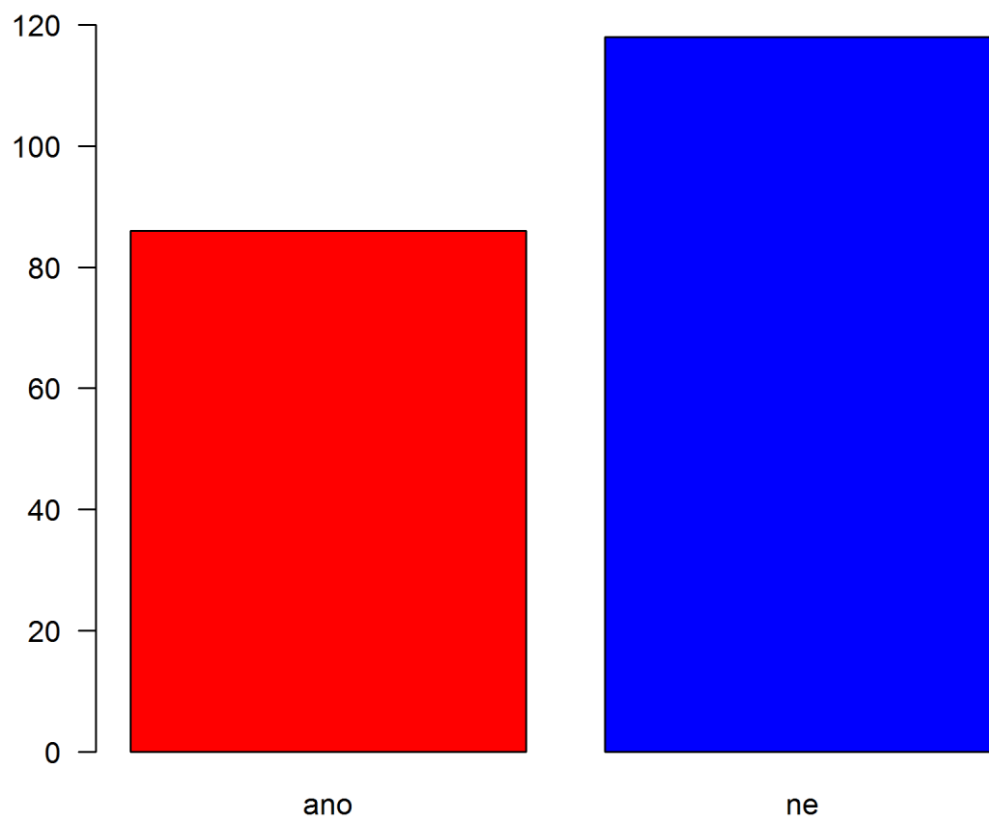
Tabulka č. 7: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda Váš zdravotní stav vyžaduje častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne	118	57,843	118	57,843
ano	86	42,157	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je patrné z odpovědí respondentů uvedených v tabulce četností, zdravotní stav převážné většiny (57,84 %) respondentů nevyžadoval častější návštěvy u lékaře. Pouze cca 42,16 % dotázaných uvedlo, že jejich stav vyžadoval častější lékařský dohled.

Graf č. 5: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda Váš zdravotní stav častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky?



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.5 Otázka 5: Zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do Vašeho rozpočtu?

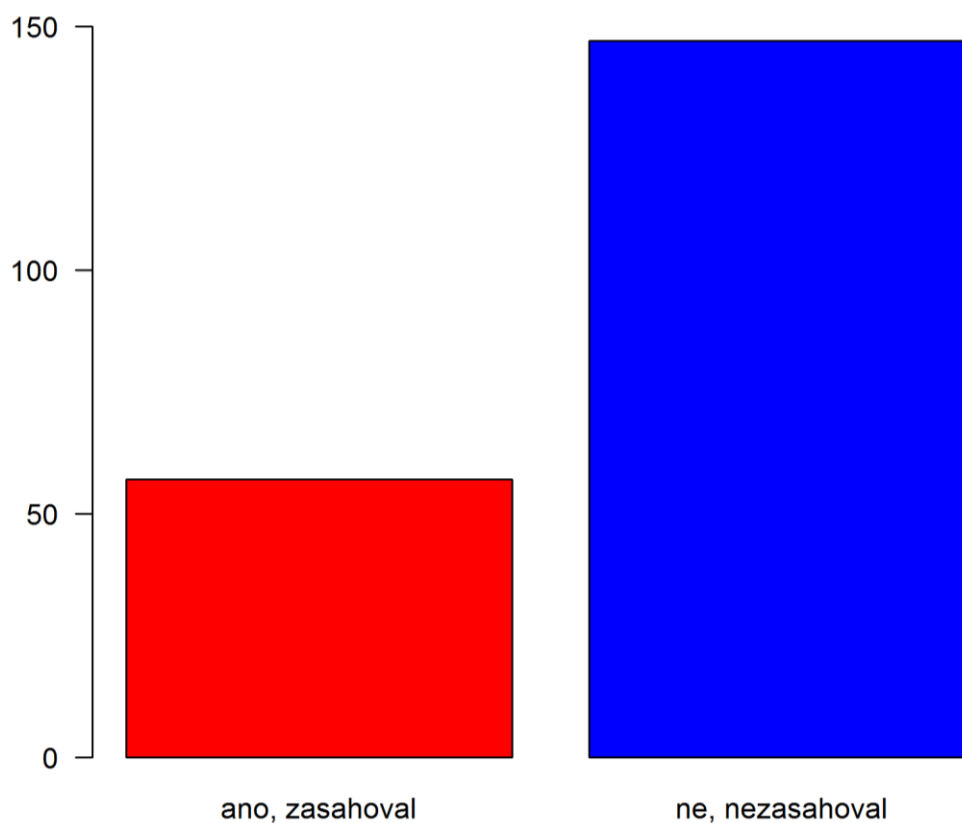
Tabulka č. 8: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do jejich rozpočtu? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.]

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne, nezasahoval	147	72,059	147	72,059
ano, zasahoval	57	27,941	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky četností je patrné, že naprostá většina respondentů se na položenou otázku vyjádřila negativně, tj. prostřednictvím kategorie „ne, nezasahoval“. Pouze 57 respondentů (27,94 % z celkového počtu) na položenou otázku odpovědělo kladně.

Graf č. 6: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech].



Zdroj: Vlastní výzkum

V případě, že bychom chtěli detailněji analyzovat tyto odpovědi, mohli bychom se podívat, jak respondenti odpovídali na danou otázku s ohledem na věkovou kategorii. Pokud bychom provedli dvoustupňové třídění, získali bychom následující distribuci, viz níže uvedená kontingenční tabulka

Tabulka č. 9: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na věku – absolutní četnosti.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
méně než 18	2	12	14
18-35	7	25	32
36-65	24	80	104
více než 65	24	30	54
Suma	57	147	204

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro lepší názornost je níže uvedena i kontingenční tabulka zachycující řádkové četnosti, u kterých bude patrnější posun odpovědí v jednotlivých kategoriích.

Tabulka č. 10: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na věku.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
méně než 18	14,28571	85,71429	100
18-35	21,87500	78,12500	100
36-65	23,07692	76,92308	100
více než 65	44,44444	55,55556	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené kontingenční tabulky je patrné, že regulační poplatek, dle vyjádření respondentů, zasahoval do rozpočtu především u starší věkové kategorie, ve které se kladně vyjádřilo více než 44 % respondentů (z 54 respondentů starších 65 let). Pokud bychom provedli χ^2 - test na nezávislost, získali bychom následující:

Pearson's Chi-squared test

X-squared = 10.408, df = 3, p-value = 0.0154

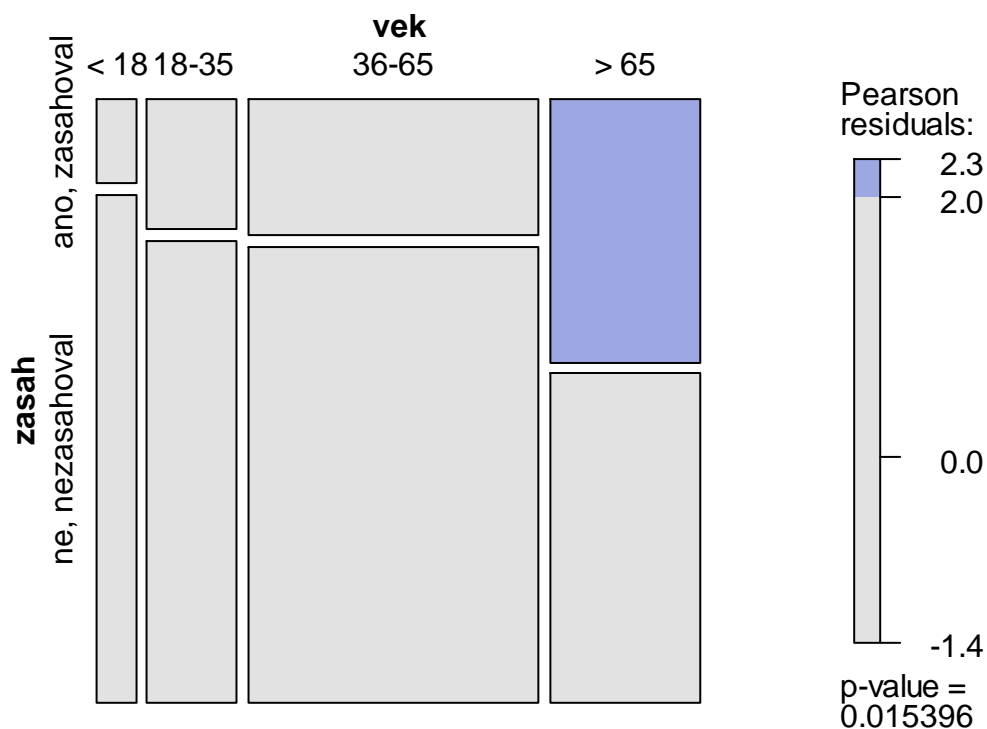
Závěr:

Prostřednictvím Chi-kvadrát testu, a získaných dat, viz kontingenční tabulka výše, se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p-value = 0,0154). V tomto případě lze říci, že se na hladině významnosti podařila prokázat spojitost mezi tím, zda poplatek zasahoval respondentům do jejich rozpočtu a věkem respondenta. Vzhledem k nedostatečnému zastoupení pozorování v jednotlivých buňkách kontingenční tabulky, lze výslednou hodnotu dosažené hladiny významnosti označit pouze za informativní. K validním závěrům bychom potřebovali více pozorování. Druhou možností by bylo případně sloučení některých „sousedních“ sloupců a řádek kontingenční tabulky.

Pokud bychom se snažili o detailnější analýzu výše uvedené kontingenční tabulky, s cílem odhalit příčinu zamítnutí nulové hypotézy, mohli bychom využít, tzv. „mozaikový“ graf, viz níže, který zachycuje proporcionálně hodnoty Pearsonovo reziduí. Při pohledu na mozaikový graf je patrné, že největší diskrepance empirických – pozorovaných – četností od teoretických četností, tj. těch, které bychom obdrželi za platnosti nulové hypotézy, je pozorována v případě kombinace „ano, zasahoval vs. starší jak 65 let“.

Je tedy zřejmé, že se respondenti věkové kategorie „více než 65 let“ v mnohem vyšší míře vyjadřují prostřednictvím kategorie „ano, zasahoval“, než bychom čekali za předpokladu nezávislosti. Je tedy zřejmé, že regulační poplatky zatížily rozpočet především starších lidí.

Graf č. 7: Mozaikový graf zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do jejich rozpočtu v závislosti na jejich současném věku, jejich současné věkové kategorii.



Zdroj: Vlastní výzkum

Níže je pomocí kontingenčních tabulek zachycen vztah mezi statusem respondentů, a tím jak respondenti odpovídali na danou otázku.

Tabulka č. 11: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na jejich statusu – absolutní četnosti.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
student	3	18	21
zaměstnanec/OSVČ	11	77	88
nezaměstnaný	11	8	19
mateřská dovolená	3	2	5
důchodce	27	40	67
invalidní důchodce	0	1	1
žena v domácnosti	0	1	1
Suma	55	147	202

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro lepší názornost je níže opět uvedena i kontingenční tabulka zachycující řádkové četnosti, u kterých bude patrnější posun odpovědi v jednotlivých kategoriích.

Tabulka č. 12: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na statusu respondentů.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
student	14,28571	85,71429	100
zaměstnanec/OSVČ	12,50000	87,50000	100
nezaměstnaný	57,89474	42,10526	100
mateřská dovolená	60,00000	40,00000	100
důchodce	40,29851	59,70149	100
invalidní důchodce	0,00000	100,00000	100
žena v domácnosti	0,00000	100,00000	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Z kontingenční tabulky je dosti patrné, že prostřednictvím kategorie „ano, zasahoval“ se více vyjadřovali především ekonomicky neaktivní lidé (nezaměstnaní, důchodci, či lidé na mateřské dovolené). V ostatních případech – kategoriích nečinili regulační poplatky potíže. Provedeme-li opět Chi-kvadrát test na nezávislost, získáme následující výsledky:

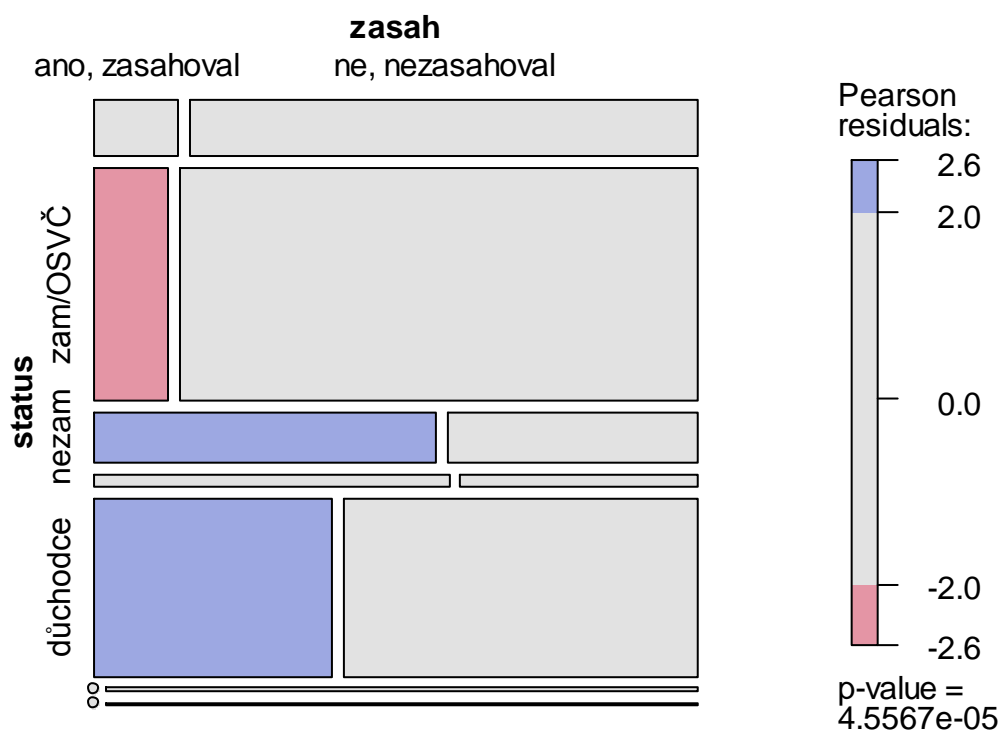
Pearson's Chi-squared test
X-squared = 29.662, df = 6, p-value = 4.557e-05

Závěr:

Prostřednictvím Chi-kvadrát testu, a získaných dat, viz kontingenční tabulka výše, se opět podařilo, tak jako v předchozím případě, na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní ($p\text{-value} = 4,557 \cdot 10^{-5}$). I v tomto případě lze říci, že se na hladině významnosti $\alpha=0,05$ podařil prokázat vztah mezi tím, zda poplatek zasahoval respondentům do jejich rozpočtu a jejich statusem.

Vzhledem k nedostatečnému zastoupení pozorování v jednotlivých buňkách kontingenční tabulky, lze výslednou hodnotu dosažené hladiny významnosti označit pouze za informativní. K validním závěrům bychom potřebovali více pozorování, či případně provést exaktní permutační test, či jeho aproximaci. Druhou možností by bylo opět kolapsování jednotlivých sloupců či řádek kontingenční tabulky.

Graf č. 8: Mozaikový graf zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do jejich rozpočtu v závislosti na jejich současném statusu [Jména kategorií statusu jsou zachycena pouze pro ty, co vykazují deviaci od nulové hypotézy]



Zdroj: Vlastní výzkum

V případě, že bychom se snažili o detailnější analýzu výše uvedené kontingenční tabulky, mohli bychom tak, jako v předchozím případě použít mozaikový graf, viz výše. Při pohledu na mozaikový graf je patrné, že největší diskrepance empirických – pozorovaných – četností od teoretických četností, je pozorována v případě následujících kombinací: „důchodce vs. ano, zasahoval“, dále „nezaměstnaný vs. ano, zasahoval“ a kombinace „zaměstnaný/OSVČ vs. ano, zasahoval“. Přičemž z hodnot Pearsonových reziduí je zřejmé, že v případě kombinace „zaměstnaný/OSVČ vs. ano, zasahoval“ jsou empirické četnosti mnohem nižší, než

bychom očekávali v případě nezávislosti. Naopak u kombinací „nezaměstnaný vs. ano, zasahoval“ a „důchodce vs. ano, zasahoval“ jsou četnosti podstatně vyšší, než bychom očekávali za předpokladu nezávislosti.

5.1.6 Otázka 6: Dal(a) jste raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než byste zaplatil(a) 30 Kč poplatek za recept?

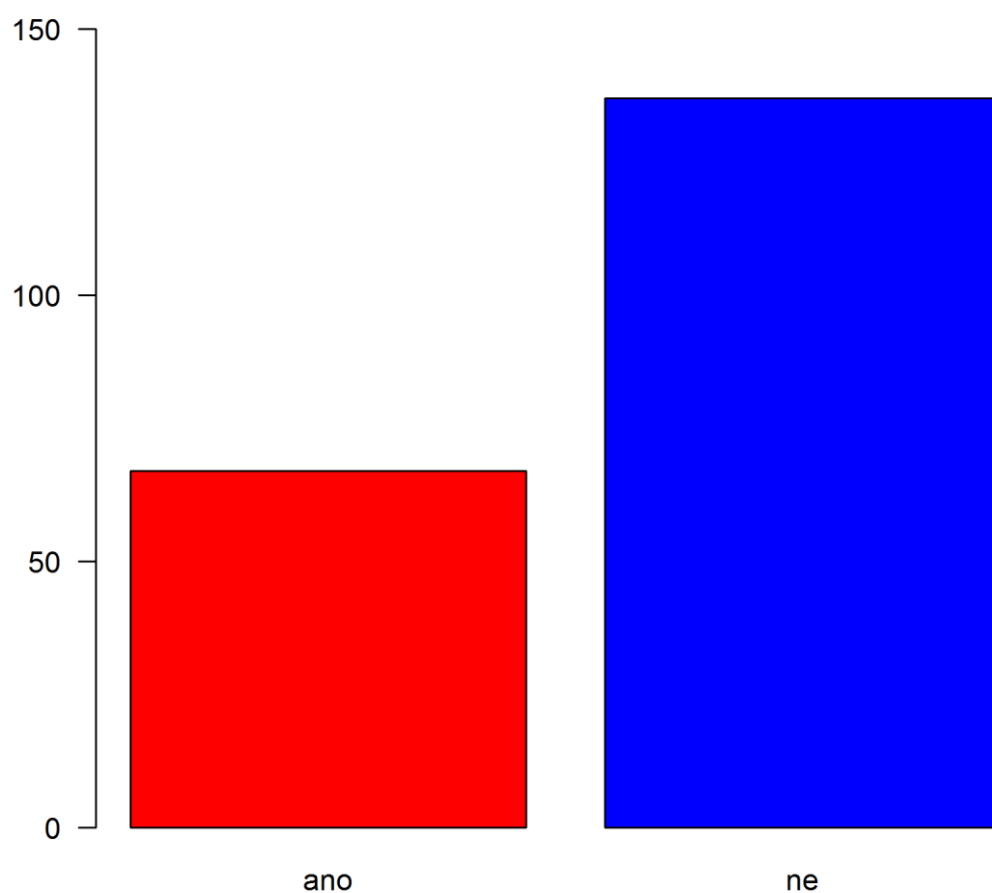
Tabulka č. 13: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda by dotázaný dal raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než by zaplatil 30 Kč poplatek za recept? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne	137	67,157	137	67,157
ano	67	32,843	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě frekvenční analýzy, viz výše uvedená tabulka, četností je patrné, že naprostá většina respondentů (67,16 %) se na položenou otázku vyjádřila negativně, tj. prostřednictvím kategorie „ne“. Pouze 67 respondentů (32,84 % respondentů z celkového počtu) odpovědělo kladně na položenou otázku kladně, tj. že by dali raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než by zaplatili 30 Kč poplatek za vystavení receptu.

Graf č. 9: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda by dotázaný dal raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než by zaplatil 30 Kč poplatek za recept? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.7 Otázka 7: Odradil Vás regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře?

Tabulka č. 14: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenta odradil regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].

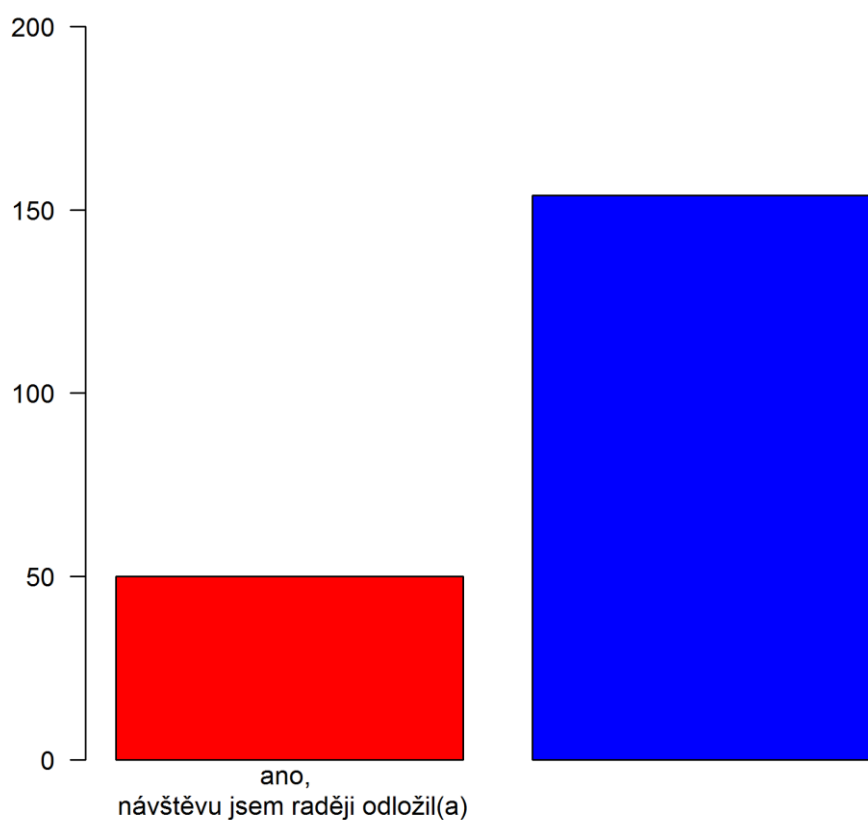
Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne, ambulantní péči jsem vyhledal(a) a 30 Kč jsem byl(a)	154	75,49	154	75,49

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ochoten(na) zaplatit ano, návštěvu jsem raději odložil(a)	50	24,51	204	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky četností plyne, že se naprostá většina respondentů (75,49 % z celkového počtu 204) na položenou otázku vyjádřila negativně, tj. prostřednictvím kategorie „ne, ambulantní péči jsem vyhledal(a) a 30 Kč jsem byl(a) ochoten(na) zaplatit“. Pouze 50 dotázaných, tj. 24,51 % odpovědělo kladně, že návštěvu raději odložili.

Graf č. 10: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda respondent odradil regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.8 Otázka 8: Zvýšila se Vaše poptávka po ambulantní specializované péči od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny?

Tabulka č. 15: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda se zvýšila poptávka respondenta po ambulantní péči specialisty/praktického lékaře od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech].

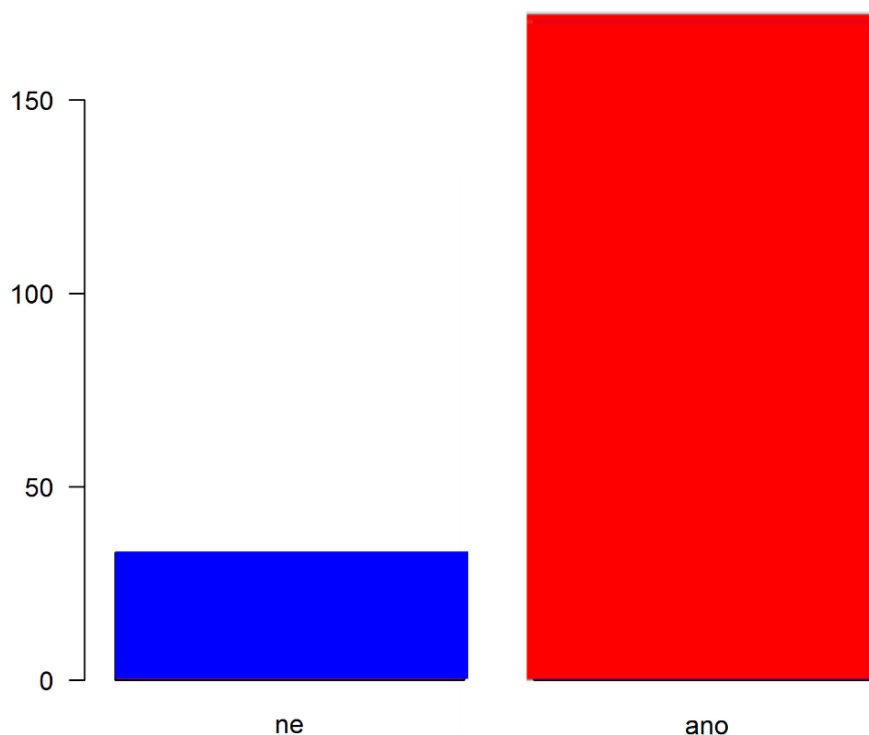
Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ano	171	83,824	171	83,824

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne	33	16,176	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky četností je patrné, že naprostá většina respondentů se na položenou otázku vyjádřila pozitivně, tj. prostřednictvím kategorie „ano“. Takto odpovědělo 171 respondentů (83,82 %). Pouze 33 respondentů (16,18 % z celkového počtu 204 respondentů) odpovědělo na položenou otázku záporně, tj. že se jejich poptávka po ambulanci péči po zrušení regulačních poplatků nezvýšila. Následující sloupcový graf zachycuje odpovědi v grafické podobě.

Graf č. 11: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda se zvýšila poptávka respondenta po ambulanci péči specialisty/praktického lékaře od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.9 Otázka 9: Máte po zrušení regulačních poplatků za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv?

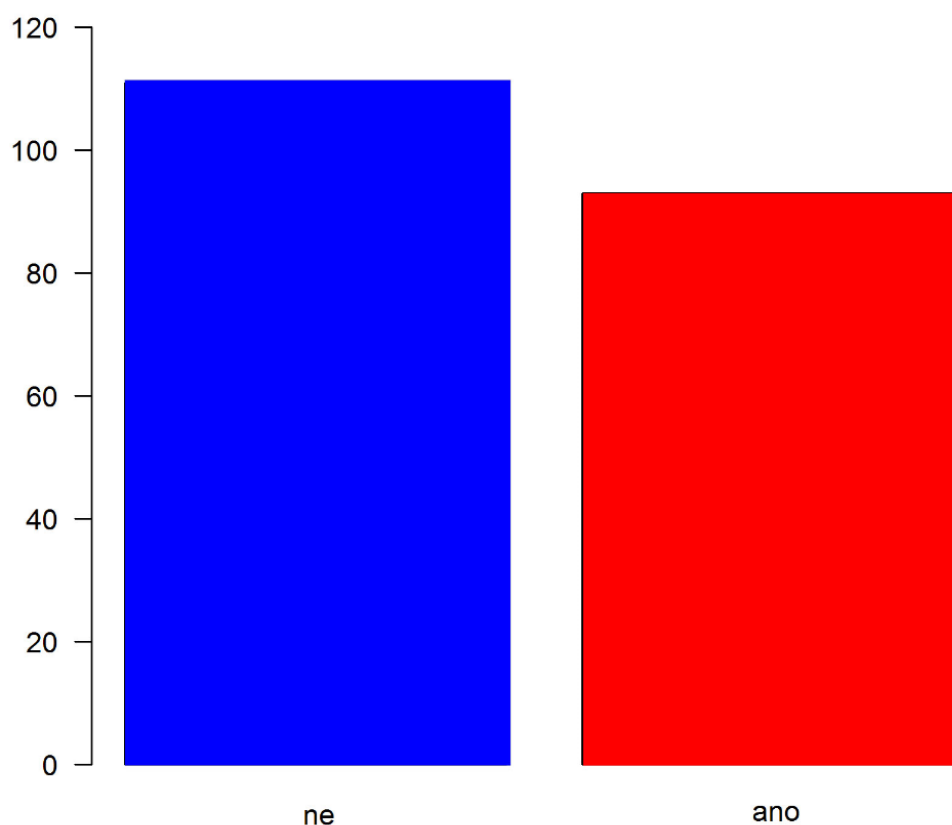
Tabulka č. 16: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenti mají po zrušení regulačního poplatku za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ano	93	45,588	204	100,000
ne	111	54,414	111	54,414

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě otázky číslo 9 se naprostá většina respondentů vyjádřila negativně. Konkrétněji, více než 54,41 % respondentů nemá po zrušení regulačních poplatků za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv. Na druhé straně 93 respondentů se vyslovilo kladně (45,59 % z celkového počtu 204).

Graf č. 12: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda respondenti mají po zrušení regulačního poplatku za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.10 Otázka 10: Uvítali jste zrušení regulační poplatků?

Tabulka č. 17.: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech].

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ano	139	68,137	139	68,137
ne	49	24,020	188	92,157
pouze některých,	16	7,843	204	100,000

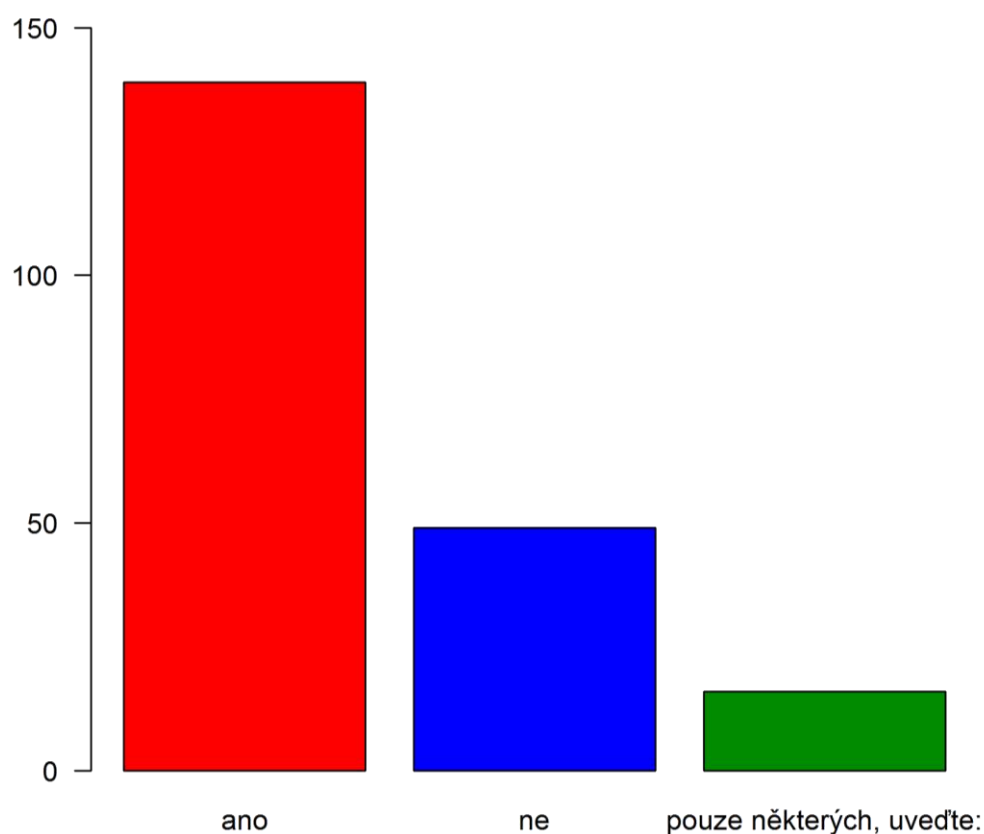
Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

uved'te:

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky odpovědí respondentů, na otázku, zda uvítali zrušení regulačních poplatků, byly jednoznačné. V naprosté většině případů respondenti kvitovali zrušení regulačních poplatků. Kladně se vyjádřilo celkem 139 respondentů z celkového počtu 204 (68,14 %). Negativně se vyjádřilo pouze 49 respondentů, tj. 24,02 %. V 16 případech využili respondenti třetí nabídnutou variantu, tj. vyslovili se prostřednictvím kategorie „pouze některých, uved'te“. Rozbor těchto odpovědí je uveden níže. Graficky jsou odpovědi shrnuty prostřednictvím sloupcového grafu, viz níže.

Graf č. 13: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].



Zdroj: Vlastní výzkum

5.1.11 Přímé odpovědi k otázce 10

Tabulka č. 18.: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků? [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech].

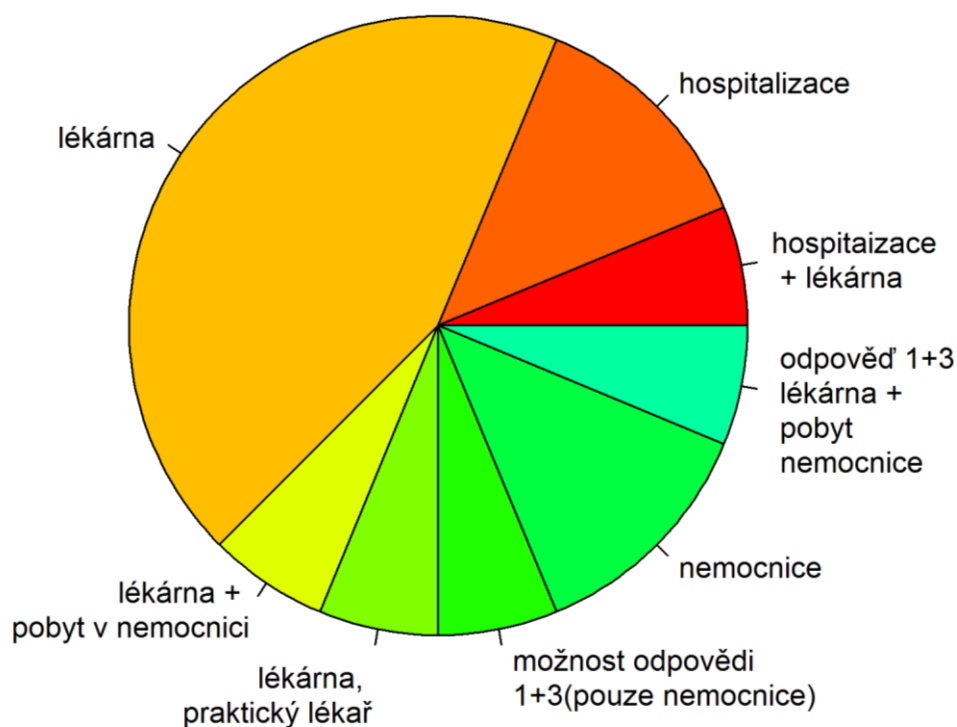
Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
lékárna	7	43,75	7	43,75
hospitalizace	2	12,50	9	56,25
nemocnice	2	12,50	11	68,75
hospitalizace + lékárna	1	6,25	12	75,00

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
lékárna + pobyt v nemocnici	1	6,25	13	81,25
lékárna, praktický lékař	1	6,25	14	87,50
možnost odpovědi 1+3(pouze nemocnice)	1	6,25	15	93,75
odpověď 1+3				
lékárna + pobyt nemocnice	1	6,25	16	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Z provedené frekvenční analýzy je evidentní, že nejvíce respondentů (z těch, kteří využili možnost přímé odpovědi) uvedlo, že uvítali zrušení regulačního poplatku především v lékárnách. Prostřednictvím této kategorie se vyslovilo 7 respondentů. Výše uvedená tabulka četností pak zachycuje počty zbývajících 9 respondentů, kteří využili možnost uvést konkrétní případ.

Graf č. 14: Koláčový graf zachycující četnosti jednotlivých konkrétních odpovědí na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků? Celkový rozsah takto odpovídajících respondentů byl 16. [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech.].



Zdroj: Vlastní výzkum

5.2 Výsledky prováděných rozhovorů s komunikačními partnery

Informace získané na základě přímých strukturovaných rozhovorů byly zorganizovány a kategorizovány do záznamového archu (viz. příloha) a analyzovány. Následná syntéza vedla k redukci a klasifikaci získaných informací do uchopitelných jednotek, které v níže uvedené tabulce č. 19 byly vázány na typ otázky.

Tabulka č. 19: Rozhovory s komunikačními partnery

Rozhovory s lékaři	Otázka č. 1: Vnímali jste, že po zrušení regulačních poplatků dochází ke zvýšení počtu návštěv pacientů?	Otázka č. 2: Myslíte si, že regulační poplatky finančně zatěžovaly pacienty?
Lékař č.1	Ne, protože spadáme do komplementu s laboratořemi a regulační poplatky se v rámci této skupiny nevybírají.	V naší ambulanci určitě Ne.
Lékař č.2	Ano	Ne

Lékař č.3	Ne, pacienti vyhledávají naši péči přibližně stejně s poplatky nebo bez poplatků	Určitě Ne, někteří pacienti mají dokonce tendenci nám poplatek dávat stále i po jeho zrušení!
Lékař č.4	Ano, pacienti brali poplatek alespoň trochu jako „překážku“ v dostupnosti péče.	Nemyslím, částka 30,- není žádná horentní suma, která by pacienty zruinovala.
Lékař č.5	Ano, chodí více se zbytečnostmi	Ne, možná částečně sociálně slabší
Lékař č.6	Ano, přeci jen to byl výdaj	Polymorbidní s nižšími příjmy Ano , jinak snad ani Ne
Lékař č.7	Ano	Nemyslím si to
Lékař č.8	Možná trochu	Spíše si to nemyslím
Lékař č.9	Ano, přestože byl poplatek nízký, některé pacienty to zřejmě odradilo	Ne (všeobecně)
Lékař č.10	Ne	Nemyslím si to

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi lékařů na otázku číslo 1 byly rozdílné. Z celkového počtu 10 lékařů odpověděly 2/3 lékařů kladně, tedy 66,6 %. Oproti negativní odpovědi 1/3 lékařů, tedy 33,3 %.

Z výsledku lze usuzovat, že lékaři vnímali nárůst počtu návštěv pacientů po zrušení poplatků

Otázka číslo 2 vedla k téměř 100 % shodě na odpovědi, ze které lze usuzovat, že pacienti nebyli finančně zatěžováni regulačními poplatky. Ve 2 případech však odpověď nebyla jednoznačná a přikláněla se i k možnosti finanční zátěže v konkrétních situacích: 1. sociálně slabší jedinci (lékař hovořil o osobách s nízkými příjmy) a 2. u pacientů s nízkými příjmy za současné podmínky polymorbidity.

Tabulka č. 20: Rozhovory s komunikačními partnery

Rozhovory s lékaři	Otázka č. 3: Vyžaduje Vaše specializace zvýšenou preskripci léčivých přípravků?	Otázka č. 4: Je poptávku po zdravotních službách nutné regulovat?
---------------------------	---	--

Lékař č.1	Ne	Ano, současný stav je z hlediska vytíženosti lékařů neudržitelný.
Lékař č.2	Ne	Ano
Lékař č.3	Ne, v našem zařízení předepisujeme léky spíše výjimečně.	Ano, u některých odborností určitě, zvláště pokud je odborníků nedostatek.
Lékař č.4	Ano, v porovnání s jinými specializacemi určitě, avšak Ne v závislosti na zrušení poplatku.	Určitě ano, i vzhledem k nedostatečnému počtu odborníků.
Lékař č.5	Ano, specializace. Ne, poplatek	Ano, zdravotní péče je nadužívána
Lékař č.6	Ano	Ano, je to žádoucí
Lékař č.7	Ano, specializace vyžaduje vyšší preskripci. Nemá vliv zrušení poplatku.	Ano, stávající stav není udržitelný
Lékař č.8	Ano	Určitě
Lékař č.9	To ano, poplatek nikoliv	Ano, nadužívání je zřejmé
Lékař č.10	Ne	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum

K přímé závislosti na odbornost lékaře poukazovala i skutečnost nutnosti zvýšeného předpisu léčivých přípravků u otázky číslo 3. Z výše uvedených odpovědí a odborností lékařů vyplývá, že vyšší preskripce je závislá na specializaci daného lékaře, nežli na pacientovi a zrušení 30 Kč regulačního poplatku za recept. Pokud stejný pacient navštíví několik specialistů, množství preskripce se zpravidla liší. Ve skupině dotazovaných má 60 % lékařů zvýšenou preskripci, oproti zbývajícím 40 %. Z 60 % lékařů se zvýšenou preskripcí mají však pouze 2 zvýšenou preskripci ve spojitosti se zrušením regulačního poplatku.

Výsledky otázky číslo 4 byly jednoznačné. Na otázku, zda je nutné poptávku po zdravotních službách regulovat, odpovědělo 90 % lékařů kladně a 10 % je opačného názoru. Z pohledu lékařů jednoznačně převládá názor, že regulace zdravotních služeb je žádoucí.

Tabulka č. 21: Rozhovory s komunikačními partnery

Rozhovory s lékaři	Otázka č. 5: Byly regulační poplatky nezanedbatelným finančním příjmem pro chod Vašeho nestátního zdravotnického zařízení?
Lékař č.1	Ne
Lékař č.2	Ano
Lékař č.3	Ne, v našem zařízení platil každý pacient poplatek cca 1x ročně a to při druhé preventivní prohlídce. Akutních neobjednaných pacientů, kterých by se poplatek také týkal, máme minimálně.
Lékař č.4	Ano, bylo možné částečně pokrýt třeba výdaje za školení.
Lékař č.5	Ano
Lékař č.6	Ano
Lékař č.7	Ano, zavedení poplatků byl dobrý krok
Lékař č.8	Ano
Lékař č.9	Rozhodně, ano
Lékař č.10	Nebyly

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 5 znovu koresponduje s odborností lékaře. Z výsledků však lze odvodit, že v 70 % lékaři považovali regulační poplatky za důležitý finanční příjem pro chod zdravotnického zařízení, zatímco 30 % lékařů tento názor nesdílelo.

6. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, jaký mělo vliv zrušení regulačních poplatků na poptávku po ambulantních zdravotních službách.

Výzkumy byly vedeny ve dvou liniích. Prvním výzkumem byl výzkum kvantitativní, který byl uskutečněn dotazníkovou formou zaměřenou na pacienty. Bylo distribuováno 300 dotazníků, vyplněno a vráceno jich bylo 204. Primární výzkum byl vyhodnocen statistikem. Druhým výzkumem byl výzkum kvalitativní. Rozhovory, na bázi kterých výzkum probíhal, byly vedeny s 10 lékaři. Všechna shromážděná data jsou striktně anonymní a v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů.

Z výše uvedeného vyplývá, že záměrně byly zvoleny dva výzkumy zaměřené na dvě zcela odlišné skupiny. Na jedné straně laická veřejnost, tedy pacienti a na straně druhé zdravotníci profesionálové, tedy lékaři.

Vedlo zrušení regulačních poplatků skutečně ke zvýšení poptávky po službách ambulantní specializované péče? Tuto hypotézu číslo 1 můžeme průměrně stanovit na základě otázek 7 a 10 z dotazníkového šetření pro pacienty. Přímou souvislost s hypotézou číslo 1 nám určuje otázka číslo 8. Z otázky číslo 7 plyne, že se naprostá většina respondentů (75,49 % z celkového počtu 204) na položenou otázku vyjádřila negativně, tedy ne, ambulantní péči jsem vyhledal(a) a 30 Kč jsem byl(a) ochoten(na) zaplatit. Pouze 50 dotázaných (tj. 24,51 %) odpovědělo kladně, že návštěvu raději odložili. Tedy většina pacientů nebyla odrazena 30 Kč poplatkem od návštěvy ambulantního zařízení. Odpovědi respondentů na otázku číslo 10 byly jednoznačné. V naprosté většině (139 respondentů z celkového počtu 204 - 68,14 %) případů respondenti kvitovali zrušení regulačních poplatků. Z otázky číslo 8 je patrné, že naprostá většina respondentů se na položenou otázku vyjádřila pozitivně prostřednictvím kategorie „ano“. Takto odpovědělo 171 respondentů (83,82 %). Pouze 33 respondentů (16,18 % z celkového počtu 204 respondentů) odpovědělo na položenou otázku záporně, že se jejich poptávka po ambulantní péči po zrušení regulačních poplatků nezvýšila.

Z výše uvedených závěrů statisticky zpracovaného dotazníkového šetření lze průměrně usuzovat, že pacienti nebyli od návštěvy zdravotnického zařízení odrazeni 30 Kč poplatkem a přesto však uvítali jeho zrušení. Otázka číslo 8 přímo analyzuje stanovenou hypotézu č. 1. a na základě výše uvedených výsledků se potvrzuje stanovená hypotéza číslo 1. Na základě shora uvedených výsledků, kdy 83,82%

respondentů uvedlo, že po zrušení regulačních poplatků se četnost jejich návštěv u lékaře zvýšila, byla stanovená hypotéza číslo 1 potvrzena. Poptávka pacientů po ambulantní specializované péči se zvýšila po té, co byly zrušeny 30 Kč poplatky za návštěvu ambulantního zdravotnického zařízení. Pokud se zamyslíme nad tiskovou zprávou Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2009, která nám mimo jiné vyhodnocuje změnu poptávky po službách ambulantních specialistů od zavedení regulačních poplatků s 15,32 % poklesem, docházíme k závěru, že nárůst poptávky pacientů po ambulantních zdravotních službách po zrušení regulačních poplatků je logickým vyústěním. (MZČR, 2009)

Výzkumná otázka směřující na lékaře ambulancí, ve kterých probíhal souběžně dotazníkový výzkum cílený i na pacienty, nás ve strukturovaném rozhovoru zavedla k zamýšlené komparaci těchto dvou subjektů.

Vnímali lékaři, že po zrušení regulačních poplatků dochází ke zvýšení počtu návštěv pacientů? Z celkového počtu 10 lékařů odpověděly 2/3 lékařů kladně, tedy 66,6 %. Oproti negativní odpovědi 1/3 lékařů, tedy 33,3 %. Z výsledku lze usuzovat, že lékaři vnímali nárůst počtu návštěv pacientů po zrušení poplatků

Velmi zajímavé jsou právě výsledky vycházející z komparace těchto dvou skupin. Výsledky jednotlivých výzkumů hovoří jednoznačně pro danou skupinu a následné porovnání těchto výzkumů navzájem vede k zamyšlení se nad postojem zkoumaných subjektů, tj. skupiny pacientů a skupiny lékařů. Názory skupiny pacientů jsou vesměs nepřímě porovnatelné s názory skupiny lékařů nad identickým tématem. Dotazníkové šetření skupiny pacientů nás vede k přímému potvrzení hypotézy 1 a k závěru, že zrušení 30 Kč poplatku vedlo k nárůstu poptávky po zdravotních službách. Taktéž výzkumná otázka cílená na skupinu lékařů nám potvrzuje, že po zrušení 30 Kč poplatku došlo k nárůstu počtu návštěv pacientů.

Zajímavá je právě shoda obou zkoumaných skupin nad identickou problematikou.

Hypotéza číslo 2 nás zavádí do oblasti léčby a regulačního poplatku za předpis léčivých přípravků. Vedlo tedy zrušení regulačních poplatků za recept k vyšším požadavkům pacientů na preskripci léčiv? Otázka číslo 4 dotazníkového šetření pacientů poukazuje, že zdravotní stav převážné většiny (57,84 %) respondentů nevyžadoval častější návštěvy u lékaře. Pouze cca 42,16 % dotázaných uvedlo, že jejich zdravotní stav vyžadoval častější lékařský dohled. Chroničtí či polymorbidní pacienti nikterak neprokázali nárůst vyšších požadavků na preskripci v souladu se zrušením

regulačního poplatku za recept. Otázka číslo 5, zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do Vašeho rozpočtu, je statisticky významná, proto je podrobně rozpracována v kapitole 4.1 Výsledky dotazníkového šetření pro pacienty. Přesto, že se naprostá většina respondentů na položenou otázku vyjádřila negativně, bych chtěl nyní poukázat na významnou posloupnost s ohledem na věkovou kategorii. Lze všeobecně říci, že se na hladině významnosti podařilo prokázat spojitost mezi tím, zda poplatek zasahoval respondentům do jejich rozpočtu s věkem respondenta a jeho statusem. Avšak ani tato otázka nepotvrdila nárůst preskripce v souvislosti se zrušením 30 Kč poplatku. Otázka číslo 6, dal(a) jste raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než byste zaplatil(a) 30 Kč poplatek za recept? Na základě frekvenční analýzy výsledků je patrné, že naprostá většina respondentů (67,16 %) nedala přednost volně prodejnému léčivému přípravku. K otázce číslo 9, kterou byla testována H2 se naprostá většina respondentů vyjádřila negativně. Více než 56,41 % respondentů nemá po zrušení regulačních poplatků za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv.

Z uvedených závěrů na základě dotazníkových otázek 4 a 6 zpracovaných statistikem lze nepřímo usuzovat, že zrušení regulačních poplatků za recept nevedlo k vyšším požadavkům pacientů na preskripci léčiv. Závěry vyplývající z otázky číslo 9 přímo vyvrací hypotézu číslo 2, u které se nepotvrdily vyšší požadavky na preskripci léčiv po zrušení regulačního poplatku za recept. Oproti tomu tisková zpráva ministerstva zdravotnictví není plně v souladu s výsledky výzkumu, protože na základě dat v této zprávě uvedených by naopak mělo dojít k nárůstu preskripce. (MZČR, 2009) Z výzkumu Sociologického ústavu Akademie věd vyplývá, že lidé všeobecně nesouhlasí s poplatkem za recept. Takto odpovídalo celkem 60 % dotázaných. (Válková, 2013)

Výzkumná otázka číslo 3 použitá během rozhorů s lékaři, byla zaměřena i na změnu intenzity preskripce po zrušení 30 Kč poplatku za recept, resp. na zvýšení preskripce. Z celkového počtu lékařů má 60 % zvýšenou preskripci v přímém vztahu na odbornost daného specialisty a pouze 20 % lékařů poukazuje na zvýšenou preskripci v návaznosti na zrušení regulačního poplatku za recept. Nelze usuzovat, že zvýšená preskripce je primárně způsobena zrušením tohoto regulačního poplatku.

Vzájemná komparace dat získaných oběma typy výzkumů neprokazuje přímou souvislost se zvýšením požadavku pacientů na preskripci po zrušení 30 Kč poplatku za recept.

Výrazný nesouhlas je patrný zejména v případě doplatků za léky a regulačního poplatku za návštěvu lékaře. Ve všech případech se proti vyjádřilo zhruba 80 procent respondentů. (Válková, 2013) Přestože pacienti požadují určitý standard kvality zdravotní péče, regulačními poplatky se na spolufinancování zkvalitnění zdravotní péče podílet všeobecně nehodlají.

V současné době zdravotní pojišťovny využívají pro kompenzaci za zrušené regulační poplatky tři signální výkony (výkon klinického vyšetření 09543, výkon pobytu v zařízení lůžkové péče 09544 a výkon výdeje léčivého přípravku za recept 09552). Za 1. pololetí 2015 pojišťovnu VZP tyto kompenzace stály cca 1,1 mld. Kč. Pojišťovna podotýká, že zrušením finančních nákladů na straně pacienta může dojít k navýšení objemu využívaných služeb. (zdravi.e15.cz, 2015)

Posledním bodem mého výzkumu bylo zaměření se ve strukturovaných rozhovorech na zjištění, zda je poptávku po zdravotních službách nutné regulovat? Výzkumnou otázku číslo 2 provázely jednoznačné výsledky. Na otázku odpovědělo 90 % lékařů kladně a 10 % bylo opačného názoru. Podle názoru lékařů je zdravotní péče nadužívána, současný stav je z hlediska vytíženosti lékařů neudržitelný, odborníků není dostatek atd. Z pohledu lékařů jednoznačně převládá názor, že regulace zdravotních služeb je žádoucí. Přestože jsou názory pacientů i lékařů odlišné.

7. Závěr

Tématem mé bakalářské práce je *vliv zrušení regulačních poplatků na poptávku po ambulantních zdravotních službách*. Cílem práce bylo zjištění, jaký mělo vliv zrušení regulačních poplatků na poptávku po ambulantních zdravotních službách jak ze strany pacientů, tak ze strany lékařů.

V teoretické části jsem přiblížil vývoj financování zdravotnictví z historického hlediska až po současnost. Složitou problematiku regulačních poplatků, jejich druhů, funkcí a zavedení až po jejich zrušení s výjimkou poplatku za pohotovostní služby novelou zákona č. 256/2014 Sb.

Zpracování dané problematiky probíhalo na základě 2 výzkumů a jejich následné komparace. Výzkumné kvalitativní šetření probíhalo na skupině komunikačních partnerů (lékařů) formou rozhovorů, zatímco druhé výzkumné kvantitativní šetření bylo cíleno na skupinu respondentů (pacientů) formou dotazníků. Tato šetření mi byla zdrojem dat pro následnou analýzu výsledků. Výsledky obou výzkumů prezentuji odděleně. Data z kvantitativního výzkumu byla zpracována statistikem za využití klasické frekvenční analýzy. Data z kvalitativního výzkumu byla kompletována na základě strukturovaných rozhovorů.

Z analýzy dat obou výzkumů mi vyplynulo přímé i nepřímé potvrzení dotazníkové hypotézy číslo 1, že zrušení regulačních poplatků ve svých následcích vedlo ke zvýšení poptávky po službách ambulantní specializované péče. Tento fakt i přímo potvrzuje výsledek prováděných rozhovorů s lékaři. Ze zpracovaných dat lze také přímo usuzovat o nepotvrzení hypotézy číslo 2, že zrušení regulačních poplatků za recept nevedlo k vyšším požadavkům pacientů na preskripci léčiv. V neposlední řadě se můžeme na základě vyhodnocení rozhovorů s lékaři přiklánět k názoru, že je nutné poptávku po zdravotních službách regulovat.

Věřím, že poznatky z této práce mohou pomoci zvýšit informovanost pacientů i lékařů o významu regulačních poplatků a jejich důležité funkci. Výsledná data by mohla být vhodným zdrojem pro získání zpětné vazby na zrušení regulačních poplatků v praxi.

8. Seznam použitých zdrojů

1. DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita, 2008.
2. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galen, 2005, Str. 11.
3. DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita, 2008.
4. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2628-1
5. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press, 2003, Str. 32.
6. DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství VŠE, 2005.
7. Česko, Zákon č. 551/1991 Sb. ze dne 6. prosince 1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.
8. Česko, Zákon č. 550/1991 Sb. ze dne 1. 1. 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.
9. Česko, Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.
10. Česko, Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.
11. Česko, Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.
12. FOREJTOVÁ, L. *Financování zdravotnictví v České republice*. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003.

13. Lékaři pro reformu, *Hlavní kroky reformy zdravotnictví*, 2012 [online]. [cit. 21.2.2017]. Dostupné z:
http://www.lekariproreformu.cz/old/doks/Reforma/prehled_reformy_MZd.htm
14. PUSTELNÍK, K., JAROŠOVÁ, D. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2003.
15. HEJDUKOVÁ, P. Vybrané problémy financování zdravotnictví. In: *Sborník příspěvků 6. ročníku doktorandské konference IMEA 2006*. Hradec Králové: Gaudeamus. 2006.
16. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Praha: Portál s.r.o., 2009, ISBN: 978-80-7367-592-9.
17. VEPŘEK, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*. Praha: Grada, 2002. Str. 15.
18. BARTÁK, M., HAUBEROVÁ, D. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. Str. 10-12.
19. OECD, OECD Indicators, *Health at a Glance 2007* [online]. [cit. 8.3.2017]. Dostupné z:
<https://data.oecd.org/searchresults/?hf=20&b=0&q=Health+at+a+Glance+2007%2C+OECD+indicators&l=en&s=score>
20. ÚZIS, *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007* [online]. [cit. 6.7.2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>
21. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, *Seminář pro novináře - Regulační poplatky v kontextu reformy zdravotnictví* [online]. [cit. 26.3.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seminar-pro-novinare-regulacni-poplatky-v-kontextu-reformy-zdravotnictvi_806_871_1.html
22. Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů s účinností navrženou k 1. červenci 2009 [online]. [cit. 6.7.2017]. Dostupné z: http://www.komora.cz/Files/PripominkovaniZakonu/Materialy/228_oduvodneni.doc

23. Česko, Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, [online]. [cit. 7.7.2017]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty/2007/zakon-o-stabilizaci-verejnych-rozpocetu---6826>
24. Česko, Zákon č. 59/2009 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, [online]. [cit. 26.3.2017]. Dostupné z: <https://esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?DR=SB&CP=2009s059>
25. Kandilaki, D., Poplatky ve zdravotnictví v ČR, *HPI - Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku*, [online]. 31.5.2013 [cit. 26.3.2017]. Dostupné z: <http://www.hpi.sk/2013/05/poplatky-ve-zdravotnictvi-v-cr/>
26. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, *Návod na použití českého zdravotnictví 2008*, [online]. 2007 [cit. 14.2.2017]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/78216-Navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi-v-roce-2008.html>
27. ČSÚ, 24-21. Výdaje pacientů na regulační poplatky, *Statistická ročenka ČR – 2016*, [online]. 23.11.2016 [cit. 14.2.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/24-zdravotnictvi-th5kaodg09>
28. OECD, *Health care use - Doctors' consultations*, [online]. [cit. 7. 5. 2016]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm#indicator-chart>
29. KUBEK, M. *Regulační poplatky u ambulantních lékařů v roce 2015*, [online]. 08.01.2015 [cit. 17.4. 2017]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99518
30. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, *Tisková zpráva 11. 3. 2009*, [online]. 08.01.2015 [cit. 7.7. 2017]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
31. VÁLKOVÁ, H. Lidé by rádi jednu zdravotní pojišťovnu a žádný poplatek u lékaře, [online]. 19.1.2013 [cit. 2.8.2017]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/pruzkum-k-poplatkum-ve-zdravotnictvi-dx6-/domaci.aspx?c=A130119_094507_domaci_hv

32. zdravi.e15.cz, VZP zhodnotila dopad zrušení regulačních poplatků, *Zdravotnictví a medicína*, [online]. 2.11.2015 [cit. 2.8.2017]. Dostupné z:
<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vzp-zhodnotila-dopad-zruseni-regulacnich-poplatku-480308?category=z-domova>

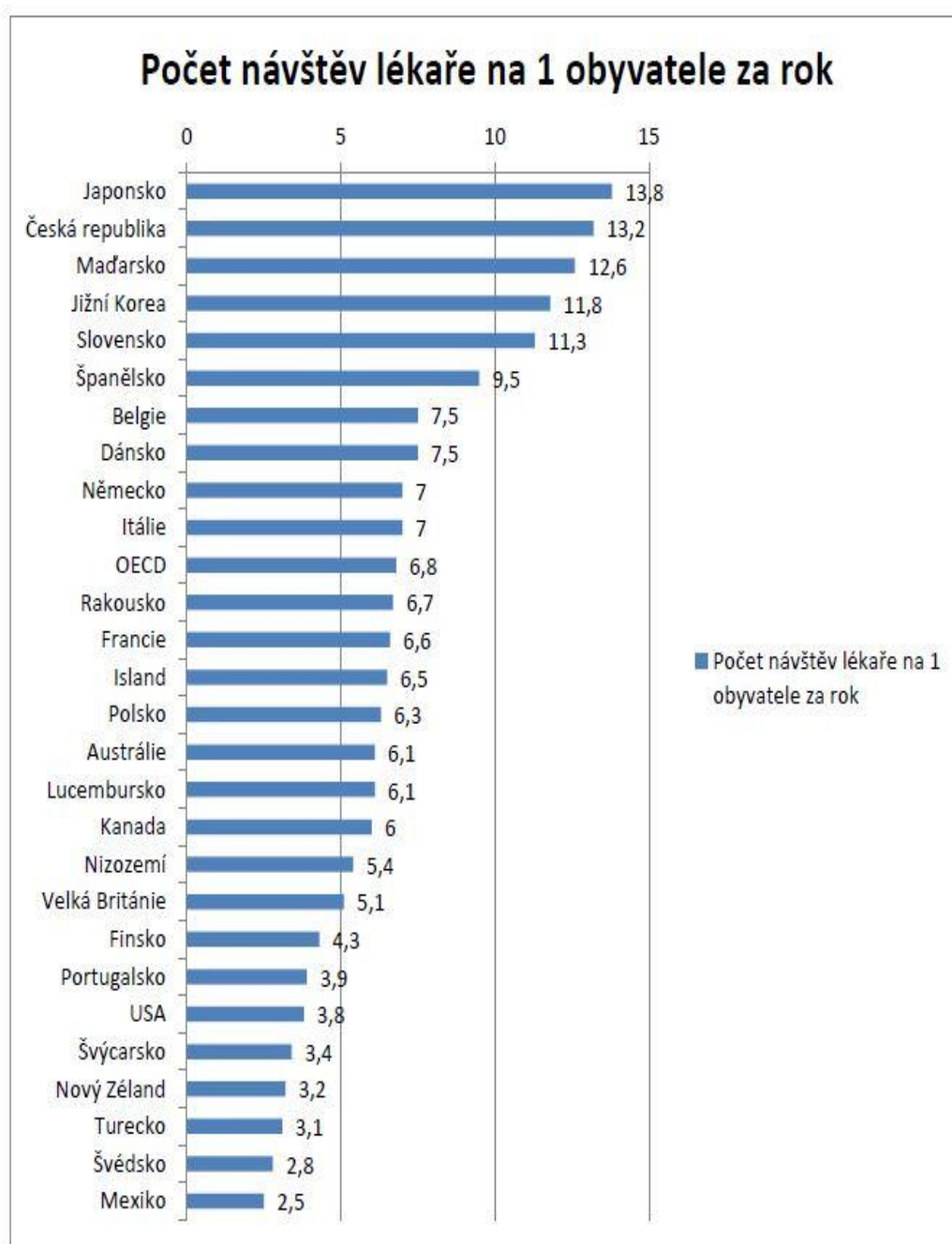
9. Klíčová slova

- regulační poplatky
- zdravotnictví
- pacient
- lékař

10. Přílohy

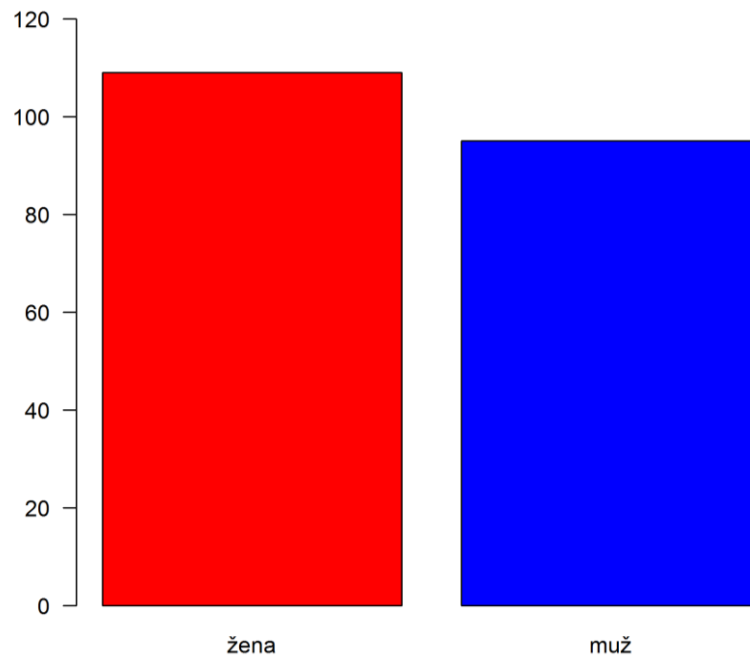
A. Grafy

Graf č. 1: Návštěva lékaře na 1 obyvatele za rok 2005



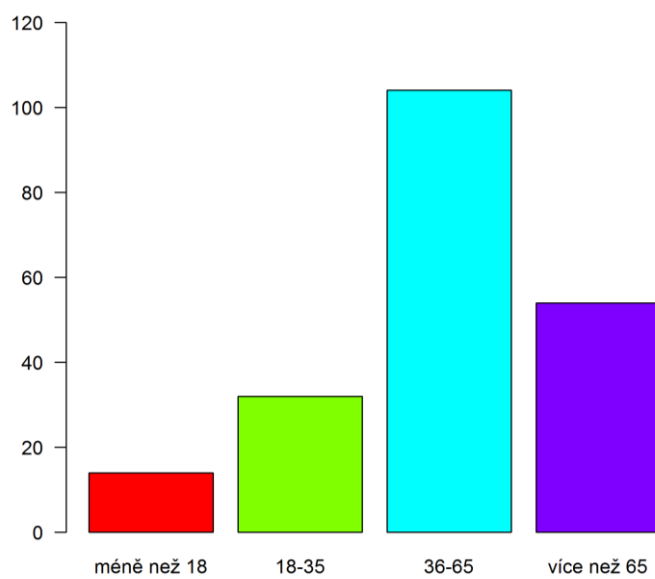
Zdroj dat: OECD Indicators, Health at a Glance 2007, s. 69

Graf č. 2: Sloupcový graf zachycující četnost jednotlivých pohlaví respondentů.



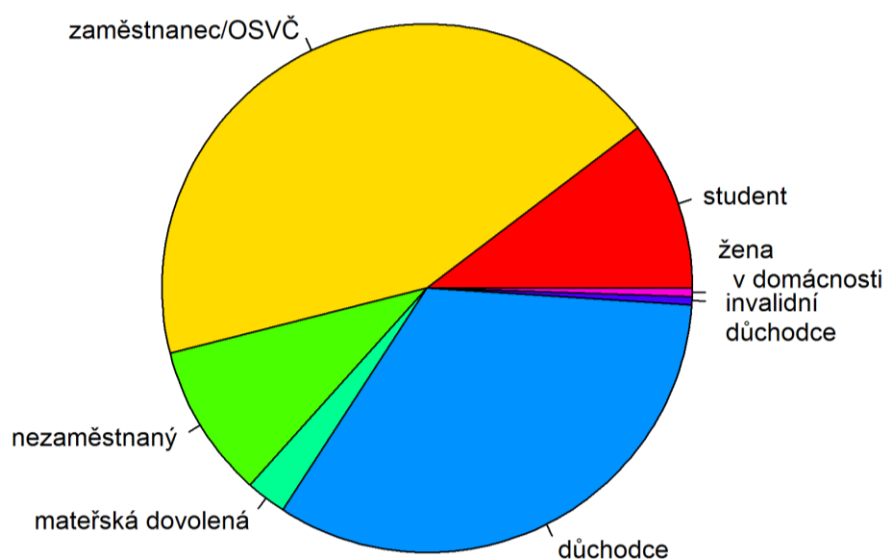
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých věkových kategorií v analyzovaném souboru.



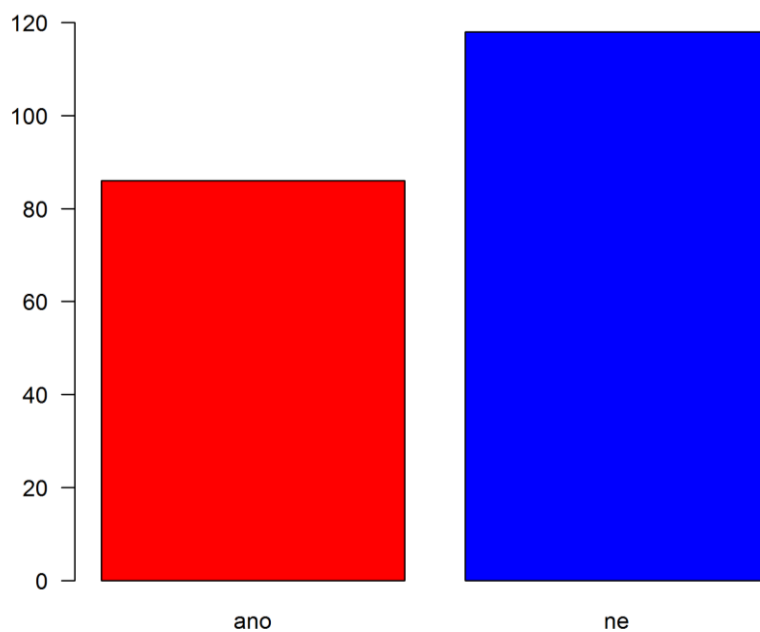
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4: Koláčový graf zachycující četnosti jednotlivých socio-ekonomických statusů dotázaných respondentů



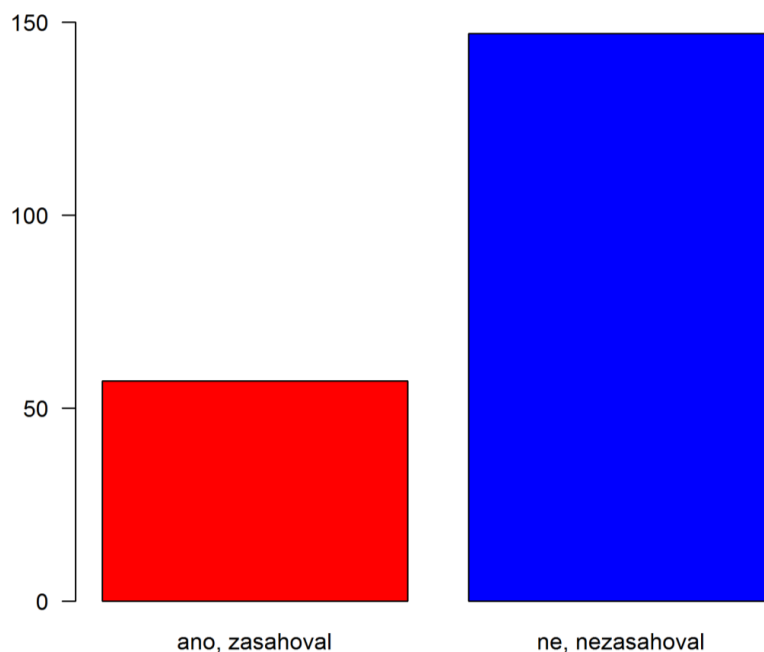
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda Váš zdravotní stav častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky?



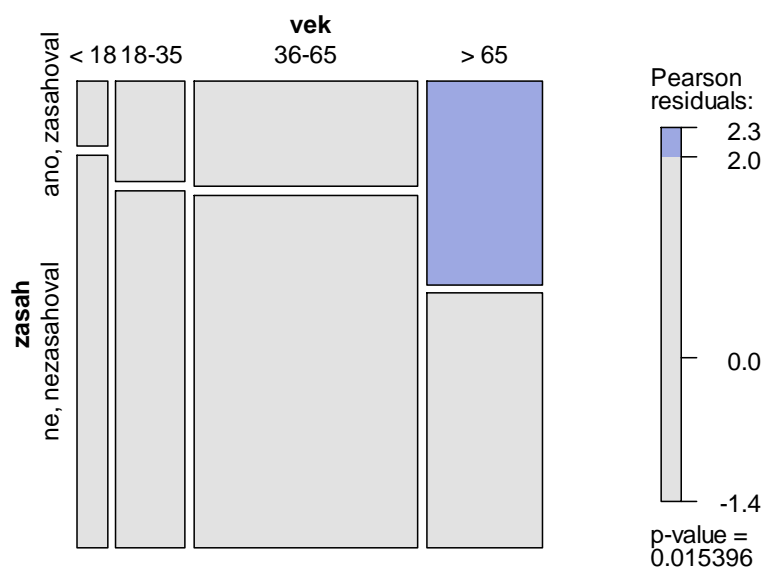
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu?



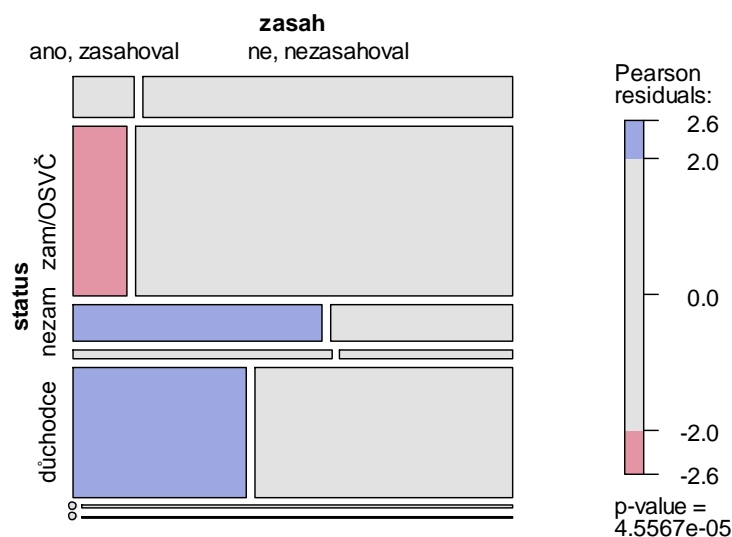
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7: Mozaikový graf zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do jejich rozpočtu v závislosti na jejich současném věku, jejich současné věkové kategorii.



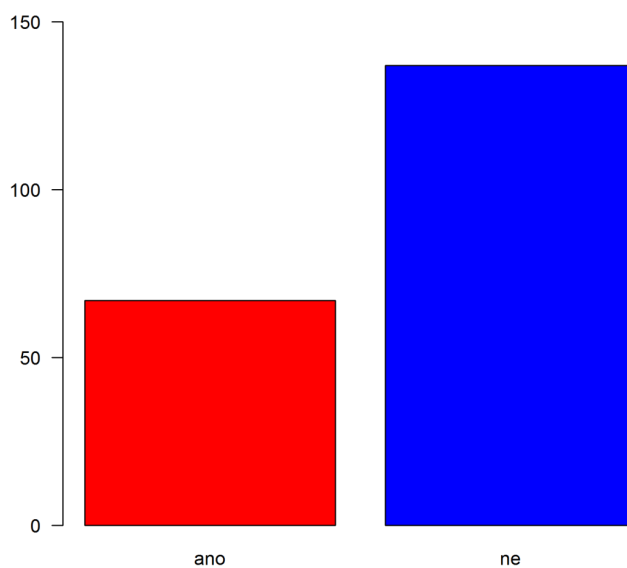
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8: Mozaikový graf zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do jejich rozpočtu v závislosti na jejich současném statusu



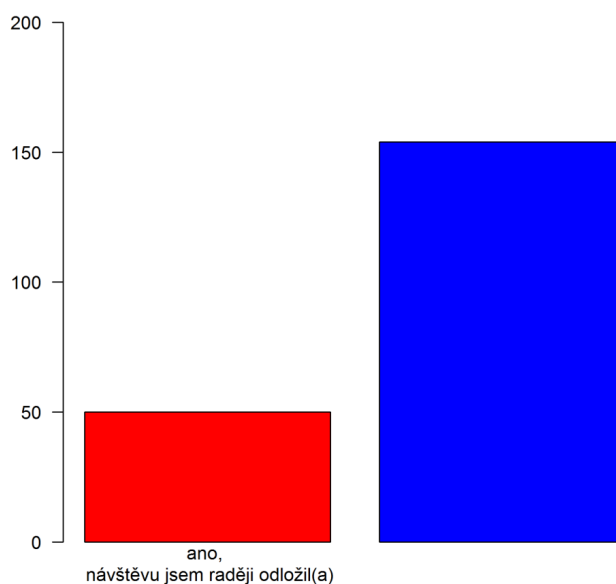
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda by dotázaný dal raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než by zaplatil 30 Kč poplatek za recept?



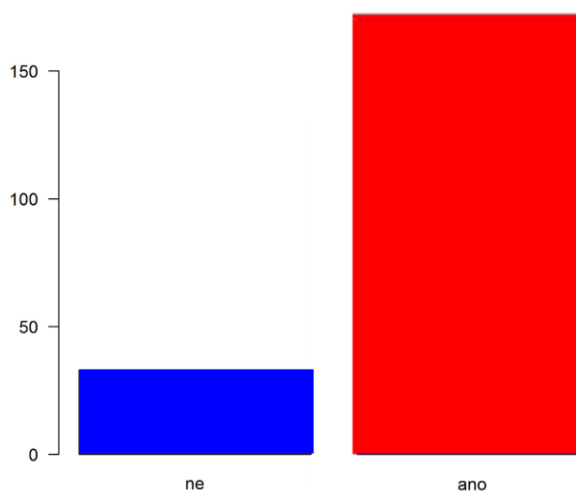
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda respondenta odradil regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře?



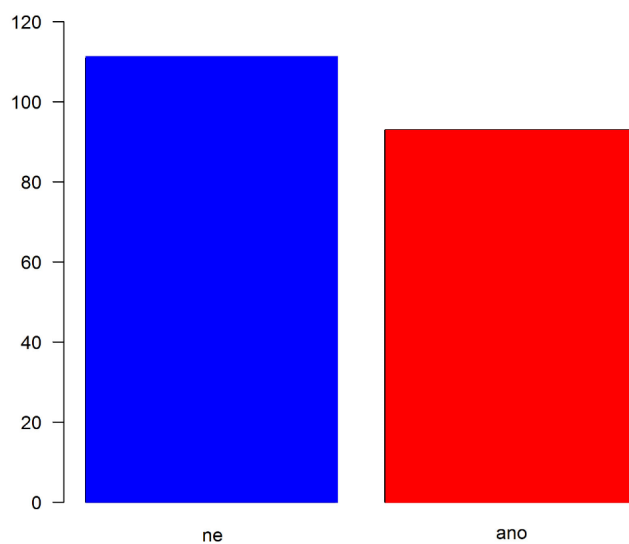
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda se zvýšila poptávka respondenta po ambulantní péči specialisty/praktického lékaře od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny?



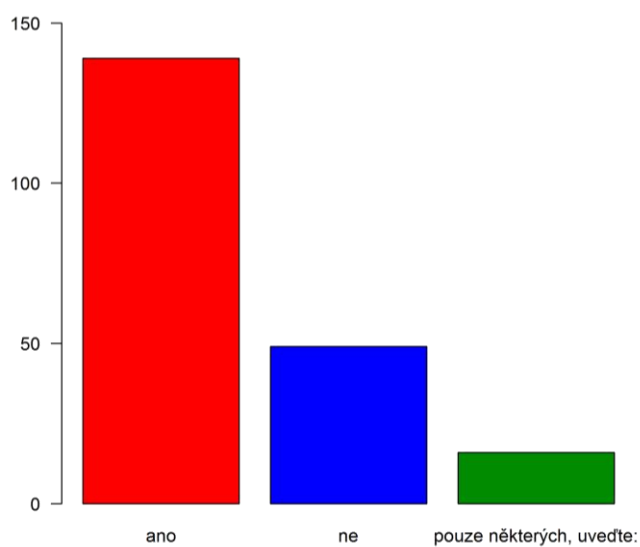
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda respondenti mají po zrušení regulačního poplatku za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv?



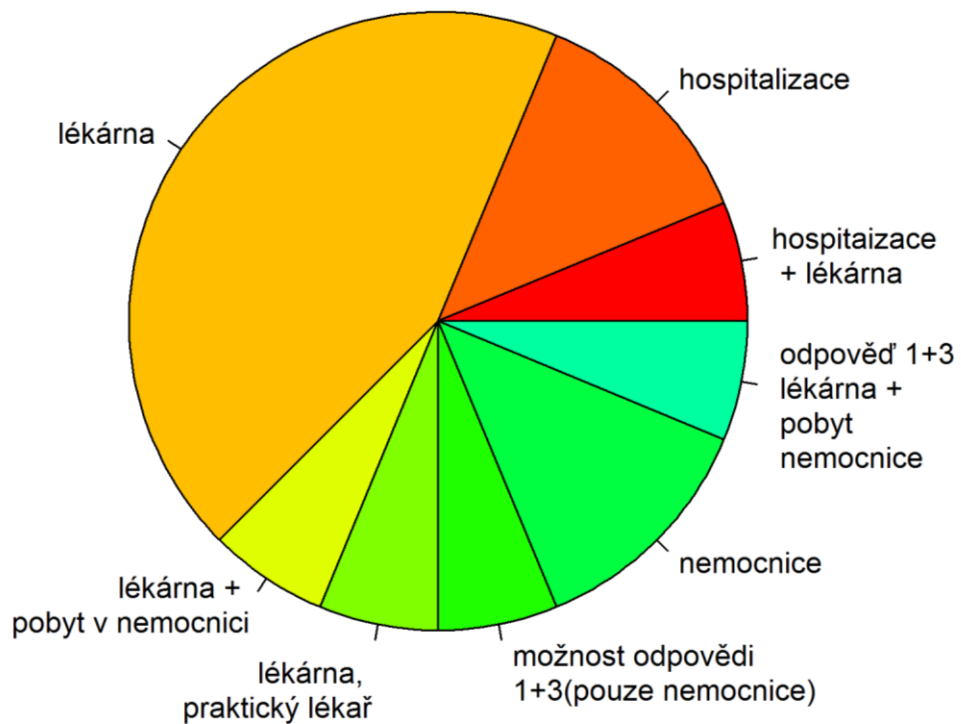
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých odpovědí na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14: Koláčový graf zachycující četnosti jednotlivých konkrétních odpovědí na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků? Celkový rozsah takto odpovídajících respondentů byl 16.



Zdroj: Vlastní výzkum

B. Tabulky

Tabulka č. 1: Regulační poplatky

30 Kč třicetikorunový regulační poplatek	za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, u praktického lékaře pro děti a dorost, u ženského lékaře, za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, za návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa a u klinického logopeda
30 Kč třicetikorunový regulační poplatek	za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení
60 Kč šedesátikorunový regulační poplatek	za každý den, ve kterém byla poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách
90 Kč devadesátikorunový regulační poplatek	za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, nebo ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedošlo k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče.

Zdroj: Vlastní úprava dle Kandilaki D., 2013

Tabulka č. 2: Výdaje pacientů na regulační poplatky (v mil. Kč)

ROK / mil. Kč	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
poplatky za recept	2411	2659	2657	2458	1858	2058	2256
poplatky za návštěvu lékaře	1806	1650	1530	1374	1474	1505	1502
poplatky za hospitalizaci	1176	1263	1243	1242	1824	1744	-
poplatky za pohotovost	178	208	191	180	179	182	187
výdaje regulační poplatky celkem	5571	5780	5622	5245	5336	5489	3945

Zdroj: Vlastní úprava dle ČSÚ, *Statistická ročenka ČR – 2016*, 24-21
Zdravotnictví

Tabulka č. 3: Finance ušetřené snížením počtu návštěv lékaře

ROK	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
počet ušetřených návštěv (v tis.)	15950	17978	19998	18988	18988	18988	18483
průměrné roční náklady na pacienta (v Kč)	2170	2443	2502	2588	2594	2673	2774
průměrná cena 1 návštěvy lékaře (v Kč)	190,35	218,13	227,45	233,15	233,69	240,81	248,79
ušetřené prostředky (v mil. Kč)	3036	3922	4549	4427	4437	4573	4598

Zdroj: Vlastní úprava dle ÚZIS, *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008*, 2013

Tabulka č. 4.: Tabulka rozdělení četností zachycující pohlaví respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
žena	109	53,431	109	53,431
muž	95	46,569	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5: Tabulka rozdělení četností zachycující věkovou strukturu respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
36-65	104	50,980	104	50,980
více než 65	54	26,471	158	77,451
18-35	32	15,686	190	93,137
méně než 18	14	6,863	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 6: Tabulka rozdělení četností zachycující status sledovaných respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
zaměstnanec/OSVČ	88	43,564	88	43,564
důchodce	67	33,168	155	76,733
student	21	10,396	176	87,129
nezaměstnaný	19	9,406	195	96,535
mateřská dovolená	5	2,475	200	99,010
invalidní důchodce	1	0,495	201	99,505
žena v domácnosti	1	0,495	202	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 7: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda Váš zdravotní stav vyžaduje častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne	118	57,843	118	57,843
ano	86	42,157	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 8: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do jejich rozpočtu?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne, nezasahoval	147	72,059	147	72,059
ano, zasahoval	57	27,941	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na věku – absolutní četnosti.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
méně než 18	2	12	14
18-35	7	25	32
36-65	24	80	104
více než 65	24	30	54
Suma	57	147	204

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 10: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na věku.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
méně než 18	14,28571	85,71429	100
18-35	21,87500	78,12500	100
36-65	23,07692	76,92308	100
více než 65	44,44444	55,55556	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 11: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na jejich statusu – absolutní četnosti.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
student	3	18	21
zaměstnanec/OSVČ	11	77	88
nezaměstnaný	11	8	19
mateřská dovolená	3	2	5
důchodce	27	40	67
invalidní důchodce	0	1	1
žena v domácnosti	0	1	1
Suma	55	147	202

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 12: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do vašeho rozpočtu v závislosti na statusu respondentů.

Kategorie	ano, zasahoval	ne, nezasahoval	Suma
student	14,28571	85,71429	100
zaměstnanec/OSVČ	12,50000	87,50000	100
nezaměstnaný	57,89474	42,10526	100
mateřská dovolená	60,00000	40,00000	100
důchodce	40,29851	59,70149	100
invalidní důchodce	0,00000	100,00000	100
žena v domácnosti	0,00000	100,00000	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 13: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda by dotázaný dal raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než by zaplatil 30 Kč poplatek za recept?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne	137	67,157	137	67,157
ano	67	32,843	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 14: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenta odradil regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ne, ambulantní péči jsem vyhledal(a) a 30 Kč jsem byl(a) ochoten(na) zaplatit	154	75,49	154	75,49
ano, návštěvu jsem raději odložil(a)	50	24,51	204	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 15: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda se zvýšila poptávka respondenta po ambulantní péči specialisty/praktického lékaře od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ano	171	83,824	171	83,824
ne	33	16,176	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 16: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenti mají po zrušení regulačního poplatku za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ano	93	45,588	204	100,000
ne	111	54,414	111	54,414

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 17.: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ano	139	68,137	139	68,137
ne	49	24,020	188	92,157
pouze některých, uveďte:	16	7,843	204	100,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 18.: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi sledovaných respondentů na otázku, zda respondenti uvítali zrušení regulačních poplatků?

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
lékárna	7	43,75	7	43,75
hospitalizace	2	12,50	9	56,25
nemocnice	2	12,50	11	68,75
hospitalizace + lékárna	1	6,25	12	75,00
lékárna + pobyt v nemocnici	1	6,25	13	81,25
lékárna, praktický lékař možnost odpovědi 1+3(pouze nemocnice)	1	6,25	14	87,50
odpověď 1+3 lékárna + pobyt nemocnice	1	6,25	16	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 19: Rozhovory s komunikačními partnery

Rozhovory s lékaři	Otázka č. 1: Vnímali jste, že po zrušení regulačních poplatků dochází ke zvýšení počtu návštěv pacientů?	Otázka č. 2: Myslíte si, že regulační poplatky finančně zatěžovaly pacienty?
Lékař č.1	Ne, protože spadáme do komplementu s laboratořemi a regulační poplatky se v rámci této skupiny nevybírají.	V naší ambulanci určitě Ne.
Lékař č.2	Ano	Ne
Lékař č.3	Ne, pacienti vyhledávají naši péči přibližně stejně s poplatky nebo bez poplatků	Určitě Ne, někteří pacienti mají dokonce tendenci nám poplatek dávat stále i po jeho zrušení!
Lékař č.4	Ano, pacienti brali poplatek alespoň trochu jako „překážku“ v dostupnosti péče.	Nemyslím, částka 30,- není žádná horentní suma, která by pacienty zruinovala.
Lékař č.5	Ano, chodí více se zbytečnostmi	Ne, možná částečně sociálně slabší
Lékař č.6	Ano, přeci jen to byl výdaj	Polymorbidní s nižšími příjmy Ano , jinak snad ani Ne
Lékař č.7	Ano	Nemyslím si to
Lékař č.8	Možná trochu	Spíše si to nemyslím
Lékař č.9	Ano, přestože byl poplatek nízký, některé pacienty to zřejmě odradilo	Ne (všeobecně)
Lékař č.10	Ne	Nemyslím si to

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 20: Rozhovory s komunikačními partnery

Rozhovory s lékaři	Otázka č. 3: Vyžaduje Vaše specializace zvýšenou preskripci léčivých přípravků?	Otázka č. 4: Je poptávku po zdravotních službách nutné regulovat?
Lékař č.1	Ne	Ano, současný stav je z hlediska vytíženosti lékařů neudržitelný.
Lékař č.2	Ne	Ano
Lékař č.3	Ne, v našem zařízení předepisujeme léky spíše výjimečně.	Ano, u některých odborností určitě, zvláště pokud je odborníků nedostatek.
Lékař č.4	Ano, v porovnání s jinými specializacemi určitě, avšak Ne v závislosti na zrušení poplatku.	Určitě ano, i vzhledem k nedostatečnému počtu odborníků.
Lékař č.5	Ano, specializace. Ne, poplatek	Ano, zdravotní péče je nadužívána
Lékař č.6	Ano	Ano, je to žádoucí
Lékař č.7	Ano, specializace vyžaduje vyšší preskripci. Nemá vliv zrušení poplatku.	Ano, stávající stav není udržitelný
Lékař č.8	Ano	Určitě
Lékař č.9	To ano, poplatek nikoliv	Ano, nadužívání je zřejmé
Lékař č.10	Ne	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 21: Rozhovory s komunikačními partnery

Rozhovory s lékaři	Otázka č. 5: Byly regulační poplatky nezanedbatelným finančním příjmem pro chod Vašeho nestátního zdravotnického zařízení?
Lékař č.1	Ne
Lékař č.2	Ano
Lékař č.3	Ne, v našem zařízení platil každý pacient poplatek cca 1x ročně a to při druhé preventivní prohlídce. Akutních neobjednaných pacientů, kterých by se poplatek také týkal, máme minimálně.
Lékař č.4	Ano, bylo možné částečně pokrýt třeba výdaje za školení.
Lékař č.5	Ano
Lékař č.6	Ano
Lékař č.7	Ano, zavedení poplatků byl dobrý krok
Lékař č.8	Ano
Lékař č.9	Rozhodně, ano
Lékař č.10	Nebyly

Zdroj: Vlastní výzkum

C. Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentem 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a píši bakalářskou práci na téma: Vliv zrušení regulačních poplatků na poptávku po ambulantních zdravotních službách.

Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku. Dotazník je striktně anonymní a data v něm získaná jsou výhradně pro účely výše uvedené bakalářské práce.

Prosím, označte pouze jednu vhodnou odpověď.

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Věk:

- méně než 18
- 18-35
- 36-65
- více než 65

3. Váš statut je:

- Student
- Zaměstnanec / OSVČ
- Nezaměstnaný
- Mateřská dovolená
- Důchodce
- Jiné – napište:

4. Vyžaduje Váš zdravotní stav častější návštěvy u lékaře, než jsou běžné preventivní prohlídky:

- ano
- ne

5. Zasahoval regulační poplatek 30 Kč za recept do Vašeho rozpočtu?

- ano, zasahoval
- ne, nezasahoval

6. Dal(a) jste raději přednost volně prodejnému léčivému přípravku, než byste zaplatil(a) 30Kč poplatek za recept:

- ano
- ne

7. Odradil Vás regulační poplatek 30 Kč od návštěvy ambulantního specialisty/praktického lékaře:

- ano, návštěvu jsem raději odložil(a)
- ne, ambulantní péči jsem vyhledal(a) a 30 Kč jsem byl(a) ochoten(na) zaplatit

8. Zvýšila se Vaše poptávka po ambulantní specializované péči od té doby, co byly regulační poplatky zrušeny:

- ano
- ne

9. Máte po zrušení regulačního poplatků za recept vyšší požadavky na preskripci léčiv na lékařský předpis:

- ano
- ne

10. Uvítali jste zrušení regulačních poplatků:

- ano
- ne
- pouze některých, uveďte:

D. Záznamový arch

Rozhovory s lékaři	Otázka č.1: Vnímali jste, že po zrušení regulačních poplatků dochází ke zvýšení počtu návštěv pacientů?	Otázka č.2: Myslíte si, že regulační poplatky finančně ztěžovaly pacienty?	Otázka č.3: Vyžaduje Vaše specializace po zrušení 30 Kč poplatků zvýšenou preskripční léčivých přípravků?	Otázka č.4: Je poptávku po zdravotních službách nutné regulovat?	Otázka č.5: Byly regulační poplatky nezanedbatelným finančním příjmem pro chod Vašeho nestátního zdravotnického zařízení?
Lékař č.1					
Lékař č.2					
Lékař č.3					
Lékař č.4					
Lékař č.5					
Lékař č.6					
Lékař č.7					
Lékař č.8					
Lékař č.9					
Lékař č.10					