

Jihočeská Univerzita V Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**REGULAČNÍ POPLATKY NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ KLATOVSKÉ
NEMOCNICE, A.S.**

Bakalářská práce

Jméno autora: Goldschmidová Kateřina, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Aleš Novotný

16. 8. 2010

ABSTRAKT

Název práce: Regulační poplatky na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s.

Bakalářská práce se zabývá účinky a dopady, které mělo zavedení Regulačních poplatků do zdravotnictví. Cílem mé práce bylo zjistit účinky zavedení Regulačních poplatků na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s. Jednak jsem zjišťovala, jakým způsobem poplatky ovlivnily zneužívání nemocniční péče, a dále jsem zjišťovala zda poplatky ovlivnily možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace.

V teoretické části se zabývám definováním základních pojmů, které s tématem Regulačních poplatků souvisí. Jedná se zejména o pojmy zdraví a nemoc, zdravotní politika, zdravotnickými systémy, strukturou zdravotnického systému v České republice a definováním regulačních poplatků, jejich druhy, významem zavedení, ochranným limitem, efektem zavedení a spotřebou zdravotnických služeb po zavedení poplatků. V praktické části se věnuji popisu cílů práce a hypotéz, metodikou výzkumu a interpretaci výsledků. Výzkumná část byla realizována pomocí kvantitativní formy výzkumu, použila jsem metodu dotazování, techniku dotazníku, jako pomocná metoda byla zvolena analýza dokumentů- sekundární analýza dat. Výzkumný soubor tvořili rodiče doprovázející děti k vyšetření na ambulancích a rodiče doprovázející hospitalizované děti.

Výsledky výzkumu ukázaly, že Regulační poplatky neovlivnily možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace a přestože rodiče uvádějí, že v případě opakovaných hospitalizací by poplatky jejich možnost ovlivnit mohly, nadále své děti v průběhu jejich hospitalizace doprovázejí a počet doprovodů naopak stoupá. Výzkum dále ukázal, že na Dětském oddělení došlo po zavedení poplatků k výraznému poklesu využití Lékařské služby první pomoci (dětské pohotovosti) a tím i k jejímu počtu zneužití. Naopak nedošlo k poklesu počtu hospitalizovaných pacientů.

Domnívám se, že uvedenou bakalářskou práci bude možno využít pro lepší orientaci v této nové oblasti zpoplatnění zdravotní péče a k nástinu skutečných dopadů, jež do zdravotnictví během svých prvních dvou let působení přinesly. Právě z důvodu

relativně krátkého působení poplatků, bych doporučovala v pokračování monitorování dopadů výběrů poplatků a sledování případných dalších změn v legislativě.

ABSTRACT

Title of the bachelor thesis: Regulatory Fees at Children's Department in Klatovy Hospital

The bachelor thesis deals with effects and impacts after an introduction of regulatory fees in the health service. An aim of the thesis was to ascertain effects of the introduction of regulatory fees at Children's Department in Klatovy Hospital. First I investigated how the fees influenced an exploitation of the hospital care, and then I investigated whether the fees influenced a possibility of parents to accompany their children during the hospitalization. In the theoretical part I deal with basic definitions of terms related to the issue of regulatory fees. These include concepts of a health, an illness, a health policy, health systems, a structure of the health system in the Czech Republic and a definition of the regulatory fees, their types, an importance of their introduction, a protection limit, effects of the introduction and a consumption of the health services after the introduction of the fees. In the practical part I attend to a description of objectives and hypotheses, a research methodology and an interpretation of results. The research part was realized by using a quantitative form of the research, I used a method of interviewing, a questionnaire technique. As an auxiliary method I chose a document analysis – secondary data analysis. The research sample consisted of the parents accompanying their children for an examination at an outpatient clinic and parents accompanying hospitalized children.

The research results showed that regulatory fees do not influence the possibility of parents to accompany their children during the hospitalization and although parents say that in case of repeated hospitalizations the fees could influence this possibility, they continue to accompany their children during their hospitalization and on the contrary, there is an increasing number of the accompanying. The research also showed that at Children's Department a use of First Aid Medical Service (Baby Call) decreased after the introduction of the fees and thus it was not further misused. On the contrary there was no decline in the number of hospitalized patients.

I suppose that this bachelor thesis can be used for a better orientation in this new area of the health care charges and for an outline of real impacts which were brought into the health care in the first two years. Just because of the relatively short period of the existence of the fees, I would recommend to continue monitoring the impact of the charging and to follow any further changes in legislation.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji že jsem bakalářskou práci na téma „Regulační poplatky na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s.“ vypracovala samostatně a použila jsem jen prameny, které uvádím 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.

V Českých Budějovicích dne 16.8. 2010

.....

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Aleši Novotnému za odbornou pomoc, vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za velkou podporu a pomoc, bez které by sepsání této práce nebylo možné.

OBSAH

1. Úvod.....	9
1.1 Základní pojmy.....	11
1.1.1 Zdraví a nemoc	11
1.1.2 Definice nemoci.....	12
1.1.3 Definice zdraví.....	12
1.1.4 Determinanty zdraví.....	13
1.1.5 Hodnota zdraví a pojetí práva na zdraví.....	15
1.2 Zdravotní politika.....	16
1.2.1 Definice zdravotní politiky.....	16
1.2.2 Péče o zdraví.....	17
1.3 Zdravotnické systémy.....	18
1.3.1 Obecná definice.....	18
1.3.2 Základní charakteristiky zdravotnických systémů 20. století	19
1.4 Zdravotnický systém v České republice.....	21
1.4.1 Společensko-historické souvislosti.....	21
1.4.2 Právo na zdraví.....	23
1.4.3 Struktura poskytování zdravotnické péče.....	23
1.4.4 Financování českého zdravotnictví.....	25
1.4.5 Výdaje na zdravotnictví.....	25
1.4.6 Problémy financování českého zdravotnictví.....	26
1.5 Regulační poplatky.....	28
1.5.1 Význam zavedení regulačních poplatků.....	28
1.5.2 Otázka souladu regulačních poplatků s ústavou.....	30
1.5.3 Druhy regulačních poplatků stanovené k 1. 1. 2008.....	30
1.5.4 Plátcí regulačních poplatků.....	31
1.5.5 Regulační poplatky neplatí.....	32
1.5.6 Ochranný limit.....	32
1.5.7 Vývoj regulačních poplatků v roce 2008 a jejich změny.....	33
1.5.8 Vývoj regulačních poplatků v roce 2009.....	34

1.5.9 Očekávaný a skutečný efekt zavedení regulačních poplatků.....	35
1.5.10 Spotřeba zdravotních služeb po zavedení regulačních poplatků.....	36
2. Cíl práce a hypotézy.....	38
3. Metodika výzkumu.....	39
3.1 Použité metody a techniky výzkumu.....	39
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	40
4. Výsledky.....	41
5. Diskuse.....	59
6. Závěr.....	64
7. Klíčová slova	67
8. Seznam použitých zdrojů	68
9. Přílohy.....	74

ÚVOD

Při svém povolání zdravotní sestry na Dětském oddělení Klatovské nemocnice a.s., jsem se setkala s přímou reakcí pacientů na zavedení nového zpoplatnění zdravotní péče- tzv. regulačních poplatků. Reakce pacientů i zdravotníků, rozdílnost v přijetí a pochopení zavedení této novinky, mne přivedla na myšlenku toto téma zpracovat ve své bakalářské práci.

Poplatky ve zdravotnictví byly zavedeny jednak z důvodu omezení nadužívání zdravotnických služeb ale také coby další zdroj financování českého zdravotnictví. Měly se stát úvodem k reformě českého zdravotnického systému. Na nutnost reformy financování českého zdravotnictví poukazuje výše stále rostoucích celkových nákladů na české zdravotnictví, která je jednak spojována se stále většími a nákladnějšími medicínskými možnostmi v léčbě pacientů, dále pak se změnami v demografických ukazatelích, které nastanou v budoucnosti. Podle těchto studií, které projektují budoucí vývoj celkového počtu obyvatel a rozložení věkových skupin, dojde ke zvýšení podílu věkových skupin nad 60 let ze současných 18% na 30% v roce 2030, a v roce 2050 bude činit již 40%. Tento vývoj bude současně provázen postupným snižováním podílu dětí a zejména pak skupin obyvatelstva v produktivním věku. Vzhledem k současnému systému financování českého zdravotnictví, které je z 90% uskutečňováno ze zdrojů veřejných, získaných prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, a vzhledem k údajům, které poukazují na fakt, že proces stárnutí populace je a bude provázen progresivním růstem požadavků k pokrytí potřebné zdravotní péče, musí zákonitě vyvstat myšlenka, jak dlouho budou zdroje financování současného zdravotnictví schopny pokrýt výdaje, které se budou i nadále zvyšovat.

Regulační poplatky nejsou reformou českého systému zdravotnictví a nemohou vyřešit objemem jimi vybraných financí problémy spojené s financováním českého zdravotnictví. Od roku 2008, kdy byly zavedeny, jsou cílem politických i veřejných diskusí. Došlo již k celé řadě změn v platné legislativě, např. k osvobození některých skupin obyvatel a ke snížení ročního ochranného limitu. Další zásadní událostí bylo zavedení možnosti zpětného proplacení uhrazených regulačních poplatků Krajským úřadem ve zdravotnických zařízeních krajem provozovaných.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjištění účinků zavedení regulačních poplatků na dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s. Zjišťovala jsem, jakým způsobem ovlivnily poplatky možnost zneužívání nemocniční péče, ale také možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace.

Bakalářská práce by měla nastínit, proč byly regulační poplatky do českého zdravotnictví zavedeny, a dále vytvořit ucelený přehled ve změnách, které v této oblasti nastaly a napomoci tím v orientaci dalším studentům, kteří se problematikou budou zabývat.

SOUČASNÝ STAV

1.1 Základní pojmy

Na počátku práce pro dobrou srozumitelnost nejprve definuji základní pojmy, které se tématu bezprostředně týkají a jsou v souvislosti s ním v práci používány.

1.1.1 Zdraví a nemoc

Gladkij konstatuje: „*Pojmy zdraví a nemoc, jsou základními pojmy v lékařských vědách. Jejich přesné vymezení naráží na značné těžkosti vzhledem k tomu, že se jedná o jevy komplexní a dynamické. Obě kategorie (zdraví i nemoc), není možné chápat v úzkém biologickém smyslu, ale mají také svou psychologickou a sociologickou dimenzi*“ (10). Zdraví i nemoc jsou výsledkem oboustranného vztahu mezi organismem a prostředím. Záleží na vlastnostech (schopnostech) organismu a nárocích (požadavcích) prostředí, jaký bude konečný výsledek (zdraví nebo nemoc). Obě kategorie (zdraví i nemoc) kromě kvality zahrnují i moment kvantity. Podobně jako je nemoc klasifikována dle stupňů od nejlehčí po nejtěžší, můžeme hodnotit i zdraví od minimálního po maximální (42).

1.1.2 Definice nemoci

Po století byla nemoc měřítkem zdraví (12). Nemoc je takový potenciál vlastností organismu, který omezuje možnosti vyrovnání se s nároky prostředí (včetně pracovního), bez narušení vitálně důležitých funkcí (42). Gladkij uvádí: „*Nemoc je porucha zdraví, která tvoří pevnou klinickou jednotku, je ji možno objektivně zjistit, nemusí ale být subjektivně vnímána*“ (10). Nauka o nemocích se nazývá nosologie. Třídění nemocí se neustále vyvíjí, původní jednotky se člení na užší, některé vznikají a jiné zanikají. Pevným systémem klasifikace nemocí je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), která byla sestavena Světovou zdravotnickou organizací. Nemoci a přidružené zdravotní problémy mají v tomto systému přidělený statistický kód. Jednotlivé kapitoly se sestávají z podkapitol, skupin a položek a podpoložek (42).

1.1.3 Definice zdraví

Pojetí zdraví se stále mění a vyvíjí (12). Lidské zdraví má vícerozměrný charakter- rozeznáváme jeho biologickou, psychickou a sociální stránku. V systému hodnot člověka by mělo zaujímat přední místo. Dobré zdraví umožňuje plnější seberealizaci, dosahování osobních cílů a snadnější plnění sociálních rolí. Přístup k vymezení zdraví může být různý. Durdisová konstatuje: „*Zdraví je specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu (povahu hmotného statku), nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje. Zdraví je širší pojem, než pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Tato skutečnost se odrazila i ve vývoji definice zdraví. S pojmy zdraví a choroba se setkáváme nejen v medicíně a biologii, ale i ve filosofii a v ekonomii. K jeho definování se přistupuje z různých hledisek, vymezuje se negativně a pozitivně*“ (7).

Negativní vymezení zdraví

Jednou z prvních definic tohoto typu je označení zdraví jako stavu organismu bez choroby. Zdraví je staticky posuzovaný stav organismu, který není vystavovaný účinkům choroby (7).

Pozitivní vymezení zdraví

Usiluje o označení pozitivních znaků zdraví. Existují dva koncepty vymezení zdraví. Starší koncept chápe zdraví jako stav – mluvíme o statickém pojetí zdraví – organismu, který je schopen snášet zvýšené tělesné a duševní zatížení. V tomto smyslu definuje zdraví také původní definice Světové zdravotnické organizace na základě ústavy Světové zdravotnické organizace z roku 1948 (8). Ta zdraví charakterizuje jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady (42). Zdraví je v této definici vymezováno třemi vzájemně rovnocennými složkami- složkou tělesnou, duševní a sociální. Tyto faktory nepůsobí izolovaně. Jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života člověka, jsou příčinou onemocnění nebo vzniku nemocí napomáhají (12).

Jak uvádí Gladkij: „*Tato definice sice vyhovuje současným představám, jakými je chápán pojem zdraví, ale pro svou obecnost a nejednoznačnost není v praxi použitelná*“ (10). Drbal v souvislosti s touto dodnes uznávanou definicí uvádí, že: „*Tato*

formulace odráží až příliš dobu svého vzniku tím, že přesahuje dimenzi samotného zdraví natolik, že šíří svého obsahového záběru více či méně při své interpretaci ztotožňuje pojem zdraví s kategorií kvality života“ (6). Durdisová dále uvádí: „Této definici je některými teoretiky současnosti vytykáno, že vychází ze subjektivního vnímání zdraví, které nemusí odpovídat objektivní realitě a vychází z užšího pojetí zdraví, jako individuální hodnoty. Moderní definice zdraví by měla odpovídat celostnímu chápání jednoty organismu a prostředí, zdraví a choroby jako dynamického procesu“ (8).

V roce 1984 zveřejnila Světová zdravotnická organizace definici zdraví obsáhlejší. Zdraví je podle ní stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby, a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví je tedy chápáno jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti (12).

1.1.4 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou komplexy příčinných faktorů (příčin a podmínek), které působí integrovaně (komplexně) na zdraví člověka. Toto působení může být biopozitivní (zdraví posilující a upevňující), nebo bionegativní (zdraví oslabující a vyvolávající nemoc). Jednotlivé faktory působí buď přímo, nebo zprostředkovaně, ale vždy se navzájem ovlivňují a jejich výsledné působení je třeba chápat systémově (integrovaně). Determinanty zdraví lze členit z různých hledisek (10).

Z hlediska didaktického:

Faktory prostředí- přírodní a sociální

Prostředí je komplexní. Je to část světa, s níž člověk žije ve vzájemné interakci. Souhrn všech vnějších činitelů a podmínek označujeme jako vnější (zevní) prostředí, přičemž rozeznáváme přírodní a sociální. Přírodní prostředí představují faktory chemické, fyzikální a biologické. V integrované podobě pak přírodní faktory vytvářejí komplexy jako například ovzduší, voda, půda, horniny, flóra a fauna, ekosystémy. Sociální prostředí je ta část prostředí, která se vytváří v procesu společenského vývoje

především lidskou činností. Z těchto komplexů jsou pro zdravotní stav nejvýznamnější faktory socioekonomické v komplexním životním prostředí, socioekonomické v životosprávě, pracovních podmínek, faktory vzdělání a kultury, vzájemných mezilidských vztahů, faktory systému zdravotní a sociální péče, demografické faktory. Hlavními negativně působícími determinantami prostředí ve světovém měřítku jsou znečištění ovzduší, neregulovaný růst populace a chudoba (42).

Faktory individuální- genetické, psychické a behaviorální

Faktory individuální jsou faktory spočívající ve specifice lidského organismu a v chování člověka. Genetické faktory se podílejí na vzniku celé řady chorob. Psychické faktory jsou určující pro vznik nemocí a určují a ovlivňují průběh onemocnění. Behaviorální faktory jsou postoje a zdravotní chování člověka jako jsou individuální systém hodnot, zásady a priority, obecná kulturní úroveň, atd. Chování člověka je výrazně determinováno sociálními podmínkami (42).

Z hlediska možnosti jejich ovlivnitelnosti je v literatuře dále uváděno rozdělení do čtyř skupin:

Faktory životního stylu

Zahrnují úroveň výživy a výživové zvyklosti, trávení volného času, pohybové aktivity, požívání alkoholu, drog a kouření, úroveň bezpečnosti práce a zachování zásad bezpečnosti v mimopracovních činnostech. Tyto faktory ovlivňují zdraví z 50% (12).

Faktory socioekonomického prostředí

Zahrnují ekonomickou úroveň společnosti, faktory bydlení, zaměstnání, reálný příjem, zaměstnanost, úroveň životního prostředí, sociální status jednotlivce, úroveň mezilidských vztahů, politickou a ideologickou dimenzi společnosti. Tyto faktory ovlivňují zdraví z 20% (10).

Faktory geneticko-konstituční

Zahrnují věk, pohlaví, genetické utváření, imunologický status, výživový status determinovaný metabolickými pochody a konstituční typ. Tyto faktory ovlivňují zdraví z 10-15%. (10).

Faktory zdravotnictví a zdravotní péče

Zahrnují preventivní a kurativní činnosti, zdravotní výchovu obyvatel, dostupnost lékařské péče a organizační uspořádání zdravotní péče. Tyto faktory ovlivňují zdraví z 10-15%. (12)

1.1.5 Hodnota zdraví a pojetí práva na zdravotní péči

Hodnota zdraví je odvozována jednak ze subjektivního vnímání zdraví, ale také ze společenské reflexe tohoto vědomí. V současné době nikdo nepochybuje o vzájemné podmíněnosti zdravotního stavu populace a sociálně-ekonomického rozvoje. Zdraví je předpokladem plnění všech úloh v životě člověka a je významným faktorem rozvoje společnosti. Je měřítkem sociálně-ekonomické vyspělosti každé společnosti a jako takové je nesporně veřejným zájmem. Tato skutečnost se odráží ve vnímání práva na zdraví a ve vnímání práva na zdravotní péči. Zdravotní péče jako jedno z lidských a občanských práv, které je společnost (reprezentovaná vládou) zavázána garantovat, se jako názor v Evropě ustálil po Velké francouzské revoluci. Po druhé světové válce bylo toto právo stvrzeno v Deklaraci světové zdravotnické organizace, podle které má vláda odpovědnost za zdraví populace. Teoreticky je možno dle kritéria míry odpovědnosti jednotlivce za zabezpečení jemu potřebné zdravotní péče a podle kritéria míry solidarity rozlišit tři proudy vnímání práva na zdraví a zdravotní péči, které pak implikují i různé typy systémů zdravotní péče. Jedná se o liberální pojetí, egalitární pojetí a utilitární pojetí (8).

Liberální pojetí

Akcentuje individuální odpovědnost jednotlivce na své zdraví a solidaritu uznává jako dobrovolný a státem neorganizovaný akt. Zdravotní péče je zbožím a má tržní cenu, rozděluje se na principu ekvivalence ve svobodné směně na trhu poskytovatelů a klientů. Je distribuována dle principu „každý podle svých možností“ (7).

Egalitární pojetí

Akcentuje právo jednotlivce na zdraví a absolutní rovnost realizovanou státem vynucenou solidaritou. Chápe právo na zdravotní péči jako rovnost v přístupu a

příležitosti. Zdravotní péče je sociální službou a základním občanským právem. Je distribuována dle principu „každému dle jeho potřeb“ bez ohledu na sociální postavení dle zásad rovnosti. Stát na sebe přejímá funkci odpovědnosti i úhrady (8).

Utilitární pojetí

Legitimizuje a podmiňuje užitekem či sociálním prospěchem z toho, že se občanu dostane určité zdravotní péče. Ta je chápána jako veřejný a současně i soukromý individuální zájem a podle toho je distribuována dle principu „každému dle jeho zásluh“. Jedinci se může dostat méně než optimální péče, což vede k uplatňování standardních a nadstandardních výkonů. Na financování se podílí stát i soukromé zdroje (9).

1.2 Zdravotní politika

1.2.1 Definice zdravotní politiky

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin či států. Zahrnuje směry jednání, jež ovlivňují řadu institucí, organizací, služeb a způsoby úhrady systému zdravotní péče. Gladkij říká: „*Zdravotní politika je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické účinky na zdraví i na poskytování zdravotní péče*“ (10). Východiskem pro zdravotní politiku je existence určitým způsobem uspořádané konkrétní společnosti a její hospodářské a sociální politiky, kterou aplikuje v oblasti péče o zdraví. Zdravotní politika vychází vždy z konkrétních hodnot a priorit. Hodnoty a morální teorie jsou tak jedním z východisek zdravotní politiky. Důležitým předpokladem existence zdravotní politiky je vedle uznání zdraví jako společenské veřejné hodnoty i vytvoření materiální základny, sítě zdravotnických zařízení a vybudování institucionální struktury. Durdisová definuje zdravotní politiku jako: „*Cílevědomou činnost státu, ale i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky (v prostoru státem vymezeném) zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva*“ (8). Zdravotní politika je přístup formálních institucí, především vlády státu ke stanovení zdravotních cílů a stanovení priorit zdravotních služeb, i resortům mimo zdravotní služby, které ovlivňují zdraví-

usnesení, rozhodnutí, činnosti, naplňování zdravotních potřeb a ovlivňování komponent majících vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin.

V rámci zdravotní politiky jsou identifikovány nejvýznamnější zdravotní problémy společnosti (zdravotní stav obyvatelstva), formulovány cíle a postupy, jak cílů dosáhnout a zavedeny postupy do praxe. Dále dochází k vyhodnocení výsledků (cílového obrazu zdraví) dle statistických dat (12).

1.2.2 Péče o zdraví

Je definována jako soubor všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti společnosti, pokud tato opatření ovlivňují zdraví obyvatelstva. Péče o zdraví v nejširším slova smyslu zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. V tomto rozsahu bývá často nazývána ochranou, podporou a obnovou zdraví. Jako taková prolíná celé národní hospodářství. Moderní systémy péče o zdraví podtrhují význam veřejného zdravotnictví. Její hlavní zásady vycházejí z koncepce pozitivního zdraví. Zdraví je možné nejen chránit, ale také posilovat a rozšiřovat komplexními podpůrnými činnostmi celé společnosti, komunit a jednotlivců. Mezi hlavní zásady péče o zdraví patří především podpora zdraví, preventivní zaměření, společenský a neresortní charakter péče o zdraví, občanská iniciativa v péči o zdraví a aktivní účast veřejnosti a dostupnost zdravotní péče (42).

Zdravotní péče je obsahově užší, než pojem péče o zdraví. V jejím obsahu převažují aktivity zaměřené k léčení (aktivity ex post). Zahrnuje však také aktivity zaměřené na prevenci chorob, avšak pouze ty, které mohou být zabezpečovány zdravotnickým systémem (9).

Péče o zdraví ve všech svých podobách chápe zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku existence lidstva. Opírá se o fakt, že ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivity ekonomicky výhodnější a z hlediska společenského etičtější, než obnova narušeného zdraví. Východiskem je pozitivně celosvětově a dynamicky pojímaný koncept zdraví. Vychází se z toho, že možnosti obnovy narušeného zdraví (zdravotní péče) jsou relativně omezené. Rezervy je tedy nutno

hledat v prevenci a v odstraňování negativního působení determinant zdraví. Zdravotnická teorie determinanty stojící mimo odvětví zdravotnictví pojmenovává jako nezdravotnické faktory (externality), neboť rozhodující podíl na vývoji zdravotního stavu obyvatel představují skupiny onemocnění ovlivněné nezdravotnickými faktory, které jsou prokazatelně preventabilní (9). Péče o zdraví zahrnuje dva druhy aktivit:

Zdravotní politika ex ante

Aktivity ve směru ochrany, podpory a rozvoje zdraví, ve směru posílení zdraví a zamezení vzniku nemocí, jsou z hlediska zdraví nazývány politikou ex ante. Politika ex ante vyžaduje jasnou, dlouhodobou a cílevědomou koncepci administrativní regulace. Zdravotní politika zahrnující aktivity ex ante představuje širší pojetí zdravotní politiky a zvýrazňuje kriteriální funkci zdraví. Vychází ze skutečnosti, že ochrana, podpora a zachování zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb lidstva. Zdravotní politika ex ante vychází z faktu, že zdraví je determinováno nejen faktory endogenními, ale především faktory exogenními (7).

Zdravotní politika ex post

Jsou aktivity zaměřené k léčení (odstranění změn) na zdravotním stavu člověka, obnově nebo nevrácení zdraví. Realizace této zdravotní politiky je nákladná a má své determinanty dané medicínskými možnostmi (8).

1.3 Zdravotnické systémy

1.3.1 Obecná definice zdravotnického systému

Zdravotnický systém (systém zdravotní péče) lze definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče. Zdravotnické systémy jsou výslednicí dlouhodobého a složitého společenského vývoje. V jednotlivých zemích jsou vzhledem k odlišným sociálním, ekonomickým, kulturním a politickým podmínkám rozdílné také zdravotnické systémy. Všechny si však kladou za jeden z hlavních cílů uspokojovat zdravotní potřeby obyvatel těchto států (8). Základním cílem zdravotnického systému je dosažení, uchování a podpora

zdraví a prodloužení délky života při zachování dostatečné kvality života poskytováním moderní zdravotní péče.

1.3.2 Základní charakteristiky zdravotnických systémů 20. století

„Pro typologii zdravotnických systémů dvacátého století je charakteristické užití kritéria členění dle převažujícího zdroje financování, ze kterého je zdravotní péče hrazena“ (8). Podle tohoto kritéria jsou v literatuře systémy rozdělovány do třech typů na typ Bismarckovský financovaný ze zdravotního pojištění, typ Beveridgeovský financovaný z daní a typ tržní.

Model na Bismarckovských principech

Je systémem financování zdravotní péče na základě státem organizovaného pojištění (nekomerčního). Jedná se o historicky první organizovanou snahu státu vyřešit způsob, jak financovat garantovanou péči o populaci. Pokouší se skloubit výhody tržního a státního zdravotnictví tím, že vytváří dostatečně velký prostor pro trh, svobodnou volbu lékaře, privatizaci a současně má jasně definovanou úlohu státu a veřejných institucí, které dbají ze zákona na to, aby zdravotní péče byla dostupná. V současné době se uplatňuje v celé řadě zemí (Německo, Rakousko, Belgie, Nizozemí, Lucembursko, Francie, Švýcarsko, Polsko a Česká republika). Zdravotní péče je garantována státem tak, že je ze zákona stanovena povinnost za určitých podmínek platit pojistné do fondu zdravotního pojištění, který není spravován orgánem státní správy, ale zdravotní pojišťovnou. Každý platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči dle svých potřeb (realizace principu solidarity) (8).

V podstatě všechny evropské země vycházejí při financování zdravotní péče z tradičního principu sociální ekvity, jen v různých zemích je její míra odlišná. Zjednodušeně lze sociální ekvitu charakterizovat jako solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami a ekonomicky aktivních s neaktivními (12). Jako problémy systému jsou označovány jeho složitost, finanční náročnost a udržitelnost solidárního systému pro další generace.

Model na Beveridgeovských principech

Je označován za jeden z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, který se vyvinul v kapitalistické zemi a udržel se do současnosti. Tradiční představitel- Národní zdravotní služba, je model financování užitý ve Velké Británii. Charakteristickým znakem modelu je bezplatnost zdravotní péče, která je garantována státem (7). Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných prostředků, které jsou získávány z daní z příjmů obyvatel (80%). Menší část je získávána z doplňkové platby národního pojištění. Daň platí pouze osoby s určitou příjmovou hranicí a daň je progresivní (25-30%). Osvobození občané od daňové povinnosti konzumují péči jako plátcí daně, systém je solidární. Model Národní zdravotní služby je protipólem níže zmiňovaného dalšího modelu (tržního), neboť slouží všem občanům, kteří ho potřebují. Zdravotnické služby jsou poskytovány jednak soukromými praktickými lékaři, ale také státními nemocnicemi (8).

Tržní typ

Hlavním a dnes již posledním představitelem uplatňování tržního modelu financování je USA. Zdravotní péče v USA není garantována státem, je záležitostí jedince, jeho rozhodnutí a svobodné volby. Zdravotní péče je v tomto systému chápána jako zboží s určitou tržní cenou. Pacient má svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny a záleží na jeho sociální situaci, zda bude mít přístup ke zdravotní péči a v jaké kvalitě a rozsahu. Zdravotní pojištění je dobrovolné. Lékaři jsou soukromě podnikající subjekty ziskového i neziskového charakteru, nemocniční péči poskytují soukromá zařízení taktéž ziskového i neziskového charakteru, někdy mohou být v kombinaci s veřejnými zřizovateli. Zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů buď přímou platbou, nebo soukromými zdravotními pojišťovnami komerčního charakteru (7).

Problémem tržního modelu je nerovnost v dostupnosti zdravotní péče, vysoká nákladovost. Občané, kteří nemají finanční možnost přímé úhrady či platby komerčního zdravotního pojištění, jsou odkázáni na federální zdravotní program Medicare a Medicaid, který zajišťuje a hradí péči o nemajetné (38). Program Medicare je určen občanům nad 65 let a Medicaid se zaměřuje hlavně na populaci příjmově slabší. Systém

je typický výraznou nerovností ve zdravotní péči. V současnosti v USA vrcholí boj o reformu zdravotnictví, kterou připravuje tým prezidenta Baracka Obamy. Američtí politici předkládali návrhy na zvýšení daní určených na financování programu Medicare pro vysokopříjmové skupiny poplatníků, aby bylo možné zmírnit připravované zdanění u drahých zdravotních pojistek (8).

Další typy dělení

Jak uvádí Durdisová: „V novější literatuře nacházíme další rozlišovací kritéria“ (7). Modely zdravotnických systémů jsou podle nich rozděleny na tržní (plurativní) zdravotnictví, Národní zdravotní pojištění a Národní zdravotní službu. Další autoři uvádějí svá vlastní rozdělení modelů systémů, pro příklad uvádím rozdělení dle Gladkije a Jarešové.

4 základní typy dle Gladkije (10):

- Smíšený (plurativní) systém s převažujícími liberalistickými rysy
- Systém založený na povinném zdravotním pojištění
- Systém národní zdravotní služby
- Systém socialistický (totalitární)

4 základní typy dle Jarešové (12):

- Liberálně - tržní zdravotnictví založené převážně na dobrovolném pojištění
- Povinné zákonné veřejné pojištění
- Státní zdravotnictví financované především z daní
- Smíšené zdravotnické systémy

1.4 Zdravotnický systém České republiky

1.4.1 Společensko - historické souvislosti

Území dnešní České republiky bylo do roku 1918 součástí rakousko-uherského království. Roku 1918 byla založena samostatná tehdejší Československá republika, systém zdravotního pojištění tehdejší doby byl založen na Bismarckovském systému povinného zdravotního pojištění. Na další vývoj měly zásadní vliv především poválečné události, nástup totalitního komunistického režimu, ve zdravotnictví se jednalo

především o změnu systému- došlo k převzetí modelu sovětského zdravotnictví. Pojišťovací systém byl zrušen a zdravotní péče byla převzata do rukou státu (10). Koncem padesátých a začátkem šedesátých let 20. století se obrovský rozvoj medicíny projevil na pozitivním posunu hlavních ukazatelů zdravotního stavu natolik, že se hovořilo o tzv. „československém zdravotnickém zázraku“. Drbal uvádí: *„Bylo dosaženo jakési rovnováhy či vyváženosti bazálního vztahu mezi základními, obecně přijímanými etickými aspekty péče o zdraví, tehdejšími možnostmi medicíny ovlivňovat zdraví a nemoc lidí a schopnostmi uspokojivě pokrýt nároky a požadavky základní všeobecně dostupné zdravotnické péče. Zdálo se, že příznivé trendy ve vývoji zdravotního stavu budou pokračovat i nadále“* (5). Jak dále Drbal podotýká: *„V zóně tzv. socialistických (včetně tehdejšího Československa) zemí docházelo v souladu s charakterem jejich politického a socioekonomického systému k všestrannému posilování úlohy státu“* (5). Stát uplatňoval svůj paternalistický vliv ve všech součástech hospodářského i společenského života, zdravotnický systém byl ve své centralistické strnulosti schopen stále méně reagovat na vzestup civilizačních chorob v mozaice nemocnosti a úmrtnosti (z hledisek prevence i následné terapie). Důsledkem byl propad, který z hlediska zdravotního stavu československých občanů, koncem 80. let zařadil systém, cituji Drbala: *„až na samotné dno těch nejhorších“* (5). Zdravotnictví trpělo výrazným nedostatkem prostředků, státní monopol bránil soutěživosti mezi poskytovateli péče. Technické vybavení bylo nedostatečné, infrastruktura nevyhovující. Výchova ke zdraví byla mnohdy formální a neefektivní.

K další zásadní transformaci zdravotnictví došlo po politických změnách, jež přinesl listopad 1989. Ta započala pod patronací expertů ministerstva zdravotnictví. Základy nového systému vznikly v letech 1991-1993, kdy byly založeny nové instituce a organizace (zdravotní pojišťovny, Česká lékařská komora, Česká lékárnická komora, a Asociace poskytovatelů zdravotní péče). Došlo k privatizaci velké části ambulantních zařízení, nemocnice získaly právní subjektivitu. Garanci za poskytování péče nese stát prostřednictvím ministerstva zdravotnictví. Zásadní bylo oddělení financování zdravotní péče od jejího poskytování. Platby byly zpočátku založeny převážně na výkonovém způsobu, v průběhu roku 1997 se přešlo na kombinaci paušálů a výkonových sazeb.

V primární péči se používají platby za registrovaného pacienta (kapitace). Občané získali snadný přístup k volbě lékaře. Transformační proces přinesl celou řadu problémů, které nebyly dodnes vyřešeny (10).

1.4.2 Právo na zdraví

Právo na zdraví je garantováno pro všechny občany České republiky. Podle Ústavního zákona č. 3/1993 a jeho článku 3 je stanoveno, že: „*Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod.*“ Článek 4 dále stanovuje, že: „*Základní práva a svobody jsou pod ochranou soudní moci*“ (36). Listina základních práv a svobod, v hlavě čtvrté, článku 31 stanovuje: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon*“ (15). Česká republika je vázána také celým souborem významných mezinárodních úmluv. Jedná se především o Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod, která v článku 1 ukládá: „*povinnost respektovat lidská práva*“ (35), a Evropskou sociální chartou, která v článku 13 Právo na sociální a lékařskou pomoc stanovuje, že „*Každé osobě, která se bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím, nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu*“ (9). Dalšími dokumentem je Úmluva o právech dítěte, která v článku 24 uznává: „*právo dítěte na dosažení co nejvyšší dosažitelné úrovně zdravotního stavu*“ a usiluje: „*o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám*“ (34).

1.4.3 Struktura poskytování zdravotní péče

Zdravotní péče poskytovaná v rámci českého systému zdravotnictví zahrnuje péči o akutně i chronicky nemocné, osoby postižené úrazem nebo vrozenou vadou a také prevenci nemoci nebo nezpůsobilosti (39). Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních zdravotničtí pracovníci v rozsahu své odborné způsobilosti

(41). Zákon č. 20/1966 o zdraví o péči lidu definuje soustavu zdravotnických zařízení jako: „*zdravotnická zařízení tvořící zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob*“ (40). Zdravotní péče je poskytována pojištěncům podle místa poskytování formou ambulantní nebo ústavní péče.

Ambulantní péče

Zákon o všeobecném zdravotním pojištění rozlišuje ambulantní péči na primární zdravotní péči, specializovanou ambulantní zdravotní péči a zvláštní ambulantní péči.

Primární zdravotní péči poskytuje registrující lékař nebo ošetřující lékař. Specializovanou ambulantní péči poskytuje na doporučení registrujícího lékaře takové zařízení, které je schopno ji na náležitě úrovni poskytnout, spolu s doporučením posílá registrující lékař též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledku předem provedených vyšetření. Zvláštní ambulantní péče je poskytována chronickým nebo ambulantním pacientům, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, a paliativní péče je poskytována pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí (41).

Ústavní péče

Zákon č. 48/1997 říká: „*Ústavní péči se rozumí péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních může být poskytována vedle ústavní i péče ambulantní*“ (41). Pokud je přijato do ústavní péče dítě a vzhledem k jeho zdravotnímu stavu je nutná celodenní přítomnost průvodce, může být s ním přijat do ústavní péče. Pobyt průvodce s dítětem mladšího šesti let je považován za ústavní ošetřování, pokud se jedná o dítě starší šesti let, jedná se o průvodce pouze se souhlasem revizního lékaře. Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěno doprovázené dítě. Zvláštním druhem je péče pohotovostní poskytovaná ústavní pohotovostní službou a zdravotní záchrannou službou. Další typy zdravotní péče jsou preventivní péče, dispenzární péče, lázeňská péče, péče o děti v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péče, posudková činnost a prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva (41).

1.4.4 Financování českého zdravotnictví

Financování zdravotnických zařízení v České republice se uskutečňuje ze zdrojů veřejných a soukromých. Soukromé zdroje (spoluúčast pacienta - regulační poplatky, dary a charita), se podílí na financování menšinově. Veřejné zdroje, které jsou zastoupeny veřejným zdravotním pojištěním, (prostředky státu a krajů a obcí), se na financování podílejí zejména- více než 90% všech financí plynoucích do zdravotnictví v České republice pochází ze zdrojů veřejných (30).

1.4.5 Výdaje na zdravotnictví

S obrazem zdravotního stavu obyvatelstva prokazatelně souvisí stupeň ekonomické vyspělosti státu. Důležitým pojmem je pojem hrubý domácí produkt (HDP), který se používá pro stanovení výkonnosti ekonomiky. Je charakterizován jako peněžní vyjádření celkové hodnoty statků a služeb nově vytvořených v daném období na určitém území. Může být definován, resp. spočten třemi způsoby: produkční metodou, výdajovou metodou a důchodovou metodou. Úroveň HDP popř. jeho výše na jednoho obyvatele, je v přímo úměrném vztahu s příznivějšími hodnotami hlavních ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Naopak horší ekonomická situace je spojena s horšími ukazateli. V mezinárodních srovnáních Česká republika patří do skupiny středně ekonomicky vyspělých zemí (6). Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví a vzestup těchto výdajů shrnuji v tabulce č. 1 - Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 1995-2008.

Tabulka č. 1: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 1995-2008 (v mil. Kč)

Roky	Veřejné v.	Soukromé v.	Celkové v.	Podíl na HDP
1995	93 309	7 366	100 675	7,29%
1996	102 400	8 262	110 662	7,06%
1997	109 033	9 881	118 914	7,80%
1998	119 267	10 604	129 871	7,06%
1999	123 453	11 475	134 928	7,90%
2000	129 626	12 245	141 871	6,60%
2001	145 096	13 711	158 807	6,86%
2002	154 066	14 454	168 520	6,98%
2003	186 416	16 037	170 379	7,36%
2004	184 825	24 445	209 270	7,40%
2005	191 356	27 418	218 774	7,30%
2006	197 027	29 783	226 810	7,00%
2007	206 565	35 370	241 935	6,80%
2008	219 119	40 126	259 245	7,00%

Zdroj: (29)

1.4.6 Problémy financování českého zdravotnictví

Studiem stále se prohlubujícího se rozporu mezi potenciálními možnostmi medicíny s reálnou schopností společnosti tyto možnosti ekonomicky zajistit, se zabývá zdravotní politika v České republice i v zahraničí. Problémem dnešní zdravotnické soustavy je jednak počínající neschopnost reagovat na současné a zejména pak předpokládané příští změny v povaze zdravotního stavu obyvatelstva. Základní potíž, kterou řeší současná zdravotní politika všech států, spočívá v prohlubování rozporu mezi impozantně rostoucími možnostmi medicíny a ekonomickými podmínkami a kapacitami tyto možnosti naplňovat. Je prokázáno, že při současné a zejména budoucí očekávané úrovni potenciálních možností medicíny a při současných a zejména příštích nárocích na biopsychosociální zdraví lidského kapitálu, nelze dosáhnout určitého stupně ekonomické dostupnosti nezbytné zdravotnické pomoci bez uplatnění určitého rozsahu principu solidarity. Jak konstatuje Drbal: „U nás, jako ve většině jiných evropských zemí, se hodnotové východisko střetů mezi názory, preferujícími v péči o zdraví (více či méně státu), přiklonilo k přijetí principu solidarity při regulaci tržního prostředí jako nadřazeného paradigmatu odpovídajícího naší historické kulturní příslušnosti

k euroatlantické civilizaci. Nic méně i tak přežívá při různých příležitostech nedostatek vůle i schopností k nezbytnému konsensu o transpozici tohoto obecně přijatého principu do konkrétního stanovení určité míry solidarity a z ní odvozeného rozsahu solidárně poskytované a z veřejných prostředků hrazené zdravotnické péče“ (5). Drbal dále doplňuje: „Tato stále více se rozevírající propast mezi omezenými ekonomickými zdroji a trvale narůstajícími nároky prudce se rozvíjející medicíny a jejich potenciálních schopností zasahovat do zdraví a nemoci člověka, se staly převládajícím obecným fenoménem péče o zdraví ve všech zemích a všech existujících zdravotních systémech“ (6). Kolize zdrojů a potřeb se stále výrazněji projevuje i v nejbohatších zemích a v plné míře je přítomna i v České republice.

Dalším výrazným faktorem, který výrazně ovlivňuje spotřebu zdravotní péče a s ní vrůstající náklady na ni je současná demografická struktura společnosti a její vývoj. Drbal shrnuje: *„Po mnohá léta si věkové složení populačních celků zachovávalo v podstatě jeden obdobně strukturovaný model. Jeho charakteristickou podobou byla proporcionální převaha dětské a mladé populace. Naproti tomu byl značně menší podíl osob nejvyšších věkových skupin“* (5). V dnešních socioekonomicky vyspělých státech však vzrůstá podíl starších populačních kategorií a klesá podíl nejmladších. V České republice se očekává, že v roce 2030 bude činit podíl obyvatel starších 60 ti let více než 30% z celkového počtu obyvatelstva a v roce 2050 nejméně 40%. Tento vývoj je významný nejen z medicínského pohledu, ale také z hlediska souběžných socioekonomických aspektů (6). S postupným snižováním podílu dětí totiž pozvolna dochází ke snižování podílu obyvatelstva v produktivním věku, přičemž osoby v produktivním věku se na financování dnešního českého zdravotnictví podílí zejména. Posuny ve věkovém složení obyvatelstva budou tak doprovázeny určitými předvídatelnými změnami v nemocnosti (nárůst degenerativních onemocnění- např. srdečních a cévních onemocnění, zvýšení incidence zhoubných nádorů, multimorbidních onemocnění, atd.)

Spolu s představami o vývoji zdravotního stavu v souvislosti se stárnutím obyvatelstva se diskutují názory, jak se tyto změny promítnou do financování zdravotnické péče. Odborníci hovoří o nutnosti reformy českého zdravotnického

systemu. Prvním krokem, který měl vést k reformě českého zdravotnictví bylo zavedení regulačních poplatků. Jak charakterizoval regulační poplatky Julínek: „*Startovním výstřelem samotné zdravotnické reformy je zavedení regulačních poplatků*“ (13).

1.5 Regulační poplatky

Schválením zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů dne 21. 8. 2007, došlo ke změně zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Od 1.1 2008 se tato změna dotkla přímo všech občanů, čerpajících zdravotní služby na základě veřejného zdravotního pojištění. Pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče hradit regulační poplatek, který se stává příjmem zdravotnického zařízení (1). Regulační poplatky se staly novým soukromým zdrojem financování na celkové výdaje ve zdravotnictví. Jak uvádí Julínek, poplatky byly zavedeny „*především za účelem nutnosti omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb*“ (17). Na straně pacienta se jedná o regulaci přístupu ke zdravotní péči, odradit poplatkem od zbytečné návštěvy a na straně zdravotnického zařízení vzniká příjem ze soukromého zdroje a tím úspora veřejného rozpočtu, o který bude zkrácen. Dle předpokladů si pojištěnec při čerpání zdravotní služby po uhrazení symbolické částky uvědomí, že péče mu poskytovaná má nějakou hodnotu. To by ho mělo jeho chování vést ke změně a k uvážení, zda danou službu či takové množství léků, skutečně potřebuje (17).

1.5.1 Význam zavedení regulačních poplatků

Jak uvádí Julínek: „*Závažným břemenem pro každý zdravotní systém je nadměrné a neúčelné čerpání zdravotní péče, které je důsledkem nezodpovědného chování pacientů (ale i indikujících lékařů) v případech, kdy je zdravotní péče pro pacienta v okamžiku rozhodnutí o spotřebě zcela bezplatná. Ke změně chování a omezení nadužívání zdravotní péče však vedou i jen minimální regulační poplatky ve výši, která nepředstavuje bariéru přístupu ke zdravotní péči v potřebných případech*“ (13). Skutečnost, že malé regulační poplatky skutečně působí, dokládá Julínek ve své

publikaci Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. Století, na zahraničních příkladech (13). Zbytečně vysoké počty návštěv lékařů, totiž řeší i jiné evropské státy – například Německo.

Německo stejně jako Česká republika uplatňuje Bismarckovský systém financování zdravotnictví. Poplatky byly v Německu zavedeny tehdejší spolkovou ministryní zdravotnictví Ullou Schmidt k 1. 1. 2004. Německý pacient je systémem směřován nejprve k praktickému lékaři, u něhož je registrován. Na příjmu odevzdá sestře čipovou kartu pojištěnce, na základě které počítač oznámí, zda již pacient u lékaře v daném čtvrtletí navštívil. Pokud přišel poprvé, je pacient vyzván k zaplacení 10 eur za běžící kvartál a dále již nic neplatí (44). Za těchto 10 eur dostane stvrzenku s razítkem svého lékaře a může se volně pohybovat s ambulantním sektoru, s výjimkou odborného lékaře, ke kterému musí mít poukaz od praktika. Pokud by navštívil odborníka bez poukazu, zaplatí nekompromisně 10 eur znovu (43). Pohotovostní služba je opět zpoplatněna 10 eury, na něž klient dostane stvrzenku, pokud další týden navštíví pohotovost znovu, poplatek neplatí. Trvanlivost poplatku je opět kvartální. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby stvrzenky uchovávali. Jsou chráněni i pro případ, že navštíví lékaře poslední den čtvrtletí a druhý den ho potíže donutí navštívit znovu. V takovém případě platí jejich potvrzení 2 dny. Většina pacientů je se systémem smířena ovšem pacienti chroničtí mají výhrady. Lékaře navštěvují všechna čtvrtletí a v případě dekompenzace platí také pohotovostní službu. Celkem tedy platí 4x 10 eur u praktického lékaře a 4x 10 eur za pohotovost. Ročně se tedy jedná o částku 80 eur (zhruba 2000 Kč). Osvobozené jsou děti do 18 let, lidé pojištěni soukromě poradensky a vybraní jednotlivci s minimálním příjmem (45).

Účinek poplatků hodnotí Německo kladně u razantního úbytku stálých pohotovostních dospělých pacientů, pokud jede lékař o víkendu k pacientovi domů, většinou je následně hospitalizován. Výrazně také ubylo návštěv lidí s migračním pozadím (Leute mit Migrationshintergrund) – což je moderní neutrálně znějící opis běžnějšího, pejorativně užívaného a vnímaného pojmu cizinec (Ausländer). Zásadní rozdíl oproti českým poplatkům je ten, že německý poplatek je vybírán pro zdravotní pojišťovny. Nejedná se tedy o příjem zařízení jako v Česku. Vybranou částku lékař

vykáže smluvnímu sdružení lékařů jako příjem a tyto peníze se mu odečtou od toho, co čtvrtletně dostává od pojišťoven (43).

1.5.2 Otázka souladu regulačních poplatků s ústavou

Prvním vážným problémem, který se v souvislosti s poplatky soudně, politicky, mediálně a veřejně řešil, byla otázka souladu poplatků s ústavou. Skupina poslanců a senátorů parlamentní opozice podala již na podzim roku 2007 návrh na prošetření ústavnosti regulačních poplatků ve zdravotnictví k Ústavnímu soudu v Brně. Poslanci a senátoři namítali rozpor ustanovení o regulačních poplatcích s článkem 31 Listiny základních práv a svobod, který je blíže specifikován v kapitole 1.4, odstavci 1.4.1 Právo na zdraví (21). Podle názoru Šimka, autora článků o problematice regulačních poplatků ve Zdravotnických novinách, naše ústava přímo zakotvuje právo občana na bezplatnou zdravotní péči. Jak dále uvádí, zdravotní péče však nikdy není a nemůže být zdarma. Zakotvuje-li naše ústava bezplatnost zdravotní péče, a politici nejsou ochotni tuto dikci změnit, pak je třeba jim položit otázku, zda chtějí mít zdravotní péči pro naše občany kvalitní nebo dostupnou. Tento problematický článek ústavy o bezplatné zdravotní péči označuje za: „*Znemožňující smysluplně řešit naše zdravotnictví*“ (31).

Ústavní soud v dubnu 2008 postupně vyslechl svědky, u soudu se hovořilo o smyslu poplatků u lékaře a způsobu projednávání reformního zákona (21). V červnu 2008 oznámil Ústavní soud svůj verdikt: poplatky jsou podle ústavy v pořádku a zůstanou zachovány. V poměru osm soudců proti sedmi návrh zamítl (22). Průzkumy veřejného mínění a názory odborníků se shodovaly v tom, že poplatky zrušeny nebudou. Tři čtvrtiny občanů se podle průzkumů vyjádřily v tom smyslu, že výsledek očekávaly (3).

1.5.3 Druhy regulačních poplatků stanovené k 1. 1. 2008

Regulační poplatek ve výši 30 Kč

Je hrazen za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření (což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno až na výjimky příslušnými výkony v dané odbornosti podle

Seznamu výkonů). Jedná se vyšetření u praktického lékaře pro děti a dorost, praktického lékaře, ženského lékaře nebo zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, praktického lékaře i pediatra poskytujícího návštěvní službu (17). Poplatek ve stejné výši se hradí také při návštěvě klinického psychologa a klinického logopeda. 30 Kč pacient hradí také při vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na předepsaný počet balení.

Regulační poplatek ve výši 60 Kč

Je hrazen za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (v nemocnicích a odborných léčebných ústavech). Dále se jedná o komplexní lázeňskou péči, nebo péči v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Den, kdy byl pojištěnec přijat do péče a kdy byl propuštěn, se počítá jako jeden den, což platí i pro pobyt doprovodu dítěte.

Regulační poplatek ve výši 90 Kč

Je hrazen za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři. Pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do péče ústavu, je poplatek hrazen též za pohotovostní službu poskytnutou v sobotu, neděli nebo ve svátek, a v pracovních dnech od 17.00 do 7.00 hodin (1).

1.5.4 Plátcí regulačních poplatků

Poplatek hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce. Dále také pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva a cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu. Vězni, žadatelé o azyl, obyvatelé zařízení sociálních služeb hradí poplatky, protože nejsou uvedeni ve výjimkách. Pěstouni, i když rodiče dítěte svěřeného do pěstounské péče nejsou zbaveni rodičovské zodpovědnosti a nadále zůstávají zákonnými zástupci dítěte (41).

1.5.5 Regulační poplatek neplatí

Existuje celá řada případů, kdy pojištěnec neplatí regulační poplatky. Podstoupí-li pojištěnec hemodialýzu nebo daruje-li krev. Poplatek není vybrán v situacích, kdy není provedeno klinické vyšetření, pokud se jedná o laboratorní a diagnostické vyšetření, a pokud jde o některé zvláštní léčebné výkony jako dispenzární péče u vážně nemocných dětí a těhotných žen (18).

Při preventivním vyšetření se obvykle provádí klinické a laboratorní vyšetření a zjištění těchto údajů je nutné pro posouzení zdravotního stavu. Pojištěnci mají nárok zdarma na 9 preventivních prohlídek u dětského lékaře v průběhu prvního roku života, dále na prohlídku v 18 měsících věku, ve třech letech a pak jednou za dva roky. Dospělí po uplynutí 23 měsíců od poslední prohlídky. Preventivní prohlídka u stomatologa je stanovena pro děti a dorost dvakrát ročně a od 18 let jednou ročně. Výjimku tvoří těhotné ženy, které mají nárok na bezplatnou prohlídku dvakrát v průběhu těhotenství. Gynekologické preventivní prohlídky jsou od ukončení povinné docházky (15 let) prováděny jedenkrát ročně. Mezi osoby osvobozené patří pojištěnci umístění v dětských domovech nebo ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy. Dále se neplatí při ochranném léčení nařízeném soudem a při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit. Poplatky se nevztahují na očkování, které je považováno za opatření proti infekčním onemocněním. Zvláštním případem osvobození od poplatků je pojištěnec, který se prokáže rozhodnutím nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu. Toto potvrzení však nesmí být starší 30 dnů (17).

1.5.6 Ochranný limit

Ochranný limit ve výši 5000 korun má chránit chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplateků na léky a některých regulačních poplatků (1). Do limitu se počítá doplatek za léky, poplatek ve výši 30 korun za návštěvu u lékaře a poplatek ve výši 30 korun za výdej léku.

Výše doplatku na lék je stanovena na nejlevnější na trhu dostupný lék s obsahem stejné účinné látky se stejnou cestou podání. Pokud lékař na recept vyznačil, že lék nelze nahradit, pak se započítává plná výše doplatku. Tento případ je odůvodněn alergickou reakcí pacienta, dále u pacientů, u kterých mohou být záměny značek problematické (psychiatrickí pacienti). Pokud lékař na recept nevyznačí, že na variantě léku trvá, může být pacientovi nabídnut v lékárně lék levnější za předpokladu respektování stejné účinné látky, lékové formy a způsobu podání (18). Pacient by měl být tímto limitem motivován k vyžádání informací o levnější variantě léku a tím snížení jeho doplatku.

Do ochranného limitu se nezapočítávají doplatky na některé zmíněné léky (částečně hrazené léky, jejichž úhrada je nižší než 30% maximální ceny nebo pokud obsahují léčivé látky určené k podpůrné a doplňkové léčbě), doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy, poplatky za pohotovost a poplatek za pobyt.

Sledování a naplňování limitu v kalendářním roce v okamžiku jeho překročení i vrácení peněz bylo uloženo zdravotním pojišťovnám. Pokud chce pacient/pojištěnec mít přehled a sledovat výši svých financí, má právo požadovat po zaplacení příslušného poplatku doklad, který musí obsahovat zákonem dané údaje. Pokud si doklady uschová, může je použít ve chvíli, kdy má dojem, že je na svých právech krácen. Zdravotní pojišťovny jsou navíc jednou za rok povinny na vyžádání pojištěnce vystavit bezplatný výpis z jeho osobního účtu, kde jsou uhrazené doplatky a poplatky uvedené (17). Po překročení stanoveného limitu je pojišťovna dále uhrazené poplatky a doplatky pojištěnci vracet. Vyhodnocování je prováděno po kalendářním čtvrtletí.

1.5.7 Vývoj poplatků v roce 2008, jejich změny

Již od ledna 2008 probíhaly první snahy o úplné zrušení regulačních poplatků. Zrušení navrhla skupina poslanců Komunistické strany Čech Moravy a České strany sociálně demokratické. V březnu byl ve sněmovně podán návrh na zrušení poplatků za pobyt novorozenců v nemocnici, sociální demokraté se znovu pokusili prosadit zrušení regulačních poplatků. V květnu podali sociální demokraté opět návrh na zrušení regulačních poplatků a zároveň také návrh na osvobození některých skupin

obyvatelstva. V červnu udělala sněmovna první krok k zrušení poplatků za pobyt novorozence v porodnici- novela o poplatcích byla puštěna do další fáze projednávání (20).

Od 1. srpna roku 2008 dochází k prvním změnám ve výběru poplatků. Účinnosti nabyla novela zákona č. 48/1997 Sb. a od platby regulačních poplatků jsou osvobozeni zákonní zástupci novorozenců. Pobyt narozeného dítěte ode dne porodu do dne prvního propuštění ze zdravotnického zařízení, není nadále zpoplatněn. Regulační poplatky za pobyt zákonného zástupce však zůstávají v platnosti. Průměrná doba hospitalizace matky a novorozence jsou čtyři dny, za jednoho novorozence pak nemocnice přišla v průměru o 240 korun. Zrušení poplatku tak znamená pro porodnice ztrátu příjmu v řádech sta tisícových částek (22). Dalšími osvobozenými od všech poplatků jsou pojištěnci umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením a dárci orgánů pro transplantace, kteří podstoupí zákroky, jež se bezprostředně vztahují k tomuto dárcovství. Za návštěvy lékaře nebo poplatek za recept ovšem platí tito pacienti nadále jako všichni ostatní. V říjnu se sociálním demokratům podařilo obnovit jednání o návrhu na zrušení poplatků ve zdravotnictví. V prosinci jednala vláda o dalších změnách, které se týkaly osvobození dětí do 18 let a seniorů (26).

Z výše uvedeného stručného shrnutí událostí roku 2008 jasně vyplývá, jak často se vláda poplatky zabývala a kolik změn bylo realizovaných i navrhovaných.

1.5.8 Vývoj poplatků v roce 2009

V lednu 2009 byl odvolán ze své funkce ministr zdravotnictví Tomáš Julínek a ve funkci ho nahradila Daniela Filipiová. Ve středočeském kraji došlo k změně plateb regulačních poplatků, za pacienty je začal hradit kraj. Podle vyjádření hejtmana středočeského kraje, Davida Ratha, občané novinku hojně využívali. Poplatky byly lidem vráceny na základě podepsání darovací smlouvy (30). Poplatky byly vráceny také v krajských lékárnách, které zaznamenaly veliký příliv zákazníků. Počet klientů lékáren se tam až zdvojnásobil. Grémium majitelů lékáren podalo žalobu proti systému nevybírání poplatků v lékárnách Středočeského kraje a zároveň požádalo soud o

předběžné opatření, které by kraji znemožnilo hradit ve svých zařízeních poplatky za pacienty (24).

Další velkou změnou bylo osvobození dětí do 18 let a snížení ochranného limitu u dětí a seniorů nad 65 let na 2500 korun, kterou v lednu schválil senát a v únoru ji podepsal prezident. V březnu bylo zahájeno správní řízení VZP s nemocnicemi, které nevybíraly poplatky. V dubnu nahradila na postu ministryně zdravotnictví Danielu Filipiovou Dana Jurásková, která je zastánkyní zdravotnických poplatků. V květnu dostaly pokutu od Všeobecné zdravotní poštovny všechny středočeské nemocnice za nevybíráni regulačních poplatků. V září neschválili poslanci ani zrušení ani omezení zdravotnických poplatků (24). Poplatky tedy zůstávají pro rok 2010 ve stávající výše popsané formě.

Poplatky jsou v současnosti stále propláceny a to formou souhlasu se závazkem kraje, který za občana poplatek uhradí nebo formou zaplacení a následného podání žádosti o vrácení poplatku krajem. Podle údajů krajů stále přibývá občanů, kteří si poplatky nechávají proplatit (25).

1.5.9 Očekávaný a skutečný efekt zavedení regulačních poplatků

Ministerstvo zdravotnictví očekávalo nárůst celkových příjmů systémů veřejného zdravotního pojištění o 3,5 až 4 miliardy korun a současně dosažení úspory celkových výdajů tohoto systému o další 4 miliardy korun (17).

Skutečný efekt, který regulační poplatky přinesly, shrnuje Ministerstvo zdravotnictví ve své tiskové zprávě, kterou vydalo v březnu 2009. Regulační poplatky se podle ní osvědčily, a do českého zdravotnictví přinesly celkovou úsporu ve výši 10 miliard korun, přičemž 5 miliard se vybralo ve formě poplatků a dalších pět miliard představovaly úspory uvnitř systému. Jak dále zpráva uvádí, počet návštěv na pohotovosti poklesl o 36%, u ambulantních specialistů o 15%, lůžková zařízení zaznamenala pokles o 19%. Počet receptů na léky klesl o 28% (18). Částky vybrané na regulačních poplatcích detailně specifikuje tabulka č. 2 Vybrané regulační poplatky.

Tabulka č. 2 Vybrané regulační poplatky (v Kč)

	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory
Ambulantní služby	1 801 mil.	1 250 mil.(4,15 mil. klinických vyš.)
Pohotovost	107 mil.	0 mil. (400 tisíc návštěv)
Lůžkové služby	679 mil.	165 mil.
Recepty v lékárnách	2 437 mil.	3 630 mil.
Celkem	5 024 mil.	5 045 mil.

Zdroj: (17)

1.5.10 Spotřeba zdravotnických služeb po zavedení regulačních poplatků

Dopad regulačních poplatků zachycuje také Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ze dne 20. 11. 2009, která hodnotí spotřebu zdravotnických služeb v letech 2005-2008, zejména s ohledem na dopad regulačních poplatků zavedených v roce 2008. Autor Popovič shrnuje: „*Zavedení poplatků se projevilo nápadným poklesem počtu výkonů u všech „zpoplatněných“ zdravotnických služeb s výjimkou ošetrovacích dnů v lůžkových zařízeních a počtu ambulantních stomatologických vyšetření, kde došlo ke snížení pouze řádově o procenta oproti roku 2007*“ (29).

Počty ošetření na Lékařské službě první pomoci (LSPP) pro dospělé poklesly v roce 2008 o 41,1%, u LSPP pro děti a dorost o 25%. Na stomatologických LSPP poklesly o 36,7%.

Počty ambulantních ošetření (bez stomatologie a pohotovostí) poklesly v roce 2008 o 17% oproti roku 2007, zatímco v předešlých letech se tyto počty snižovaly pouze o 2-3 procenta ročně.

Počty receptů přijatých v zařízeních lékárenské péče se v letech 2005-2007 pohybovaly okolo 90 mil. kusů. V roce 2008 došlo ke snížení na necelých 69 mil kusů, což tvoří zhruba 76,5% roku 2007.

Popovič doplňuje: „*Je pravděpodobné, že nezavedení regulačních poplatků by si udržení systému financování zdravotnictví vyžádalo jiné dodatečné zdroje. Regulační poplatky do míry dané svým rozsahem a celkovým inkasem (5 mld. Kč) ulehčily systému*

veřejného zdravotního pojištění v rozsahu cca 2,5% ročních výdajů tohoto systému za rok 2008“ (29).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cíle práce:

Hlavní cíl :

Zjištění účinků zavedení regulačních poplatků na Dětském oddělení Klatovské nemocnice a.s.

Dílčí cíle :

Zjistit, zda regulační poplatky ovlivňují možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace.

Zjistit, jakým způsobem ovlivňují regulační poplatky zneužívání nemocniční péče.

Hypotézy:

Hypotéza 1: V souvislosti se zavedením regulačních poplatků klesl počet hospitalizovaných pacientů na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s.

Hypotéza 2: Zavedení regulačních poplatků negativně ovlivnilo možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace.

3. METODIKA VÝZKUMU

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila jednu z forem kvantitativního výzkumu. Data byla sbírána jednak pomocí metody dotazování, technikou dotazníku, a jako pomocnou metodu jsem zvolila analýzu dokumentů- sekundární analýzu dat nemocničních záznamů.

Dotazník je charakterizován jako metoda dotazování, při které respondent odpovídá písemně na otázky v tištěném formuláři. Obsahuje standardizovaný soubor otázek, které respondent samostatně vyplňuje. Výhodou dotazníku je jeho vysoká efektivita, a fakt, že může postihnout poměrně velký počet respondentů v krátkém čase. Další výhodou je možnost zachování přesvědčivé anonymity. Tato technika má ovšem také řadu nevýhod, mezi které patří nízká návratnost, návrat neúplně vyplněných formulářů a možnost respondentů vyplňovat skupinově. Přes tyto zápory patří dotazník k nejpoužívanějším prostředkům ke sběru informací. Sekundární analýza dokumentů je analýza dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu (4), (16).

Dotazník, který jsem vytvořila pro účely své bakalářské práce (plné znění uvádím v příloze 1), obsahoval v úvodní části oslovení respondentů a seznámení respondentů s výzkumným problémem a záměrem výzkumu. Respondenti byli ujištěni, že bude využit pouze pro účely bakalářské práce, informoval je o jeho anonymním průběhu. V úvodu jsem dále uvedla, kam mají respondenti dotazníky odevzdávat a poděkovala jim za projevenou ochotu při jejich vyplňování.

Struktura otázek byla zvolena následující. Otázky 1-5 byly identifikační, zabývaly se pohlavím, věkem respondentů, dosaženým vzděláním, počtem jejich dětí a faktem, zda se jedná o rodiče čerpající mateřskou nebo rodičovskou dovolenou nebo rodiče ostatní (zda se jednalo o zaměstnance či nepracující nebylo pro účely výzkumu rozhodující, proto jsem možnost odpovědí rozdělila pouze do dvou tříd).

Z hlediska formy, lze použité otázky rozdělit do skupin uzavřených a polootevřených. 8 otázek bylo koncipováno jako uzavřené dichotomické otázky a jednalo se konkrétně o otázky 1, 4, 6, 10, 11, 15, 16 a 20. Uzavřené polytomických

otázek jsem použila celkem 11. Konkrétně se jednalo o otázky 2, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 18 a 19. Poslední skupinou otázek, kterou jsem použila byly 3 otázky polootevřené - 7, 12, 21.

Sekundární analýza dat byla zvolena pro možnost získání reálných údajů o celkových ročních počtech hospitalizovaností dětí, jejich doprovodů a využívání LSPP na Dětském oddělení. Data uvedená v nemocničních počítačových programech, ale také knižních záznamech (tzv. Stavby pacientů - počty jejich hospitalizací), vychází ze stavů počtů pacientů, které se vedou na všech odděleních a stanicích. Denně se do nich zaznamenávají údaje o pokračujících hospitalizacích dětí, nových přijetích a propuštěních, počty doprovodů pacientů, a počty ošetřených dětí na Lékařské službě první pomoci. Tyto dokumenty jsou každý týden a měsíc vyhodnocovány a slouží jako podklad pro vedení celoročních nemocničních statistik, které vyhodnocují tzv. obložnosti jednotlivých oddělení a stanic. Z těchto dokumentů jsem získala přehled o počtech hospitalizovaných dětí, z let 2008 a 2009 – dva roky po zavedení poplatků do zdravotnictví a sedma let před jejich zavedením.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořili rodiče hospitalizovaných dětí a rodiče doprovázející své dítě na vyšetření k lékaři v ambulantním zařízení provozovaném Dětským oddělením. Sběr dat probíhal souběžně na všech stanicích Dětského oddělení v průběhu května a června 2010. Respondenti byli vybíráni náhodně, vzhledem k věkovému rozložení dětí na jednotlivých stanicích, bylo do jisté míry zajištěno i věkové rozvrstvení rodičů- respondentů. Respondenti pocházeli z různých oblastí Klatovska. Dětské oddělení Klatovské nemocnice a.s. poskytuje péči dětem, které patří pod poměrně velkou spádovou oblast. Oddělení soustředí děti a rodiče nejen z města a nejbližšího okolí (okolních vesnic), ale často také z oblastí měst Železné Rudy, Sušice, Horažďovic, Švihova, Plánice a Domažlic.

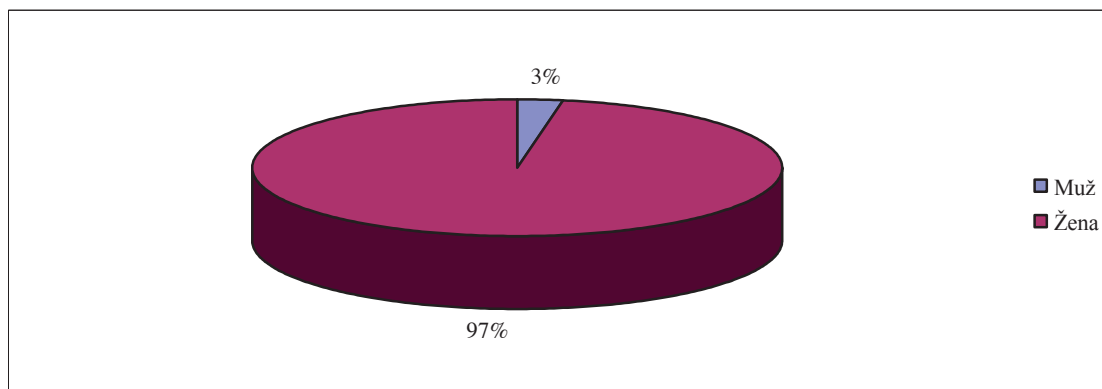
Celkem jsem rozdala 100 dotazníků na pěti stanicích (na stanici novorozenecké 10 dotazníků, stanici patologických novorozenců 10 dotazníků, na stanici kojenecké 20

dotazníků, na stanici větších dětí 20 dotazníků a 40 dotazníků v ambulancích). Návratnost dotazníků byla 37 vyplněných formulářů (37%), jeden dotazník jsem však musela pro neúplnost vyřadit.

Vyhodnocování výsledků šetření jsem zpracovala v počítačovém souboru Microsoft Excel a Word, převážná většina výsledků je interpretována v grafické podobě, v některých případech jsem pro lepší přehlednost použila také tabulku.

4. Výsledky

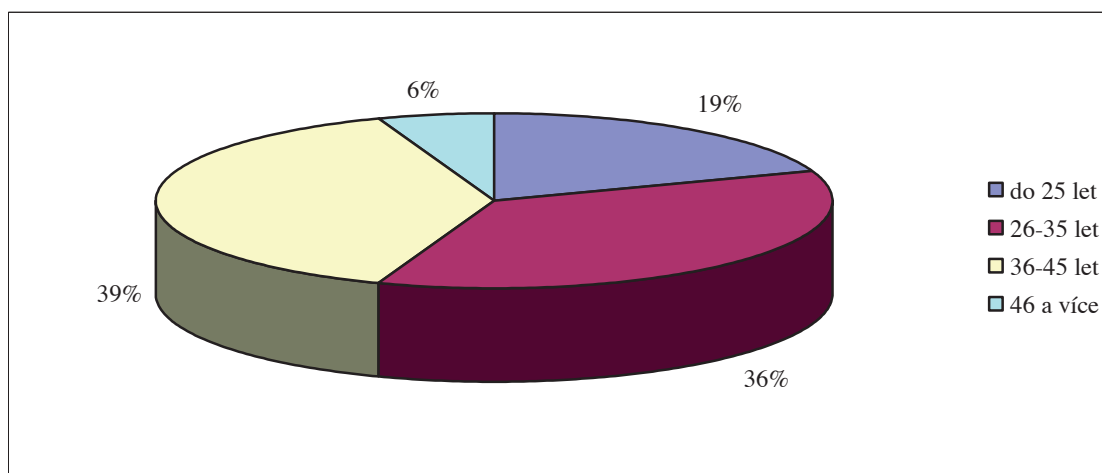
Graf 1: Pohlaví respondentů (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů bylo 97% (35 žen) a 1 muž.

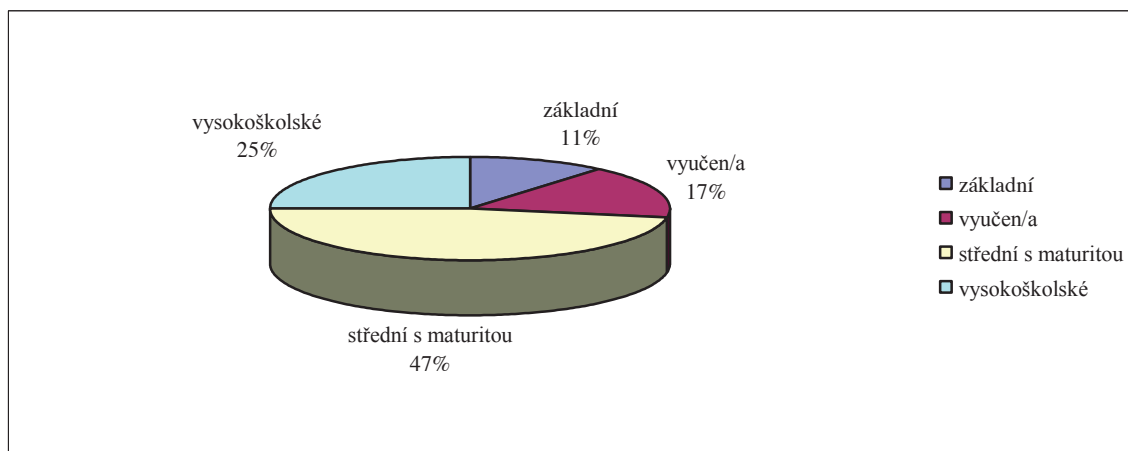
Graf 2: Věk respondentů (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

100% (36) respondentů patřilo do věkové skupiny do 36- 45 let 39% (14) respondentů, do věkové skupiny 26-35 let patřilo 36% (13) respondentů, 19% (7) respondentů tvořilo věkovou skupinu do 25 let a 6% (2) respondenti tvořili věkovou skupinu nad 46 let.

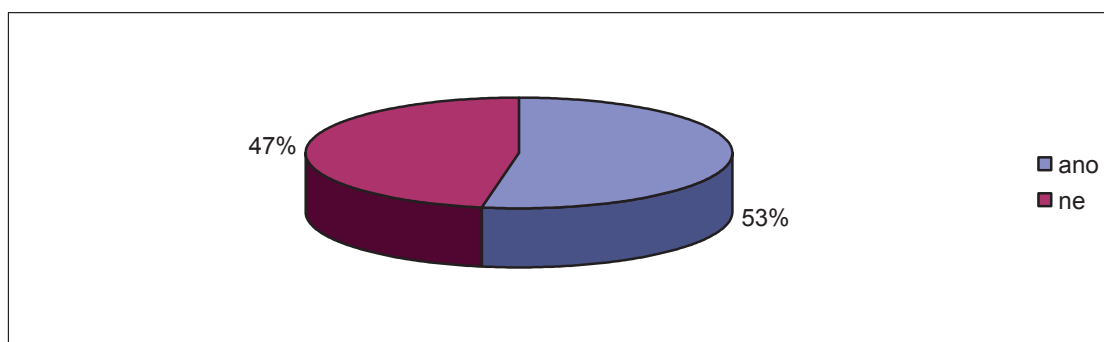
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů bylo 47% (17) vzděláno středoškolsky, vysokoškolského vzdělání dosáhlo 25% (9) respondentů, vyučeno bylo 17% (6) respondentů, a základní vzdělání mělo 11% (4) respondentů.

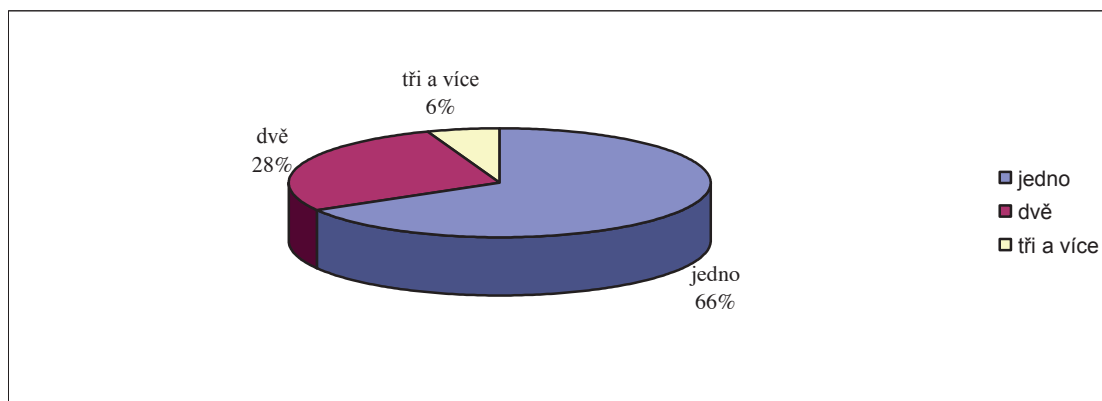
Graf 4: Čerpání mateřské nebo rodičovské dovolené (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů uvedlo 53% (19), že čerpají mateřskou nebo rodičovskou dovolenou. 47% (17) respondentů v době hospitalizace svého dítěte tuto formu dovolené nečerpalo.

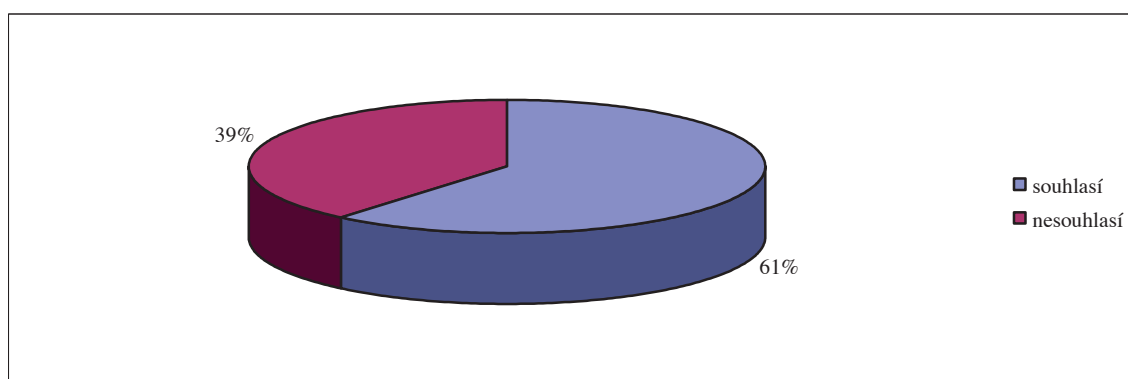
Graf 5: Počet dětí (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů uvedlo 66% (24), že má jedno dítě, 28% (10) respondentů uvedlo, že má dvě děti a 6% (2) respondenti uvedli, že mají 3 a více dětí.

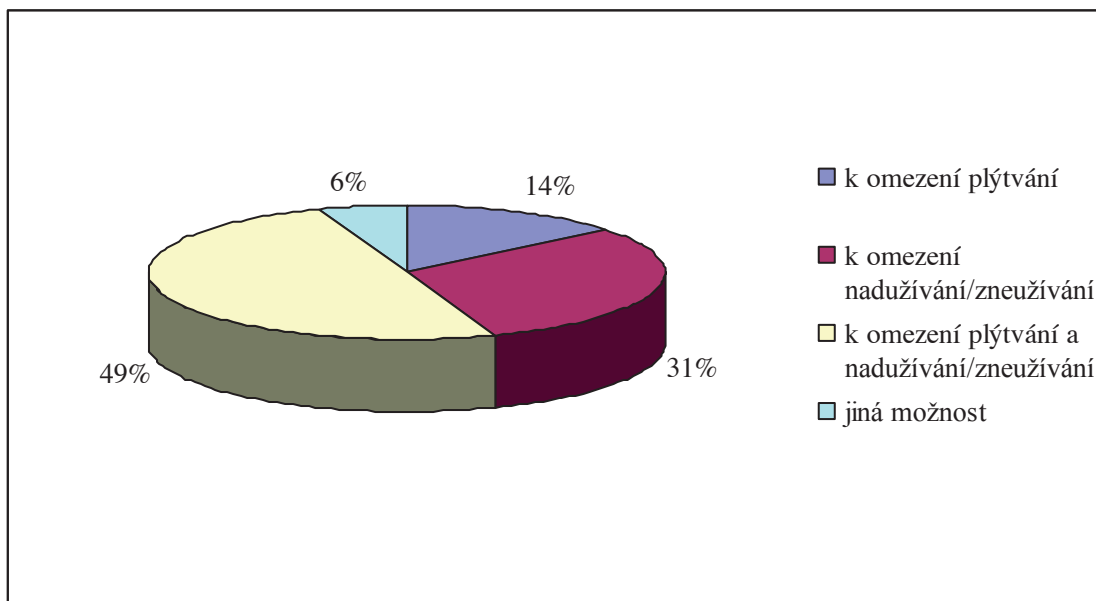
Graf 6: Postoj respondentů k zavedení regulačních poplatků do zdravotnictví (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů uvedlo 61% (22) respondentů že se zavedením poplatků do zdravotnictví souhlasí. 39% (14) respondentů uvedlo, že se zavedením nesouhlasí.

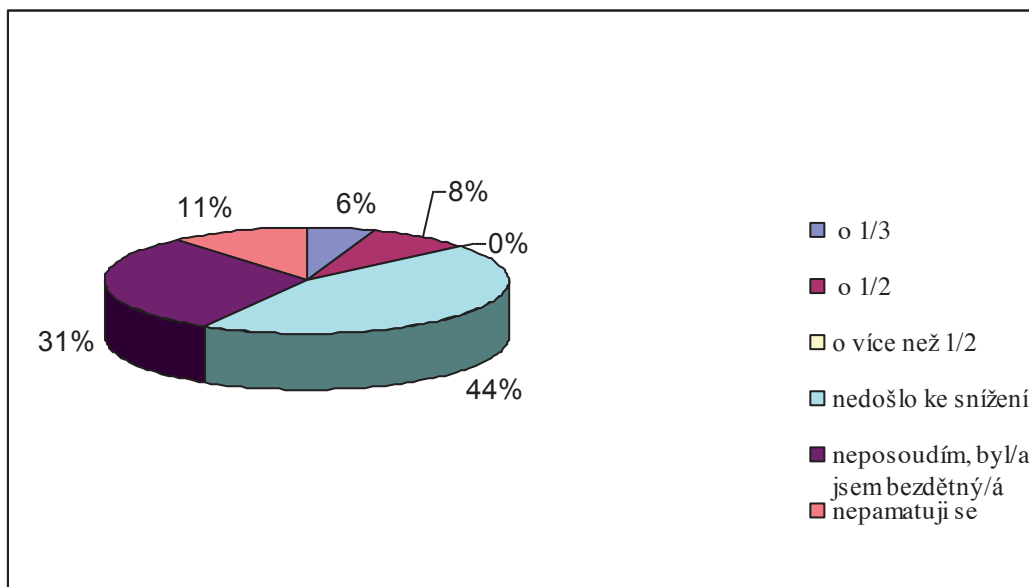
Graf 7: Důvod zavedení regulačních poplatků (%)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů označilo 49% (18) odpověď, že regulační poplatky byly zavedeny k omezení plýtvání a omezení zneužívání a nadužívání zdravotnických služeb. 31% (11) respondentů uvedlo, že poplatky byly zavedeny z důvodu omezení zneužívání/nadužívání zdravotnických služeb a 14% (5) respondentů uvedlo, že byly zavedeny z důvodů omezení plýtvání služeb. 6% (2) respondenti označili jinou možnost- a uvedli svůj názor („nový způsob přínosu peněz do zdravotnictví, důvod zavedení nechápu“).

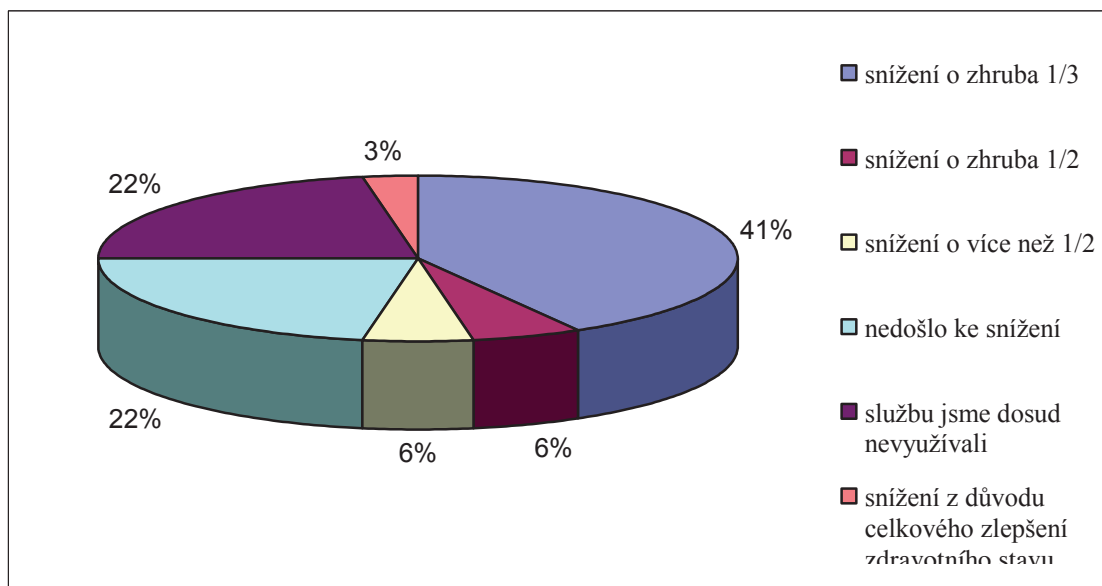
Graf 8: Účinek regulačních poplatků vzhledem k počtu návštěv pediatrů (%)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů, 44% respondentů porovnálo počty ošetření u pediatra v letech před a po zavedení regulačních poplatků a dospělo k názoru, že u nich nedošlo ke snížení počtu ošetření. 31% (11) respondentů uvedlo, že situaci nemohou posoudit, jelikož byli v době před zavedením bezdětní. 11% (4) respondenti uvedli, že si nepamatují, kolikrát navštívili pediatra dříve a nyní, 6% (2) respondentů uvedlo, že se svým dítětem navštívili pediatra méně- došlo ke snížení jejich návštěv o zhruba 1/3 počtu ošetření. 8% respondentů uvedlo, že počet jejich návštěv pediatra poklesl o zhruba polovinu počtu a 0% (0) respondentů uvedla, že došlo ke snížení o více než polovinu počtu návštěv.

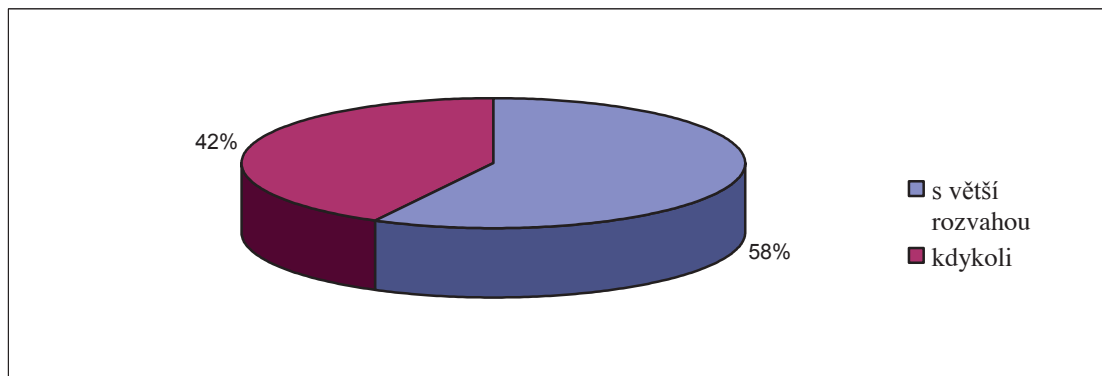
Graf 9: Účinek regulačních poplatků vzhledem k počtu návštěv dětské pohotovosti (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 100% (36) respondentů, 41% (15) respondentů uvedlo, že v porovnání s roky před zavedením regulačních poplatků, klesl počet jejich návštěv dětské pohotovosti o zhruba třetinu. 22% respondentů (8) uvedlo, že podle jejich názoru nedošlo po zavedení regulačních poplatků ke snížení počtu návštěv dětské pohotovosti, 22% (8) respondentů dále uvedlo, že službu dosud se svými dětmi nevyužívali. 6% (2) respondenti uvedli, že službu využívají méně- o zhruba třetinu a 6% dalších respondentů (2) uvedli pokles návštěv dětské pohotovosti o více než polovinu. 3% (1) respondent se domnívá, že službu dětské pohotovosti nyní využívá méně z důvodů zlepšení celkového zdravotního stavu svého dítěte.

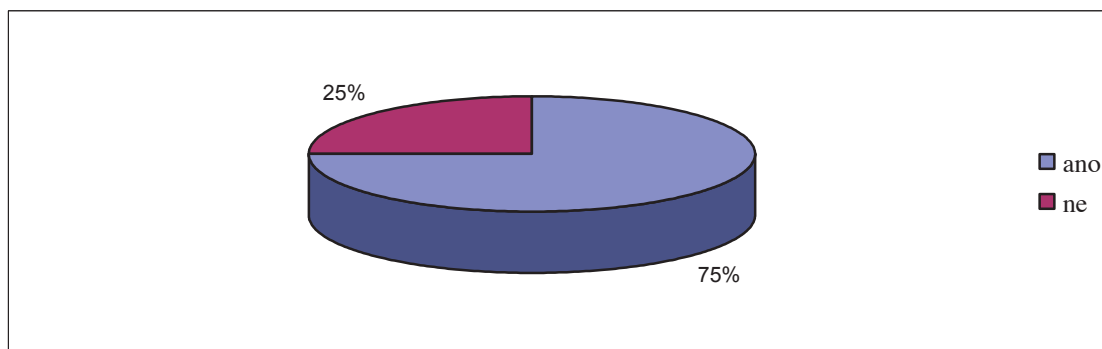
Graf 10: Vnímání nutnosti využívání pohotovostní služby (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 19 respondentů (100%), kteří zodpovídali otázku v návaznosti na kladnou odpověď na předchozí otázku, odpovědělo 11 respondentů, že službu dětské pohotovosti po zavedení poplatků využívají s větší rozvahou a v případě pochybností konsultují nutnost návštěvy telefonicky s lékařem. 8 respondentů naopak uvedlo, že služby využívají nadále kdykoli se domnívají, že je to nutné.

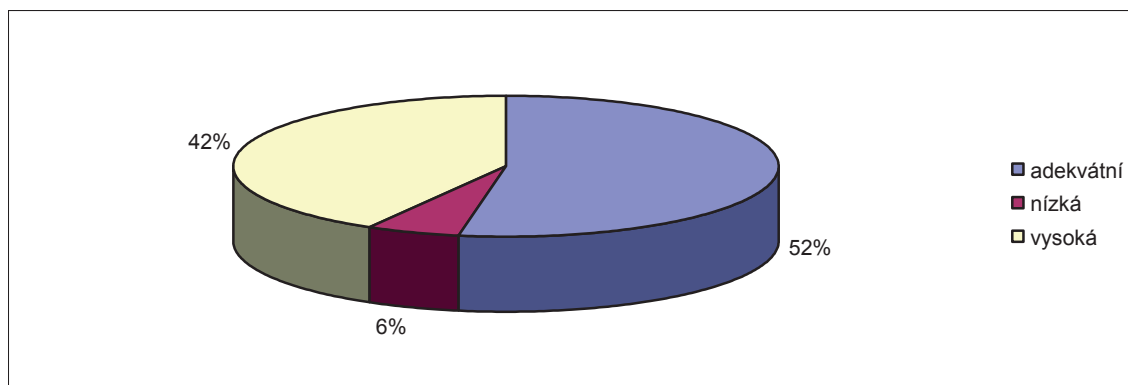
Graf 11: S vyšetřením dítěte vyčkám do ordinálních hodin praktického pediatra (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), uvedlo 75% (27), že po zavedení poplatků za pohotovost s vyšetřením dítěte raději vyčkají do ordinálních hodin svého pediatra. 25% (9) respondentů uvedlo, že platba regulačních poplatků pro ně důvodem k vyčkávání není.

Graf 12: Výše poplatku za hospitalizaci (60 Kč) (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), považuje 52% respondentů (19) výši finanční částky za adekvátní, pro 42% respondentů (15) je tato částka vysoká. Jako nízkou částku ji označilo 6% respondentů (2).

Respondenti, kteří označili částku za vysokou a nebo nízkou, byli vyzváni, aby uvedli, jakou částku by navrhovali.

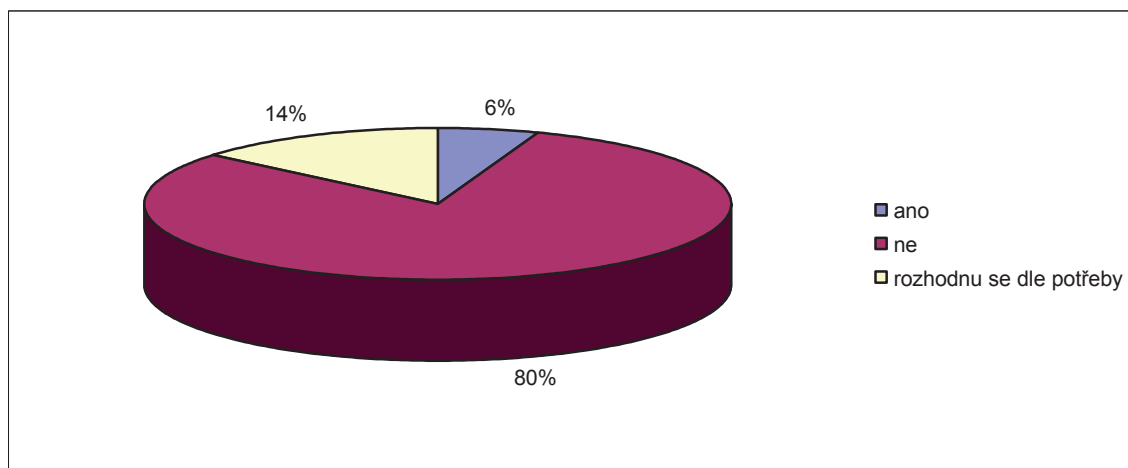
Tabulka 3: Výsledky navrhovaných finančních částek dle respondentů

Nejčtenější výskyt navrhované částky	30 Kč
Aritmetický průměr všech navrhovaných částek	31,50 Kč/den
Medián hodnot	20 Kč

Zdroj: vlastní výzkum

Z počtu 17 respondentů, kteří navrhovali jinou výši finanční částky poplatku za hospitalizaci, byla nejčteněji navrhována výše poplatku 30 Kč na den (6 respondentů). Aritmetický průměr navrhovaných částek činil 31,50 Kč. Medián navrhované výše Regulačního poplatku za hospitalizaci činil 20 Kč.

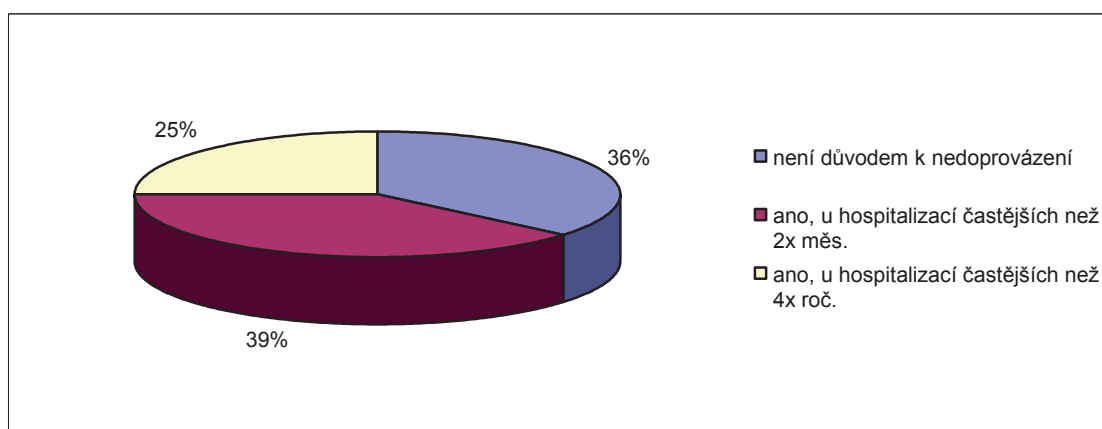
Graf 13: Ovlivnění rozhodování o doprovázení dítěte v průběhu jeho jednorázové hospitalizace (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), 80% (29) respondentů uvedlo, že je platba poplatků za hospitalizaci neovlivňuje v rozhodování, zda své dítě mohou doprovodit během jeho hospitalizace. 6% (2) respondenti uvedli, že platba poplatků může jejich rozhodování ovlivnit a 5 respondentů uvedlo, že neví a rozhodli by se podle potřeby až bezprostředně před hospitalizací svého dítěte.

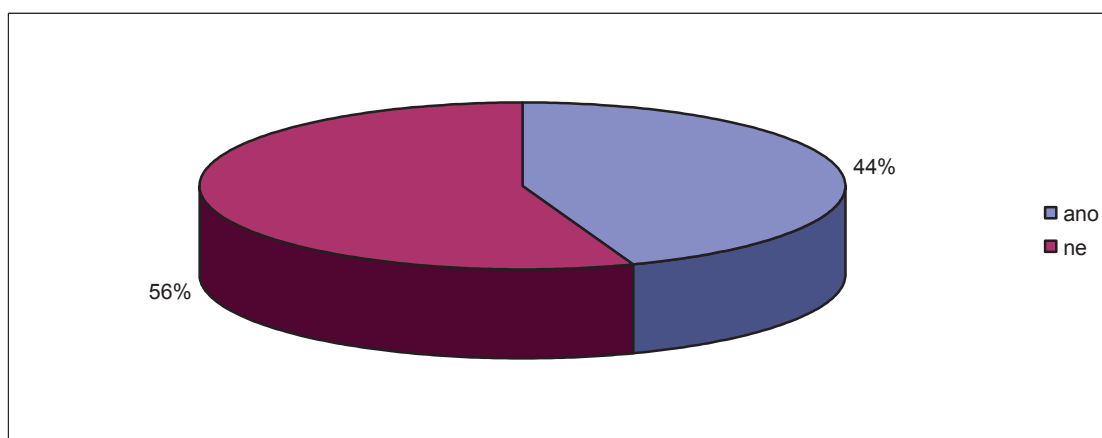
Graf 14: Poplatek jako důvod, proč respondent nedoprovází své dítě v průběhu jeho opakovaných hospitalizací (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), uvedlo 39% (14) respondentů, že v případě opakovaných hospitalizací svého dítěte (častějších než 2x do měsíce), je platba poplatku pro ně důvodem, proč bude/bylo/je dítě hospitalizováno samo. Pro 36% (13) respondentů není platba poplatků za hospitalizaci důvodem, proč by své dítě nedoprovodili. 25% (9) respondentů uvedlo, že platby poplatků za hospitalizaci se může být důvodem, proč své dítě nedoprovodí/nedoprovodili/nedoprovází, pokud je/bylo/bude dítě hospitalizováno častěji, než 4x do roka.

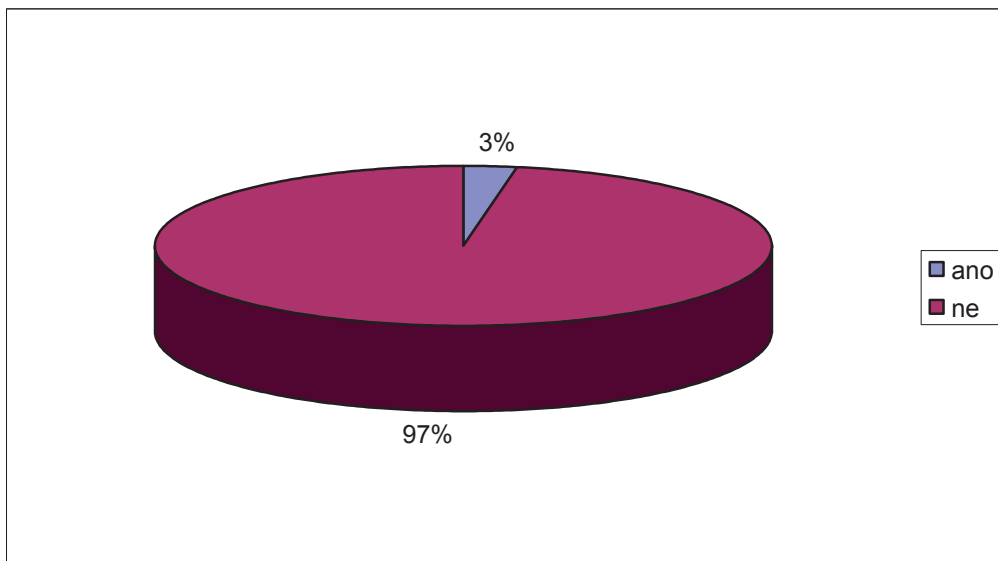
Graf 15: Poplatky jako důvod co nejkratší možné doby hospitalizace dítěte (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), 56% (20) respondentů uvedlo, že v souvislosti s platbou regulačních poplatků netrvají na co nejkratší možné hospitalizaci svého dítěte. Naopak 44% (16) respondentů uvedlo, že pokud by byla možnost doléčení v domácím prostředí a lékař by dítě pravidelně kontroloval a aplikoval mu ambulantně léky, trvali by na co nejkratší možné délce hospitalizace.

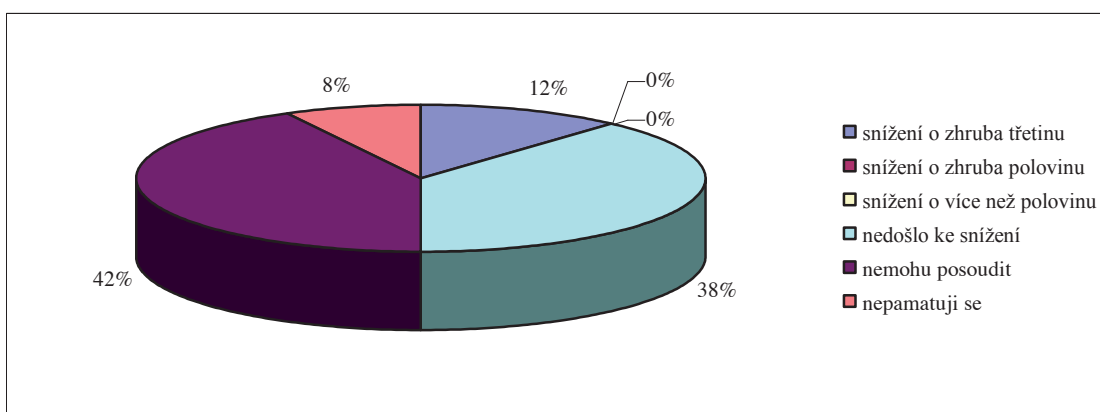
Graf 16: Poplatky jako příčina propuštění dítěte na negativní revers (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), uvedlo 97% (35) respondentů, že poplatky nejsou příčinou k podepsání negativního reversu a přerušení léčby dítěte. 3% (1) respondent uvedl, že touto příčinou být mohou.

Graf 17: Poplatky jako příčina snížení počtu hospitalizací dětí (v%)

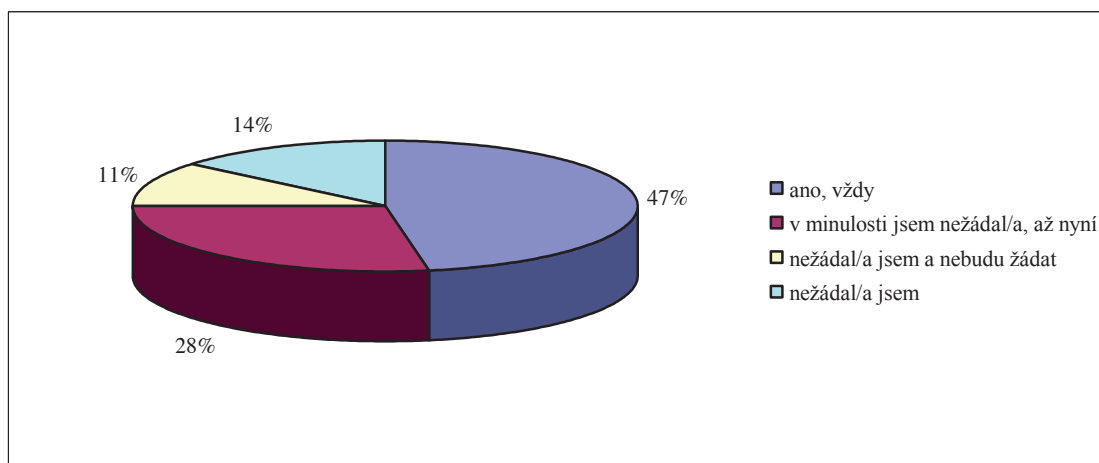


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), 42% (11) respondentů nemůže stav posoudit z důvodu tehdejší bezdětnosti. 38% (10) respondentů udalo, že v souvislosti se

zavedením poplatků za hospitalizaci nedošlo k podstatnému snížení počtů hospitalizací jejich dětí. 12 % (3) respondenti uvedli, že pokud srovná počty hospitalizací svých dětí s roky před zavedením regulačních poplatků, došlo u nich ke snížení počtu hospitalizací o zhruba třetinu. 8% (2) respondenti uvedli, že neví, nepamatují se, kolikrát bylo jejich dítě hospitalizováno. Pro 0 % (0) respondentů je zavedení regulačních poplatků příčinou, proč došlo k poklesu o zhruba polovinu jejich počtu hospitalizací a taktéž pro 0% (0) respondentů je zavedení regulačních poplatků příčinou, proč došlo k poklesu o více než polovinu jejich počtu hospitalizací.

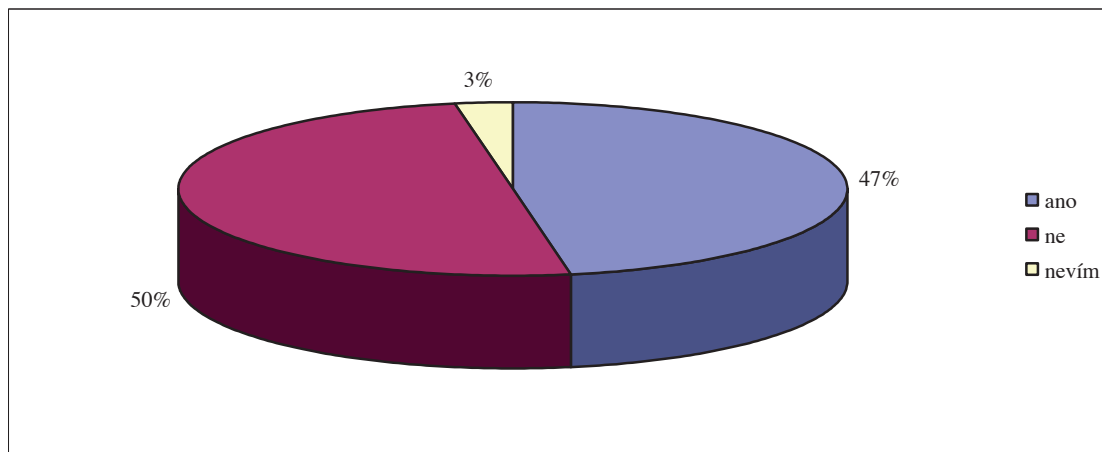
Graf 18: Využití možnosti navrácení uhrazeného regulačního poplatku od Krajského úřadu (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), 47% (17) respondentů uvedlo, že o vrácení poplatku si žádají vždy a zažádají si také nyní, 28% (10) respondentů uvedlo, že v minulosti nežádali, ale nyní si o vrácení zažádají, 14% (5) respondentů uvedlo, že o vrácení poplatku v minulosti nežádali a nebudou žádat ani nyní a 11% (4) respondenti uvedli, že nebudou žádat o vrácení poplatku.

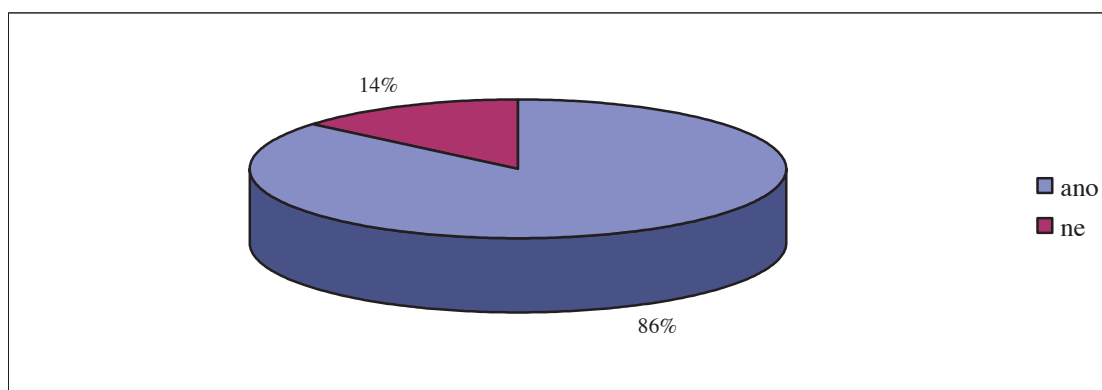
Graf 19: Vnímání zamýšlených efektů regulačních poplatků u ambulantních lékařů (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), 50% (18) respondentů uvedlo, že i kdyby poplatky nebyly zpětně hrazeny Krajským úřadem, nedomnívají se, že by zavedení regulačních poplatků u ambulantních lékařů mělo zamýšlený efekt. 47% (17) respondentů se domnívá opak a 3% (1) respondent uvedl, že neví.

Graf 20 Vnímání zneužívání pohotovostní služby (v%)

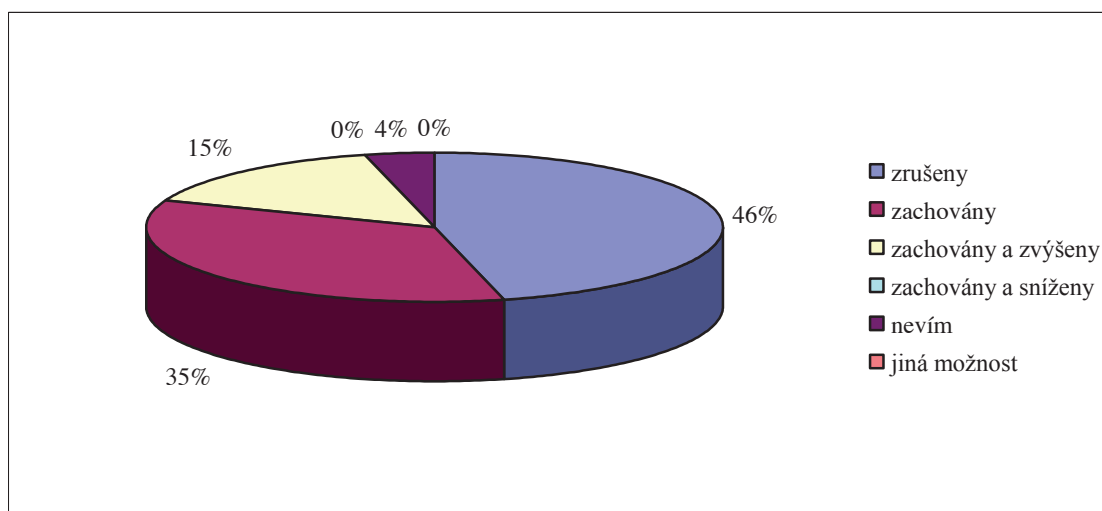


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), uvedlo 86% (31) respondentů, že pokud navštíví pacient lékaře v době jeho pohotovostní služby z jiného, než závažného

důvodu, jedná se o zneužití pohotovostní služby. 14% (5) respondentů se tak nedomnívá.

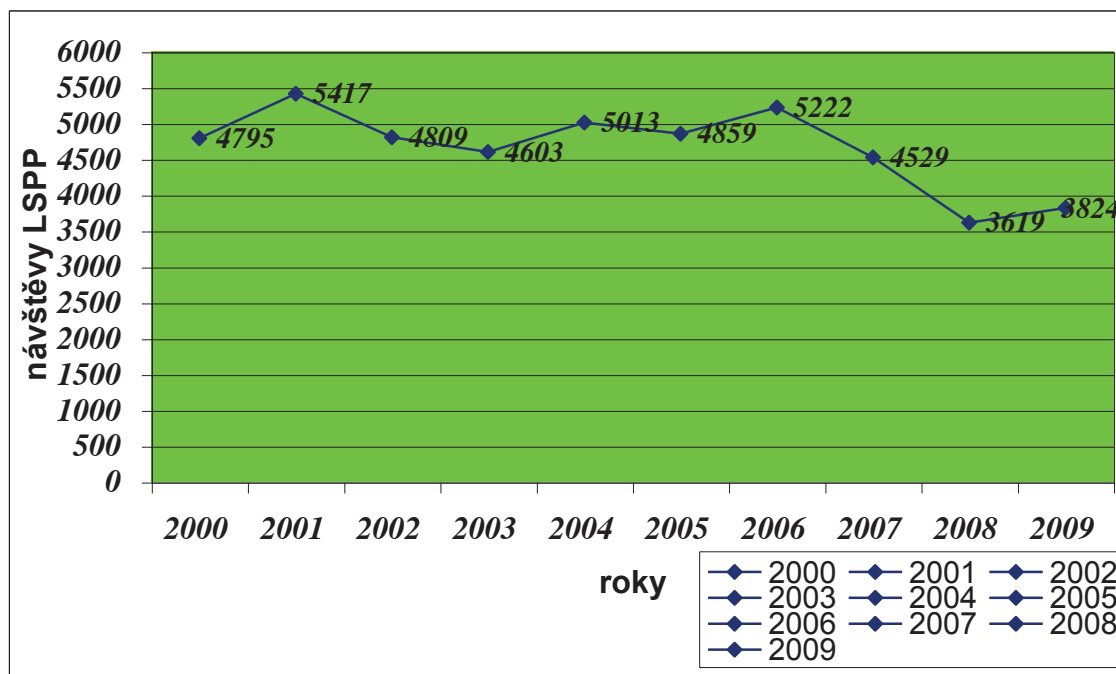
Graf 21: Budoucnost regulačních poplatků (v%)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 36 respondentů (100%), se 46% (12) respondentů domnívá, že poplatky ve zdravotnictví budou zrušeny. 35% (9) respondentů se domnívá, že budou zachovány, 15% (4) respondenti se domnívají, že poplatky budou zachovány a zvýšeny, 4% (1) respondent uvedl, že neví, 0% (0) respondentů se domnívá, že poplatky budou zachovány a sníženy, 0% (0) respondentů uvedlo jinou možnost.

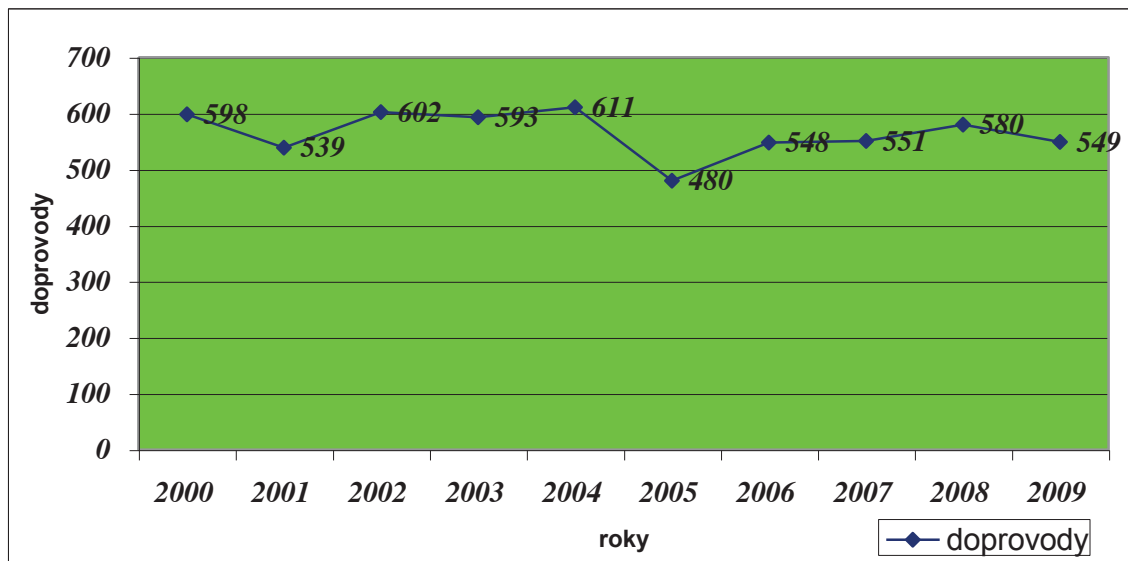
Graf 22: Počty návštěv na dětské Lékařské službě první pomoci v Klatovské nemocnici, a.s. v letech 2000 - 2009 (absolutní hodnoty)



Zdroj: (14, 15)

Vývojový graf z let 2000-2009 zachycuje počty ošetřených pacientů na dětské pohotovosti (LSP). Nejvyšší počet pacientů byl zaznamenán v roce 2001, kdy bylo ošetřeno 5417 pacientů. Nejnižší počet pacientů byl v roce 2008, kdy bylo ošetřeno 3619 pacientů. Celkem bylo v letech 2000-2009 ošetřeno 46 690 pacientů.

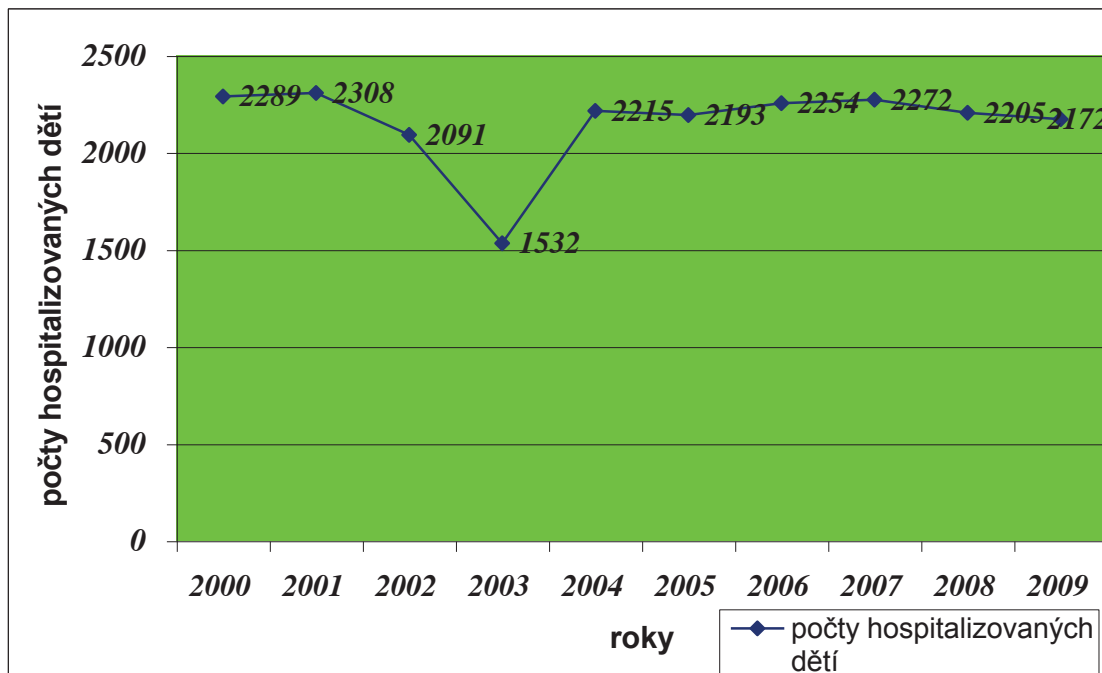
Graf 23: Počty doprovodů dětí v letech 2000-2009 (absolutní hodnoty)



Zdroj: (14 ,15)

Vývojový graf z let 2000-2009 zachycuje počty doprovodů dětí. Dle hodnot, které jsou v něm uvedeny, je patrné, že počty doprovázejících osob jsou velmi konstatní, nejvyšší počet doprovodů byl zaznamenán v roce 2004 (611) doprovodů, nejnižší v roce 2005 (480) . Pokud srovnáme roky 2006-2009, je patrné, že se čísla pohybují stále okolo počtu 550, v roce 2008 dokonce došlo k nárůstu na 580. Celkem bylo hospitalizováno spolu s dětmi v letech 2000-2009 5651 doprovodů.

Graf 24: Počty hospitalizovaných dětí v letech 2000 – 2009 (absolutní hodnoty)



Zdroj: (14,15)

Vývojový graf z let 2000-2009 zachycuje počty hospitalizovaných dětí na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s. K výraznému poklesu počtu hospitalizovaných dětí došlo v roce 2003, od roku 2004 se čísla hospitalizovaných dětí pohybují okolo 2200.

5. DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala účinky zavedení regulačních poplatků do zdravotnictví. Zkoumala jsem, jaký dopad měly poplatky ve zdravotnictví na rodiny s dětmi- ve svém výzkumu jsem zjišťovala, zda ovlivnilo zavedení regulačních poplatků možnosti rodičů doprovázet své dítě v průběhu jeho hospitalizace. Dále jsem chtěla zjistit, zda regulační poplatky přinesly v konkrétním zdravotnickém zařízení slibované účinky – a sice snížení zneužívání zdravotnické nemocniční péče.

Z úvodních indentifikačních otázek vyplynulo, že skupinu dotazovaných tvořily z naprosté většiny ženy (matky). Mužské pohlaví bylo zastoupeno jediným zástupcem (otcem). Respondenti byli zastoupeni ve všech věkových skupinách, přičemž největší skupinu tvořili rodiče ve věku 36-45 let (39%) a druhou nejpočetnější skupinou byli rodiče 26-35 let (36%). Tato data znázorňuje graf 2. Zhruba polovina respondentů v době výzkumu čerpala mateřskou nebo rodičovskou dovolenou. Nejvíce respondentů mělo jedno dítě, třetina dvě děti a ojediněle tři a více dětí.

Čeští pacienti jsou označováni za pacienty, kteří nadměrně a neúčelně nadužívají v hojně míře zdravotní péči, která je v momentě rozhodnutí o její spotřebě bezplatná (13). Zavedení regulačních poplatků mělo za úkol regulovat (omezit) přístup pacienta ke zdravotní péči, především omezit zneužívání této péče (16). Pod pojmem péče v nemocnici je chápána ústavní péče v nemocnici, jejím zvláštním druhem je také péče pohotovostní poskytovaná ústavní pohotovostní službou (41).

Zneužívání nemocniční péče jsem zkoumala z pohledu porovnávání dlouhodobých počtů návštěv na dětské pohotovosti a snížení počtu hospitalizací dětí, a dále také z pohledu rodičů- jak na nyní využívají těchto služeb. Prokázat snížení zneužívání nemocničních služeb z pohledu respondentů bylo úkolem nelehkým, jelikož respondenti z pochopitelných důvodů nemohou ani v anonymním dotazníku přiznat, že služby zneužívali nebo zneužívají. Proto jsem se snažila otázky koncipovat tak, aby tázaní neměli pocit, že je dotazník nevhodně napadá. Rodiče byli v dotazníkovém šetření postupně vyzváni, aby projevili svůj názor na zvedení regulačních poplatků do českého systému zdravotnictví a vyjádřili se, k jakým změnám došlo po jejich zavedení

v jejich osobním využívání zdravotnických služeb. Ač z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo (viz. graf 6), že 61% respondentů se zavedením regulačních poplatků do zdravotnictví nesouhlasí, na využití zdravotnických služeb jejich platba téměř neměla s výjimkou využití pohotovostní služby vliv.

Návštěva dětské pohotovosti je zpoplatněna 90 Kč, které je zákonný zástupce povinen uhradit, pokud následně nedojde k hospitalizaci (přijetí) dětského pacienta (16). Na dětskou pohotovost rodiče v minulosti často přicházeli s dětmi v době pohotovostních hodin záměrně. Často jen z důvodu jejich časové úspory- nemuseli čekat v čekárně u praktických lékařů v ordinálních hodinách v pracovním týdnu, nebo z důvodů vyžadování kontrolního lékařského vyšetření v případech, které nebyly z hlediska zdravotníků považovány za závažné. To, že využívají lékařské služby, která je určena k řešení skutečně dramatických změn ve zdravotním stavu, které nesnesou odkladu, mnohdy nevnímali (29).

Jak ukázaly výsledky mého výzkum, rodiče nyní nahlíží na využití pohotovostní služby jinak- plných 86% vnímá návštěvu pohotovosti z výše zmíněných důvodů jako zneužití. Jak znázorňuje graf 9, velká míra respondentů také uvedla, že po zavedení poplatku za pohotovost došlo v jejich rodině ke snížení počtu návštěv dětské pohotovosti (41% o zhruba třetinu, 22% o zhruba polovinu). Více než polovina těch respondentů, kteří nyní využívají službu dětské pohotovosti méně (58%), navíc uvedlo, že službu využívají s větší rozvahou a v případě pochybností nutnost návštěvy telefonicky ověří (viz graf 10). Zajímavým výsledkem šetření bylo i jištění, že z důvodu platby regulačního poplatku 75% rodičů nyní raději vyčká s vyšetřením na ordinární dobu svého pediatra (viz. graf 11).

Pokles využívání/zneužívání pohotovostní služby po zavedení regulačních poplatků byl jedním z hlavních sledovaných údajů, které v roce 2009 vyhodnotilo Ministerstvo zdravotnictví. Skutečný pokles využití těchto služeb byl vyčíslen až o 36%, což odpovídá zhruba 400 000 návštěv (17).

Razantní změny ve využití (zneužití) pohotovostních služeb, potvrzuje i celkový počet pokles uskutečněných návštěv na dětské pohotovosti Dětského oddělení Klatovské nemocnice, a.s., které znázorňuje graf 22. Počty návštěv dětské pohotovosti

se v období let 2000- 2007 pohybovaly v rozmezí 4 500- 5 400 ošetření ročně. Počet ošetřených dětí v roce 2007 dosáhl 4529 dětí, v roce 2008 však došlo k významnému poklesu na 3619 (o 910 – 20% případů méně), a tento klesající trend pokračoval i v roce 2009, kdy bylo ošetřeno 3824 dětí (o 705 - 16% méně). Pokles využití dětské pohotovosti lze dále srovnat také s aktuálními informacemi z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, které uvádí pokles ošetření na dětských pohotovostech o 25% (srovnání let 2007- 2008) (29). Pokud tedy shrneme výše uvedená fakta, zavedení regulačních poplatků v oblasti pohotovostní služby přineslo na dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s. požadovaný efekt. Počty ošetření byly sníženy a služba je méně zneužívána a rodiče více zvažují, zda pomoc lékaře vyhledají.

Dalším zkoumaným efektem byl účinek zavedení poplatků za hospitalizaci. Zavedení těchto poplatků se však ve výsledcích mého výzkumu neukázalo jako příčina snížení počtu objemu hospitalizovaných dětí.. Jak uvedlo pouhých 12% respondentů mého výzkumu, došlo u jejich dětí v souvislosti se zavedením poplatků ke snížení počtu hospitalizací. 42% respondentů uvádí, že se počet hospitalizací jejich dětí nezměnil (viz graf 17). Toto potvrzují také údaje MZČR, které uvádí úsporu ošetřovacích dnů 205 000 (17). Celkový počet ošetřovacích dnů v roce 2008 se sice snížil o 4, 4% oproti roku 2007. K poklesu tedy došlo, ovšem je nutné vzít v potaz, že již od roku 2005, kdy se poplatky nehradily, trvale dochází ke snižování počtu ošetřovacích dnů o 2-3% ročně. Vliv dopadů regulačních poplatků – poplatků za hospitalizaci - je tedy hodnocen v nemocnicích za mírný (29).

Také podle údajů z nemocničních dokumentů vyplývá, že počet hospitalizací dětí je v posledních letech (2000- 2009) s výjimkou roku 2003 téměř konstantní. Pohybuje se stále okolo počtu 2200 hospitalizovaných dětí ročně. V roce 2007, rok před zavedením poplatků bylo hospitalizováno 2272 dětí, v roce 2008 2205 dětí a v roce 2009 2172 dětí (viz graf 24). Nedošlo tedy k téměř žádné změně. Musím tedy konstatovat, že hypotéza 1: **V souvislosti se zavedením regulačních poplatků klesl počet hospitalizovaných dětí**, se na základě vyhodnocení odpovědí respondentů a provedené sekundární analýzy nemocničních dokumentů nepotvrdila. K poklesu hospitalizací nedošlo, ač byl tento účinek předpokládán.

Jak poplatky změnilly možnosti rodičů být svému dítěti nablízku v době, která je pro něj zcela specificky náročná a stresující, v době jeho hospitalizace a nemoci, jsem zkoumala dále. Dítě i rodič mají nárok na společnou hospitalizaci, pokud je při přijetí dítěte do zdravotnického zařízení vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nutná celodenní přítomnost průvodce. Pobyt průvodce dítěte mladšího šesti let se považuje za ústavní ošetřování a průvodce je podle indikace a možností umístěn s dítětem na lůžkové oddělení nebo na oddělení dochází z ubytovacího prostoru, pobyt průvodce s dítětem starším šesti let je možný pouze se souhlasem revizního lékaře. Pobyt průvodce hraří zdravotní pojišťovna, u které je pojištěno doprovázené dítě (41).

Jak za hospitalizaci dítěte v nemocnici, tak za svůj pobyt s ním, je rodič – průvodce- povinen hradit poplatek za den hospitalizace v nemocnici (16). Pokud rodič (nejčastěji matka) v době hospitalizace čerpá mateřskou nebo rodičovskou dovolenou, může mít omezené finanční příjmy. Pokud je však rodič zaměstnán a řeší problém s uvolněním ze zaměstnání například formou ošetřování člena rodiny, může to vést také k finanční újmě, kterou rodina ve svém rozpočtu pocítí. Tyto úvahy mne dovedly k domněnce, že pro některé rodiče může být limitující jednak uhradit výslednou sumu poplatků a že z tohoto důvodu si své dítě v době jeho hospitalizace nemohou dovolit doprovázet. Proto jsem svou hypotézu 2 formulovala jako: **Zavedení regulačních poplatků negativně ovlivnilo možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace.**

Důležité bylo rozlišit, jak se rodiče dětí dívají na ojedinělou hospitalizaci svého dítěte, která je nejčastější, ale i případy, kdy je dítě nemocné chronicky, a tím pádem je nutnost jeho ošetřování v nemocnici častější. Ve výzkumu jsem nejprve zaměřila na otázku jednorázových hospitalizací.

Z odpovědí respondentů vyplynulo potěšující zjištění. 80% rodičů uvedlo, že platba poplatků za hospitalizaci neovlivňuje jejich rozhodování o tom, zda své dítě doprovodí během jeho jednorázové hospitalizace (viz graf 13). I když 42% respondentů hodnotí výši poplatku za hospitalizaci jako vysokou finanční částku (viz graf 12), a navrhovali by částku nižší (nebo zrušení poplatků), přesto své dítě doprovázejí. Odpovědi respondentů potvrzují také stabilní počty doprovázejících rodičů, které v roce

2008 dokonce mírně vzrostly a v roce 2009 byly na podobných hodnotách jako v letech 2006 a 2007 –zhruba 580. Počty doprovázejících rodičů se v letech 2000- 2004 pohybovaly okolo zhruba 600 (viz graf 23).

V případech opakovaných hospitalizací již respondenti vyjadřovali svůj názor o doprovázení dítěte jinak. Pokud by dítě bylo hospitalizováno opakovaně, 36% rodičů by své dítě doprovázelo i nadále. 39% rodičů by nedoprovázelo své dítě, pokud by k hospitalizaci došlo častěji, než 2x do měsíce. 25% rodičů by jej nedoprovázelo pokud, by hospitalizace byla nutná častěji než 4x ročně (viz graf 14).

Pokud vezme v potaz, že v roce 2009 byla průměrná doba pobytu pacienta na lůžku 7,4 dne (37), je zcela pochopitelné, že by mohlo být pro rodiče finančně zatěžující, pokud by měli v případě hospitalizovanosti svého dítěte 2x měsíčně a častěji (od cca 15 dní výše) hradit poplatky za hospitalizaci 15x 120 Kč, zhruba 1800 Kč měsíčně celkem. Poplatek za hospitalizaci doprovodu se nepočítá do ochranného limitu dítěte ani jeho doprovodu, je tedy hrazen po ukončení každé hospitalizace nezávisle na jejich počtu. Pokud hodnotíme situaci, kdy by k hospitalizaci dítěte došlo častěji, než 4x ročně, a vezmeme opět v potaz průměrnou dobu pobytu pacienta na lůžku 7,4 dne, jedná se celkem o zhruba 30 dní a celková suma za poplatky je vyčíslena na 3 600 Kč.

Zavedení poplatků zasáhlo také do uvažování respondentů o délce hospitalizace jejich dítěte. 56% respondentů sice uvedlo, že ve spojitosti s platbou poplatků netrvají na co nejkratší možné době hospitalizace svého dítěte, ovšem 44% respondentů uvedlo, že ano a pokud by měli možnost doléčení v domácím prostředí pod ambulantním dohledem pediatra nebo ošetřujícího lékaře na oddělení, využili by této možnosti (viz graf 15). Poplatky nejsou příčinou propuštění dětí na negativní revers, pouze 1 respondent uvedl, že by touto příčinou být mohly (viz graf 16).

Z výše uvedených faktů je nutno konstatovat, že došlo také k vyvrácení hypotézy 2. Otázkou zůstává, jaké výsledky bychom měli k dispozici, pokud by Krajský úřad neposkytoval v Klatovské nemocnici možnost navrácení Regulačního poplatku, protože plných 47% respondentů žádá vrácení poplatku vždy, 28% respondentů bude vrácení poplatku žádat nyní a pouhých 25% respondentů poplatek nebude chtít vrátit (viz graf 18).

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou dopadů zavedení Regulačních poplatků. Cílem bylo Zjištění účinků zavedení Regulačních poplatků na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s. Dílčí cíle byly zaměřeny na zjišťování, zda Regulační poplatky ovlivňují možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu jejich hospitalizace a jakým způsobem ovlivňují regulační poplatky zneužívání nemocniční péče. Cíle mé práce byly podle mého názoru splněny. V následujících řádcích se pokusím se shrnout, jaké jsou účinky zavedení Regulačních poplatků na Dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s.

Účinky je možno hodnotit z hlediska poklesu nadužívání Lékařské služby první pomoci jako kladné. Rodiče si nyní více rozmyšlejí, zda službu skutečně potřebují, zda je zdravotní stav dítěte skutečně tak vážný, že jej nezvládnou dostupnými prostředky léčit sami doma. Více a častěji telefonicky s lékaři konzultují, jak v daném případě postupovat. V každodenní praxi skutečně citelně ubylo rodičů, kteří přicházeli se svými dětmi s banálními zdravotními problémy nebo s problémy, které se rozhodli řešit až v době pohotovosti. Pokles využívání dětské pohotovosti byl vyčíslen faktickým poklesem počtu návštěv pohotovosti a potvrzen odpověďmi respondentů.

Co se týče počtů hospitalizací pacientů na Dětském oddělení, zde poplatky za hospitalizaci neměly účinky skoro žádné. Také tento výsledek hodnotím pozitivně. Jelikož o hospitalizaci dítěte rozhoduje lékař na základě svého odborného úsudku, nemělo by logicky docházet k nadužívání/zneužívání možnosti hospitalizace dítěte, které zdravotní péči nevyžaduje. Pokud by však došlo k výraznému úbytku počtu hospitalizovaných dětí, znamenalo by to, že nejsou léčeny děti, které léčbu mohou potřebovat, ale rodiče nechtějí vynaložit finanční prostředky, které jsou s hospitalizací spojené.

Forma výzkumného přístupu, který jsem pro zjišťování informací zvolila, byla kvantitativní. Vzhledem ke zvolené formě výzkumu, bylo nutné stanovit v úvodu výzkumu pracovní hypotézu, kterou budu testovat. Hypotézy jsem vyslovila dvě a formulovala následovně:

Hypotéza 1 zněla: V souvislosti se zavedením Regulačních poplatků klesl počet hospitalizovaných pacientů na dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s.

Hypotéza 2 zněla: Zavedení Regulačních poplatků negativně ovlivnilo možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace.

Při získávání potřebných dat jsem použila 2 základní techniky sběru dat. Byla jimi technika dotazníku a analýza dokumentů. Výběrový soubor tvořili rodiče doprovázející děti k vyšetření na ambulancích, a rodiče doprovázející hospitalizované děti. Výběr respondentů probíhal pravděpodobnostním výběrem, způsobem stratifikovaného náhodného výběru (rozložením určitých počtů dotazníků na jednotlivých stanicích oddělení a ambulancích). Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, celková návratnost byla 37 dotazníků, vyhodnocováno mohlo být 36 dotazníků. Výzkumný vzorek tvořilo 36 respondentů. Jako pomocná metoda byla zvolena analýza dokumentů- sekundární analýza dat, díky které jsem mohla výsledky dotazníkového šetření srovnat s údaji v nemocničních dokumentacích.

Domnívám se, že výsledky mého výzkumu vyvrátily obě pracovní hypotézy. Hypotéza 1 (V souvislosti se zavedením Regulačních poplatků klesl počet hospitalizovaných pacientů na dětském oddělení Klatovské nemocnice, a.s.) byla vyvrácena srovnáním výsledků faktických počtů hospitalizací v letech po zavedení poplatků (2008 a 2009) s roky 2000-2007 (před zavedením). S údaji se shodují také odpovědi respondentů, kteří uvedli souvislost se zavedením regulačních poplatků a snížení počtu hospitalizací jejich dětí pouze ve 12%.

Hypotéza 2 (Zavedení Regulačních poplatků negativně ovlivnilo možnost rodičů doprovázet své děti v průběhu hospitalizace) se rovněž nepotvrdila. Respondenti ve velké míře přímo uvedli, že platby poplatků za hospitalizaci nerozhodují o tom, zda budou své dítě při jeho hospitalizaci doprovázet a pokud možnost nedoprovázení zvažovali, bylo by to v případech velmi častých hospitalizací (2x měsíčně a častěji anebo 4x ročně a častěji). Je důležité si uvědomit, že většina dětí, které jsou na Dětském oddělení hospitalizovány, jsou přijímány ojedinele a rodiče je doprovází. Počty doprovodů dokonce v posledních letech vzrůstají. Nepotvrzení této hypotézy je podle

mého názoru velmi potěšující zpráva, která potvrzuje zájem rodičů o pohodu jejich dítěte.

Domnívám se, že velmi zajímavé by mohlo být další zkoumání, zda je pacient ve svém výběru zdravotnického zařízení ovlivněn faktem, že v tomto zařízení může požádat o zpětnou úhradu poplatků (zařízení provozovaná krajem). Dalším zajímavým tématem by mohlo být vyčíslení počtů žádostí, které si občané kraje podávají, pokud chtějí poplatky zpětně uhradit. V neposlední řadě se domnívám, že pokud zůstanou zdravotnické poplatky zachovány, dojde jistě ještě k celé řadě změn, které budou stát znovu za shrnutí a nové zpracování v jiné bakalářské nebo diplomové práci.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Dětské oddělení Klatovské nemocnice, a.s.

Regulační poplatky

Zdraví

Zdravotnictví

Zdravotnický systém

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BICKOVÁ, D. *Nezbytné minimum o regulačních poplatcích. Zdravotnické noviny*, 2007, ročník 56, č. 48, 35 s. ISSN 0044-1996.
2. ČERNÝ, M. SCHELLE, K. *Zdravotnictví v mezinárodních dokumentech*. 1. vyd. Praha: Eurolex, 2004, 228 s. ISBN 80-86432- 81-5.
3. ČERMÁK, M. *8:7 na penalty. Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57., číslo 22, s. 17. ISSN 0044-1996.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd, Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
5. DRBAL, C. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. 65s. ISBN 80-86729-39-7.
6. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 95 s. ISBN 80-7262-340-0.
7. DURDISOVÁ, J. – LANGHAMEROVÁ J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2001. 126 s. ISBN 80-245-0217-8.
8. DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2005. 228 s. ISBN 80-245 0998-9.
9. *Evropská sociální charta, v platném znění*.
10. GLADKIJ, I. – STRNAD L. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

11. JANKŮ, M. *V USA vrcholí boj o reformu. Zdravotnické noviny*. 2009, ročník 58, 4. 47, s. 6. ISSN 0044-1996.
12. JAREŠOVÁ, D. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 110 s. ISBN 978- 80-7368-338-2.
13. JULÍNEK, T. – HROBOŇ, P. – MACHÁČEK, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. 1.vyd. Praha: Reforma zdravotnictví- forum.cz, 2005. 93 s.
14. KLATOVSKÁ NEMOCNICE, A.S. - DĚTSKÉ ODDĚLENÍ. *Akord, program kvality péče - Údaje o počtech ošetřených pacientů na LSPP, Údaje o počtech doprovodů, Údaje o počtech hospitalizovaných dětí v letech 2009 - 2005*. Klatovy: Klatovská nemocnice, 2010.
15. KLATOVSKÁ NEMOCNICE, A.S. - DĚTSKÉ ODDĚLENÍ. *Stavy pacientů – Údaje o počtech ošetřených pacientů na LSPP, Údaje o počtech doprovodů, Údaje o počtech hospitalizovaných dětí v letech 2004 - 2000*. Klatovy: Klatovská nemocnice, 2010.
16. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti*. [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. [cit 2010-06-29]. Dostupné z <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>
17. MZČR. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008*. 1. vyd. Praha: Polygos, 2007. 27 s.

18. MZČR. *Tisková zpráva- Regulační poplatky v roce 2008*. [online]. 3. 11. 2009 [cit. 2010-06-29] Dostupné z: < http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych_1259_868_1.html >
19. MZČR. *Regulační poplatky - metodický pokyn*. [online]. 19. 3. 2009 [cit 2009-01-12] Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>>
20. MZČR. *Změny v regulačních poplatcích*. [online]. 31.7.2008 [cit 12-01-2009] Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/595-zmeny-v-regulacnich-poplatcich.html>>
21. PAVLÍKOVÁ, O. *MZ: „ÚS dal kredit k postupu reformy“*. *Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57, číslo 22, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
22. PAVLÍKOVÁ, O. *Ústavní soud vyslechl svědky. Zatím nerozhodl*. *Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57., číslo 16, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
23. PAVLÍKOVÁ, O. *Od srpna platí výjimky ve vybírání poplatků*. *Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57, číslo 31-32, s.1-2. ISSN 0044-1996.
24. PAVLÍKOVÁ, O. *Co se stalo v českém zdravotnictví v roce 2008*. *Zdravotnické noviny*, 2009, ročník 58, číslo 1-2, 35 s. ISSN 0044-1996.
25. PAVLÍKOVÁ, O. *Co se stalo v českém zdravotnictví v roce 2009*. *Zdravotnické noviny*, 2010, ročník 59, číslo 1-2, 35 s. ISSN 0044-1996.
26. PAVLÍKOVÁ, O. *Stále více lidí chce po krajích vrátet poplatky*. *Zdravotnické noviny*, 2009, ročník 58, číslo 46, s. 3. ISSN 0044-1996.

27. PAVLÍKOVÁ, O. *Sněmovna od středy jednala o poplatcích. Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57., číslo 51-52, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
28. POPOVIČ, I. *Aktuální informace č. 41 - Celkové výdaje na zdravotnictví*. [online]. Praha: ÚZIS ČR. 12. 8. 2009 [cit.2010-06-29] Dostupné z <www.uzis.cz/download_file.php?file=3563>
29. POPOVIČ, I. *Aktuální informace č. 63 – Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005- 2008*. [online]. Praha: ÚZIS ČR. 20. 11. 2009 [cit. 2010-06-29] Dostupné z <www.uzis.cz/download_file.php?file=3621>
30. SVOBODOVÁ, M. *Bez poplatků jsou od ledna jen středočeští. Zdravotnické noviny*, 2009, ročník 58., číslo 1-2, s. 3. ISSN 0044-1996.
31. ŠIMEK, B. *Máme špatnou ústavu?*. *Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57., číslo 29-30, s. 18. ISSN 0044-1996.
32. ŠIMEK, B. *Je možná skutečná reforma zdravotnictví?*. *Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57., číslo 19, s. 18-19. ISSN 0044-1996.
33. ŠKAPÍK, M. *Zdravotnická reforma pohledem seniora. Zdravotnické noviny*, 2008., ročník 57, č. 50, s. 22-23. ISSN 0044-19962.
34. *Úmluva o právech dítěte, v platném znění.*
35. *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, v platném znění.*
36. *Ústavní zákon č. 3/ 1993 Sb.- Listina základních práv a svobod, v platném znění.*

37. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnictví České republiky 2008 ve statistických údajích*. [online]. Praha: ÚZIS ČR. srpen 2009. [cit.2010-06-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Zdravotnictví ČR®ion=100&kind=2&mnu_id=5300>
38. VURM, V. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 978- 80-7387-130-7.
39. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997.
40. *Zákon č. 20/ 1966 Sb. - o péči o zdraví lidu, v platném znění.*
41. *Zákon č. 48/1997 Sb. - o veřejném zdravotním pojištění a o změně doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.*
42. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Sociální lékařství*. 2. vyd. Karolinum, 2002. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.
43. ZEMEK, R. *Česká diskuse o poplatcích očima německého praktika. Zdravotnické noviny*, 2008, ročník 57, č. 18, s. 22-23. ISSN 0044-1996.
44. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Informationen zur Gesetzlichen Krankenversicherung , zum Ordnungsbegriff: Gesetzliche Krankenversicherung*. [online]. 5.8. 2008 [cit 2010-06-29] Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168258/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar-Gesetzliche-Krankenversicherung/Informationen-zur-Gesetzlichen-Krankenversicherung.html>

45. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Gesetzliche Krankenversicherung*. [online]. 23. 12. 2009[cit 2010-06-29] Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168258/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossarbegriff-Gesetzliche-Krankenversicherung.html>

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1- dotazník k Bakalářské práci

Kateřina Goldschmidov, dotazník k bakalřsk práci

Vžen() paní(e),

do rukou se Vám dostává dotazník, který je určen pro výzkum k bakalřsk práci na téma „Regulační poplatky na detskm odd. Klatovsk nemocnice a.s.“. Dotazník bude vhradn použit pouze k této bakalřsk práci. Autorkou práce je Kateřina Goldschmidov, DiS, studentka 3. ročníku bakalářského studia Jihoesk University v eskch Budějovicích.

Ráda bych Vás tmto pořádala o vyplnn anonymního dotazníku a jeho odevzdání do oznaench boxů umstench blízko sesternm. Dotazník je anonymn, prosím o jeho vyplnn a dekuji za Vaří ochotu ke spoluprací.

Kontakt: redka@atlas.cz

- 1) **Jak je vaří pohlaví?**
 - a) muř
 - b) řena

- 2) **Do jaké vkov skupiny patříte?**
 - a) do 25 let
 - b) 26 – 35 let
 - c) 36 – 45 let
 - d) 46 a více let

- 3) **Jak je Vaří nejvř dosařen vzdělání?**
 - a) základní
 - b) vyučen/a
 - c) středn s maturitou
 - d) vysokořkolsk

- 4) **erpte mateřskou nebo rodičovskou dovolenou?**
 - a) ano
 - b) ne

- 5) **Kolik máte dt?**
 - a) jedno
 - b) dvě
 - c) tří a více

- 6) **Se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví:**
 - a) souhlasíte
 - b) nesouhlasíte

- 7) **Proč byly regulační poplatky podle Vašeho názoru zavedeny?**
- a) k omezení plýtvání zdravotnických služeb pacienty
 - b) k omezení nadužívání / zneužívání zdravotnických služeb pacienty
 - c) k omezení plýtvání zdravotnických služeb pacienty a k omezení nadužívání / zneužívání zdravotnických služeb pacienty
 - d) jiná možnost, uveďte svůj názor.....
- 8) **Domníváte se, že v souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo z Vaší strany k podstatnému snížení návštěv u pediatrů? Pokuste se porovnat současné počty ošetření dítěte / dětí pediatrem s rokem nebo s roky před zavedením poplatků (např. 2007, 2006...).**
- a) ano, došlo ke snížení o zhruba 1/3 počtu ošetření
 - b) ano, došlo ke snížení o zhruba 1/2 počtu ošetření
 - c) ano, došlo ke snížení o více než 1/2 počtu ošetření
 - d) ne, nedošlo ke snížení počtu ošetření
 - e) nemohu posoudit, v době před zavedením poplatků jsem byl/a bezdětný/á
 - f) nevím, nepamatuji se
- 9) **Domníváte se, že v souvislosti se zavedením regulačních poplatků klesl počet Vašich návštěv na dětské pohotovosti?**
- a) ano, došlo ke snížení ke zhruba 1/3 počtu návštěv
 - b) ano, došlo ke snížení ke zhruba 1/2 počtu návštěv
 - c) ano, došlo ke snížení o více, než 1/2 počtu návštěv
 - d) ne, nedošlo ke snížení počtu návštěv
 - e) službu jste dosud nevyužívali, u Vašeho dítěte nenastala žádná závažná zdravotní komplikace, která by návštěvu pohotovosti vyžadovala
 - f) počet Vašich návštěv poklesl z důvodu zlepšení celkového zdravotního stavu Vašeho dítěte
- 10) **Na následující otázku č. 10 odpovídejte, pouze pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně (ANO). Domníváte se, že po zavedení regulačních poplatků využíváte službu dětské pohotovosti:**
- a) nadále kdykoli, když se domníváte, že je to nutné (i bez předchozí telefonické konzultace s lékařem)
 - b) s větší rozvahou, nutnost návštěvy v případě pochybností nejprve ověříte telefonicky s lékařem

- 11) **Stala se pro Vás platba poplatků za pohotovost důvodem, proč s vyšetřením Vašeho dítěte raději vyčkáte do doby, kdy má Váš praktický dětský lékař své ordinační hodiny?**
- a) ne
- b) ano
- 12) **Poplatek 60 Kč za den hospitalizace v nemocnici považujete za:**
- a) vysokou finanční částku a navrhuje poplatek ve výši:
- b) adekvátní finanční částku
- c) nízkou finanční částku a navrhuje poplatek ve výši:
- 13) **Domníváte se, že platba poplatků za hospitalizaci ovlivnila/ovlivní Vaše rozhodování, zda své dítě můžete doprovázet v průběhu jeho jednorázové hospitalizace?**
- a) ano, své dítě během pobytu v nemocnici nedoprovázíte
- b) ne, dítě doprovázíte i přes platbu poplatků
- c) nevím, rozhodnu se až podle potřeby bezprostředně před hospitalizací
- 14) **Je platba regulačních poplatků za hospitalizaci pro Vás důvodem, proč své dítě v průběhu jeho opakovaných hospitalizací nedoprovázíte/nedoprovázeli jste/nebudete doprovázet?**
- a) ano, pokud dítě je/ bylo/ bude v některém **měsíci** hospitalizováno opakovaně za sebou (2x a více), nebudete jej z důvodu finanční náročnosti doprovázet
- b) ano, pokud dítě je/ bylo/ bude v některém **roce** hospitalizováno opakovaně za sebou (4x a více), nebudete jej z důvodu finanční náročnosti doprovázet
- c) ne, není, dítě doprovázíte a budete doprovázet i při jeho dalších hospitalizacích
- 15) **Domníváte se, že v souvislosti s platbou regulačních poplatků trváte na co možná nejkratší možné době hospitalizace Vašeho dítěte? (Například u možnosti doléčení v domácím prostředí a pravidelnými kontrolami u lékaře na oddělení, popř. aplikací potřebných léků u ambulantního lékaře?)**
- a) ano
- b) ne
- 16) **Domníváte se, že platba regulačních poplatků za hospitalizaci může být pro Vás důvodem k ukončení léčby Vašeho dítěte na Vaši žádost (tzv. propuštění na negativní revers?)**
- a) ano, platba regulačních poplatků může být důvodem k ukončení nemocniční léčby Vašeho dítěte z tohoto důvodu
- b) ne, z tohoto důvodu léčbu dítěte nepřerušíte

- 17) **Domníváte se, že v souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo z k podstatnému snížení hospitalizací Vašeho dítěte/ Vašich dětí? Porovnejte současné počty hospitalizací dítěte / dětí s rokem nebo s roky před zavedením poplatků (např. 2007, 2006...).**
- a) ano, došlo ke snížení o zhruba 1/3 počtu hospitalizací
- b) ano, došlo ke snížení o zhruba 1/2 počtu hospitalizací
- c) ano, došlo ke snížení o více než 1/2 počtu hospitalizací
- d) ne, nedošlo ke snížení počtu hospitalizací
- e) nemohu posoudit, v době před zavedením poplatků jsem byl/a bezdětný/á
- f) nevím, nepamatuji se
- 18) **Využili jste/využijete možnosti navrácení uhrazeného regulačního poplatku od Krajského úřadu?**
- a) ano, poplatek si nechávám vrátit vždy a budu jeho navrácení žádat také nyní
- b) o vrácení poplatku jsem v minulosti nežádal/a, ale nyní si jej vrátit nechám
- c) nebudu žádat o vrácení poplatku, ani minulosti jsem o jeho vrácení nežádal/a
- d) nebudu žádat o vrácení poplatku
- 19) **Domníváte se, že zavedení regulačních poplatků u ambulantních lékařů má zamýšlené efekty? (Pokud by nebyly zpětně uhrazeny Krajským úřadem).**
- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- 20) **Domníváte se, že se jedná o zneužití pohotovostní služby, pokud pacient záměrně navštíví lékaře v době jeho pohotovostní služby z jiných, než závažných zdravotních důvodů? Např. z důvodu časové úspory v čekárně, možnosti okamžitého ošetření a řešení zdravotních důvodů, atd.?**
- a) ano
- b) ne
- 21) **Jaká bude dle Vašeho mínění budoucnost regulačních poplatků v časovém horizontu cca 3 let?**
- a) dojde ke zrušení regulačních poplatků
- b) regulační poplatky budou zachovány
- c) regulační poplatky budou zachovány a dojde k jejich zvýšení
- d) regulační poplatky budou zachovány, ale dojde k jejich snížení
- e) nevím, nedovedu si budoucnost poplatků představit
- f) jiná možnost (uveďte svůj názor).....