

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ SE ZAMĚŘENÍM NA
REGULAČNÍ POPLATKY**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
JUDr. Božena Kučerová, Ph.D.

Autor:
Bc. Veronika Pekárková

2009

Abstrakt

Cílem mé práce bylo zmapovat názor občanů a odborné veřejnosti na zavedení regulačních poplatků. V rámci dvou dílčích cílů jsem se snažila zjistit výše regulačních poplatků přijatelné pro občany a využívání možnosti uzavření soukromého zdravotního pojištění.

Součástí systému českého zdravotnictví je veřejné zdravotní pojištění, z jehož prostředků se hradí oprávněným osobám zdravotní péče. Od 1. 1. 2008 je jeho součástí nově i systém regulačních poplatků a ročního ochranného limitu. Regulační poplatky byly zavedeny zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým byla novelizována řada zákonů, v tomto případě i zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Důvodem jejich zavedení má být omezení plýtvání péče a zneužívání zdravotnických služeb, stejně tak jako nárůst příjmů zdravotnických zařízení a dosažení finanční úspory systému veřejného zdravotního pojištění. Uspořené finanční prostředky by měly být využity ke zkvalitňování poskytované lékařské péče, ve prospěch léčby vážně nemocných lidí a drahých lékařských výkonů.

V teoretické části diplomové práce jsem stručně popsala systém veřejného zdravotního pojištění a podrobněji jsem zmínila fungování regulačních poplatků a ročního ochranného limitu.

Ke zpracování práce jsem použila metodu dotazování, kterou jsem provedla sběrem dat pomocí techniky dotazníku a techniku sekundární analýzy dat. Pro výzkumnou část byly stanoveny dva statistické soubory – široká veřejnost a odborná veřejnost z Jihočeského kraje.

Na základě dostupné literatury jsem si stanovila 4 hypotézy, z nichž se první 3 potvrdily a čtvrtá byla výzkumem vyvrácena.

Výzkum poukázal na rozdílnost názorů i samotného vnímání regulačních poplatků mezi jednotlivci i mezi širokou a odbornou veřejností. Na stanovisko k regulačním poplatkům má zajisté vliv také informovanost samotných občanů, která, jak vyplynulo z dotazníkového šetření, má stále své nedostatky.

Regulační poplatky ve zdravotnictví v České republice se staly velmi

diskutovaným tématem. Tento krok je však pouze prvním, leč mnohdy nepopulárním krokem, k postupnému uskutečnění plánovaných změn v resortu zdravotnictví. I přes počáteční problémy spojené s ústavností přijatého zákona, se vznikem administrativní povinnosti lékařů či s kritikou rozsahu skupin občanů osvobozených od plateb regulačních poplatků, se domnívám, že roste počet těch občanů, jenž chápou smysl regulačních poplatků a uvědomují si, že současná moderní medicína je velmi nákladná a ze současného systému zdravotního pojištění není možné dopřát veškerou péči všem. Osobně považuji za úspěch to, že podle mnohých statistik dokázalo toto opatření umožnit péči pro větší počet vážně nemocných občanů, a také to, že vedlo ke změně chování některých obyvatel, kteří zvážili, zda danou službu, v dané frekvenci nebo v daném množství (u léků) skutečně potřebují.

Práce by mohla sloužit ke zvýšení informovanosti o systému regulačních poplatků a ročního ochranného limitu, k přednáškové činnosti, popřípadě by mohly být názory respondentů a výsledky výzkumu vzaty v úvahu při možné další novelizaci stávajícího zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Synopsis

The aim of my thesis was to examine people's and professionals' opinions on introduction of the regulatory health fees. Within the scope of the two sub-targets, I tried to find out the amounts of the regulatory health fees acceptable for the citizens and something about the possibility to arrange a private health insurance.

General health insurance which is used to settle payments for authorized people's health care is a part of the system of the Czech health service. The system of the regulatory health fees and the annual protection limit has become its part recently - since 1st January 2008. The regulatory health fees were introduced by Act No. 261/2007 Coll., on Stabilization of Public Finance, by which a number of acts – in this case also Act No. 48/1997 Coll., on Public Health Insurance – were amended. The reason for their introduction is to reduce waste of health care and misuse of health services as well as the increase in incomes and to achieve financial savings in the system of the public health insurance. Saved financial means should be used to improve the quality of the provided medical care in favour of treatment of seriously ill people and expensive medical services.

I briefly described the system of the public health insurance and I mentioned the system of the regulatory health fees and the annual protection limit in more detail in the theoretical part of the diploma thesis.

In order to compile the thesis I used the method of questioning which I carried out by collecting data using a questionnaire and the method of the secondary analysis of data. Two statistics groups – general public and professionals from the South Bohemian Region - were defined for the research part.

Based on the available literature, I established four hypotheses of which the first three were confirmed and the fourth one was disconfirmed by the research.

The research revealed differences in opinions and perception of the regulatory health fees between the individuals and general public and professionals. The citizens' awareness – which still has its deficiencies as the questionnaire survey revealed – has definitely influence on the opinion on the regulatory health fees.

The regulatory health fees of the health service in the Czech Republic have become a topic being discussed very much. However, this is the just the first step – though sometimes an unpopular one – to gradual realization of planned changes in the health system. Despite of the initial problems related to constitutionality of the accepted act, to the occurrence of the administrative duty of doctors and to the critique of the scope of those citizens freed from payment of the regulatory health fees I believe that the number of those people who can understand the meaning of the regulatory health fees has been growing and that they realize that the current modern medicine is very expensive and that it is not possible to provide all with the whole care needed from the current system of the health insurance. Personally, I consider a success the fact that according to lots of statistics it was possible to provide more seriously ill people with care thank to this measure and that it has also contributed to a change of behaviour habits of some of the people who considered better whether they really needed the given service, in that frequency and in such a amount (of drugs).

The thesis could be used to increase the awareness of the system of the regulatory health fees and the annual protection limit, for lectures, eventually the respondents' replies and the research results could be taken into consideration when amending the existing Act No. 48/1997 Coll., on Public Health Insurance.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Veřejné zdravotní pojištění se zaměřením na regulační poplatky“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

Veronika Pekárková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména své vedoucí práce JUDr. Boženě Kučerové, Ph.D., za její čas, ochotu se mnou spolupracovat a za odborné vedení diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří mi zprostředkovali kontakty na odbornou veřejnost. Bez jejich spolupráce bych nemohla provést výzkum k danému tématu. V neposlední řadě patří toto poděkování všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazníky.

Obsah

Úvod	10
1. Současný stav	12
1.1 Definice zdraví	12
1.2 Definice nemoci	12
1.3 Zdravotní politika	13
1.3.1 Zdravotnictví	14
1.3.2 Zdravotní péče	14
1.3.3 Ochrana veřejného zdraví	15
1.4 Zdravotnické systémy	16
1.4.1 Státní model	16
1.4.2 Tržní model	17
1.4.3 Národní zdravotní služba	17
1.4.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami ..	18
1.5 Historie zdravotní péče v České republice	18
1.6 Zdravotní pojištění	20
1.6.1 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění.....	21
1.6.2 Dělení zdravotního pojištění	23
1.6.3 Věcný rozsah zdravotního pojištění	24
1.6.4 Osobní rozsah zdravotního pojištění	25
1.6.5 Právní vztah zdravotního pojištění	25
1.6.6 Pojistné na veřejné zdravotní pojištění.....	26
1.6.7 Institucionální uspořádání veřejného zdravotního pojištění	28
1.7 Zdravotní pojišťovny	29
1.8 Poskytování a úhrada zdravotní péče pojištěncům	30
1.8.1 Formy úhrady zdravotní péče	31
1.9 Reforma zdravotnictví	32
1.10 Regulační poplatky	34
1.10.1 Stav zdravotnictví v ČR v porovnání s Evropou	34

1.10.2	<i>Funkce regulačních poplatků</i>	36
1.10.3	<i>Smysl zavedení regulačních poplatků</i>	36
1.10.4	<i>Druhy regulačních poplatků</i>	37
1.10.5	<i>Výjimky z placení regulačních poplatků</i>	40
1.10.6	<i>Ochranný limit regulačních poplatků</i>	41
1.11	<i>Tok regulačních poplatků</i>	42
1.12	<i>Regulační poplatky versus Listina základních práv a svobod</i>	43
1.13	<i>Regulační poplatky po roce fungování</i>	44
2.	Cíle práce a hypotézy	45
2.1	<i>Cíle práce</i>	45
2.2	<i>Hypotézy práce</i>	45
3.	Metodika	46
3.1	<i>Použité metody a techniky sběru dat</i>	46
3.1.1	<i>Dotazník pro veřejnost</i>	46
3.1.2	<i>Dotazník pro odbornou veřejnost</i>	47
3.2	<i>Charakteristika zkoumaného souboru</i>	48
4.	Výsledky	49
4.1	<i>Výsledky dotazníků pro veřejnost</i>	49
4.2	<i>Výsledky dotazníků pro odbornou veřejnost</i>	95
5.	Diskuse	137
6.	Závěr	165
7.	Seznam použitých zdrojů	168
8.	Klíčová slova	178
9.	Přílohy	17

Úvod

Veřejné zdravotní pojištění je nedílnou součástí systému českého zdravotnictví a podmínkou jeho fungování. Z prostředků tohoto obligatorního zákonného pojištění se hradí oprávněným osobám zdravotní péče. Každý občan odvádí do systému stejné procento ze svých příjmů, pokud za něj není plátcem stát, a to i přesto, že každý čerpá jinou péči s rozdílnými finančními náklady. Těmito odvody se vyjadřuje jeden z hlavních principů veřejného zdravotního pojištění a tím je solidarita.

Stárnutí populace a s tím spojené nároky na objem lékařské péče, celkový růst poptávky po zdravotní péči a nová onemocnění, změna přístupu lidí k vlastnímu zdraví a s tím související vyšší očekávání, snaha zajistit co nejlepší péči, kterou nabízí technologický pokrok a mnohé další přináší enormní růst požadavků na finanční prostředky z veřejného pojištění. To jsou důvody, které vedou vládu k řadě zásadních změn.

V rámci ozdravení veřejných financí schválil Parlament České republiky tzv. batoh stabilizačních opatření, jehož součástí bylo, mimo jiné zavedení regulačních poplatků a ročního ochranného limitu těchto poplatků s platností od 1. 1. 2008. Vláda si tímto slibovala především omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb, zkvalitnění zdravotní péče, posílení role pacienta a zajištění efektivity a finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění. Ministerstvo zdravotnictví očekávalo díky poplatkům nárůst celkových příjmů do zdravotnictví systému a současně dosažení úspory celkových výdajů systému veřejného zdravotního pojištění.

Důvodem, proč jsem si práci s tímto tématem vybrala, byla zejména jeho aktuálnost a častý námět diskusí a připomínek nejenom mezi laickou veřejností, ale i mezi odborníky. Mimo to jde o podstatnou změnu a novinku, která se dotýká všech obyvatel České republiky a názory na toto téma se značně různí a mění v čase.

Práce by měla posloužit k přiblížení systému veřejného zdravotního pojištění a především nově zavedeného systému regulačních poplatků a ochranného limitu těchto poplatků ve zdravotnictví v České republice, a to jak odborné tak laické veřejnosti.

Cílem práce je zjistit názor jednotlivých občanů na zavedené změny, jejich

ochotu platit regulační poplatky či uzavírat soukromé zdravotní pojištění.

1. Současný stav

1.1 Definice zdraví

Před rokem 1948 se o zdraví hovořilo jako o „Stavu nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů“. Po roce 1948 již zněla definice zdraví jako „Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady“. Až rok 1977 přinesl dosud platnou definici, která je již definicí zdravotně sociální a nahlíží na zdraví jako na „Schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“. Vývoj definice „zdraví“ zcela zřetelně ukazuje zvyšující se náročnost na tuto definici a na pojmenování tohoto stavu. Mimo jiné dokládá vlastní nutné propojení zdravotnictví se sociální problematikou (66).

Právo na zdraví je nezadatelným lidským právem. Jako jedno z lidských a občanských práv, které je společnost, reprezentovaná vládou, zavázána garantovat, bylo v období po 2. světové válce stvrzeno v Deklaraci Světové zdravotnické organizace, podle které má vláda odpovědnost za zdraví populace (23, 56).

1.2 Definice nemoci

Zdraví je výsledkem rovnováhy určitého biologického, fyzického a sociálního prostředí. Dojde-li k narušení této rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzickém a sociálním prostředí, mluví se o nemoci či chorobě (56).

Jedná se o potenciál vlastností organismu, které se zmenšují, respektive omezují, o možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije (2).

Lékaři definují nemoc jako souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi tímto organismem a prostředím (56).

1.3 Zdravotní politika

Zdravotní politika představuje přístup oficiálních institucí, především vlády státu, ke stanovení zdravotních cílů, dávání či nedávání priority zdravotnickým službám, ale i resortům mimo zdravotnické služby, které ovlivňují zdraví. Tato „politika“ spočívá při naplňování zdravotních potřeb a ovlivňování komponent na řadě rozhodnutí, usnesení i činností, které ovlivňují zdraví jednotlivce nebo společnosti (66).

Zdravotní politika nemá univerzální definici a provádí se v různých zemích různě, a to i v rámci Evropské unie. Spolu se vzdělávací, bytovou, rodinnou, případně dalšími politikami, je nedílnou součástí tzv. širšího pojetí sociální politiky států. Základem zdravotní politiky států je právo na zdraví, jež je zakotveno v Listině základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky (23).

V dnešním pojetí můžeme zdravotní politiku definovat na základě platných zákonů a konvencí jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. V nejširším slova smyslu se tak o zdravotní politice hovoří jako o péči o zdraví. Jde o široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Těžiště péče o zdraví spočívá jak v rodinách, školách tak i na pracovištích. Ty zdravotní problémy, jejichž řešení přesahuje možnosti běžné občanské veřejnosti, se stávají předmětem profesních zdravotnických aktivit (15, 23).

Politické aspekty jsou společně s ekonomickými aspekty pro zdravotnictví zásadní. Politika určuje rozhodovací pravomoci tvůrcům, jež jednají o výsledcích, zatímco ekonomika definuje, jaké prostředky jsou rozdělovány a jak jsou rozdělovány (11).

1.3.1 Zdravotnictví

Správa zdravotnictví je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví České republiky. Řídí se právními normami, je správou veřejnou, realizovanou institucemi veřejné správy (**25**).

Zdravotnictví jako takové je subsystémem široce pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a rezortně pojímanou část. Je ho třeba chápat jako ucelený systém zdravotnických služeb, resp. zdravotní péče, společně se subjekty, které tuto péči poskytují, ať jde o stát, územní samosprávný celek nebo jinou právnickou či fyzickou osobu. Jde tedy o rezortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (společně s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí (**6, 15**).

Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšení zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícího zdravotnické služby (**15**).

1.3.2 Zdravotní péče

Jde o obsahově užší pojem než péče o zdraví a zahrnuje prevenci a léčení chorob, které jsou zabezpečovány výlučně zdravotnickým systémem. Zdravotní péče se dělí na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiálovou spotřebou (léky, speciální zdravotní materiál, spotřeba energie apod.) a uskutečňuje se v rámci zdravotnického systému. Ten je historicky nejstarší, ale také nejsložitější složkou realizace zdravotní politiky, neboť zprostředkuje zabezpečení jejích cílů (**23**).

Zdravotní péče ve smyslu platné, ovšem poněkud zastaralé právní úpravy provedené zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zejména zahrnuje zdravotní výchovu obyvatelstva, činnost na úseku hygieny a boje proti přenosným nemocem, léčebně preventivní péči, lázeňskou péči, posudkovou činnost a poskytování léků a prostředků zdravotnické techniky (**6**).

Modernější a také ucelenější pojetí zdravotní péče bylo formulováno v návrhu nového zákona o zdravotních službách, který ovšem v rámci legislativního procesu doposud nebyl vládou ani Parlamentem České republiky schválen. Podle tohoto návrhu se zdravotní péčí rozumí poskytování diagnostických, léčebných, paliativních a jiných zdravotních výkonů, soubor činností a opatření prováděných za účelem udržení a prodloužení života fyzických osob, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu, zmírnění utrpení, léčba neplodnosti a pomoc při porodu **(6)**.

1.3.3 Ochrana veřejného zdraví

Problematika ochrany veřejného zdraví je relativně samostatnou problematikou medicínského práva, která má zásadní význam v oblasti péče o veřejné zdraví, vytváření zdravých životních podmínek, ochrany proti infekčním chorobám a epidemiím **(30)**.

Základním zákonem v oblasti ochrany veřejného zdraví je zákon č. 258/2000 Sb., v platném znění, o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů a některé podzákoné předpisy, které s tímto zákonem souvisejí. Veřejným zdravím se rozumí zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života. Za ochranu a podporu veřejného zdraví se považuje soubor činností a opatření k vytváření a ochraně zdraví, životních a pracovních podmínek, k zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, k zabránění vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním **(30)**.

1.4 Zdravotnické systémy

Zdravotní systémy jsou výslednicí dlouhodobého a složitého společenského vývoje. Jsou historicky nejstarší, ale také nejsložitější složkou realizace zdravotní politiky, neboť zprostředkovávají zabezpečení jejích cílů. Zdravotní systém lze definovat z nejrůznějších hledisek. Jeho definici ovlivňují společensko ekonomické, historické, regionální a další aspekty. Lze je však definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče (15, 23).

V každém státě světa existují jiné zdravotnické systémy v důsledku jiných tradic, politiky a ekonomiky státu. V podstatě existují čtyři základní typy (54).

1.4.1 Státní model

Tento model byl uplatňován ve státech tzv. socialistické soustavy do roku 1990. Dále ho lze nalézt ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami, jako je Kuvajt, Brunei či Kuba.

Základním principem státního modelu je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu - z daní. Zdravotníci jsou státní zaměstnanci se stálým platem. Konzument - pacient, nemá přehled o cenách za poskytované služby.

Státní model lze taktéž definovat jako model s poměrně dobrou dostupností zdravotních služeb, ovšem na druhé straně nižší spokojeností pacientů, delší čekací dobou, větší administrativou či zaostávajícími zařízeními (66, 15, 54).

1.4.2 Tržní model

Představitelem výše zmiňovaného modelu jsou Spojené státy americké. V Evropě to bylo do roku 1996 také Španělsko.

V rámci tržního modelu neexistuje zákon o všeobecném veřejném zdravotním pojištění. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči je realizována z různých zdrojů, od přímé platby přes úhrady prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven, až po úhrady ze zdrojů místních, státních či federálních. Zdravotní péče pro nemajetné je zajišťována z rozpočtových prostředků státu formou sociální solidarity.

Občané zde mají zajištěný svobodný výběr zdravotnického zařízení i vysokou kvalitu poskytované péče. Tržní model je však charakteristický také špatnou dostupností zdravotnických služeb, soudními spory, nebo pohledem na zdraví jako na zboží (66, 15, 54).

1.4.3 Národní zdravotní služba

Tento model se začal uplatňovat ve Velké Británii od roku 1948. Mimo jiné se uvádí, že se stal vzorem i pro Československou republiku po roce 1952. Je realizován také v Kanadě.

Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných rozpočtů, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (cca 80%) a z menší části (cca 15%) z doplňkové platby národního pojištění. Z příjmů platí však pouze osoby nad určitou stanovenou příjmovou hranicí. Občan zde musí být registrován a pro vyšetření u specialisty musí mít doporučení svého praktického lékaře.

Model národní zdravotní služby je značně solidárním systémem pro sociálně slabé, ale stejně tak velmi náročný pro stát a jeho ekonomiku (66, 15, 54).

1.4.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami

V současné době je model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami uplatňováno v zemích západní Evropy, ale též u nás.

Základním principem tohoto modelu zdravotnického systému je existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu. Zdravotní pojištění je povinné ze zákona. Základními účastníky jsou poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny. Poskytovateli jsou převážně soukromé praxe. Občané mají možnost určitého výběru zdravotní pojišťovny. Pojistné je vyměřováno jako procenta z příjmu. Významnou roli zde hraje stát, jenž hradí zdravotní pojištění za své státní zaměstnance, dále za nezaměstnané, děti, studenty, důchodce, osoby ve výkonu trestu, případně další. Systém je doplněn možností dalšího soukromého zdravotního pojištění jímž je pojištění doplňkové (66, 15, 54).

1.5 Historie zdravotní péče v České Republice

Zdravotnictví ČSR patřilo do roku 1950 k nejvyspělejšímu v Evropě a to jak vlastním organizačním pojetím a sociálním zaměřením, tak i dosahovanou úrovní zdravotního stavu populace. Jeho činnost vycházela z klasického pojišťovacího systému a důsledně se řídilo na tehdejší dobu vyspělou sociální a zdravotní legislativou dvacátých let. V padesátých letech byl však tento systém destruován. Vznikla struktura se zdánlivě jednouchou organizací a finanční prostředky plynuly do centrálního rozpočtu, z něhož se dále přerozdělovaly krajům a v další fázi okresům. Rozpočtové prostředky z daňových plateb občanů či jednotlivých odvodů podniků byly přidělovány zhruba podle počtu obyvatel a stavu z předchozího roku, mnohdy bez ohledu na kvantitu výkonů, potřeby zkvalitňování péče a jejího rozvoje. Výsledkem byl značně nepružný systém s nejasností určení z jakých zdrojů je vlastně zdravotnictví financováno. Postupem času se prohlubovalo omezování finančních prostředků pro zdravotnictví, což mělo za následek rostoucí technickou zaostalost a mimo jiné, v součinnosti s dalšími negativními vlivy působícími vně oblasti zdravotnictví,

docházelo k postupnému zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva (2).

Na základě zmíněných nedostatků byla po listopadu roku 1989 spuštěna reforma českého zdravotnictví. Byla umožněna privatizace majetku i činností ve zdravotnictví. Po čtyřicetiletém přerušení (1952-1991), kdy byl zdravotnický systém založen na státním systému zabezpečení zdravotní péče, takže stát vydával z hrubého domácího produktu určité procento na zajištění zdravotní péče, bylo opět oživeno pojištění léčebné péče a začali vznikat zdravotní pojišťovny. Byla přijata řada významných zákonů, které vytvořily právní rámec přechodu ze zdravotnického systému státního na systém zdravotního pojištění a vznikly profesionální organizace pracovníků ve zdravotnictví (1).

V závěru roku 1992 bylo dovršeno vybudování pojistného systému, přijetím zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (57).

Dnes mají občané k dispozici mnohem lépe technicky vybavená zdravotnická zařízení než před rokem 1989 a široký sortiment kvalitních léčiv, která dříve zde buďto vůbec nebyla, nebo byla širší veřejnosti nedostupná. Zdravotní péči se sice tradičně přisuzuje pouze patnáctiprocentní vliv na zdravotní stav populace, ale v období uplynulých patnácti let byl její podíl nepochybně větší (61).

Obecným problémem zdravotnictví v dnešní době je rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní zdravotnictví, a tím i rychle rostoucími výdaji, a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí. Kromě toho existuje celá řada dalších problémů jako je např. veřejné zdravotnictví, spoluúčast pacientů, účast státu na financování a regulaci zdravotnických služeb, které jsou součástí procesu transformace zdravotnictví a výzvou do budoucna (55, 61).

1.6 Zdravotní pojištění

Jedním ze základních problémů moderní medicíny je její ekonomická náročnost. Již mnoho desetiletí nabízí lékařská věda a technologický pokrok mnohem více, než lze zaplatit z prostředků zdravotnictví v kterémkoli státě světa. Financování zdravotnictví je tedy zejména problémem alokace (rozmístování) zdrojů a kontroly nákladově efektivního využívání prostředků. České zdravotnictví v současné době představuje samostatný sektor ekonomiky se souhrnným objemem alokovaných prostředků přibližně 234,6 miliard korun ročně (údaj za rok 2007). Tento objem prostředků je každoročně složen z více zdrojů. Rozhodující podíl výdajů na zdravotní péči je v ČR hrazen ze zdrojů veřejných (v roce 2003 to bylo více než 91%). Výběr a alokace těchto prostředků je z podstatné části realizován v rámci veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění tak zůstává základním zdrojem financování zdravotní péče poskytované na území České republiky **(36, 56)**.

Veřejné zdravotní pojištění je součástí systému sociálního zabezpečení. Jeho účelem je zajistit financování zdravotní péče poskytované pojištěncům. Lze ho charakterizovat jako všeobecné a povinné pojištění se státní zárukou realizace **(13)**.

Zdravotním pojištěním se taktéž rozumí způsob řešení nahodilých, v budoucnosti nastalých sociálních situací (nemoc nebo úraz) fyzických osob. Jeho podstatou je tak soustředění určitého objemu finančních prostředků pravidelným přispíváním do fondu zdravotního pojištění a v případě vzniku sociální události úhrada nákladů zdravotní péče **(56)**.

Veřejné zdravotní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení rizika všemi občany. Je stanoveno procentní sazbou, tedy v relaci k výši příjmu. Alokaci prostředků zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny, které získávají veřejné prostředky na základě zákona **(23)**.

1.6.1 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Problematika zdravotního pojištění je v současné době řešena v několika právních předpisech. V rámci přestavby právního řádu se v souladu s Ústavou České republiky a Listinou základních práv a svobod přesunulo těžiště právní úpravy z prováděcích předpisů do zákonů (57).

Listina základních práv a svobod zakotvuje v hlavě čtvrté, která se nazývá „Hospodářská, sociální a kulturní práva“, článek 31 Listiny, který říká, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (58).

Problematiku veřejného zdravotního pojištění upravuje především zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Upravuje rozsah a podmínky, za nichž je zdravotní péče poskytována a způsob stanovení cen a úhrad léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění (31, 59).

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění upravuje výši pojistného, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění (59).

Zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky se sídlem v Praze. Citovaný zákon upravuje její činnost, hospodaření, organizační strukturu, orgány a informační systém. Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách upravuje vznik, činnost a zánik těchto zaměstnaneckých pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (59).

Mezi vyhlášky upravující problematiku veřejného zdravotního pojištění patří především vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009, vyhláška č. 63/2007 Sb. o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely,

vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu a další (59).

Zdravotnictví ovlivňuje také soubor neprávnických pravidel, označovaných jako lékařská (zdravotnická) etika, bioetika nebo deontologie. Její standardy jsou výsledkem přesvědčení společnosti zdravotnických profesionálů, především lékařů. Základní myšlenkou bioetiky je, že problémy mají být řádně označeny, analyzovány a řešeny podle ustanovených souborů pravidel profesní morálky (24, 32).

Základní vlastnosti veřejného zdravotního pojištění

- Povinné zdravotní pojištění je stanoveno zákonem
- Neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného
- Čerpání péče nikoli podle rozpočtového omezení, ale dle objektivní potřeby a zdravotního stavu
- Vazba příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na národohospodářské veličiny (23)

Základní principy veřejného zdravotního pojištění

1. Princip obligatornosti pojišťovacího systému = princip povinné účasti na veřejném zdravotním pojištění
2. Princip svobodné volby lékaře a zdravotní pojišťovny
3. Princip sociální solidarity mezi zdravými a nemocnými, bohatými a chudými, staršími a mladými (21)

1.6.2 Dělení zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je třeba rozlišovat na pojištění zákonné a komerční. Zatímco zákonné zdravotní pojištění musí odvádět každý zákonem stanovený plátce jednotlivým zdravotním pojišťovnám, u komerčního (soukromého) pojištění záleží na libovůli každého z nás, zda se jej rozhodneme uzavřít či nikoliv **(48)**.

Zákonné zdravotní pojištění

Právo na bezplatnou zdravotní péči stejně jako povinnost být zdravotně pojištěn jsou stanoveny zákonem. Klient má nyní v důsledku fúzí na výběr z devíti, z původních deseti, zdravotních pojišťoven, prostřednictvím nichž je základní zdravotní péče ze zákonného zdravotního pojištění hrazena. Zákon o veřejném zdravotním pojištění přesně vymezuje působnost zdravotních pojišťoven a stanoví, co lze a nelze ze zdravotního pojištění uhradit **(48, 59)**.

Soukromé zdravotní pojištění

Institut komerčního pojištění jako nástroj prevence negativních důsledků rizikových situací je v lidské společnosti velmi starý **(23)**.

Komerční pojištění je dobrovolné a sjednává se nad rámec nemocenského pojištění, které řídí stát. S dávkami plynoucími ze soukromého zdravotního pojištění nelze zaměňovat nemocenské dávky, které se získávají při pracovní neschopnosti od státu na základě placení nemocenského pojištění. Soukromé zdravotní pojištění může být uzavřeno současně s nemocenským pojištěním. Pak je obdrženo plnění nejen od státu, ale i od zvolené komerční pojišťovny **(8)**.

Pomocí soukromého zdravotního pojištění má klient možnost připojistit se proti riziku ztráty příjmu, které vznikne v důsledku úrazu či nemoci. Jeho smysl tedy spočívá v tom, že pojišťovna vyplácí ve smlouvě sjednané plnění v případě nemoci či úrazu, kdy je pojištěnému uznána pracovní neschopnost nebo musí pobývat v nemocnici **(48)**.

Smlouvu lze uzavřít u většiny komerčních pojišťoven poskytujících životní pojištění **(8)**.

Výhody:

- Pokrytí ušlého zisku v případě pracovní neschopnosti
- Bonusy za bezeškodní průběh
- Nadstandardní pobyt při léčbě v nemocnici
- Nadstandardní péče o zuby **(8)**

Nevýhody:

- Celou vloženou částku pojišťovna používá na pokrytí rizik, nic se nespoří
- Riziko ztráty příjmu kryje i státní nemocenské pojištění
- Nelze se pojistit pro případ smrti **(8)**

V komerčním pojištění obvykle platí, že sazba pojistného nemá vazbu na výši příjmu a je stanovena absolutní částkou jako výsledek smluvního vztahu. Pro nízkopříjmové sociální skupiny je komerční pojištění relativně drahé, pro vysokopříjmové skupiny relativně levné. Existuje zde paradoxní vazba, že pojištěnec s horším zdravotním stavem platí vyšší pojistné, protože má větší riziko onemocnění a z toho vyplývajícího plnění z pojistky **(23)**.

1.6.3 Věcný rozsah zdravotního pojištění

Věcný rozsah zdravotního pojištění vymezuje § 13 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Lze jej vymezit pozitivně nebo negativně. Pozitivní vymezení znamená stanovení jednotlivých druhů zdravotní péče, která bude hrazena na účet zdravotního pojištění. Naopak negativní vymezení pak znamená určení činností nebo péče, které nejsou hrazeny na účet veřejného zdravotního pojištění **(13)**.

Ze zdravotního pojištění se podle zákona č. 48/1997 Sb. hradí zdravotní péče, která je pojištěnci poskytována s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav **(59)**.

1.6.4 Osobní rozsah zdravotního pojištění

Osobní rozsah zdravotního pojištění vymezuje okruh subjektů, které jsou oprávněnými subjekty ve zdravotním pojištění, tj. subjekty, jimž je poskytována zdravotní péče na účet zdravotního pojištění. Oprávněné subjekty označuje zákon jako pojištěnce **(13)**.

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a dále osoby, které na území České republiky sice nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území ČR své sídlo **(30)**.

Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou činny v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit nebo pro zaměstnavatele v pracovně právním vztahu uzavřeného podle cizích právních předpisů, popřípadě pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR, a dále osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a z toho titulu neplatí pojistné **(30)**.

Účast na zdravotním pojištění vzniká narozením člověka, okamžikem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem na území ČR a získáním trvalého pobytu. Zdravotní pojištění zaniká úmrtím pojištěnce, dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem na území ČR a přestala být účastna nemocenského pojištění a ukončením trvalého pobytu **(59)**.

1.6.5 Právní vztah zdravotního pojištění

Právní vztah zdravotního pojištění je vztah mezi subjekty zdravotního pojištění, jehož obsahem jsou vzájemná práva a povinnosti stanovená právními normami, který směřuje k poskytování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené na účet zdravotního pojištění. V průběhu své existence se nachází ve dvou různých rovinách. První rovinu lze označit jako klidovou, někdy se hovoří přímo o tzv. pojistném vztahu, druhá rovina existence právního vztahu se pak označuje jako realizační (nebo dávkový vztah) **(13)**.

Subjekty právního vztahu zdravotního pojištění jsou:

- pojištěnec
- zdravotní pojišťovna
- zaměstnavatel (stát)
- zdravotnické zařízení (**13**)

1.6.6 Pojistné na veřejné zdravotní pojištění

Plátcí pojistného na zdravotní pojištění

Pojištěnec není vždy plátcem pojistného na zdravotní pojištění. Obecně se považuje pojištěnec za plátce tehdy, jestliže je v produktivním věku a má příjmy ze své pracovní aktivity, event. je v produktivním věku a mohl by mít příjmy ze své pracovní aktivity. V řadě případů, kdy se pojištěnec nachází v určitých sociálních situacích (např. poproduktivní věk, předproduktivní věk, ale i některé sociální situace v produktivním věku – péče o dítě), přebírá povinnost platit pojistné za pojištěnce stát (**13**).

Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou tak pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu především za sociálně slabší skupinu obyvatel, včetně nezaopatřených dětí. Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou či má na území České republiky trvalý pobyt. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance (**59**).

Výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění

Výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění upravuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Jde o finanční částku, kterou jsou povinni platit všichni jeho plátcí. Tato částka se odvádí na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nebo na účty jiných zdravotních pojišťoven (**59**).

Výše pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Výši

pojistného je jeho plátce povinen si sám vypočítat. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru. V případě zaměstnanců se třetinou pojistného podílí zaměstnanec sám, dvěma třetinami se podílí zaměstnavatel. Za tzv. společensky uznané osoby vymezené zákonem (např. děti, důchodci, nezaměstnané) hradí pojistné stát. Vyměřovací základ v tomto případě činí 25% všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje (23, 59).

Vyměřovací základ

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Minimální vyměřovací základ je minimální mzda. Minimální vyměřovací základ neplatí u osob zdravotně postižených čerpající mimořádné výhody II. nebo III. stupně podle předpisů o sociálním zabezpečení, dále neplatí pro osoby mající věk potřebný pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro jeho přiznání, osoby celodenně pečující o dítě do 7 let věku nebo nejméně o 2 děti do 15 let věku, pro osoby, které současně vedle svého zaměstnání vykonávají samostatnou výdělečnou činnost a odvádí zálohy na pojistné vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro osoby samostatně výdělečně činné a osoby za které je plátcem stát. Pokud je vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, doplácí zaměstnanec, prostřednictvím zaměstnavatele, 13,5 % z rozdílu těchto základů (59).

U podnikajících osob se pojistné platí formou záloh a doplatků (v případě přeplatku zdravotního pojištění vrací zdravotní pojišťovna tuto přeplacenou částku). Vyměřovací základ u OSVČ se vypočítá jako 50% příjmů z výdělečné činnosti po odečtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Minimální vyměřovací základ je dvanáctinásobek 50% průměrné mzdy. Maximální vyměřovací základ je částka ve výši 48 násobku průměrné mzdy (59).

Vyměřovací základ u osob bez zdanitelných příjmů je minimální mzda. U osob, za něž pojistné odvádí stát je vyměřovací základ 25% všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády (**59**).

Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ, je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí. U OSVČ představuje rozhodné období kalendářní rok (**59**).

1.6.7 Institucionální uspořádání veřejného zdravotního pojištění

Finanční institucí, jejímž úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění je zdravotní pojišťovna. Vedle toho může zdravotní pojišťovna provádět i smluvní zdravotní pojištění přesahující rámec zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním, má-li k tomu povolení (**13, 59**).

Zdravotní pojišťovny jsou právnickými osobami. Zatímco Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR byla zřízena přímo zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zaměstnanecké pojišťovny upravované zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotnických pojišťovnách potřebují k provádění veřejného zdravotního pojištění povolení státního orgánu. Toto povolení uděluje svým rozhodnutím Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí (**13, 59**).

Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jim svěřeným. Samy kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Vnější kontrolu činnosti všech zdravotních pojišťoven provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zdravotní pojišťovny jsou povinny předkládat Ministerstvu zdravotnictví pojistný plán, výroční zprávu a účetní uzávěrku. Tyto dokumenty schvaluje vláda, v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny i Parlament ČR. Hospodaření zdravotních pojišťoven s veřejnými prostředky je tak pod veřejnou kontrolou (**23, 57**).

Náklady zdravotní péče poskytované pojištěncům zdravotnickými zařízeními hradí příslušná zdravotní pojišťovna na základě smluv uzavřených s těmito zařízeními (**57**).

1.7 Zdravotní pojišťovny

Příjemcem prostředků ze zdravotního pojištění je zdravotní pojišťovna. Veřejné zdravotní pojištění v ČR provádí pouze zdravotní pojišťovny, které zákon dělí na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR na straně jedné, a resortní, oborové, podnikové, popřípadě další zdravotní pojišťovny na straně druhé (**23, 30**).

V roce 1991 vznikla na základě zákona č. 551/1991 Sb., pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, a všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a některé další osoby se ze zákona staly pojištěnci této zdravotní pojišťovny. V roce 1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který dal pojištěncům možnost přestoupit od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k jiné zdravotní pojišťovně. Původně se tato možnost týkala pouze vybraných skupin pacientů, např. zaměstnanců, pro které byla zdravotní pojišťovna zřízena. Po přijetí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byla zdravotním pojišťovnám uložena povinnost přijmout kteréhokoliv pojištěnce. Podle zásady rovné dostupnosti zdravotní péče je dána možnost volby zdravotní pojišťovny a její změny každému pojištěnci (**30**).

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České Republiky, a to Ministerstvu zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Na kontrole zdravotních pojišťoven se podílejí též pojištěnci. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně poskytnout jedenkrát ročně údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců (**1**).

V ČR existuje v současné době devět zdravotních pojišťoven

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- Zdravotní pojišťovna MV ČR
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- Revírní bratrská pokladna

- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
- Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA
- Zdravotní pojišťovna MÉDIA (52)

O existenci pojistného vztahu ke zdravotní pojišťovně je vydáván průkaz pojištěnce – karta EHIC (karta evropského zdravotního pojištění). Tuto kartu vydává zdravotní pojišťovna pojištěnci při vzniku pojistného vztahu, průkaz je vydáván bezplatně. Při ukončení pojistného vztahu je pojištěnec povinen průkaz vrátit (21).

1.8 Poskytování a úhrada zdravotní péče pojištěncům

Rozsah a podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady stanoví zákon o veřejném zdravotním pojištění, který v §13 odst. 2 uvádí výčet hrazené zdravotní péče. Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek je vymezen v příloze č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Příjemce zdravotní péče musí tedy poskytnout plnou nebo částečnou finanční úhradu za zdravotní péči ze zdravotního pojištění, přesahující rozsah stanovený zákonem o veřejném zdravotním pojištění (57).

Plnění ze zdravotního pojištění je vždy nepeněžní, ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat, obnovit, nebo zlepšit jeho zdravotní stav, a to bez jeho přímé finanční účasti (23). Z okruhu péče hrazené ze zdravotního pojištění je naopak vyloučena péče, popřípadě jiné výkony, které nejsou zaměřeny na zlepšení nebo zachování zdravotního stavu pojištěnce (30).

Příslušné zdravotní pojišťovny provádějí platby za zdravotní péči poskytnutou na základě veřejného zdravotního pojištění podle smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřených se zdravotnickým zařízením (30, 57).

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních a dalších organizačních uspořádáních do soustavy sítě zdravotních zařízení. Ty lze členit na státní a nestátní, lůžková a ambulantní či smluvní a nesmluvní. Pro úplnost lze zařadit ještě lékárny a zvláštní dětská zařízení jako jsou kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle. Ve

výše zmiňovaných zvláštních dětských zařízeních je péče hrazena z rozpočtu zřizovatele, z něhož se uhrazuje též zdravotní záchranná služba a pohotovostní služby, avšak zdravotní výkony provedené v rámci těchto služeb jdou k tíži zdravotního pojištění (23, 57).

Financování zdravotní péče poskytované a uhrazené v rámci veřejnoprávního pojištění musí být transparentní a ze strany státu kontrolovatelné. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění se odvádí přímo na účet příslušné zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěnec pojištěn (56).

1.8.1 Formy úhrady zdravotní péče

Ve světě je využívána celá řada systémů odměňování zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní služby. Každý způsob má své výhody a nevýhody. Za ideální se považuje jejich kombinace (15).

Základní typy forem úhrady:

- Pevný plat
- Kapitační platba – podle počtu pacientů
- Platba za výkon
- Platba za diagnózu – platí se soubor služeb u jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci (nejznámější je DRG systém)
- Platba za ošetrovací den
- Úhrada za dohodnutou práci – např. za očkování daného rozsahu
- Účelové paušály – představují roční platbu lékaři nebo nemocnici na provoz, zařízení, investice apod., paušál je odstupňován podle specializace lékaře, v nemocnici podle počtu lůžek a kategorie nemocnice
- Bonifikace – jedná se účelově vázanou platbu, která odměňuje dosažení určitého cíle, který může být stanoven ekonomicky nebo medicínsky (15, 23)

Zdravotnické služby mohou být podmíněny částečnou finanční úhradou od pacienta. Ta není pouhým příplatkem (např. na brýle), ale finanční účastí na úhradě určité základní zdravotnické služby (př. hospitalizace) (15, 23).

Dle novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo regulační poplatek ve výši stanovené zákonem (59).

1.9 Reforma zdravotnictví

Vláda považuje ekonomickou stabilizaci, modernizaci a další rozvoj systému zdravotního zabezpečení občanů, založeného zejména na systému veřejného zdravotního pojištění, za jednu ze svých základních programových priorit. Cílem vlády je zajistit dostupnou a kvalitní péči pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země (43).

Populace v České republice stárne a v budoucnu bude tlak na veřejné zdravotní pojištění neúnosný. Aby se systém nezhroutil a aby se zachovala jeho úroveň, budou muset pacienti sáhnout hlouběji do kapsy. Vzhledem k těmto a dalším aspektům přistoupila vláda k reformě zdravotnictví a v březnu v roce 2007 představila své záměry do roku 2010 (50).

Legislativní plán ministerstvo rozdělilo do 3 fází. První, stabilizační fáze, skončila v závěru roku 2007. Jejím cílem bylo přijetí takových legislativních norem, které by ve zdravotnictví vedly k návratu ke standardním vztahům a ke zlepšení komunikace. Druhá etapa, tzv. reformní opatření I., by měla být dokončena v roce 2009 a měla by být reformou institucí s cílem zvýšit efektivitu stávajícího systému. Teprve ve třetí fázi, tzv. reformní opatření II., počínaje rokem 2010, by mělo dojít k reformě financování a tím i ke skutečné změně zdravotního systému s cílem zajistit dlouhodobou udržitelnost sociálního systému tváří v tvář hrozbě stárnutí populace i neustále rostoucím cenám moderní medicíny (25).

České zdravotnictví by se v budoucnu mělo změnit za pomoci následujících 9 zákonů a novel:

- Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon o zdravotním pojištění
- Zákon o dohledu nad zdravotními pojišťovny
- Zákon o zdravotních službách
- Zákon o specifické zdravotní péči
- Zákon o zdravotnických zařízeních a samostatné zdravotnické praxi
- Zákon o zdravotnické záchranné službě
- Novela předpisů o vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků
- Zákon o univerzitních nemocnicích (60)

Tyto normy mají mimo jiné zamezit plýtvání financí, zavést bezpečnostní podmínky pro péči či dohled nad pojišťovny. Některé návrhy těchto zákonů byly neprůchodné a je tedy otázkou, jak se situace bude vyvíjet po nastávajících volbách (60).

Hlavní novinky přinášející reforma:

- Má být přesněji popsána hranice mezi hrazenou a nehrazenou péčí
- Pacient bude mít ze zákona nově jasně daný nárok na určité hrazené standardní zdravotní služby. Rozsah péče by měl být podobný jako je tomu dnes
- Podle nových pravidel, by čekací doby na některé operace měly být evidované. Takové operace určí ministerstvo vyhláškou
- Bonusy od pojišťovny budou poskytovány jen za odměnu – mají tak přitáhnout lidi ke zdravému životnímu stylu
- Má být jistota dosahu nemocnice a lékaře – návrhy počítají se stanovením parametrů minimální dostupnosti
- Již fungující systém regulačních poplatků a ročního limitu
- Případná transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti – toto je

v současné době však politicky těžko průchozí **(41, 43)**

1.10 Regulační poplatky

Parlament ČR schválil takzvaný batoh stabilizačních opatření, který má přispět k ozdravení veřejných financí. Batoh obsahuje i zdravotnickou část, kde jsou, kromě několika dalších méně viditelných změn, zakotveny i dvě podstatné změny, které se od 1. ledna 2008 dotýkají všech občanů, čerpajících zdravotní služby na základě veřejného zdravotního pojištění. První změnou je zavedení regulačních poplatků a druhou pak zavedení ročního ochranného limitu těchto poplatků, do kterého jsou navíc započítávány i doplátky na léky. Výše uvedený batoh se týká především zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se v případě zdravotnictví mění zejména zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v němž jsou v §16a zakotveny regulační poplatky **(34)**.

Podstatnou novinkou, jakou je zavedení poplatků ve zdravotnictví, jsou ovlivnění obyvatel celé ČR a pro většinu je to zároveň i novinka, na kterou si obtížně zvykají. V naší populaci nebylo dosud zvykem, že by pacient platil přímo v ordinaci lékaře za ošetření, jak tomu je v některých státech Evropské unie **(55)**.

1.10.1 Stav zdravotnictví v ČR v porovnání s Evropou

Zdravotnictví v České republice spotřebuje obrovský balík peněz, v roce 2007 už dosáhlo výše mezi 230 až 240 miliardami korun. Většinu z tohoto balíku tvoří peníze z veřejného zdravotního pojištění. Stát zaplatí za „své“ pojištěnce, to znamená za matky na mateřské, za důchodce, za studenty a děti, ale i třeba za vězně a nezaměstnané 48 miliard korun ročně **(34, 50)**.

Češi jsou mistry Evropy v plýtvání. Na jednoho obyvatele v České republice připadá průměrně 13,1 návštěv u lékaře za rok, tj. více než jedna návštěva měsíčně. Důsledkem je plýtvání s prostředky veřejného zdravotního pojištění a následná finanční nerovnováha systému. Takto vysoká frekvence kontaktů má nepříznivý dopad na

samotný způsob poskytování zdravotní péče (lékař má na vyšetření pacienta jen velmi krátký čas). Také počet dnů hospitalizace v České republice (doba pobytu v nemocnici), je téměř o polovinu vyšší než průměr v ekonomicky vyspělých zemích a stále roste. Tento trend nárůstu je možné pozorovat jak u akutních, tak u dlouhodobých hospitalizací. Světovým trendem je naopak snižování délky hospitalizace. Neméně znepokojující je i situace u léků. Za rok 2005 bylo v České republice předepsáno 96,6 miliónů receptů a poukazů, jenž představovalo útratu celkem 59,4 miliard Kč. Během jednoho roku vrátí pacienti do lékáren nepoužité, prošlé léky za 2 miliardy Kč. Celková hodnota nepoužitých léků se odhaduje na 4 – 10 miliard Kč ročně **(34, 46)**.

Výše poplatků je nastavena velmi citlivě. V porovnání s vyspělými sousedy, Rakouskem a Německem, ale také velmi sociálním Švédskem, a vztažením výše poplatků k výši průměrné mzdy, jsou „české“ poplatky nejnižší. (viz. Příloha č. 3). Jsou také nižší či srovnatelné se zeměmi jako je Chorvatsko, Maďarsko, Bulharsko, Lotyšsko, Estonsko a Slovensko. Jediným střeoevropským státem, ve kterém nejsou zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví je Polsko – neexistence poplatků je tam však „kompenzována“ vysokou spoluúčastí pacientů, a kromě této „oficiální“ spoluúčasti dochází k mnoha přímým platbám bez právního důvodu (korupce) **(34, 46)**.

Podíl českého zdravotnictví na hrubém domácím produktu je se 6,8 procenty za rok 2007 jedním z nejnižších ze všech členských zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Nejnižší byl v Turecku a Polsku, zatímco Korea, Slovensko a Irsko byly přibližně na stejné úrovni. V roce 2007, rok před zavedením regulačních poplatků, byla Česká republika také jednou ze zemí s nejnižšími přímými výdaji na zdravotní péči. Česká republika tak společně s Dánskem, Lucemburskem, Norskem, Švédskem a Británií patří mezi země s vyšším podílem veřejných výdajů na financování zdravotní péče **(35)**.

1.10.2 Funkce regulačních poplatků

1. Regulační – symbolický poplatek odrazuje od spotřeby nadbytečné zdravotní péče, zejména se jedná o pohotovost, návštěvy u lékaře a předepisování některých levných léků či méně účinných léků
2. Signalizační – symbolický poplatek dává občanovy signál v okamžiku, kdy čerpá péči, že ta má určitou, obvykle poměrně vysokou, hodnotu. I cena běžného vyšetření u lékaře může mít hodnotu až 20krát vyšší než je poplatek 30 Kč
3. Vyjádření pobytových, hotelových, nezdravotnických nákladů – týká se poplatku za pobyt v nemocnici, jímž vznikají náklady na energii, jídlo a další služby, které běžně spotřebujeme doma a zcela jistě stojí více než 60 Kč denně
4. Psychologickou (výchovnou) – regulační poplatky prolamují psychologickou bariéru vystavěnou za minulého režimu, že je zdravotní péče zdarma a že je vždy dost peněz pro všechny pacienty a na jakoukoli léčbu. Ukazují, že zdroje jsou omezené a musíme se k nim chovat odpovědně (**18**)

1.10.3 Smysl zavedení regulačních poplatků

Regulační poplatky bylo nutno zavést především za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. V okamžiku, kdy bude pojištěnec čerpat nějakou zdravotní službu, si přes symbolickou částku 30, 60 a 90 korun uvědomí, že tato služba něco stojí a péče mu poskytována má nějakou finančně vyjádřitelnou hodnotu. To by mělo vést ke změně jeho chování a ke zvážení, zda takovou službu, v takové frekvenci nebo takovém množství (u léků) skutečně potřebuje (**34**).

Zavedení regulačních poplatků je dnes běžné ve většině evropských zemí a všude přineslo kýžený efekt. Lidé omezili plýtvání a méně zdravotní služby zneužívali. Ministerstvo zdravotnictví očekává díky poplatkům nárůst celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění o 3,5 až 4 miliardy korun a současně dosažení úspory celkových výdajů tohoto systému o další 4 miliardy korun. Lékař, kterému ubude část návštěv díky poplatkům, může ušetřený čas plně věnovat pacientům, kteří to skutečně

potřebují (34).

Zákon o úplném zrušení regulačních poplatků, který na konci roku 2008 prosadila levice, vrátil senát s novým zněním do sněmovny (51).

Dnem 1. 4. 2009 vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která mění jeho paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů. Zvýhodnění se dotklo zejména dětí do 18 let a seniorů ve věku od 65 let (71).

1.10.4 Druhy regulačních poplatků

- 30 Kč za návštěvu lékaře
- 30 Kč za výdej léku na předpis
- 90 Kč za poskytnutou pohotovostní službu
- 60 Kč za den pobytu v nemocnici (46)

Všechny poplatky se týkají pouze zdravotních výkonů, léků a pobytů, které jsou částečně anebo zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Poplatky platí nejen občané ČR, kteří jsou účastni veřejného zdravotního pojištění (nebo jejich zákonní zástupci), ale také občané jiných členských států EU, kteří čerpají zdravotní péči na území ČR (34).

Regulační poplatek za návštěvu u lékaře

Regulační poplatek 30 Kč se platí za návštěvu u praktického lékaře, dětského lékaře, ženského lékaře, u ambulantního specialisty, klinického psychologa, klinického logopeda či u zubaře a to za podmínky, že bylo provedeno klinické vyšetření lékařem (44).

Poplatek 30 Kč se vztahuje i na vyžádané klinické vyšetření, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost i na ambulance nemocnic, a to v pracovních dnech od 7.00 do 17.00. Po 17. hodině, pokud ovšem nemá

lékař na tuto dobu rozepsanou běžnou pracovní dobu, jde již o pohotovost, na kterou se vztahuje jiný poplatek, a to ve výši 90 Kč **(34)**.

Regulační poplatek 30 Kč za návštěvu u lékaře se neplatí, jde-li o:

- preventivní prohlídku
- dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 31 odst. 1 písm. b) a d)
- hemodialýzu
- laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření
- vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně **(59)**
- děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne (zůstávají však poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa nebo klinického logopeda a 30 Kč za položku na receptu) **(51, 71)**

Regulační poplatek za výdej léku na předpis

Poplatek 30 Kč se platí za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplateků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč **(71)**.

Nehradí se poplatek za vydávání léků předepsaných na recept nehrazených z veřejného zdravotního pojištění (pokud lékař na receptu vyznačí „hradí pacient“) a vydávání léků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis **(68)**.

Regulační poplatek za návštěvu pohotovosti

Za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením hradí pacient poplatek ve výši 90 Kč. Týká se ambulantní pohotovostní služby včetně pohotovostní služby poskytované zubními lékaři anebo pohotovostní služby, která je poskytována u pacienta doma. Ústavní pohotovostní služba se hradí poplatkem ve výši 90 Kč v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 do 7.00 hodin, pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče. Na výdej léků při lékařské pohotovostní službě se poplatek 90 Kč nevztahuje **(34, 59)**.

Regulační poplatek za pobyt v nemocnici

Jako symbol nákladů, spojených s pobytem v nemocnici a čerpáním samotné zdravotní péče byla stanovena částka ve výši 60 Kč za každý den strávený v nemocnici, v odborných léčebných ústavech, v LDN a na lůžku následné péče, nebo v lázních (při komplexní lázeňské péči) nebo v dětských odborných léčebnách či ozdravovnách **(34, 68)**.

Poplatek se neplatí pokud je pacient na propustce, při poskytování jednodenní péče na lůžku či jedná-li se o pobyt ve stacionáři. Stejná pravidla platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Den, ve kterém byl pacient do nemocnice přijat a den, ve kterém bylo poskytování zdravotní péče ukončeno, se počítá jako jeden den. Regulační poplatek se neplatí ani při ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno **(34)**.

Pacient nebo zákonný zástupce a také jeho ubytovaný průvodce musí poplatek uhradit nejdéle do 8 kalendářních dní po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní, nebo k poslednímu dni kalendářního měsíce, pokud byl pacient ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní **(34)**.

Regulační poplatek se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno (59).

1.10.5 Výjimky z placení poplatků

Lidé, kteří se ocitnou v níže uvedených životních či zdravotních situacích jsou osvobozeni od všech poplatků (34).

Regulační poplatek tj. 30, 60 a 90 Kč se podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění neplatí:

- a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,
- b) při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence,
- c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,
- d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů,

- e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona,
- f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb (**11, 17, 59**).

1.10.6 Ochranný limit regulačních poplatků

Hlavním úkolem ochranného limitu je chránit zejména chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatků na léky a některými nově zavedenými regulačními poplatky. Výše ochranného limitu byla ještě do 31. 3. 2009 jednotná pro všechny občany a činila 5000 Kč. Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění však přinesla změnu a od 1. 4. 2009 se částka 5000 Kč snížila na 2500 Kč, a to pro děti do 18 let věku a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18. respektive 65. roku věku (**34, 71**).

Do ochranného limitu jsou započítávány poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře, poplatky ve výši 30 Kč za výdej léku a doplatky na léky pouze v rozsahu doplatku na nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou (generikum) částečně hrazeného zdravotní pojišťovnou. Totéž platí i pro potraviny určené pro zvláštní lékařské účely. Pokud však lékař na receptu vyznačil, že předepsaný lék nelze nahradit, pak se započítává do limitu doplatek v plné výši (**59, 68**).

Do limitu se také nově od 1. 4. 2009 započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě, předepsané na recept pojištěncům starším 65

let (**34, 71**).

Do ochranného limitu nejsou započítávány regulační poplatky za hospitalizaci a za pohotovost, doplatky na léky určené pouze k podpůrné léčbě (tj. vitaminy), s výjimkou takto předepsaných léků na receptu u pojištěnců starších 65 let a doplatky na zdravotnické pomůcky vydané na poukazy (**59, 68, 71**).

Překročení limitu zjišťuje zdravotní pojišťovna vždy ke konci kalendářního čtvrtletí. Pokud přesáhne suma pacientem zaplacených započitatelných regulačních poplatků a doplatků tuto hranici, je jeho zdravotní pojišťovna ze zákona povinna tomuto pacientu nebo jeho zákonnému zástupci do 60 dnů po konci kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen uhradit částku, o kterou byl tento limit překročen (**55, 68**).

Hlásit pojišťovnám vybrané poplatky a započitatelné doplatky mají za povinnost zdravotnická zařízení. Pouze z těchto sdělení může pojišťovna vycházet. V případě, že by zdravotnické zařízení vybrané poplatky nenahlásilo, dává zákon pojištěncům právo vyžádat si při každé platbě doklad o zaplacených poplatcích a doplatcích. Aby pojišťovna mohla takové doklady o platbě uznat, musí obsahovat zákonem uložené údaje: číslo pojištěnce, výši zaplaceného poplatku, den zaplacení a v případě lékárny název léku a výši započitatelného doplatku. Vždy musí být na dokladu razítko zdravotnického zařízení a podpis toho, kdo peníze přijal (**44**).

1.11 Tok regulačních poplatků

Kontrolu nad výběrem regulačních poplatků mají v kompetenci finanční úřady a zdravotní pojišťovny, jelikož jsou tyto poplatky příjmem zdravotnického zařízení, které je vybírá např. lékaři, nemocnice, lékárny. Vybrané regulační poplatky podléhají zdanění a zdravotnická zařízení mají povinnost o nich vést předepsanou evidenci. Nabízí se i možnost jejich počet a celkovou vybranou částku zkontrolovat pomocí výkazů jednotlivých kódů, které zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám pomocí jejího kódu (**55**).

Příjem z regulačních poplatků obecně není příjmem veřejných rozpočtů, ale v podobě platné v ČR je příjmem příslušného zdravotnického zařízení, což v případě

ambulancí, lékáren a některých nemocnic znamená, že je příjmem soukromého subjektu (55).

Poplatky jsou využity především na financování péče, ale také obnovení ordinací nebo přístrojového vybavení nemocnic, na zlepšení doprovodných služeb (stravování) a samozřejmě také na platby zdravotnického personálu (18).

U lékařů a nemocnic by vybrané regulační poplatky měly zohlednit zdravotní pojišťovny při vyjednávání o úhradách zdravotní péče na jednotlivý rok. V případě lékáren bude příjem z poplatků kompenzován snížením obchodních přírážek na léky, z čehož budou profitovat pacienti díky nižším cenám a nižším doplatkům, zejména u drahých léků (34).

1.12 Regulační poplatky versus Listina základních práv a svobod

Téma regulačních poplatků bylo předmětem místy ostrých protestů a diskuzí politických stran již v době před jejich schválením a následným spuštěním k 1.1. 2008. Jedním z významných bodů byl především spor o ústavnosti nově přijatého zákona, který byl kritizován jako protiústavní. Dle mnohých vyjádření odporuje článku 31 Listiny základních práv a svobod, který uvádí, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. To ve skutečnosti znamená, že až zákon říká, kdy a na co máme nárok. Tímto zákonem je zákon o veřejném zdravotním pojištění, který vyjmenovává druhy zdravotní péče hrazené zdravotními pojišťovnami. Uvádí zdravotní výkony, které zdravotní pojišťovny nehradí a výkony, které hradí jen v určitých případech, stejně je to i se zdravotnickými prostředky (obvazy, ortézy, invalidní vozíky apod) (44, 55, 59).

Tento problém byl posuzován Ústavním soudem v Brně, který 28.5.2008 svým výrokem rozhodl, že regulační poplatky nejsou protiústavní a slučují se s Listinou základních práv a svobod (44).

1.13 Regulační poplatky po roce fungování

V březnu 2009 ministerstvo zdravotnictví poprvé zveřejnilo celkové údaje o tom, jak se v roce 2008 finančně projevilo zavedení regulačních poplatků (26).

Za první rok fungování přinesly regulační poplatky do českého zdravotnictví celkovou úsporu ve výši 10 miliard korun. Pět miliard korun se vybralo na poplatcích a dalších pět miliard představují úspory uvnitř systému, které zdravotní pojišťovny využily na financování léčby. Ministerstvo těší, že se díky poplatkům přestala především zneužívat lékařská péče. Klesl počet návštěv na pohotovosti, u ambulantních specialistů, počet předepsaných receptů na léky apod. (4).

Získané finanční prostředky jistou měrou přispěly mimo jiné k jednoduššímu přístupu k nákladné léčbě pro vážně nemocné, ke zvýšení dostupnosti účinné a moderní léčby ve specializovaných centrech, ke zvýšení počtu operačních zákroků, ke zkrácení dlouhých čekacích lhůt nebo k navýšení financování zdravotnické záchranné služby a k rozšíření počtu výjezdových stanovišť. V neposlední řadě mohly mít i svůj vliv na zvýšení dostupnosti zdravotnických zařízení, na uvolnění přeplněných čekáren a na zvýšení tak komfortu. Lékařská služba první pomoci nebyla tolik zneužívaná a využívali ji převážně ti, kteří pomoc skutečně potřebovali (45).

S regulačními poplatky úzce souvisí i ochranný limit, který chrání především chronicky nemocné pacienty a pacienty trpící více chorobami. Díky němu se tak výrazně snížily vlastní náklady na léčbu celkem 18 700 pojištěncům (4).

Už nyní se očekává, že se v roce 2009 kvůli změnám v zákoně získá na poplatcích, oproti pěti miliardám z loňského roku, odhadem 3,5 miliardy korun (26).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je zmapovat názor občanů a odborné veřejnosti na zavedené regulační poplatky. Dílčí cíle a hypotézy, které jsem stanovila na základě prostudované odborné literatury, jsou zaměřeny na placení regulačních poplatků a uzavírání soukromého zdravotního pojištění.

Dílčí cíle:

1. Zjistit výši regulačních poplatků přijatelnou pro občany
2. Zmapovat využívání možnosti uzavřít soukromé zdravotní připojištění

2.2 Hypotézy práce

1. Odborná veřejnost souhlasí s regulačními poplatky
2. Laická veřejnost není informována o zavedených regulačních poplatcích a ročním ochranném limitu těchto poplatků
3. Pro osoby ovlivněné sociální událostí představují regulační poplatky ekonomickou zátěž
4. Dotazovaní respondenti souhlasí se zrušením regulačních poplatků pro stávající, zákonem vymezené, skupiny obyvatelstva

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Ke zpracování této práce byla použita metoda dotazování, kterou jsem provedla sběrem dat pomocí techniky dotazníku a technika sekundární analýzy dat. Pro výzkumnou část byly stanoveny dva statistické soubory – 1. Široká veřejnost, 2. Odborná veřejnost. Údaje z dotazníků jsem upravila pomocí programu Microsoft Excel do grafické podoby. Vyhodnocení konečných dat je vyjádřeno v procentech.

3.1.1 Dotazník pro veřejnost

Dotazník (viz. Příloha 1) byl zcela anonymní a obsahoval 30 otázek. Vyskytly se v něm otázky uzavřené a polootevřené. Respondenti odpovídali formou označování jimi zvolených odpovědí a u polootevřených otázek navíc případně prostřednictvím vypisování odpovědí.

První tři otázky sloužily k bližšímu rozlišení charakteristiky zkoumaného vzorku. Byly zaměřeny na pohlaví, věk a míru dosaženého vzdělání.

Otázka 4 zjišťovala případný počet nezaopatřených dětí žijících ve společné domácnosti s rodiči či rodičem.

Otázky 5 a 6 byly směřovány na ekonomické zajištění respondentů.

Se spokojeností se stavem českého zdravotnictví a popřípadě nutností provést reformu zdravotnictví, souvisely otázky číslo 7 a 8.

Názor na zavedené regulační poplatky a s nimi spojené výše regulačních poplatků či ročního ochranného limitu zkoumaly otázky 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25 a 26.

To, jaká je mezi širokou veřejností informovanost o systému regulačních poplatků a případný zdroj daných informací, zjišťovaly otázky 10, 12, 13 a 27.

Na možný zásah regulačních poplatků do rodinného rozpočtu, spojený s nepříznivým zdravotním stavem i dopad na snížení počtu návštěv u lékaře se zaměřily

otázky pod čísly 20, 21 a 22.

O informovanosti v oblasti kontroly poskytnuté zdravotní péče, stejně tak v oblasti sledování úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního ochranného limitu či možného vrácení finančních prostředků při jeho překročení se zajímaly otázky 28 a 29.

Poslední otázka číslo 30 byla cílena na využívání možnosti uzavření soukromého zdravotního pojištění.

Mou druhou hypotézu by mohly potvrdit, nebo vyvrátit otázky 10, 12, 27, 28 a 29. Třetí hypotézu by pak mohly potvrdit, nebo vyvrátit otázky číslo 4, 5, 20 a 21. Otázka číslo 17 by měla potvrdit, nebo vyvrátit hypotézu číslo 4.

3.1.2 Dotazník pro odbornou veřejnost

Dotazník (viz. Příloha 2) byl stejně jako předchozí dotazník pro širokou veřejnost zcela anonymní a byl rozdělen do 27 uzavřených a polootevřených otázek, na které odborná veřejnost odpovídala opět formou zaškrtnutí a případně vypisování jimi zvolených odpovědí.

První čtyři otázky sloužily i zde, v tomto dotazníku, k bližší specifikaci zkoumaného vzorku. Tázaly se na pohlaví, věk, odbornou způsobilost v oblasti zdravotnictví a její případné finanční ohodnocení.

Spokojenost se stavem českého zdravotnictví i případnou nutnost reformy zdravotnictví z pohledu odborné veřejnosti zjišťovaly otázky 5 a 6.

Otázky číslo 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22 a 23 sloužily ke zmapování všeobecného pohledu a názoru na zavedené regulační poplatky, jejich výši, využívání i výši ročního ochranného limitu nebo i možného osvobození od platby regulačních poplatků u vybraných skupin obyvatelstva.

Na prozkoumání informovanosti z řad odborné veřejnosti byly sestaveny otázky 8, 10, 11 a 24.

S možnými dopady zavedených regulačních poplatků na snížení počtu návštěv u lékařů a následně s větším časem na jednotlivé pacienty souvisely otázky 18 a 19.

Se znalostí způsobu kontroly poskytované zdravotní péče a sledování úhrady regulačních poplatků se pojily otázky 25 a 26.

Závěrečná otázka číslo 27 mapovala využití uzavření soukromého zdravotního pojištění.

Otázka číslo 7, 9, 12 a 13 slouží k potvrzení, nebo vyvrácení hypotézy číslo 1. Hypotézu číslo 4 má potvrdit, nebo vyvrátit otázka číslo 15.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

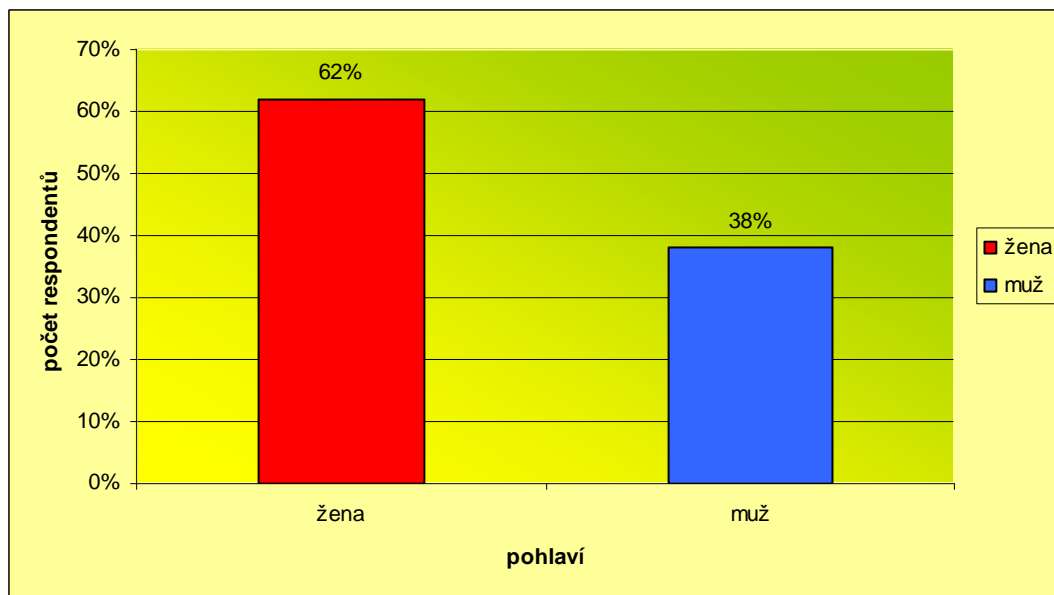
Výzkumný soubor tvořil náhodný vzorek občanů z řad široké veřejnosti Jihočeského kraje a odborná veřejnost, působící v oblasti zdravotnictví, též na území Jihočeského kraje. Výzkum mezi odbornou veřejností jsem uskutečnila převážně v krajské nemocnici Jihočeského kraje či ve vybraných soukromých ordinacích na Českobudějovicku po předešlé domluvě s vedoucími pracovníky. Díky jejich spolupráci jsem tak mohla oslovit zdravotnický personál.

Dohromady jsem rozdala a rozeslala 500 dotazníků určených pro širokou veřejnost a 300 dotazníků určených pro odbornou veřejnost. Za 12 týdnů, během nichž výzkum probíhal, se mi od široké veřejnosti vrátilo 378 dotazníků, což představuje 76% návratnost. Při následném zpracovávání jsem musela 74 dotazníků vyřadit, neboť nebyly zodpovězeny některé ze základních otázek. Výzkumný soubor tak tvořilo celkem 304 respondentů. Dotazníků z řad odborné veřejnosti se mi jich vrátilo vyplněných 196, což představuje 65% návratnost. Při následném zpracování jsem musela vyřadit 89 dotazníků, neboť ani zde nebyly zodpovězeny některé ze základních otázek. Výzkumný soubor tak tvořilo 107 zdravotníků.

4. Výsledky

4.1 Výsledky dotazníků pro veřejnost

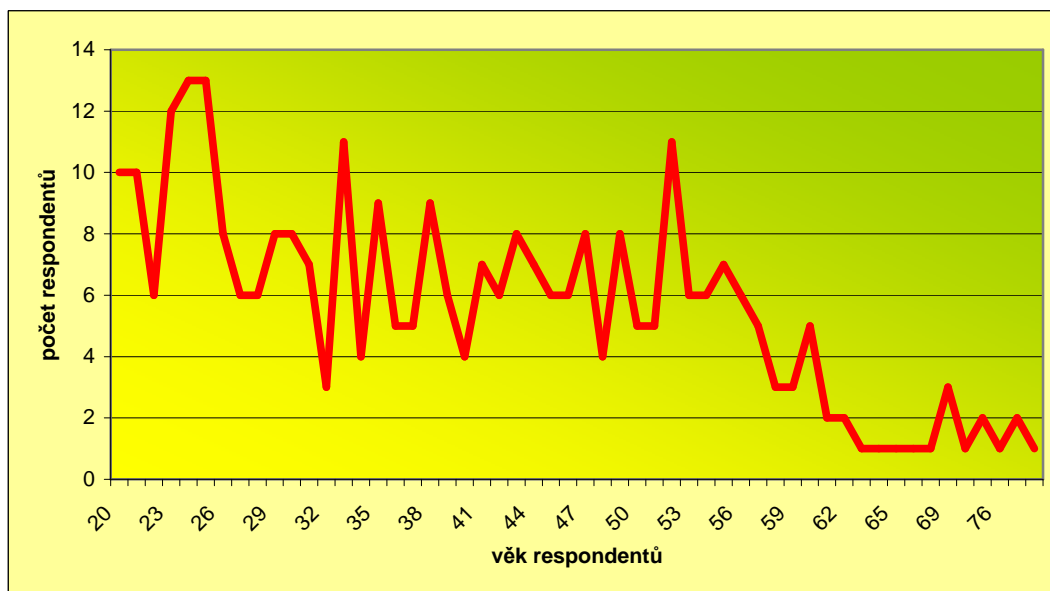
Graf 1: Pohlaví respondentů (Dotazník, otázka č. 1)



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dotazovanými respondenty převažovaly ženy, jejichž počet činil 188 (62%), zatímco mužů odpovídalo 116 (38%).

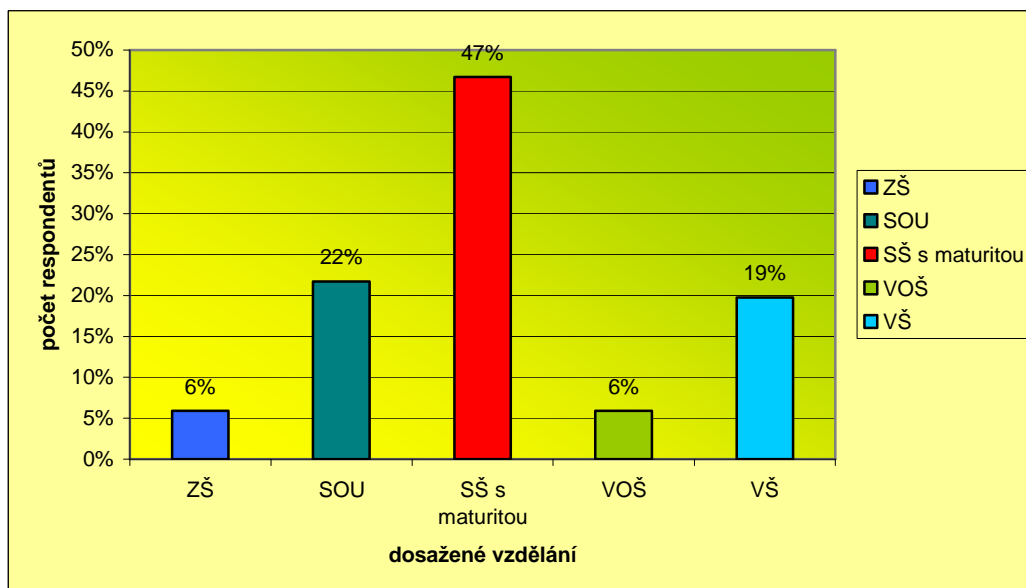
Graf 2: Věk respondentů (Dotazník, otázka č. 2)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrný věk respondentů v provedeném dotazníkovém šetření byl 33 let. Nejmladšímu bylo 20 let a nejstaršímu oslovenému 78 let.

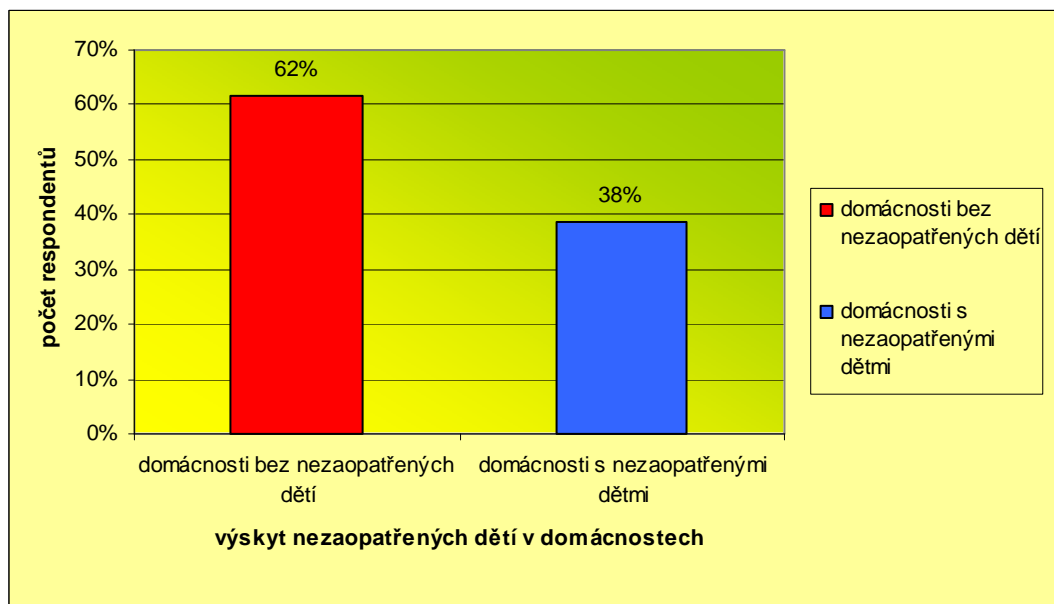
Graf 3: Dosažené vzdělání (Dotazník, otázka č. 3)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější dosažené vzdělání, mezi řadou široké veřejnosti, bylo studium zakončené maturitní zkouškou, které se ve výsledcích ukázalo ve 142 případech (47%). Jako druhý, nejčastější typ vzdělání, bylo uváděno střední odborné učiliště, ke kterému se přihlásilo celkem 66 respondentů (22%). Následovala vysoká škola, a to u 60 dotázaných (19%). Shodně, v počtu 18 respondentů (6%), byla označena základní škola a vyšší odborná škola.

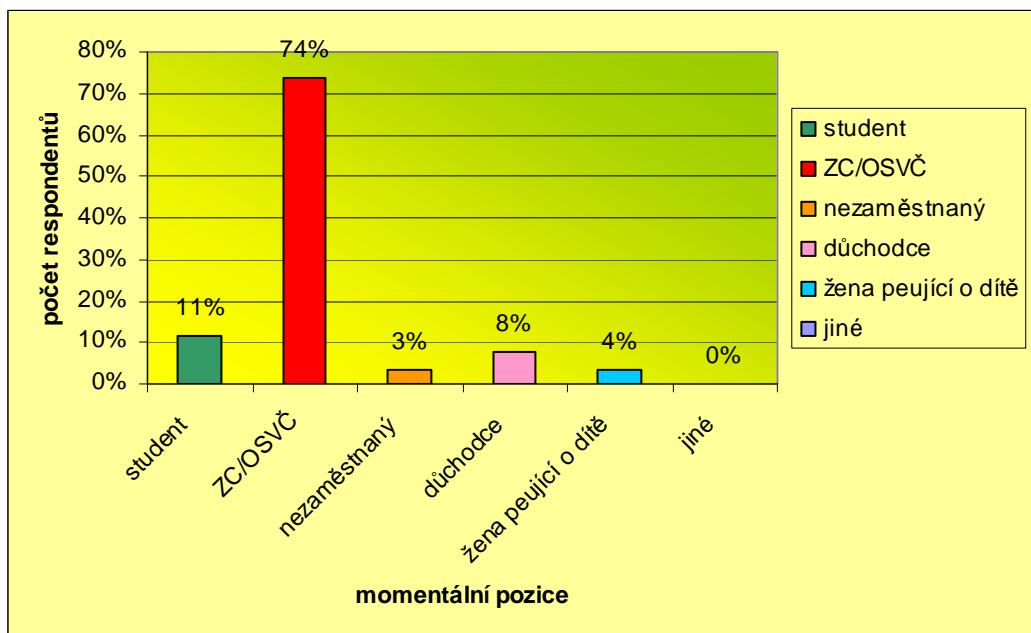
Graf 4: Počet nezaopatřených dětí v domácnosti (Dotazník, otázka č. 4)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 304 respondentů, uvedlo 117 (38%) přítomnost nezaopatřeného dítěte ve společné domácnosti. Se 187 odpovídajícími (62%) nežije v domácnosti žádné nezaopatřené dítě.

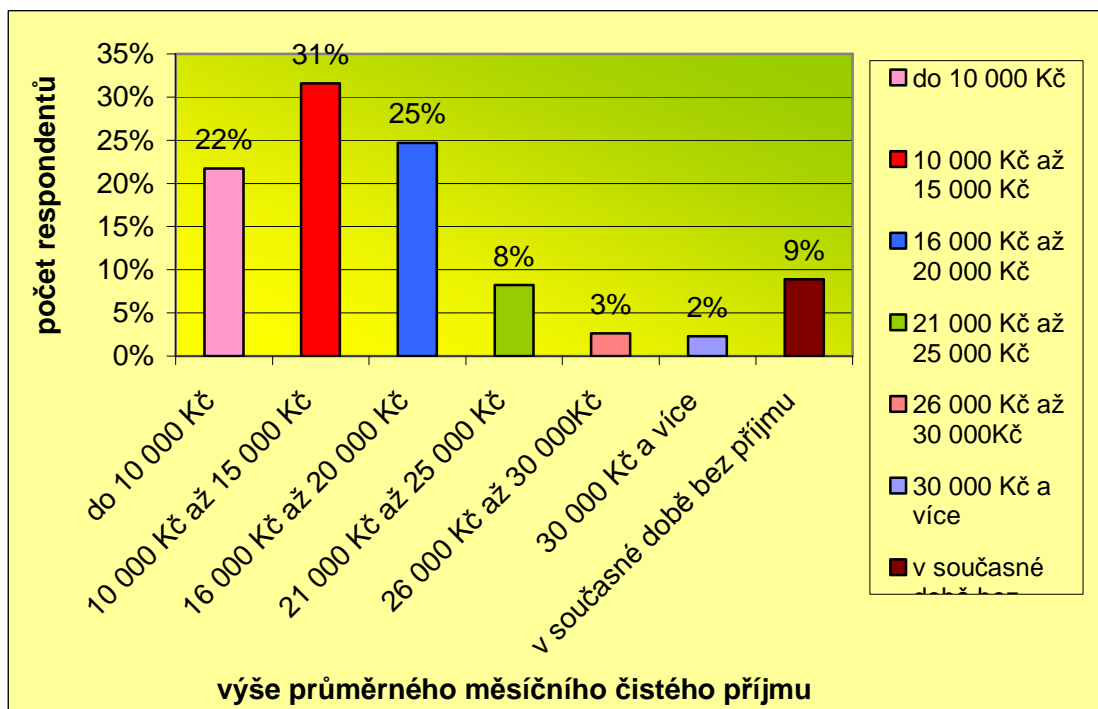
Graf 5: Pozice respondentů ve společnosti (Dotazník, otázka č. 5)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve zkoumaném souboru byli nejčastěji zastoupeni zaměstnanci, popřípadě osoby samostatně výdělečně činné, a to v počtu 224 (74%). Druhou nejčastější skupinu tvořili studenti, představovaní počtem 35 (11%). Sestupně následovali důchodci počtem 24 (8%), ženy pečující o dítě v 11 případech (4%) a nezaměstnaní v 10 odpovědích (3%). Možnost jiné pozice nevyužil žádný z respondentů (0%).

Graf 6: Průměrný měsíční čistý příjem respondentů (Dotazník, otázka č. 6)



Zdroj: Vlastní výzkum

96 respondentů (31%) uvedlo jako svůj průměrný měsíční čistý příjem rozmezí 10 000 Kč až 15 000 Kč. 75 jedinců (25%) uvedlo příjem v rozmezí 16 000 Kč až 20 000 Kč. V 66 případech (22%) byl označen příjem do 10 000 Kč. Bez příjmu, v době vyplňování dotazníku, bylo 27 respondentů (9%). Příjem mezi 21 000 Kč až 25 000 Kč označilo 25 dotázaných (8%). Do rozmezí 26 000 Kč až 30 000 Kč se vešlo 8 respondentů (3%) a příjem nad 30 000 Kč uvedlo 7 oslovených (2%).

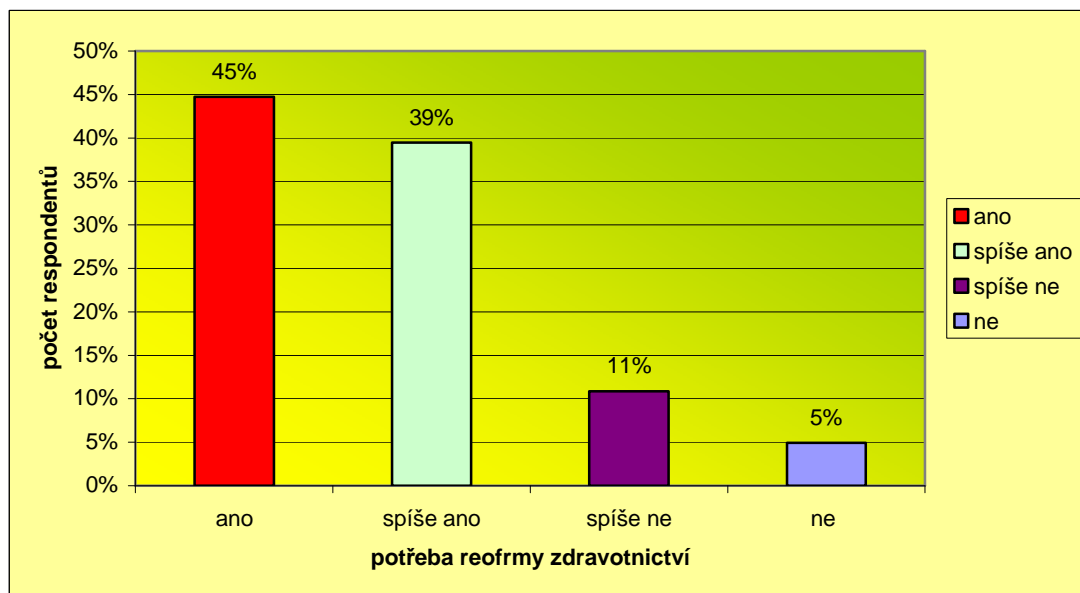
Graf 7: Spokojenost se stavem českého zdravotnictví (Dotazník, otázka č. 7)



Zdroj: Vlastní výzkum

Spokojenost se stavem českého zdravotnictví označilo pouze 13 osob (4%). Spíše kladně jej hodnotí 116 respondentů (38%), naopak spíše negativně nahlíží na naše zdravotnictví 106 dotázaných (35%). 69 odpovědí (23%) zaznamenalo nespokojenost s tím, jak vypadá dnešní podoba zdravotnictví v České republice.

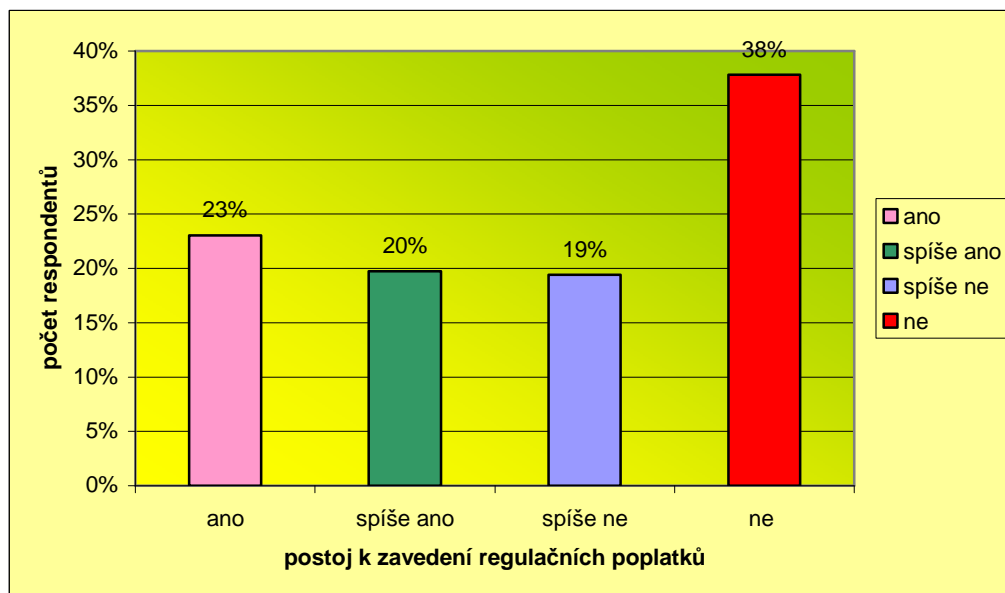
Graf 8: Potřebnost reformy zdravotnictví (Dotazník, otázka č. 8)



Zdroj: Vlastní výzkum

136 dotázaných (45%) považuje za nutné provedení reformy zdravotnictví v České republice. 120 respondentů (39%) by hodnotilo případnou reformu zdravotnictví spíše pozitivně. 33 zaznamenaných odpovědí (11%) nepovažuje za nutné provést reformní kroky v českém zdravotnictví, podobně jako 15 dalších odpovědí (5%), které jsou proti reformním krokům a následným změnám na poli českého zdravotnictví.

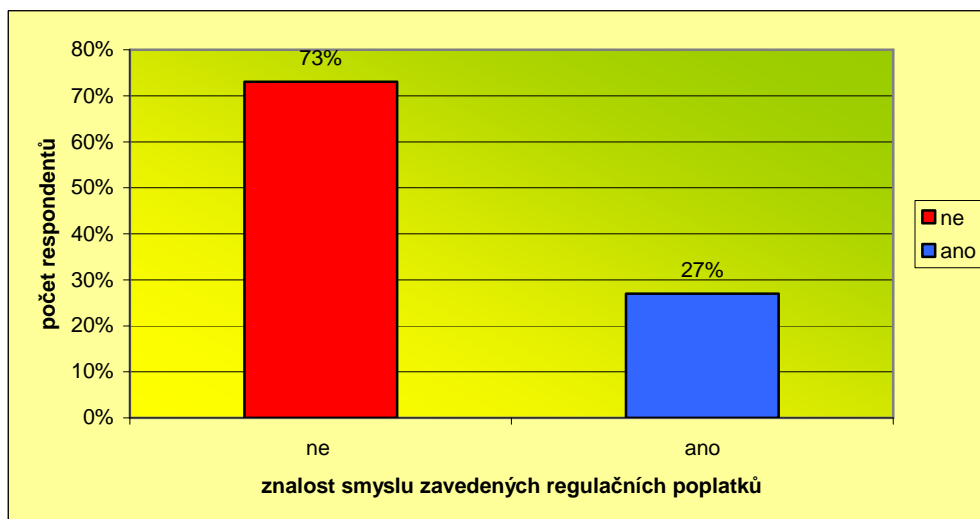
Graf 9: Postoj k zavedení regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 9)



Zdroj: Vlastní výzkum

Se zavedením regulačních poplatků souhlasí 70 respondentů (23%). Spíše pro zavedení regulačních poplatků se vyslovilo 60 dotázaných (20%). Spíše se zamítavým postojem tohoto reformního kroku jsem se setkala u 59 odpovědí (19%) a rezolutně proti zavedeným změnám se vyjádřilo 115 respondentů (38%) z řad široké veřejnosti.

Graf 10: Znalost smyslu zavedených regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 10)

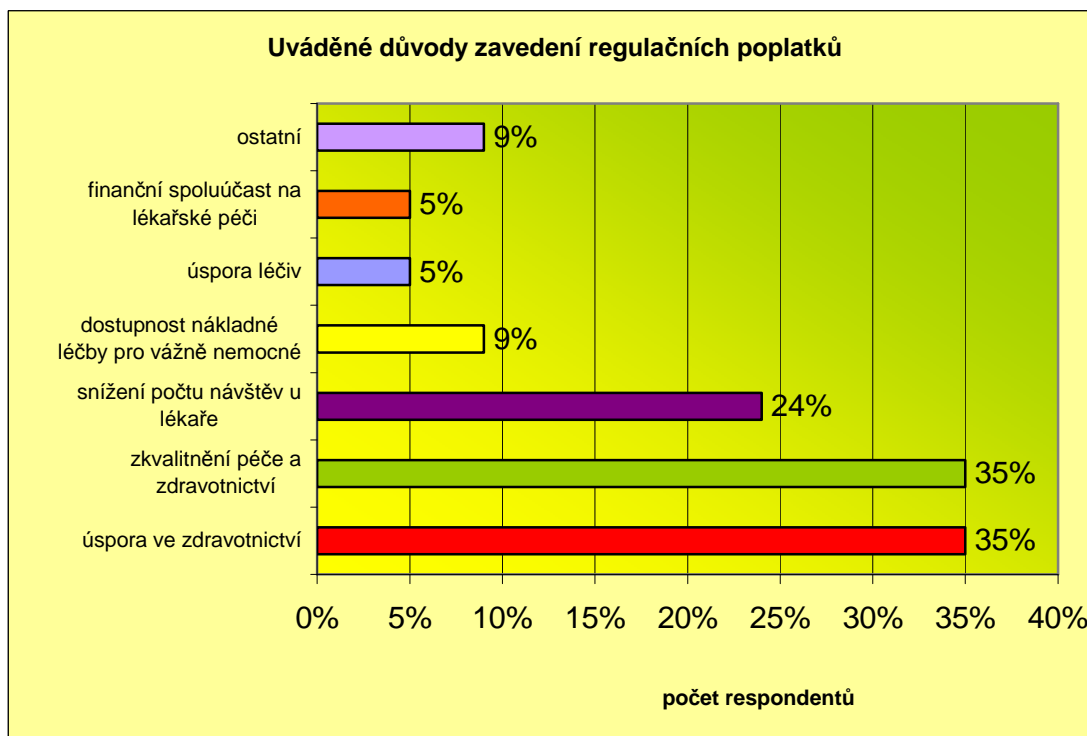


Zdroj: Vlastní výzkum

Celých 222 dotázaných (73%) nezná smysl toho, proč byly regulační poplatky přijaty jako součást systému českého zdravotnictví. Pouhých 82 odpovědí (27%) přineslo možný důvod, který pravděpodobně mohl vést k přijetí regulačních poplatků.

Následující graf pak zaznamenává výčet uvedených odpovědí.

Graf 11: Důvody vedoucí k zavedení regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 10)

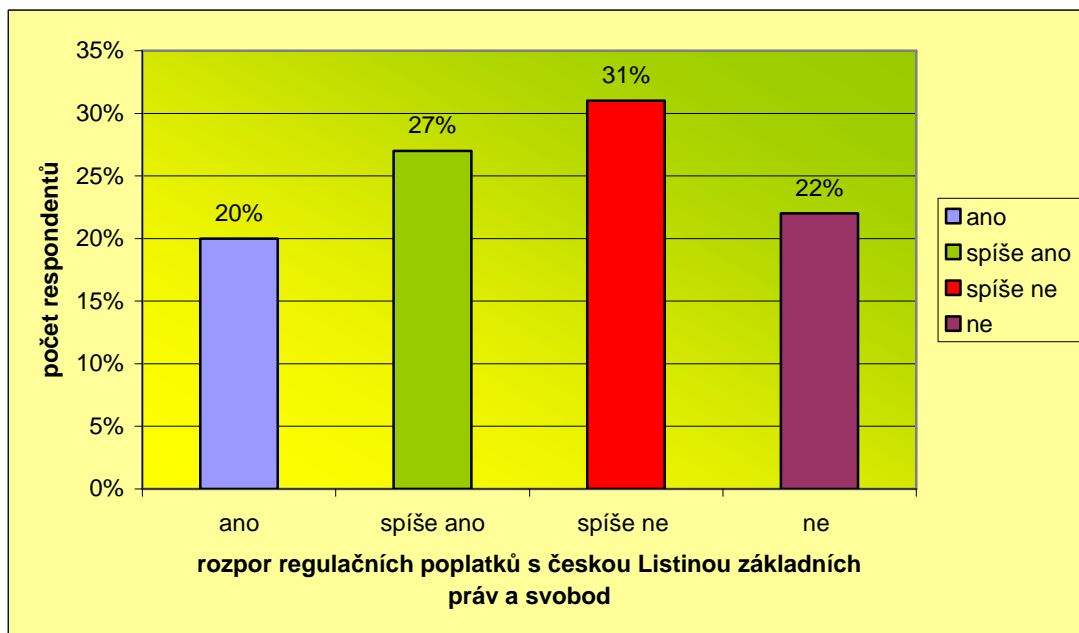


Zdroj: Vlastní výzkum

V této podotázce mohl každý z 82 respondentů uvést i několik důvodů, které mohly vést, podle jejich názorů, k zavedení regulačních poplatků. 29 (35%) dotázaných, z celkového počtu 82 respondentů, vidí smysl v zavedení regulačních poplatků především ve zkvalitnění zdravotních služeb a zdravotnictví jako takového, a to nejčastěji prostřednictvím nákupů moderních přístrojů a dalšího nového vybavení. Shodný počet respondentů (35%) si slibuje od zavedených regulačních poplatků úsporu ve zdravotnictví, omezení plýtvání prostředky a hlavně navýšení finančních rezerv ve zdravotnictví s následným zlepšením financování celého zdravotnictví. Dalším dopadem regulačních poplatků by mělo být, podle 20 respondentů (24%), snížení počtu návštěv u lékaře a tím zamezení zneužívání zdravotnických služeb. Mezi odpověďmi se objevily i připomínky k nadměrnému počtu seniorů v lékařských ordinacích či simulace pacientů. 7 dotázaných (9%) spatřuje smysl v zavedených poplatcích zejména

v usnadnění dostupnosti zdravotní péče a nákladné léčby pro vážně nemocné. Stejným počtem 4 oslovených (5%) byly zastoupeny odpovědi, které kladly za cíl regulačních poplatků omezení plýtvání léky či spoluúčast pacientů na financování lékařské péče. Mezi ostatními důvody, bylo uvedeno např. , že se v dnešní době platí všude, tak proč by se nemohlo platit stejně tak ve zdravotnictví, další respondenti uvedli důvod zavedených regulačních poplatků za nesmyslný, či pouze regulační bez bližší specifikace.

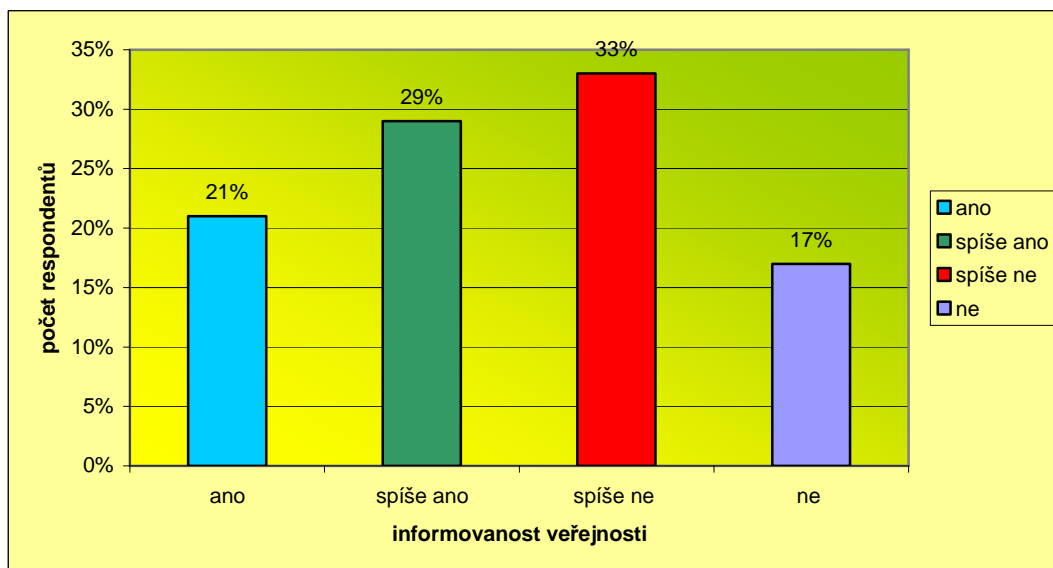
Graf 12: Regulační poplatky versus česká Listina základních práv a svobod (Dotazník, otázka č. 11)



Zdroj: Vlastní výzkum

62 oslovených (20%) se domnívá, že zavedené regulační poplatky si odporují s českou Listinou základních práv a svobod. Dalších 81 dotázaných (27%) si myslí, že regulační poplatky jsou v některých bodech v rozporu s českou Listinou základních práv a svobod. Největší počet respondentů, 95 (31%), si nemyslí, že by byly regulační poplatky výrazně v nesouladu s českou Listinou základních práv a svobod. Pro jednoznačnou odpověď, která odmítá jakékoli spory s touto listinou se vyslovilo 66 dotázaných (22%).

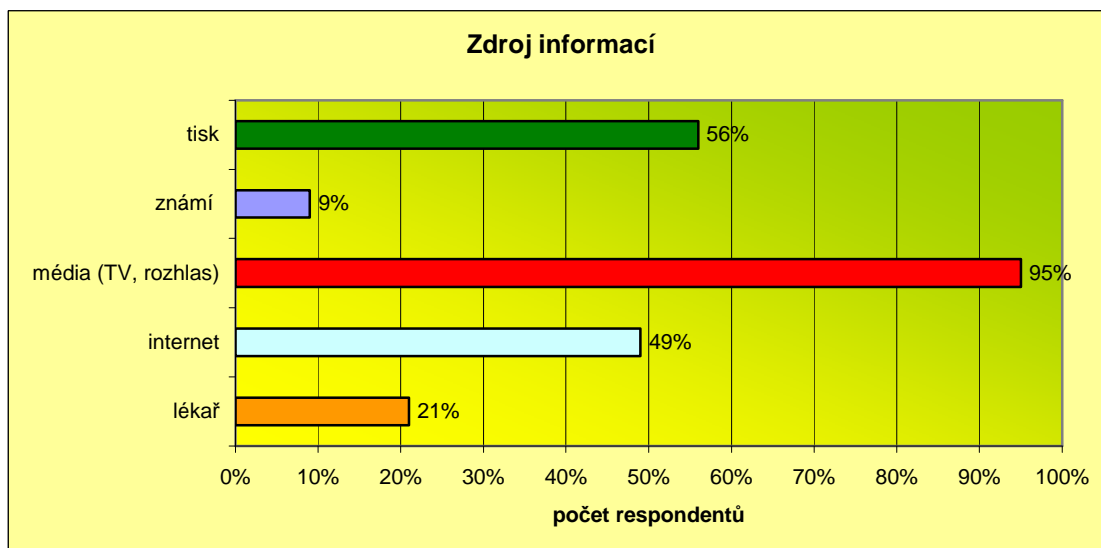
Graf 13: Informovanost veřejnosti o regulačních poplatcích (Dotazník, otázka č. 12)



Zdroj: Vlastní výzkum

65 oslovených (21%) se domnívá, že má dostatek informací o zavedených regulačních poplatcích. O něco méně informovaných je 89 dotázaných (29%). Více informací z této oblasti by nejspíš uvítalo 99 respondentů (33%) a 51 dotázaných (17%), která si je vědoma značné neinformovanosti. Následující graf ukazuje na nejčastěji uváděné zdroje informací o regulačních poplatcích.

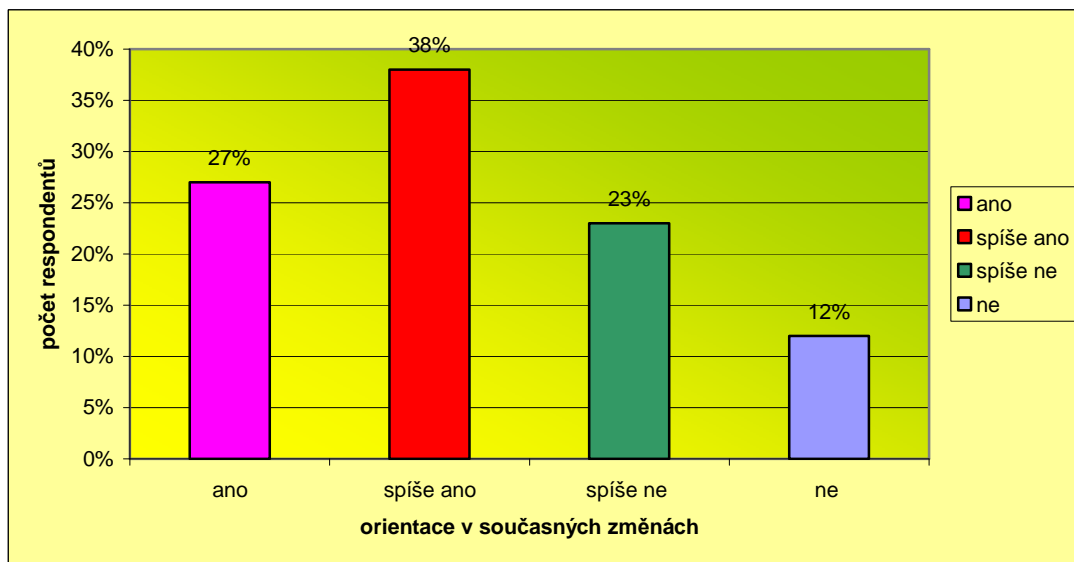
Graf 14: Uváděné zdroje informací o regulačních poplatcích (Dotazník, otázka č. 12)



Zdroj: Vlastní výzkum

Jako nejběžnější původ informací o regulačních poplatcích uvedlo 154 respondentů, kladně odpovídajících na předcházející otázku, v následné podotázce s možností označit více odpovědí, média (TV, rozhlas), a to ve 146 případech (95%). Následoval tisk, v 87 případech (56%), internet v 75 označených odpovědích (49%), lékaře jako zdroj informací uvedlo 32 (21%) a známé 14 dotázaných (9%).

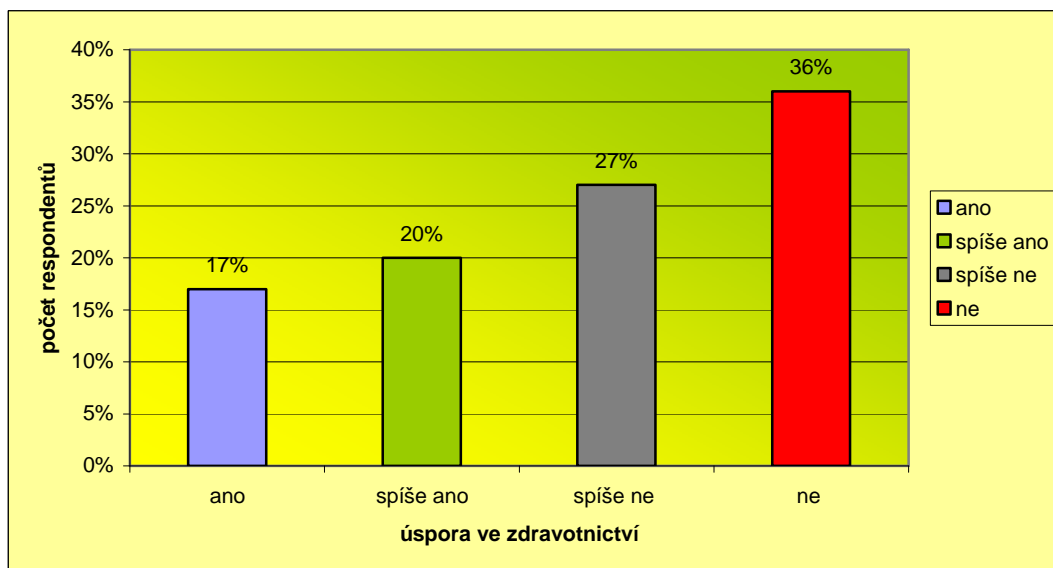
Graf 15: Orientace v současných změnách na poli regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 13)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 81 dotázaných (26%) je velmi obtížné se orientovat v současných změnách, které provázejí regulační poplatky. Spíše obtížná je tato skutečnost pro 115 oslovených (38%). I přes dnešní změny, které panují na poli regulačních poplatků je pro 70 jedinců (23%) z řad veřejnosti stále ještě poměrně srozumitelný systém regulačních poplatků. Stejně tak 38 respondentů (12%) nemá se současnými změnami a s jejich porozuměním žádné potíže.

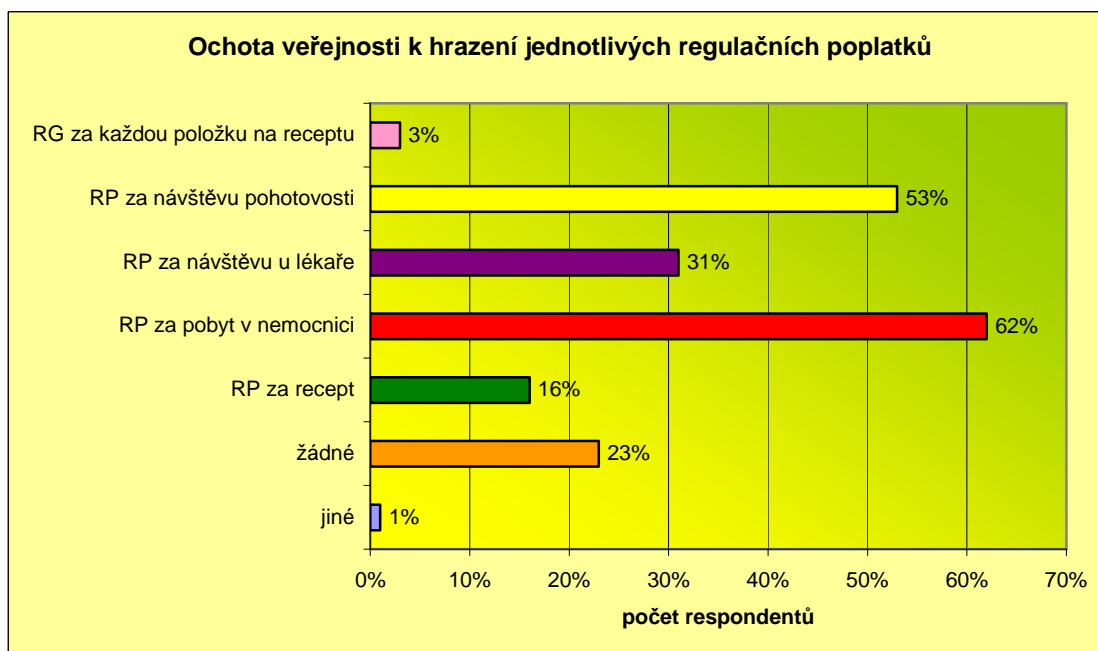
Graf 16: Regulační poplatky a následná úspora ve zdravotnictví (Dotazník, otázka č. 14)



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle 53 oslovených (17%) povedou regulační poplatky k celkové úspoře ve zdravotnictví. Méně v případnou úsporu věří 60 oslovených (20%). 82 jedinců (27%) si nemyslí, že by regulační poplatky přinesly výraznou finanční injekci do zdravotnictví a celkem 109 odpovědí (36%) bylo názoru, že regulační poplatky k žádné úspoře nepovedou.

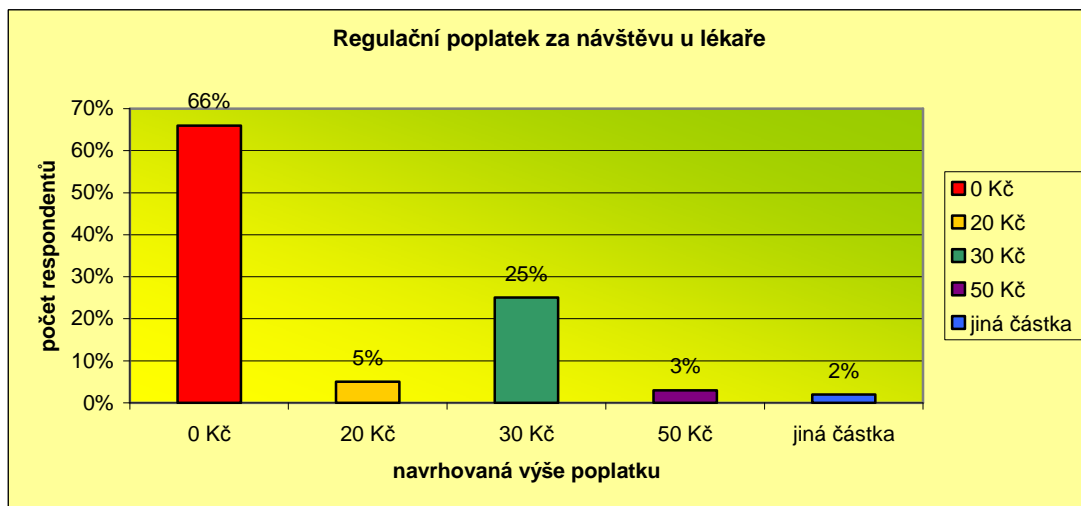
Graf 17: Ochota veřejnosti k úhradě stávajících regulačních poplatků za zdravotnické služby (Dotazník, otázka č. 15)



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z grafu, občané nejčastěji souhlasí s placením regulačních poplatků v nemocnici. Tuto variantu označilo v otázce, s více možnostmi odpovědí, 189 oslovených (62%) z celkového počtu 304 respondentů. Na pohotovosti si je ochotno hradit regulační poplatek 161 dotázaných (53%). Regulační poplatek za návštěvu u lékaře si bez většího odporu zaplatí 95 respondentů (31%). Regulační poplatek za recept, jako takový, by si bylo ochotno zaplatit 48 oslovených (16%), zatímco existující regulační poplatek za každou položku na receptu jen 9 jedinců (3%). Proti jakýmkoliv zavedeným regulačním poplatkům a jejich hrazení se vyslovilo 69 dotázaných (23%). Ve 2 odpovědích (1%) označujících možnost jiného, dalšího možného placení regulačních poplatků, by si občané byli ochotni připlácet za speciální vyšetření či nadstandardní péči.

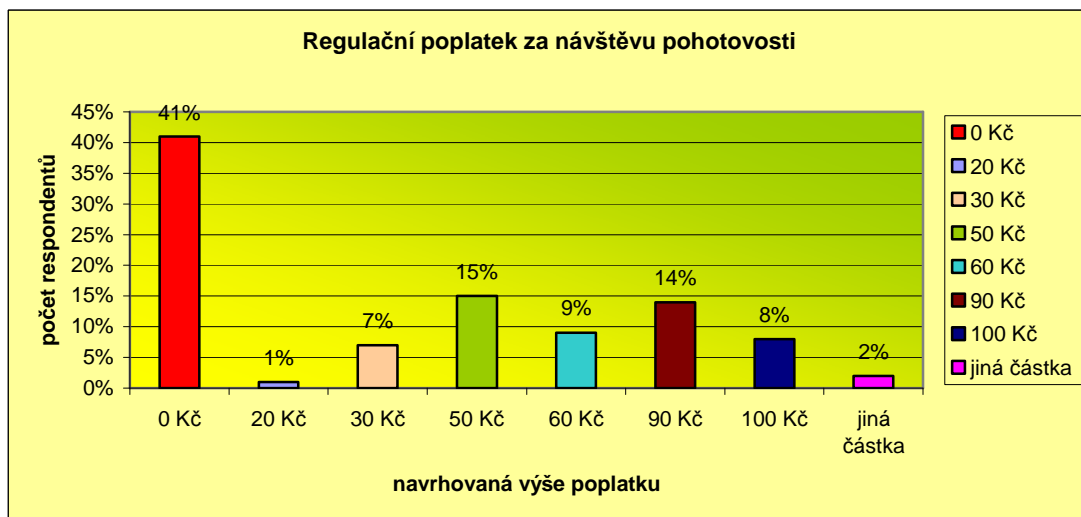
Graf 18: Navrhované výše částek regulačního poplatku za návštěvu u lékaře (Dotazník, otázka č. 16)



Zdroj: Vlastní výzkum

Za regulační poplatek u lékaře by neplatilo žádnou částku 200 respondentů (66%). Stávající výši poplatku by bylo ochotno zaplatit 75 oslovených (25%). Jiné návrhy částek za regulační poplatek u lékaře označovaly výši 10 Kč, 40 Kč či dokonce 100 Kč.

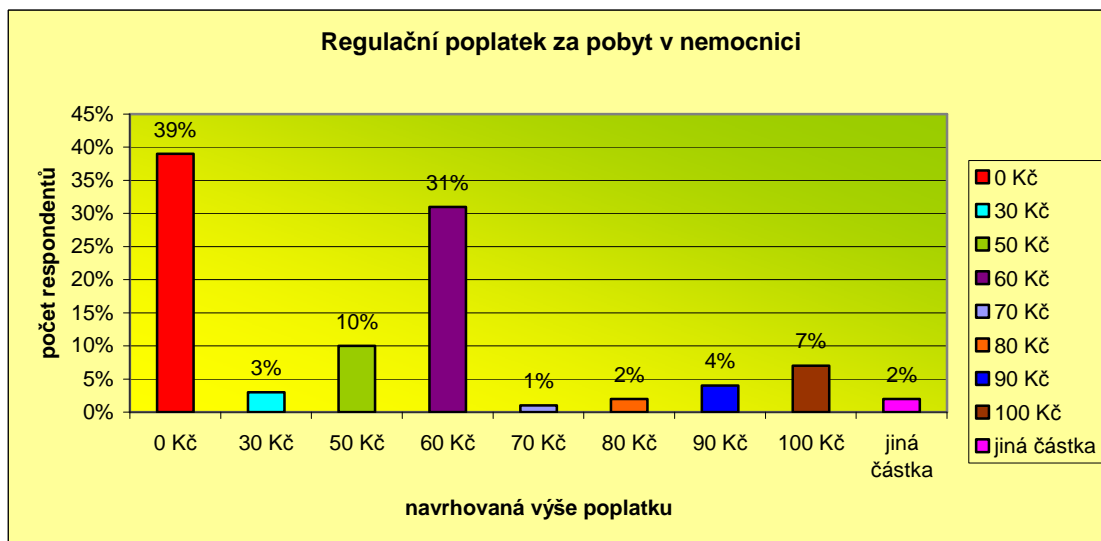
Graf 19: Navrhované výše částek regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti (Dotazník, otázka č. 16)



Zdroj: vlastní výzkum

125 respondentů (41%) se staví zamítavě k hrazení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti. Stávající částku by bylo ochotno platit 45 oslovených (14%). Výši 50 Kč by platilo 46 dotázaných (15%). Jiné navrhované částky se pohybovaly od 40 Kč, přes 70 Kč, 80 Kč, 150 Kč až po nejvyšší navrhovanou částku, která zněla 200 Kč.

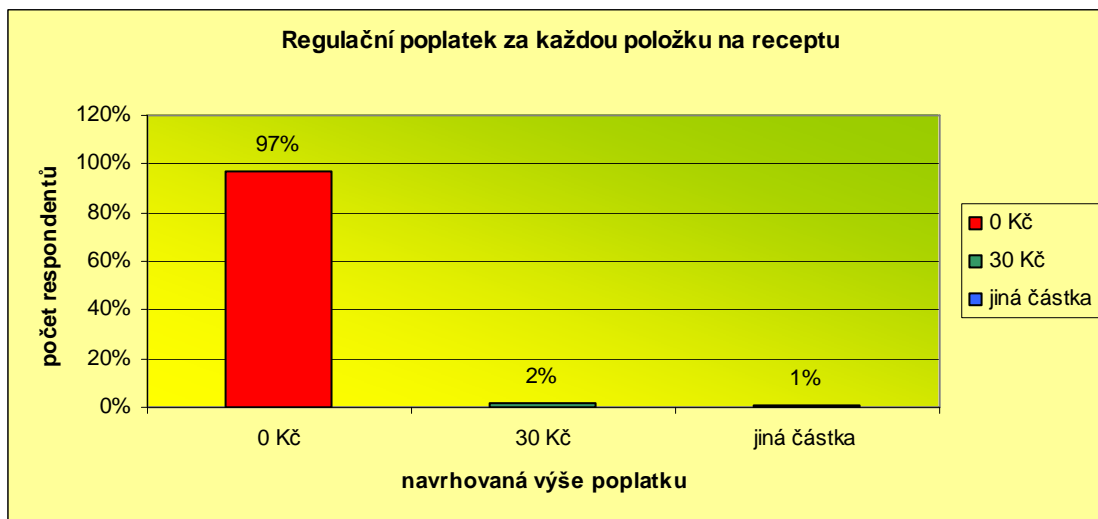
Graf 20: Navrhované výše částek regulačního poplatku za pobyt v nemocnici (Dotazník, otázka č. 16)



Zdroj: Vlastní výzkum

119 jedinců (39%) z řad veřejnosti by za pobyt v nemocnici neplatili žádnou částku. Stávající výši poplatku by hradilo 94 oslovených (31%). Jiné částky, které byly zmíněny v malém zastoupení, činily od nejnižší 20 Kč částky až po nejvyšší navrhovanou, 300 Kč.

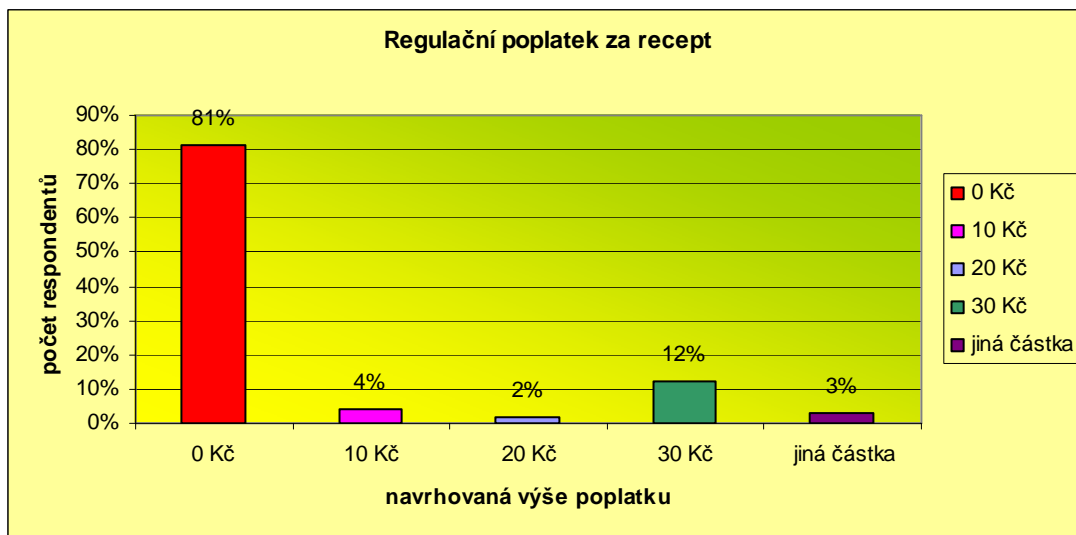
Graf 21: Navrhované výše částek regulačního poplatku za každou položku na receptu (Dotazník, otázka č. 16)



Zdroj: Vlastní výzkum

Výrazný počet 295 oslovených (97%) by bylo pro neplacení poplatku za každou položku na receptu. 5 dotázaných (2%) je ochotno platit stávající 30 Kč částku. Jiné navrhované částky se pohybovaly od 5 Kč, přes 10 Kč, 20 Kč až po 50 Kč výši.

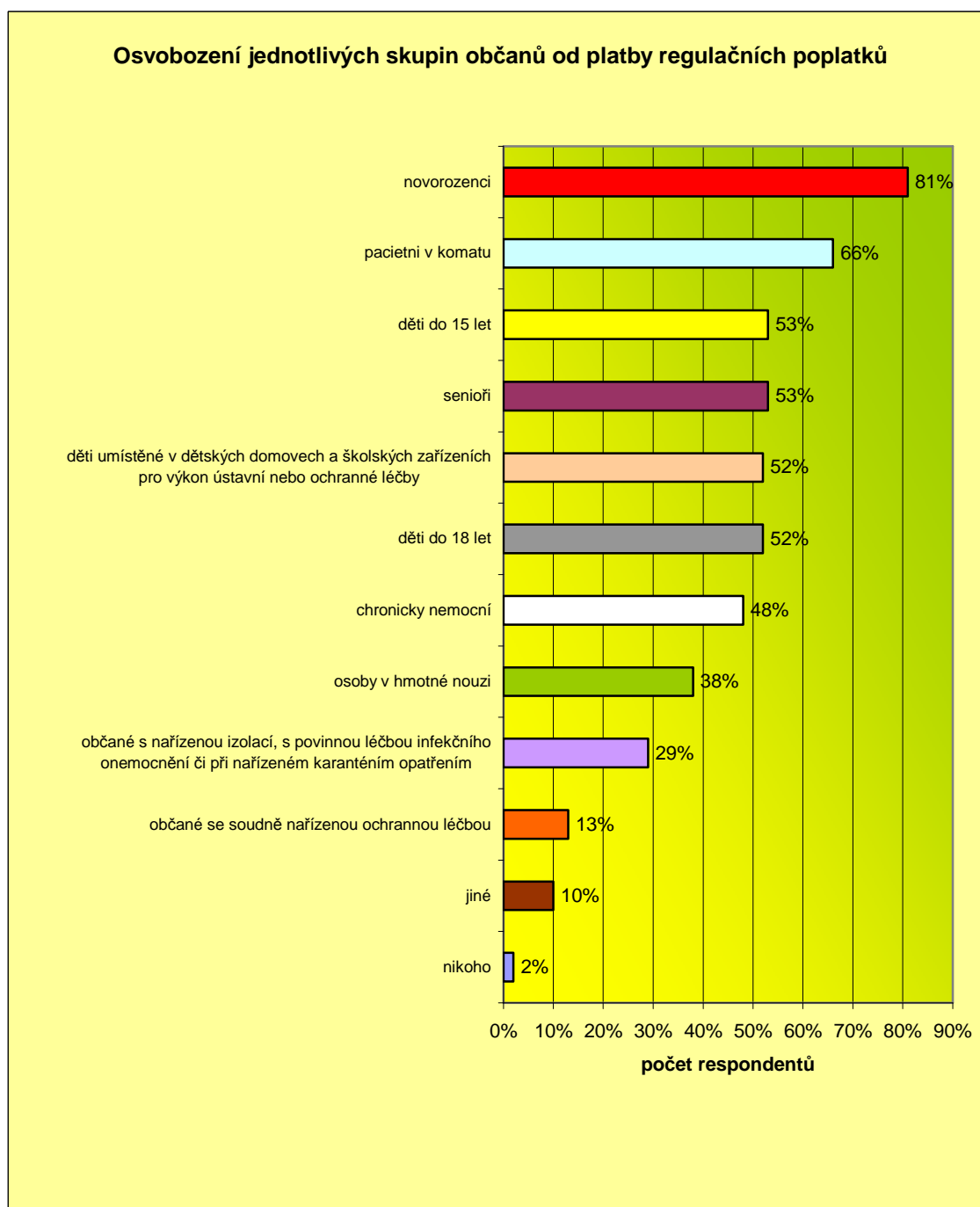
Graf 22: Navrhované výše částek regulačního poplatku za recept (Dotazník, otázka č. 16)



Zdroj: Vlastní data

Kdyby existoval případný regulační poplatek za recept, jako takový, 248 oslovených (81%) by si ani tento poplatek nebylo ochotno platit. 36 dotázaných (12%) by si však již za tento poplatek bylo ochotno uhradit částku ve výši 30 Kč. 10 Kč by si platilo 11 oslovených (4%) a 20 Kč pak 5 oslovených (2%). Další navrhované částky za zmiňovanou službu činily 50 Kč a 5 Kč.

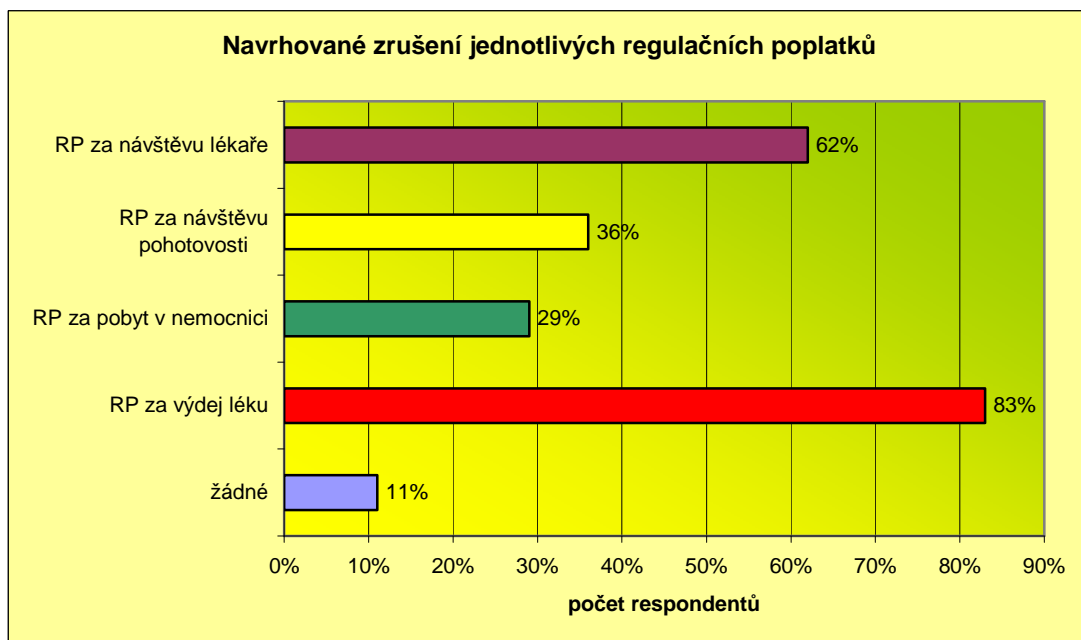
Graf 23: Osvobození jednotlivých skupin občanů od plateb regulačních poplatků
(Dotazník, otázka č. 17)



Zdroj: Vlastní data

Otázka, koho by se mělo týkat osvobození od plateb regulačních poplatků, s možností označit více odpovědí, zaznamenalo ze 304 respondentů 246 (81%) novorozence. 200 odpovědí (66%) hovořilo pro pacienty v komatu. Děti do 15 let a senioři by měli být osvobozeni od plateb regulačních poplatků podle 161 oslovených respondentů (53%). Děti umístěné v dětských domovech a školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné léčby označilo 159 respondentů (52%), stejně jako na návrh 157 dotázaných (52%), podle kterých by měli být osvobozeni od poplatků taktéž děti do 18 let. Chronicky nemocné pacienty by osvobodilo 146 oslovených (48%). Pro osoby v hmotné nouzi se vyslovilo 115 respondentů (38%). Občané s nařízenou izolací ve zdravotnickém zařízení, s povinnou léčbou infekčního onemocnění či při nařízeném karanténním opatření, získali 87 hlasů (29%). Za občany se soudně nařízenou ochrannou léčbou se postavilo 40 jedinců z řad veřejnosti (13%). Pro možnost, aby platili regulační poplatky všichni, bez rozdílu, se vyslovilo 7 dotázaných (2%). Mezi dalšími návrhy, koho by se mohlo týkat osvobození od plateb poplatků, byli jmenováni děti do 6 let, lidé s důchodem, studenti, novorozenci i s matkami či navrhované osvobození pro všechny občany.

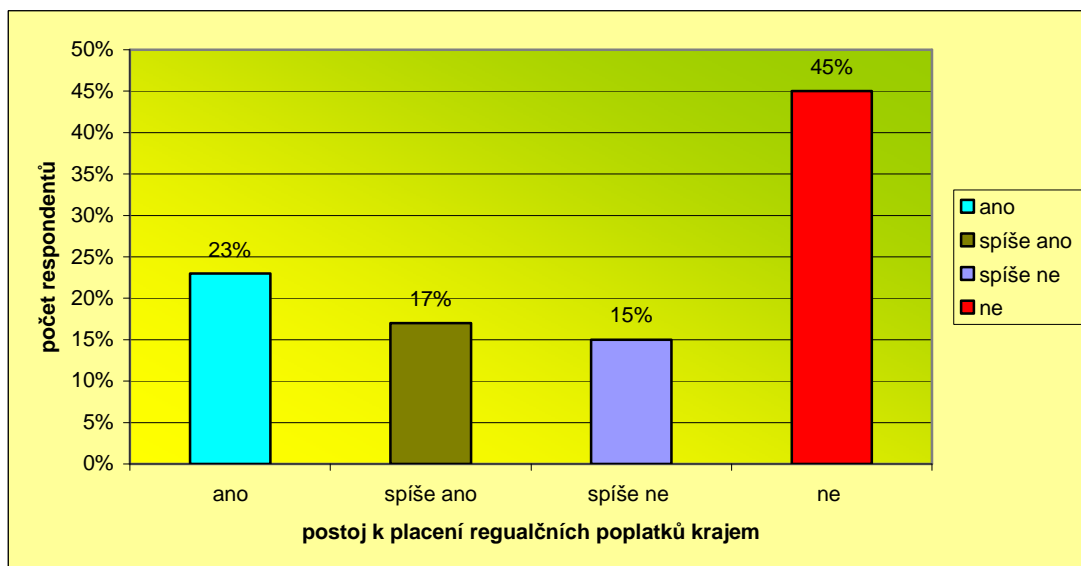
Graf 24: Zrušení vybíraných regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 18)



Zdroj: Vlastní data

Mezi regulačními poplatky, které by si přála široká veřejnost zcela zrušit, patří zejména regulační poplatek za výdej léku. Tuto variantu uvedla veřejnost v otázce, s možností výběru označit více odpovědí, ve 253 odpovědích (83%) z celkových 304 respondentů. Regulační poplatek za návštěvu u lékaře by zrušilo 187 respondentů (62%). Méně rozruchu vyvolávají regulační poplatky za návštěvu pohotovosti, které by zrušilo 110 oslovených (36%), nebo poplatek za pobyt v nemocnici, které označilo 88 respondentů (29%). 32 dotázaných (11%) by regulační poplatky ve stávající podobě nerušilo.

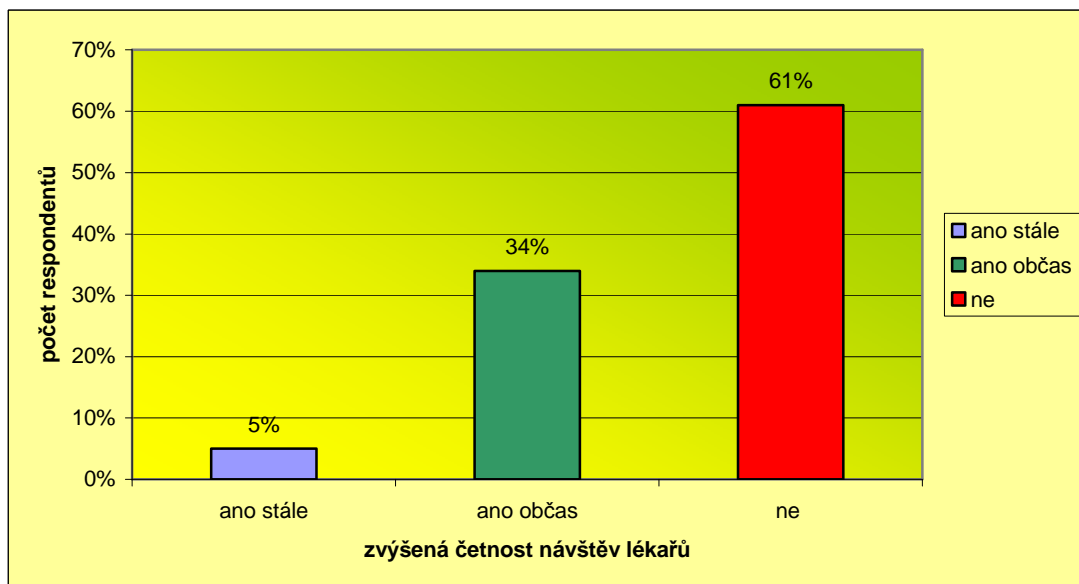
Graf 25: Placen regulačních poplatků prostřednictvím krajů (Dotazník, otázka č. 19)



Zdroj: Vlastní výzkum

71 oslovených (23%) souhlasí s tím, aby kraje platily regulační poplatky za sv občany v krajských nemocnicích a lékárnách. Proti není ani 51 osob z řad veřejnosti (17%), kte se k tomuto kroku spíše pkln. Ne zcela s tímto krokem vsak souhlasí 46 respondentů (15%). Pro jednoznačnou odpove, zamítající tento postup krajů se vyslovilo 136 dotázaných (45%).

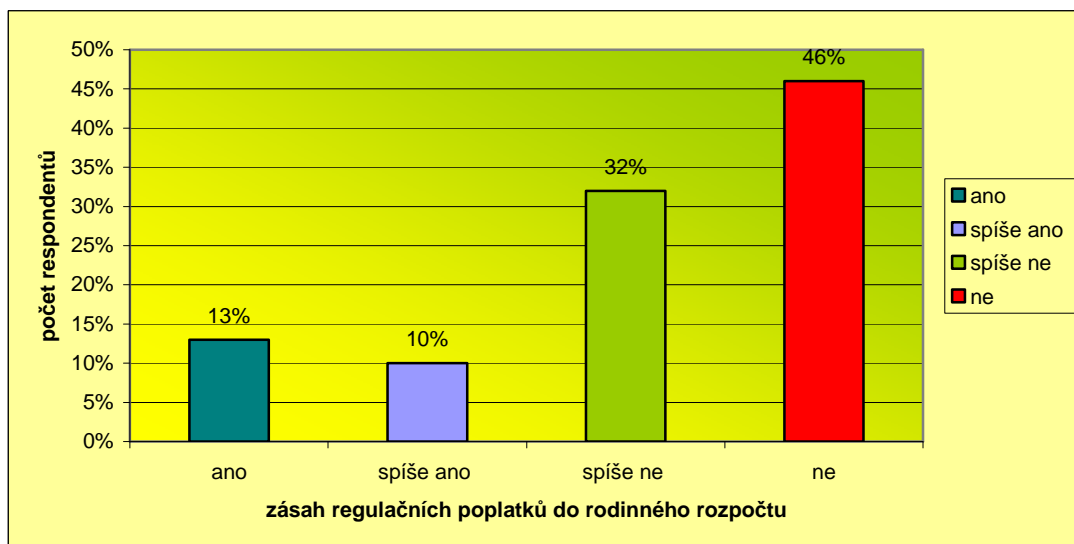
Graf 26: Čestnost návštěv u lékařů nad rámec běžných preventivních prohlídek (Dotazník, otázka č. 20)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 304 oslovených je 16 jedinců (5%) nucených navštěvovat lékaře častěji, než jsou jen běžné preventivní prohlídky. Tuto situaci si vyžaduje jejich nepříznivý zdravotní stav. 104 respondentů (34%) musí lékaře navštívit občas, a to mimo pouhých preventivních prohlídek. Poměrně dobrým zdravotním stavem se může hlásit 184 dotázaných (61%), kteří lékaře navštěvují, mimo pravidelných preventivních prohlídek, jen výjimečně.

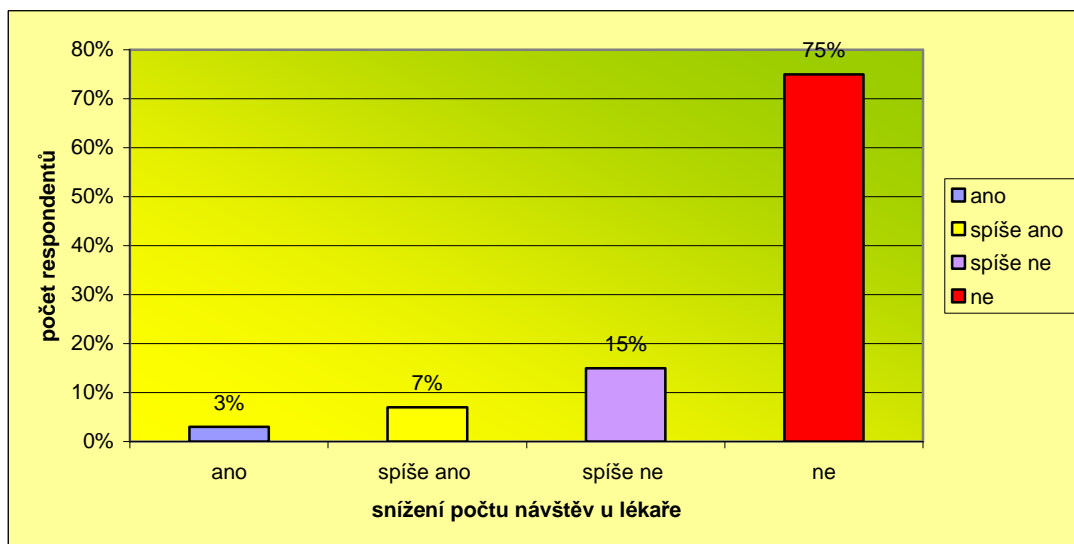
Graf 27: Zásah regulačních poplatků do rodinného rozpočtu (Dotazník, otázka č. 21)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 39 respondentů (13%) představuje placení regulačních poplatků významný zásah do rodinného rozpočtu. Menší zásah poplatků do rodinného rozpočtu pociťuje dalších 30 dotázaných (10%). 92 oslovených (32%) si nemyslí, že by úhrada regulačních poplatků výrazně zasahovalo do rodinného rozpočtu. Pro zbylých 139 jedinců (46%) z řad veřejnosti neznamená úhrada regulačních poplatků významnou položku, vynaloženou z rodinného rozpočtu.

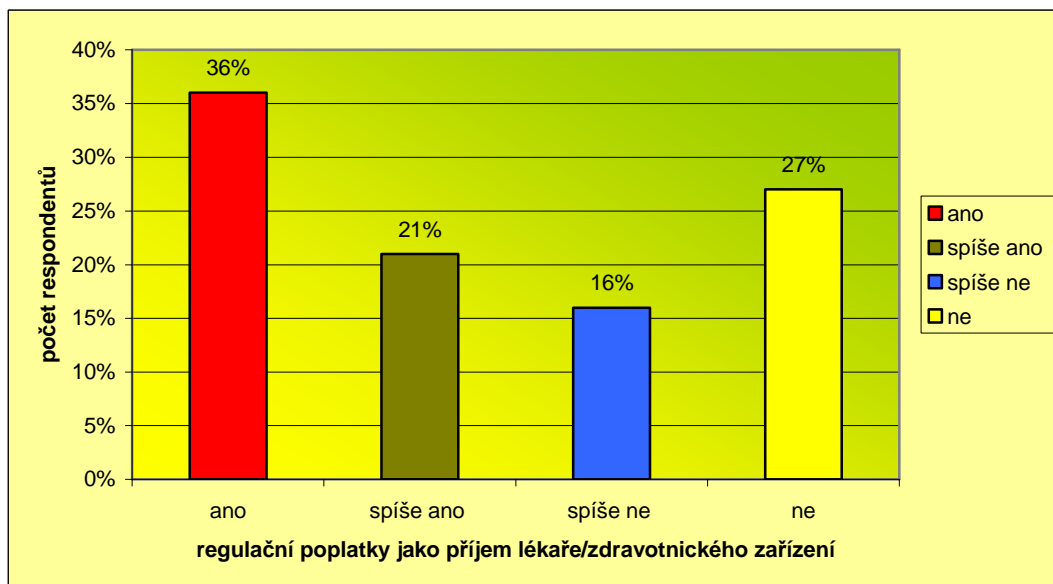
Graf 28: Snížení počtu návštěv u lékaře (Dotazník, otázka č. 22)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka zjišťující, zda zavedení regulačních poplatků vedlo u zkoumaného souboru ke snížení počtu návštěv u lékaře ukázala na fakt, že u pouhých 9 oslovených (3%) vedla tato skutečnost jednoznačně ke snížení návštěvnosti lékařů. O trochu méně, ale přeci, vedly regulační poplatky k omezení návštěvnosti lékařů 21 oslovených (7%). Pro 46 respondentů (15%) neznamenal regulační poplatky výrazný pokles návštěv v lékařských ordinacích a vůbec tato skutečnost nehrála roli pro 228 (75%) oslovených.

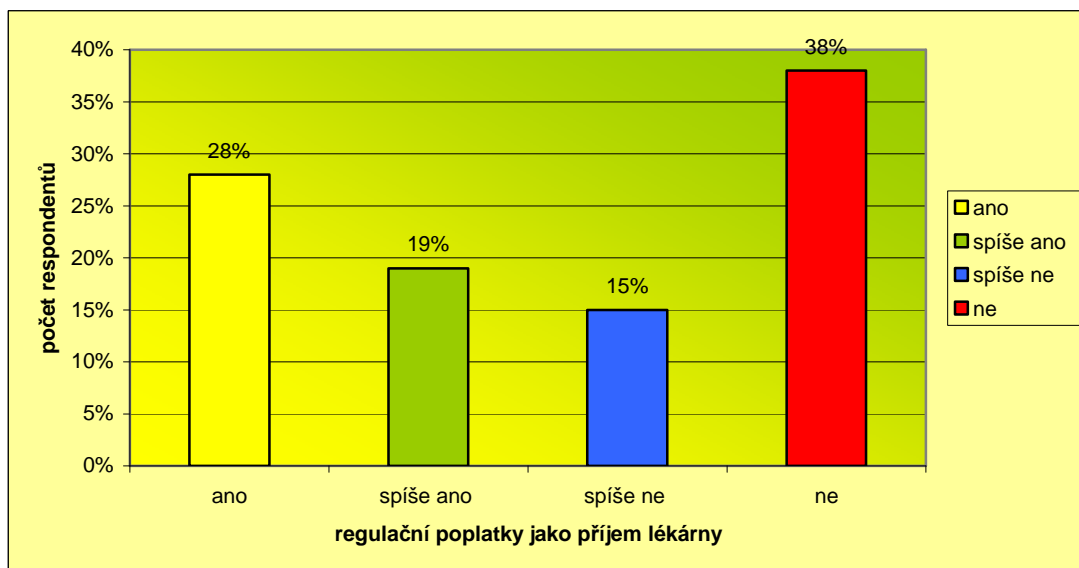
Graf 29: Regulační poplatky jako příjem lékaře/zdravotnického zařízení (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

109 respondentů (36%) se jednoznačně přiklání k tomu, aby byly regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení, stejně tak se k této variantě kloní i 64 oslovených (21%). Spíše zamítavě se k tomuto příjmu lékaře/zdravotnického zařízení staví 49 dotázaných (16%). S tím, aby vybrané regulační poplatky šly do rukou lékaře/zdravotnického zařízení jednohlasně nesouhlasí 82 respondentů (27%).

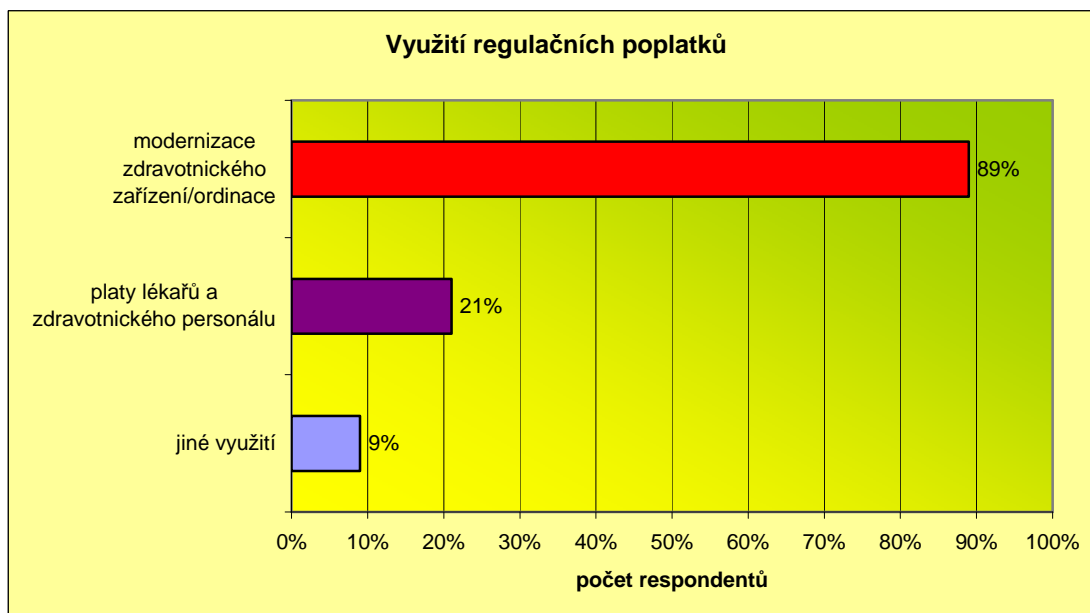
Graf 30: Regulační poplatky jako příjem lékárny (Dotazník, otázka č. 24)



Zdroj: Vlastní výzkum

Jiná situace než v předcházející otázce panuje u otázky, zda vybrané regulační poplatky mají být příjmem lékárny. Pro možnost, aby zůstávaly v lékárnách se vyslovilo 86 respondentů (28%). Pro variantu spíše ano se jich rozhodlo 57 (19%). S tímto postupem se zcela neztotožňuje 47 oslovených (15%) a nesouhlasí s ním 114 oslovených (38%).

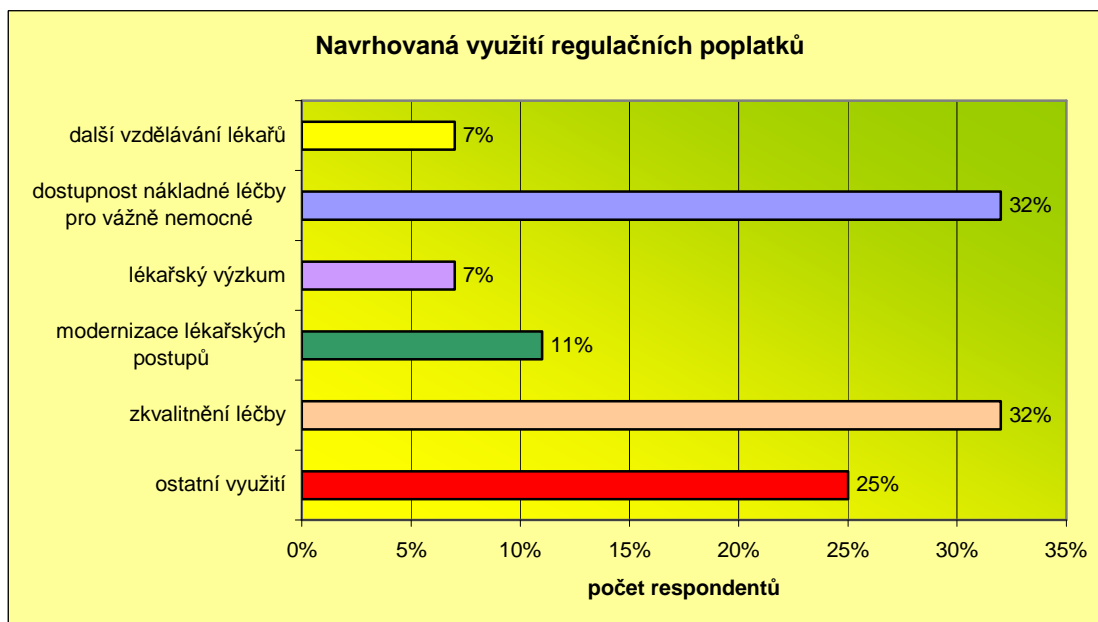
Graf 31: Využití regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 25)



Zdroj: Vlastní výzkum

Modernizace zdravotnických zařízení/ordinací byla nejčastěji uváděnou odpovědí na otázku, k jakých účelům by měly vybrané regulační poplatky sloužit. I v této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí najednou. Výše zmíněnou variantu označilo 271 oslovených (89%) z celkových 304 respondentů. Na platy lékařů a zdravotnického personálu myslelo 64 dotázaných (21%). Možnosti vypsát jiný směr, kterým by se měly vybírané regulační poplatky ubírat využilo 28 oslovených (9%). Jejich návrhy jsou zaznamenány v následujícím grafickém přehledu.

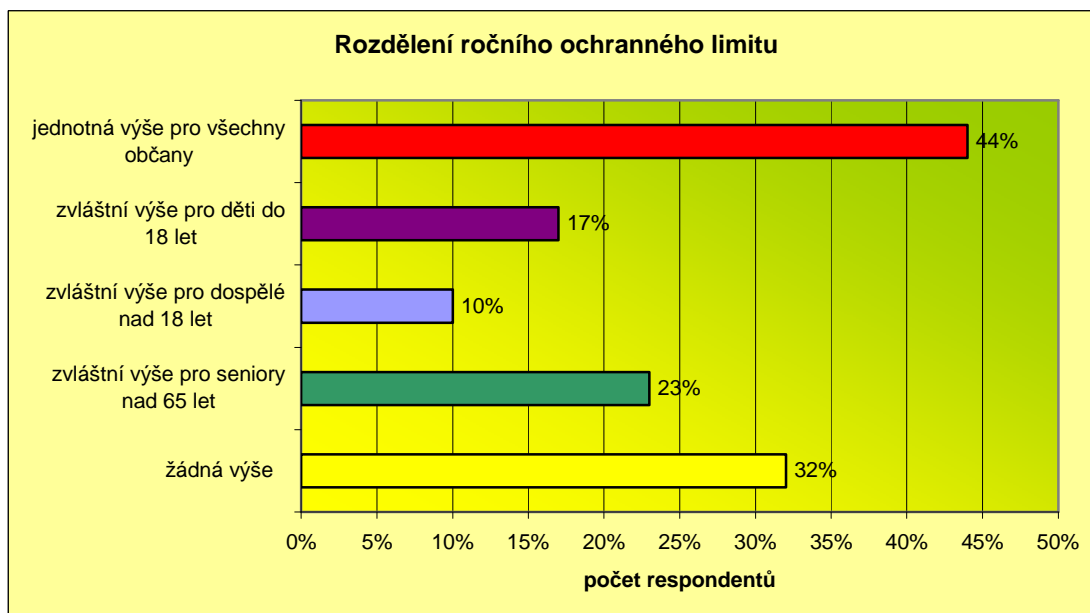
Graf 32: Navrhovaná využití regulačních poplatků (Dotazník, otázka č. 25)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zmíněných 28 respondentů zaznamenalo celkem 32 odpovědí. Shodný počet 9 respondentů (32%) označilo jako možné využití vybíraných regulačních poplatků v oblasti zkvalitnění léčby, zjednodušení dostupnosti nákladné léčby či provádění drahých operací pro vážně nemocné pacienty. 3 oslovení (11%) by poplatky použili přímo k nákupu lékařského vybavení a tím k modernizaci lékařských postupů. 2 respondenti (7%) by finance využili v lékařském výzkumu, podobně jako další 2 dotazovaní (7%) na další vzdělávání lékařského personálu. Mezi dalšími odpověďmi bylo myšleno na ozdravné pobyty dětí, na rehabilitaci po operacích, více možností preventivních vyšetření a na možnost navýšit tímto rezervy zdravotních pojišťoven apod.

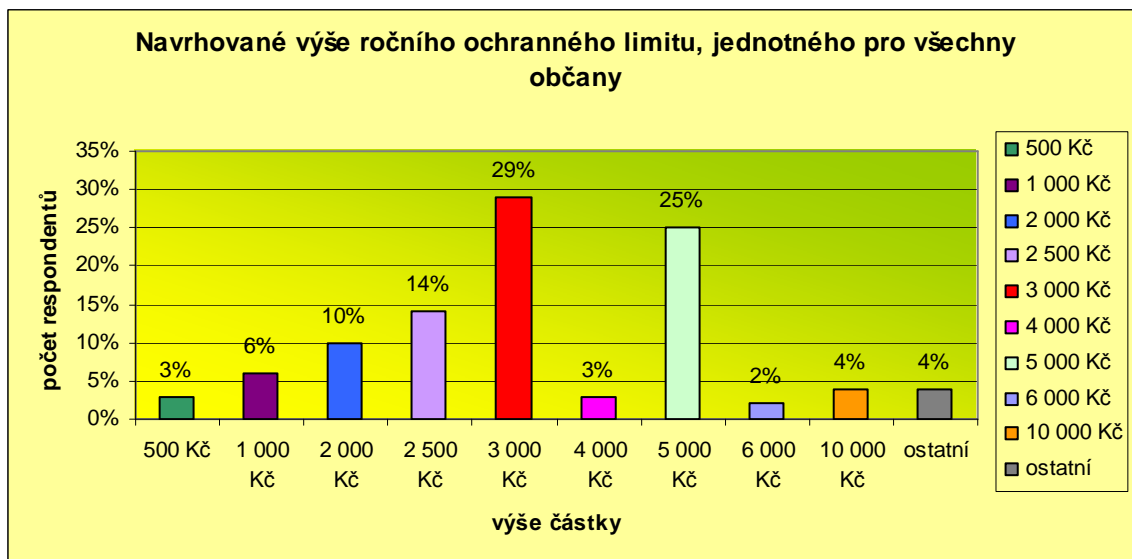
Graf 33: Rozdělení ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č. 26)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro stejnou výši ročního ochranného limitu pro všechny občany bylo v otázce, s možností označit více odpovědí, 133 respondentů (44%) z celkového počtu 304 respondentů. Pro děti do 18 let by volilo zvláštní výši ročního ochranného limitu 70 jedinců (17%). Odlišnou částku pro dospělé nad 18 let označilo 30 dotázaných (10%). Seniorům nad 65 let by určilo samostatnou výši ochranného limitu 70 oslovených (23%). Pro možnost žádné výše a tím pádem zrušení ročního ochranného limitu pro všechny občany se překvapivě vyslovilo 97 dotázaných (32%). Výše navrhovaných částek ročního ochranného limitu jsou uvedeny v následujících grafických znázorněních.

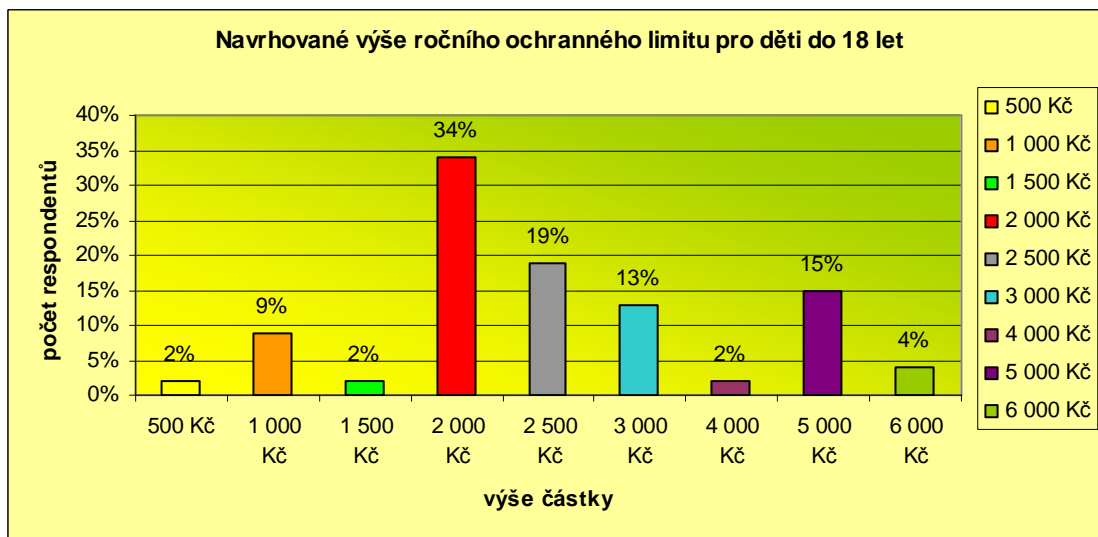
Graf 34: Výše ročního ochranného limitu jednotného pro všechny občany (Dotazník, otázka č. 26)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 133 respondentů, kteří by si přáli jednotnou výši ročního ochranného limitu, by bylo pro částku 3 000 Kč 38 oslovených (29%). Téměř shodný počet, 34 oslovených (25%), by bylo pro výši 5 000 Kč. Nezanedbatelný počet 18-ti respondentů (14%) je pro 2 500 Kč a 14 respondentů (10%) pro výši 2 000 Kč.

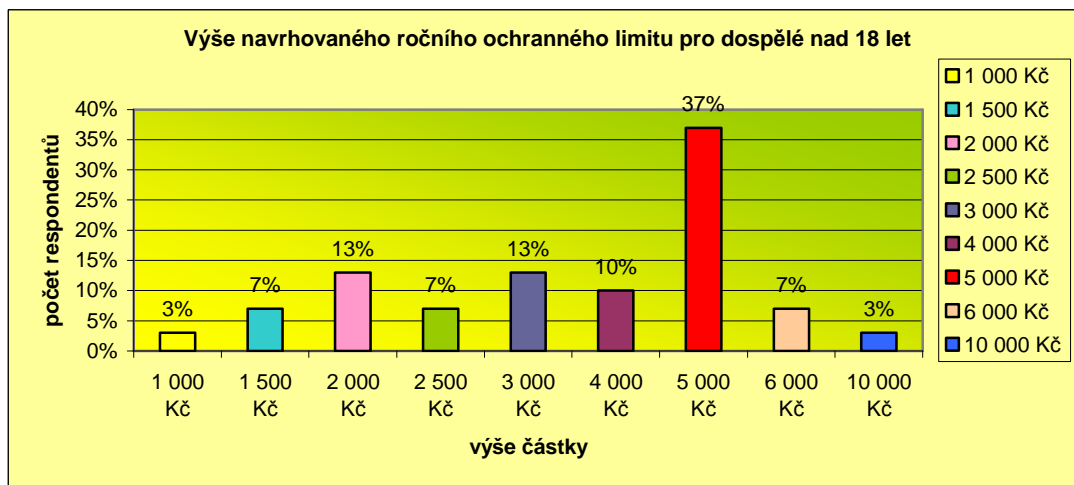
Graf 35: Výše ročního ochranného limitu jednotného pro děti do 18 let (Dotazník, otázka č. 26)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro děti do 18 let by z 53 respondentů bylo 18 (34%) pro roční ochranný limit ve výši 2 000 Kč. Částku 2 500 Kč vypsalo 10 oslovených (19%). 8 respondentů (15%) by bylo pro hodnotu 5 000 Kč. O jednoho respondenta méně (13%) se vyslovilo pro 3000 Kč.

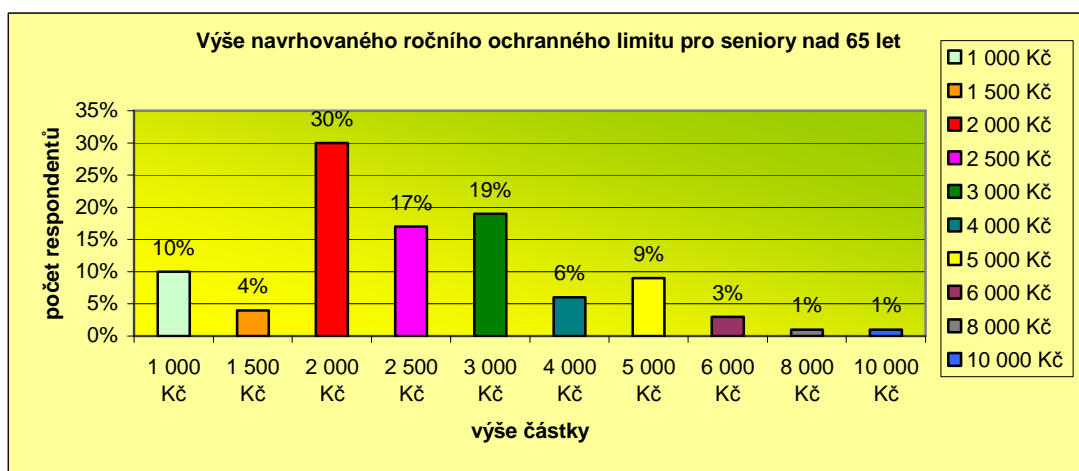
Graf 36: Výše ročního ochranného limitu jednotného pro dospělé nad 18 let (Dotazník, otázka č. 26)



Zdroj: Vlastní výzkum

Roční ochranný limit pro dospělé nad 18 let by měl být podle 11 dotázaných (37%), z celkového počtu 30 respondentů, kteří jsou pro odlišnou výši tohoto limitu pro zmiňovanou skupinu osob, 5 000 Kč. Po 4 odpovědích (13%) zaznamenala shodně výše 2 000 Kč a 3 000 Kč. 3 odpovědi (10%) označily částku 4 000 Kč.

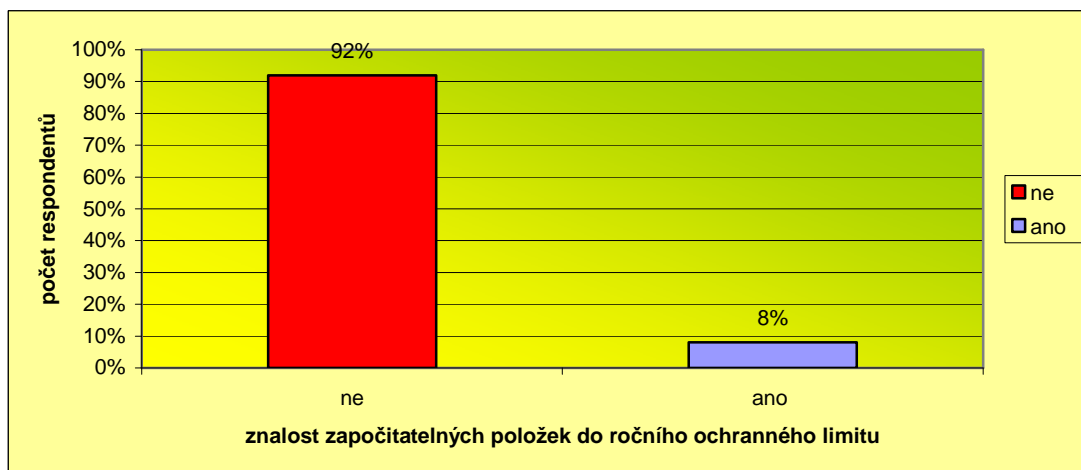
Graf 37: Výše ročního ochranného limitu jednotného pro seniory nad 65 let (Dotazník, otázka č. 26)



Zdroj: Vlastní data

70 respondentů, kteří byli pro odlišnou výši ročního ochranného limitu pro seniory nad 65 let, uvedlo nejčastěji výši 2 000 Kč, a to ve 21 případech (30%). 13 jedinců (19%) vypsal částku 3 000 Kč, 12 oslovených (17%) 2 500 Kč. 7 respondentů (10%) uvedlo ještě nižší částku, a to 1 000 Kč. 6 odpovědí (9%) se pojilo s částkou 5 000 Kč.

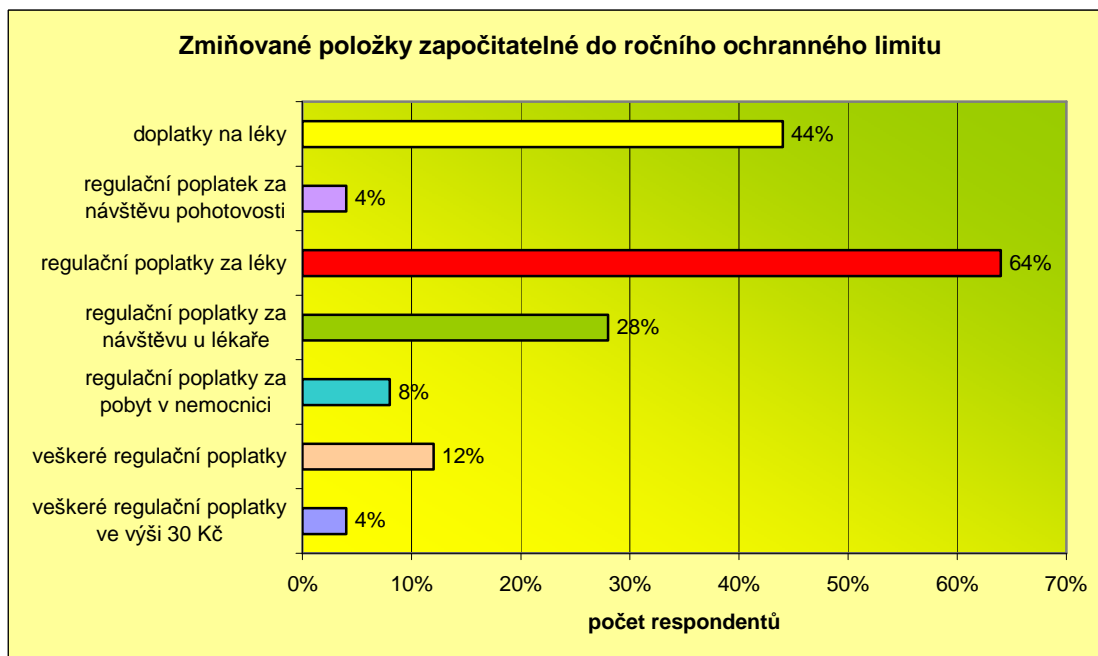
Graf 38: Započitatelné položky ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č. 27)



Zdroj: Vlastní výzkum

Značný počet respondentů, 279 (92%), nezná položky, které se započítávají do ročního ochranného limitu a jsou tak jeho součástí. O těchto částkách má určité povědomí 25 oslovených (8%). Jejich odpovědi znázorňuje následující graf.

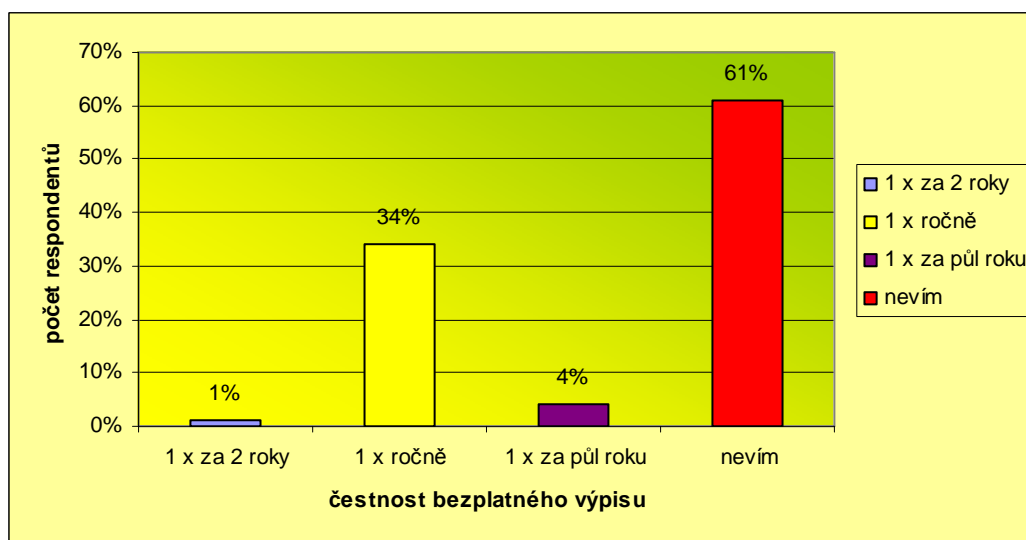
Graf 39: Zmiňované započítatelné položky ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č.27)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji uváděnou položkou, započítávající se do ročního ochranného limitu, byly regulační poplatky za výdej léku. Tuto odpověď uvedlo 16 oslovených (64%) z 25 respondentů, kteří měli možnost v této podotázce označit více odpovědí najednou. Dalších 11 oslovených (44%) uvedlo doplatky na léky. V 7 případech (28%) šlo o regulační poplatky za návštěvu u lékaře. 3 respondenti (12%) uvedli všechny existující regulační poplatky, 2 respondenti (8%) pak regulační poplatky za pobyt v nemocnici. Po 1 odpovědi (4%) měl regulační poplatek za návštěvu pohotovosti a veškeré regulační poplatky ve výši 30 Kč.

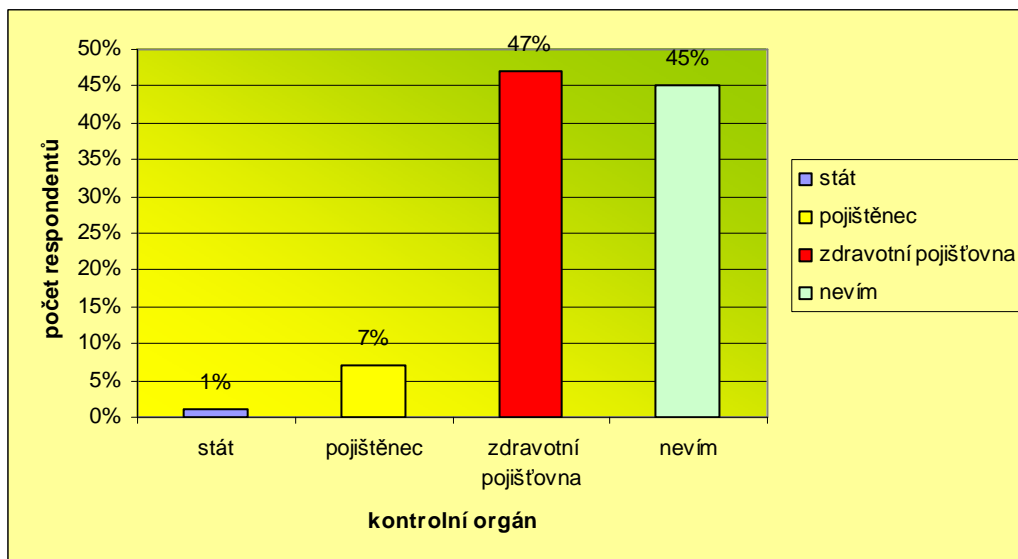
Graf 40: Četnost možnosti bezplatného výpisu ze zdravotního účtu (Dotazník, otázka č. 28)



Zdroj: Vlastní výzkum

Možnosti nahlížet do bezplatného výpisu ze zdravotního účtu u své pojišťovny jednou za dva roky využili 3 respondenti (1%). Právo kontroly poskytnuté péče jednou ročně označilo 102 oslovených (34%). K variantě jednou za půl roku se přiklonilo 12 osob (4%). Až 187 respondentů (61%) nezná četnost své možné kontroly poskytnuté péče u své zdravotní pojišťovny.

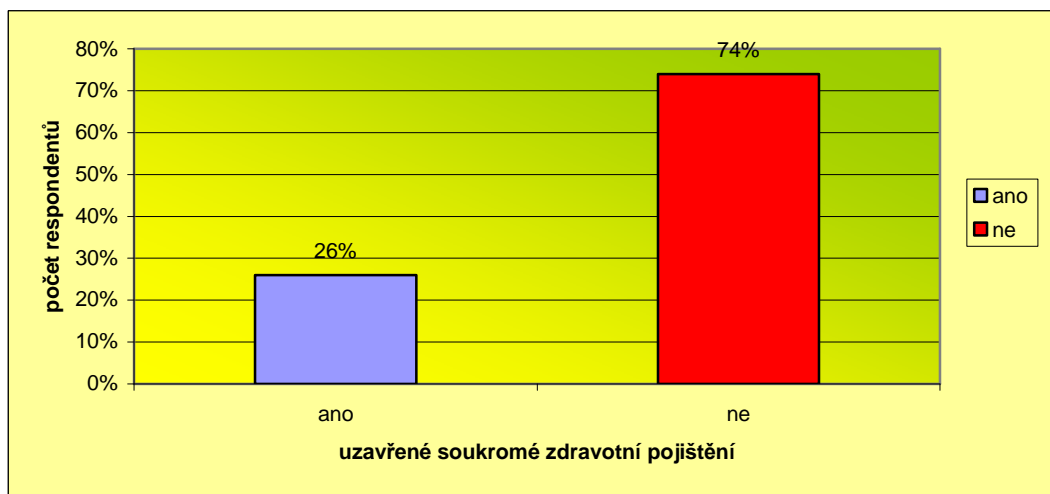
Graf 41: Kontrola regulačních poplatků a naplňování ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č. 29)



Zdroj: Vlastní výzkum

Stát, jako dohlížejí orgán nad úhradou regulačních poplatků, naplňováním ročního ochranného limitu i případným vrácením finančních prostředků při jeho překročení, zvolili 4 respondenti (1%). Povinnost samotného pojištěnce, sledovat zmiňované situace, si vybralo 20 oslovených (7%). Zdravotní pojišťovnu, jako dohlížejí orgán, označilo 143 dotázaných (47%). 137 oslovených (45%) využilo odpovědi nevím.

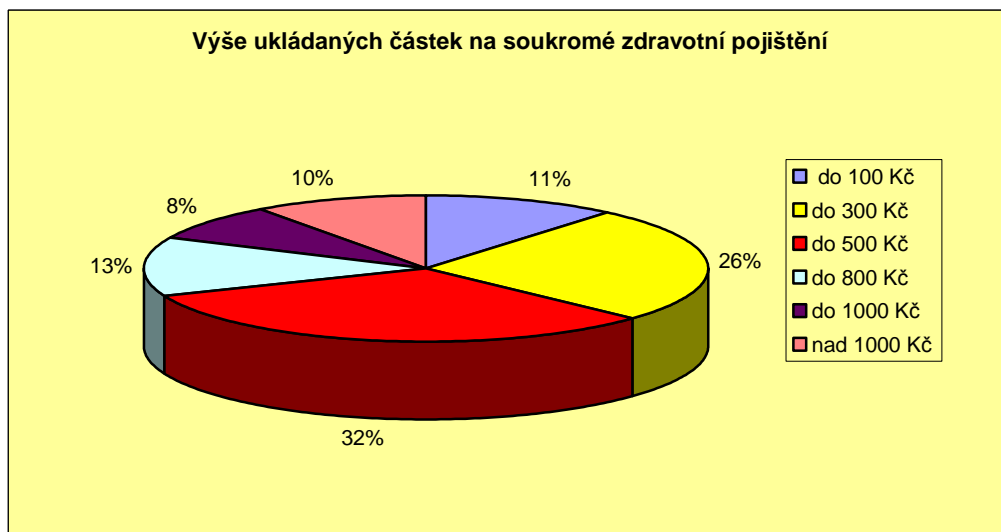
Graf 42: Soukromé zdravotní pojištění (Dotazník, otázka č. 30)



Zdroj: Vlastní výzkum

Možnosti využít k povinnému veřejnému zdravotnímu pojištění navíc ještě komerční, soukromé zdravotní pojištění, využívá dle dotazníkového šetření 79 respondentů (26%) z celkového počtu 304 oslovených. Zbýlých 225 dotázaných (74%) dosud tuto možnost nevyužívá. To jaké výše jsou respondenti ochotni si platit na účty soukromého zdravotního pojištění dokládá následující přehled.

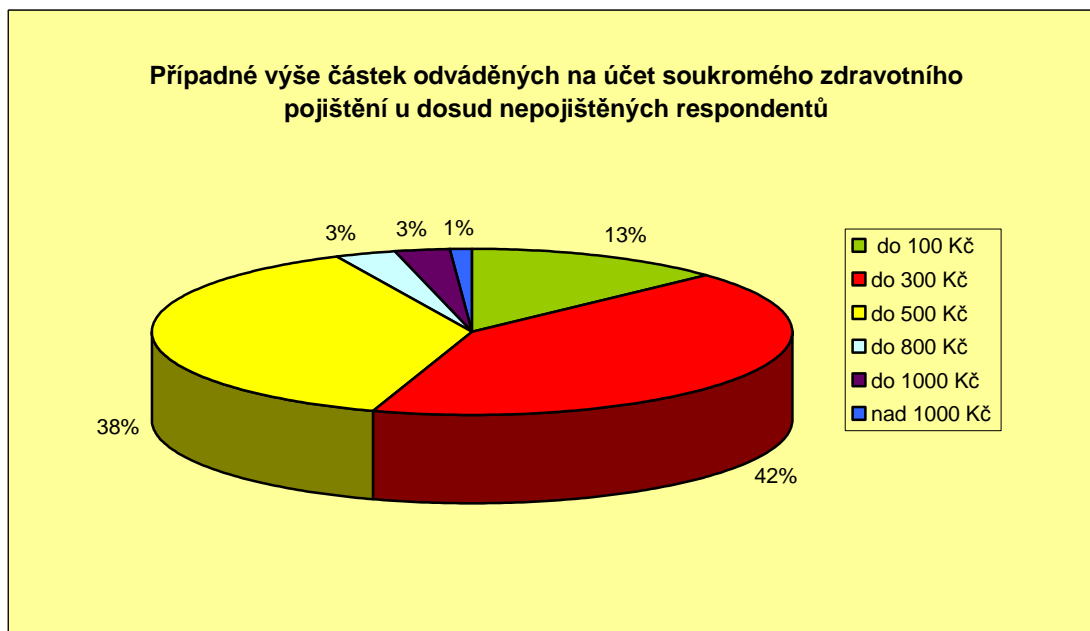
Graf 43: Výše ukládaných částek na soukromé zdravotní pojištění (Dotazník, otázka č. 30)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejběžnější částka odváděná na účet soukromého zdravotního pojištění se pohybuje mezi 300 Kč až 500 Kč. Takto se připojišťuje ze 79 respondentů 25 (32%). Od 100 Kč do 300 Kč se připojišťuje 21 oslovených (26%). Do výše mezi 500 Kč až 800 Kč se vešlo 10 oslovených (13%). 9 dotázaných (11%) si odvádí měsíčně do 1 000 Kč, 8 respondentů (10%) nad 1 000 Kč a u 6 dotázaných (8%) se částka pohybuje v rozmezí 800 Kč až 1 000 Kč.

Graf 44: Případné výše odváděných částek na účet soukromého zdravotního pojištění (Dotazník, otázka č. 30)

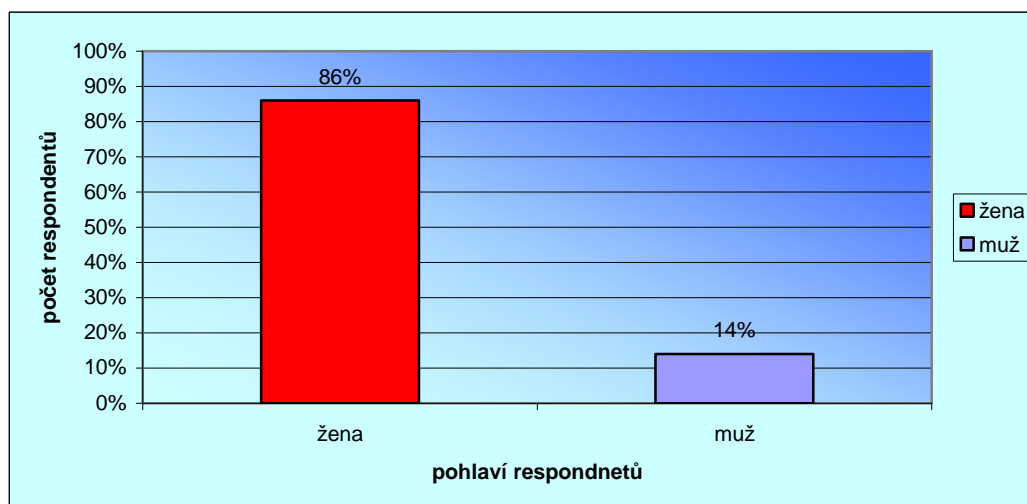


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 225 respondentů, kteří nemají uzavřené soukromé zdravotní pojištění, by si jich bylo 52 (23%) ochotno toto pojištění případně založit. Na otázku, jaký finanční obnos by si měsíčně byli ochotni přispívat, uvedlo 22 respondentů (42%) výši pohybující se mezi 100 Kč až 200 Kč. U 20 oslovených (38%) by částka představovala 300 Kč až 500 Kč. Do 100 Kč by se vešlo 7 oslovených (13%). Shodně, po 2 respondentech (3%) byla označena výše mezi 500 Kč až 800 Kč a 800 Kč až 1 000 Kč. Pouze 1 z dotázaných (1%) by byl pro částku vyšší než 1 000 Kč.

4.2 Výsledky dotazníků odborné veřejnosti

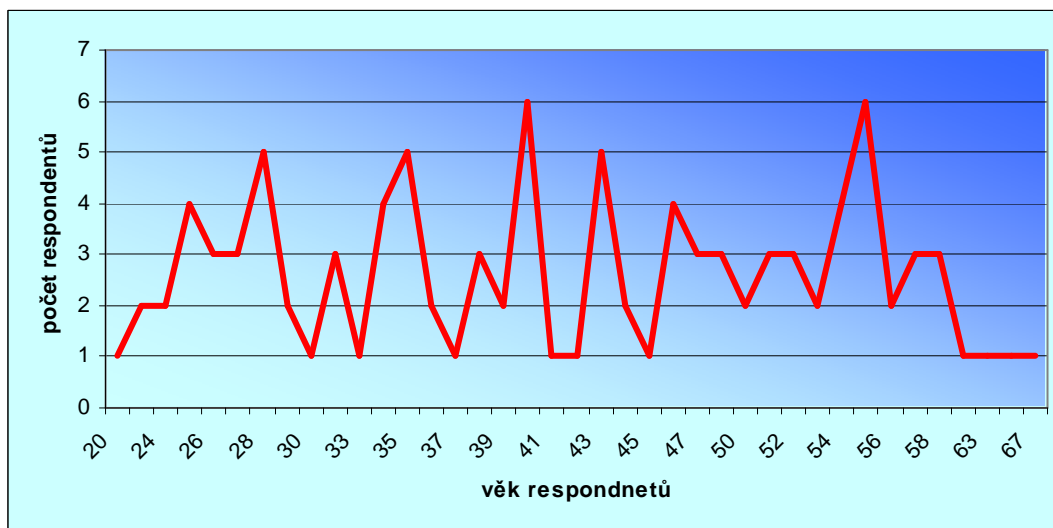
Graf 1: Pohlaví respondentů (Dotazník, otázka č.1)



Zdroj: Vlastní výzkum

92 (86%) respondentů představovaly ženy. Mužů odpovědělo celkem 15 (14%).

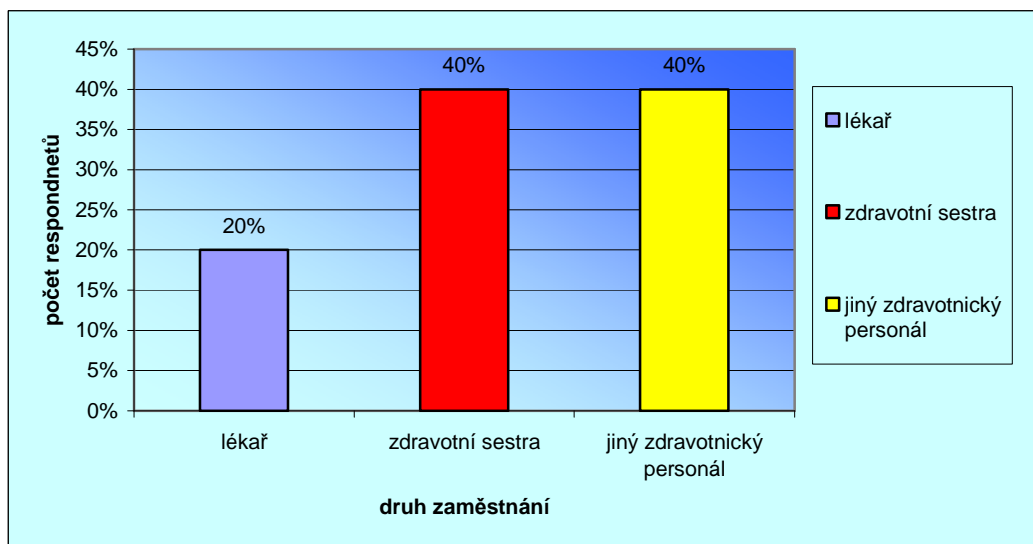
Graf 2: Věk respondentů (Dotazník, otázka č.2)



Zdroj: Vlastní výzkum

Věkový průměr 107 respondentů činil 41 let. Nejmladšímu odpovídajícím bylo 20 let, zatímco nejstaršímu 67 let.

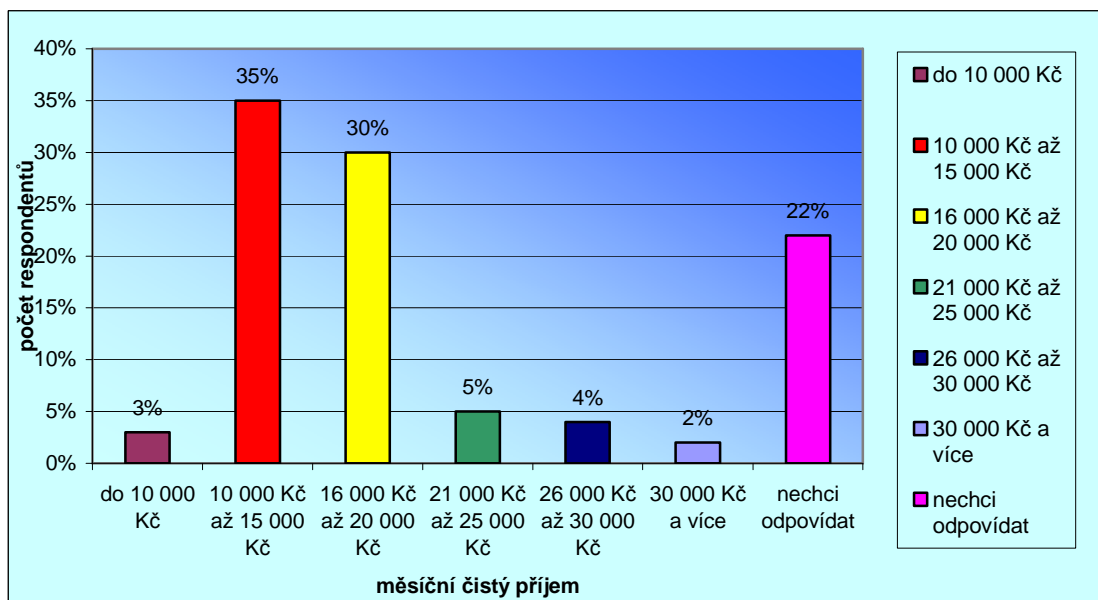
Graf 3: Zaměstnání respondentů (Dotazník, otázka č.3)



Zdroj: Vlastní výzkum

Lékaře, jako druh zaměstnání, uvedlo 21 respondentů (20%). Zdravotních sester bylo v průzkumu stejně jako jiného zdravotnického personálu 43 (40%). Jiný zdravotnický personál tvořili fyzioterapeuti, zubní technici, sanitáři nebo lékárníci.

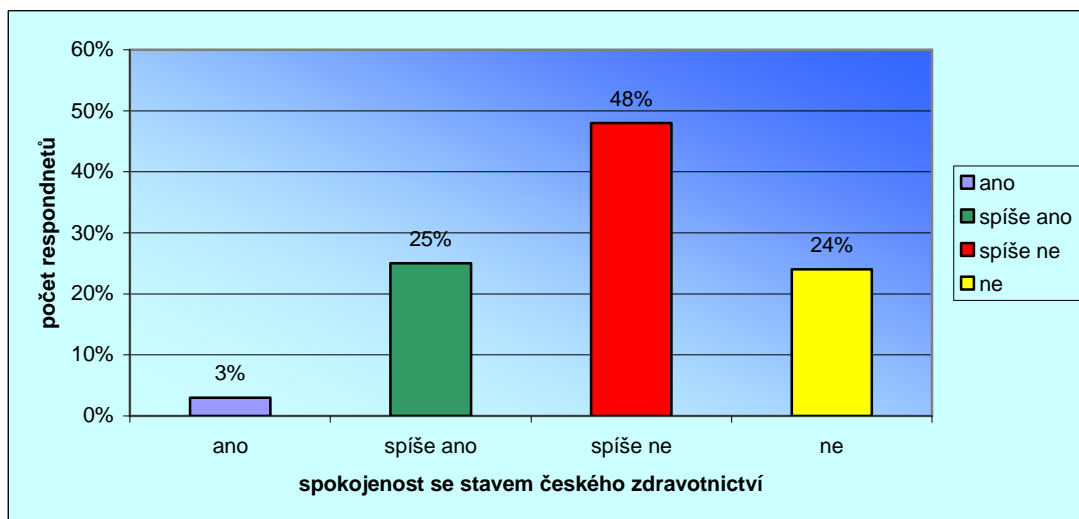
Graf 4: Průměrný měsíční čistý příjem (Dotazník, otázka č.4)



Zdroj: Vlastní výzkum

Měsíční čistý příjem do 10 000 Kč označilo 3% respondentů. Příjmu mezi 10 000 Kč až 15 000 Kč dosahuje nejvíce, 37 (35%) dotazovaných. O něco méně oslovených 32 (30%) má příjem mezi 16 000 Kč až 20 000 Kč. Do rozmezí 21 000 Kč až 25 000 Kč se vešlo 5 respondentů (5%), 4 (4%) dotázaní označili výši 26 000 Kč až 30 000 Kč. Příjmu nad 30 000 Kč dosahují 2 oslovení (2%). Celých 24 respondentů (22%) nechtělo na zmiňovanou otázku odpovídat.

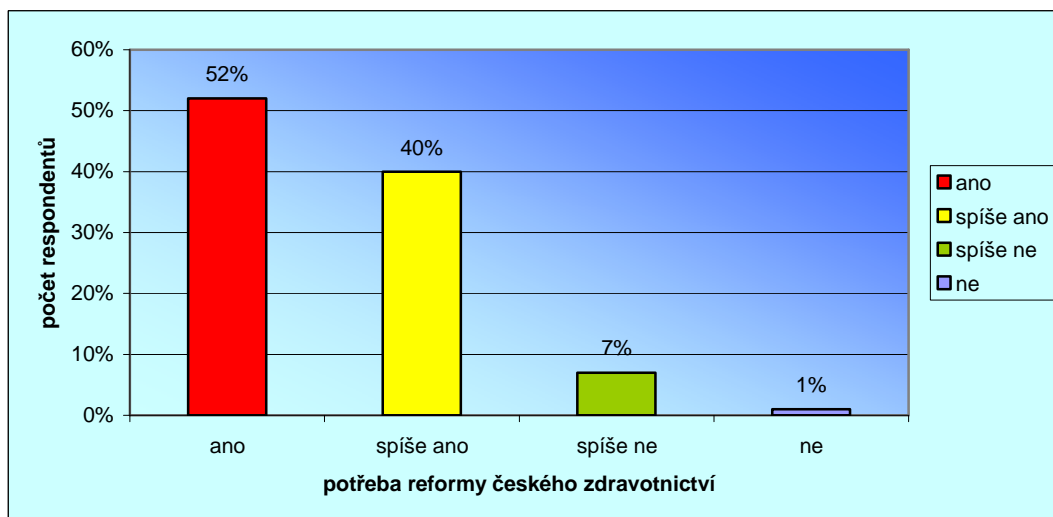
Graf 5: Spokojenost se stavem českého zdravotnictví (Dotazník, otázka č.5)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pouhá 3% zdravotnického personálu je spokojena s nynějším stavem českého zdravotnictví. Spíše spokojeno je 27 (25%) oslovených. Výrazný počet 51 oslovených (48%) je spíše proti dnešnímu fungování našeho zdravotnictví a s jeho podobou zcela nesouhlasí 26 (24%) respondentů.

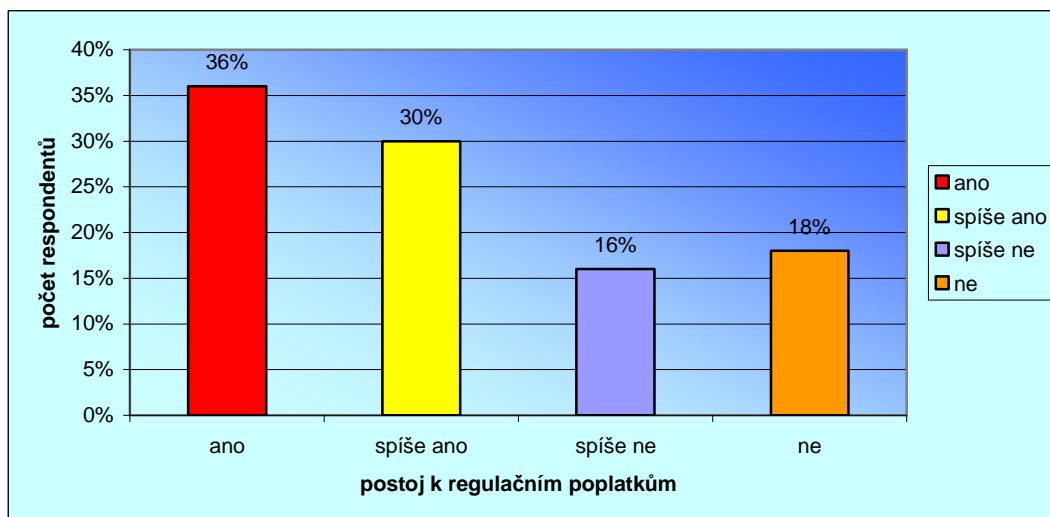
Graf 6: Potřeba reformy českého zdravotnictví (Dotazník, otázka č.6)



Zdroj: Vlastní výzkum

56 dotázaných (52%) by bylo jednoznačně pro provedení reformy našeho zdravotnictví. Spíše pro její realizaci se vyslovilo 40 oslovených (43%). 7 respondentů (7%) nepovažuje reformu zdravotnictví v dnešní době za zcela nutnou a proti jejímu spuštění se postavil 1 (1%) z celého zkoumaného vzorku.

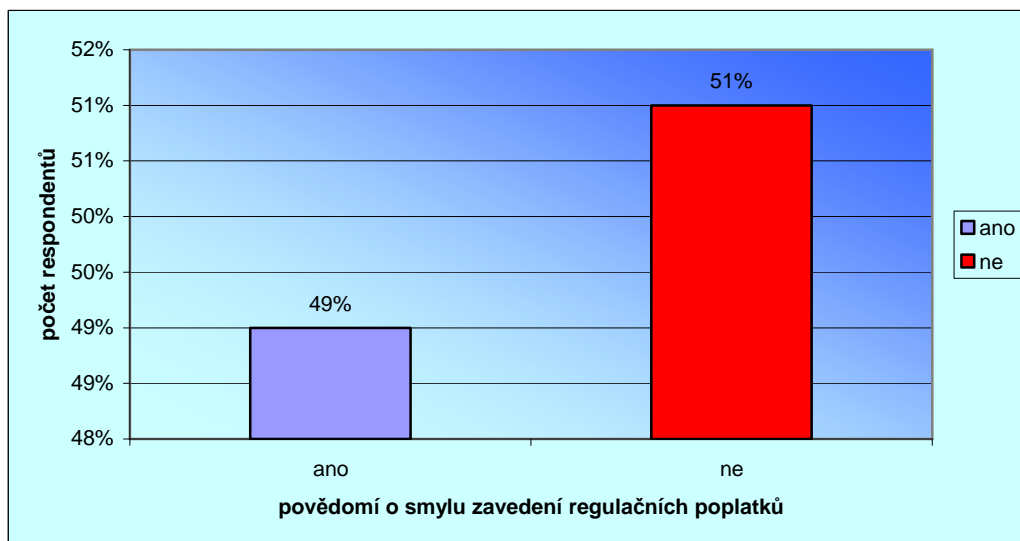
Graf 7: Postoj k regulačním poplatkům (Dotazník, otázka č.7)



Zdroj: Vlastní výzkum

39 zdravotníků (36%) souhlasí s regulačními poplatky v českém zdravotnictví. Spíše pozitivně přijímá poplatky 32 respondentů (30%). Nedůvěřivě na ně zhlíží 17 oslovených (16%) a proti jejich zavedení se postavilo 19 dotázaných (18%).

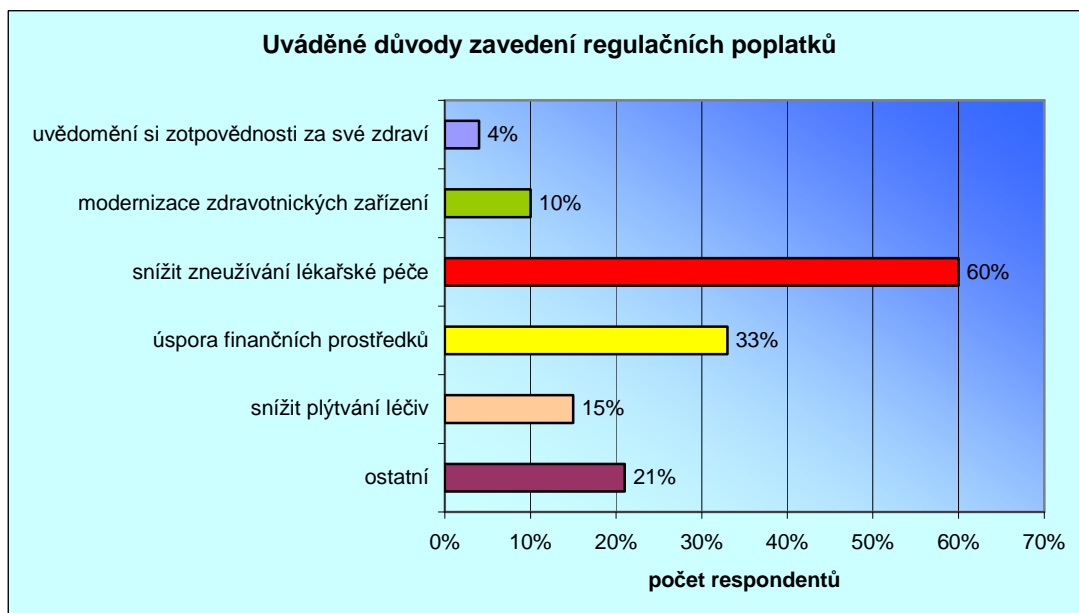
Graf 8: Povědomí o smyslu zavedení regulačních poplatků (Dotazník, otázka č.8)



Zdroj: Vlastní výzkum

Značný počet 55 oslovených zdravotníků (51%) nezná smysl toho, proč byly regulační poplatky zavedeny. Na druhé straně stojí 52 dotázaných (49%), kteří uvedli alespoň jeden z možných smyslů jejich spuštění. Jejich odpovědi jsou zaznamenány v následujícím grafickém znázornění.

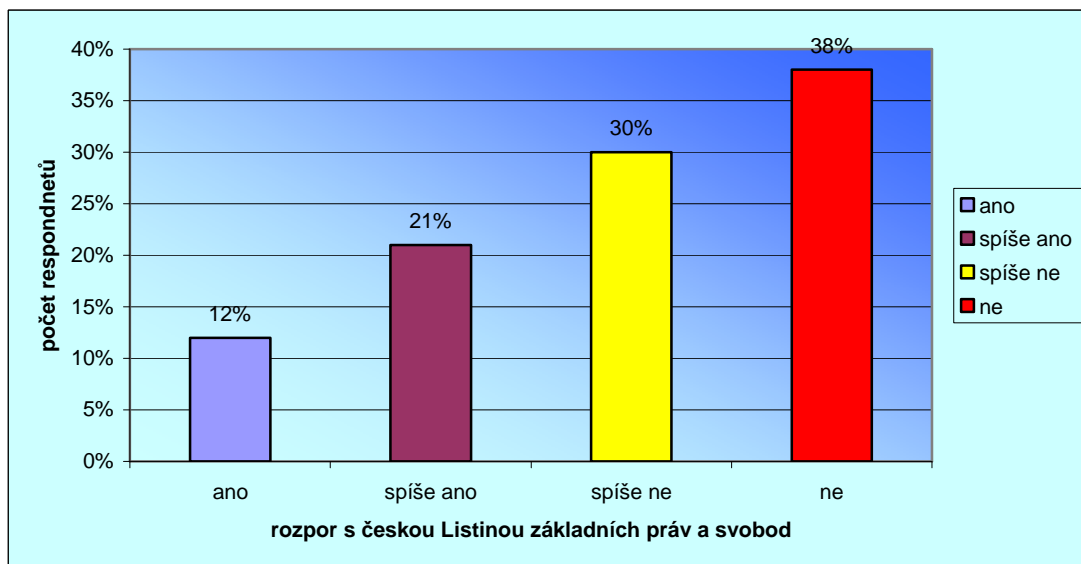
Graf 9: Důvody zavedení regulačních poplatků (Dotazník, otázka č.8)



Zdroj: Vlastní výzkum

V následující podotázce měli respondenti možnost vypsát více názorů. Jako hlavní důvod zavedení regulačních poplatků bylo uvedeno snížení zneužívání lékařské péče, a to ve 31 uvedených odpovědích (60%), z celkových 52 odpovědí. Úsporu peněz ve zdravotnictví, a tím jeho následné obohacení vypsalo 17 zdravotníků (33%). Šetření v oblasti léčiv poznamenalo 8 respondentů (15%). Pro 5 oslovených (10%), představují regulační poplatky možnou cestu k modernizaci zdravotnictví, lepšímu vybavení a tím tak cestu k celkovému zlepšení zdravotní péče. Na apel uvědomění si zodpovědnosti za své zdraví a na to, že zdraví není věc a především, že není zadarmo upozorňovali 2 dotazovaní (4%). Dalších 11 zaznamenaných odpovědí (21%) se týkalo jiného možného smyslu zavedení regulačních poplatků, který byl označen vždy pouze po 1 odpovědi.

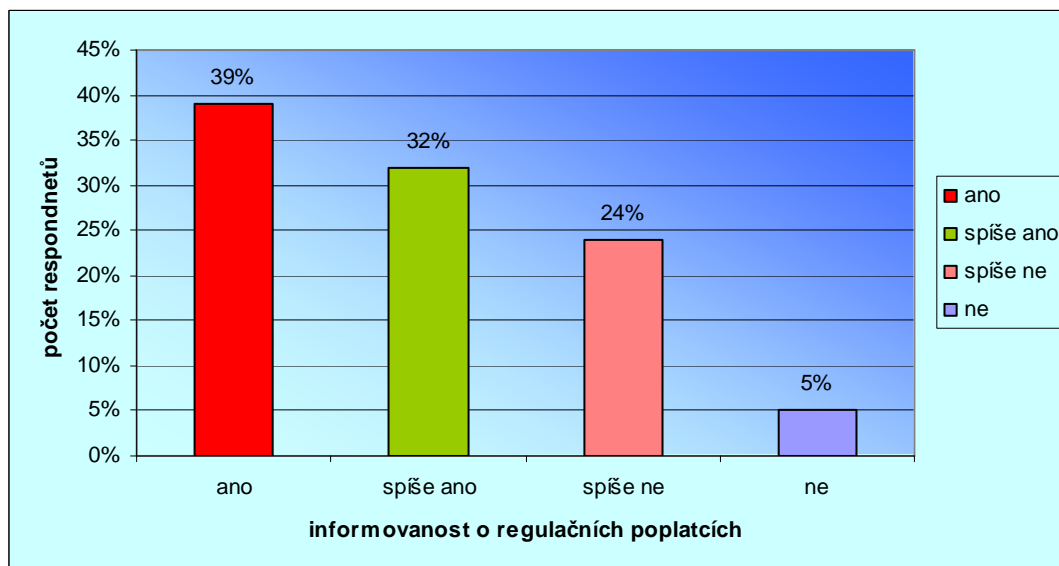
Graf 10: Rozpor regulačních poplatků s českou Listinou základních práv a svobod (Dotazník, otázka č.9)



Zdroj: Vlastní výzkum

13 respondentů (12%) je přesvědčeno, že jsou regulační poplatky protiústavní. Spíše k této variantě se přiklání i dalších 22 oslovených (21%). Pro 32 zdravotníků (30%) jsou regulační poplatky spíše ve shodě s českým právním rámcem, podobně jako pro zbylých 40 dotázaných (38%), kteří jsou přesvědčeni o jejich ústavnosti.

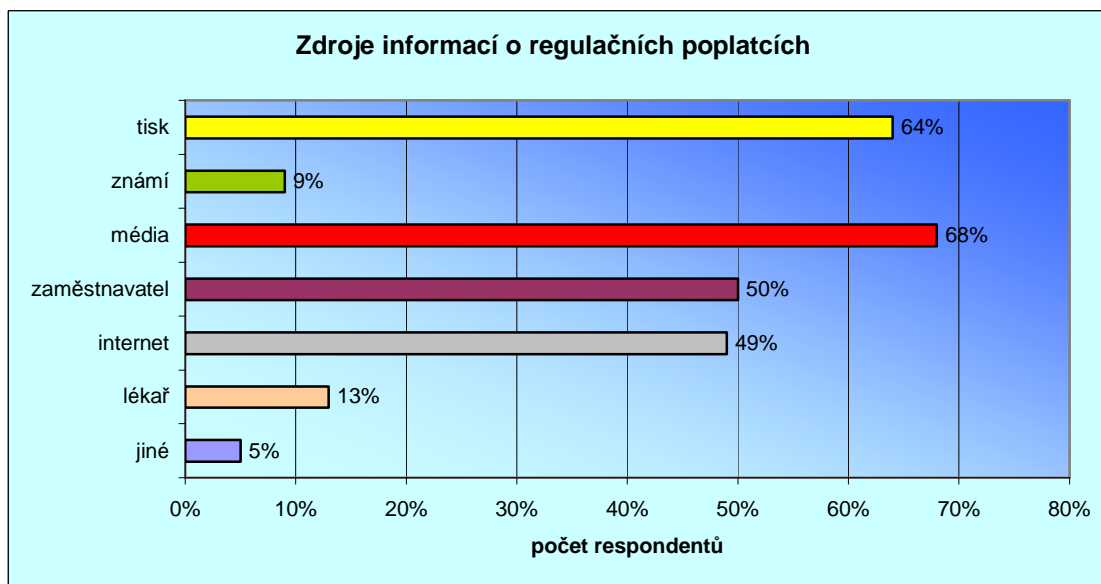
Graf 11: Informovanost o regulačních poplatcích (Dotazník, otázka č.10)



Zdroj: Vlastní výzkum

O dostatečné informovanosti hovoří 42 respondentů (39%). Spíše informováni se cítí být 34 zdravotníků (32%). Méně vědomostí z této oblasti pocítuje 26 dotázaných (24%) a 5 respondentům (5%) chybí o regulačních poplatcích více informací. To z jakých zdrojů jsou informace nejčastěji získávány ukazuje následující znázornění.

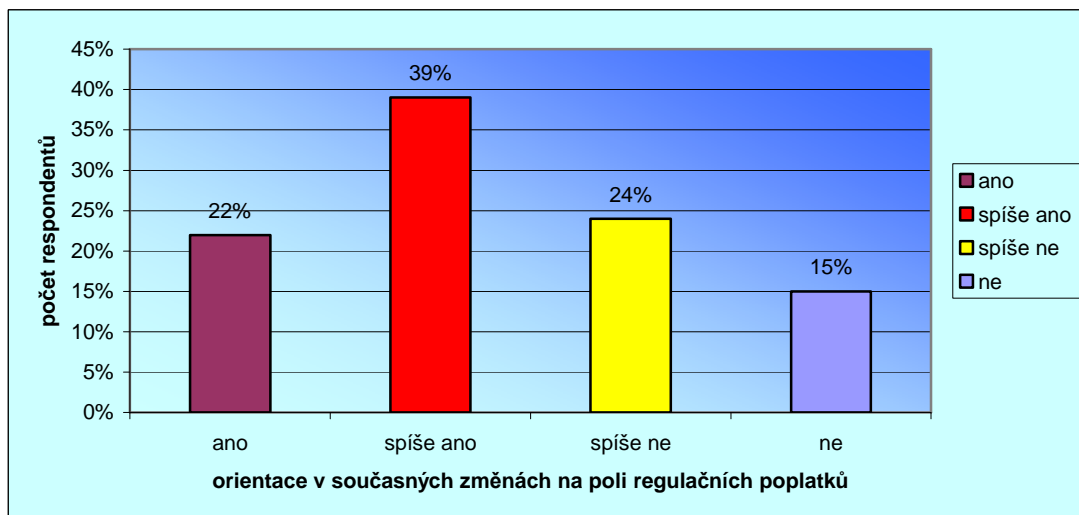
Graf 12: Zdroje informací o regulačních poplatcích (Dotazník, otázka č.10)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve zmíněné podotázce mohli respondenti uvést více možných odpovědí. Ze 76 zdravotníků, kteří uvedli v předchozí otázce, že jsou dostatečně informováni o regulačních poplatcích, jich uvedlo 52 (68%) jako nejčastější zdroj informací média. Tisk přináší informace 49 respondentům (64%). Internet označilo 37 zdravotníků (49%) a zaměstnavatele 38 (50%). 10 oslovených (13%) získává informace od lékaře a 7 dotázaných (9%) označilo známé. Zbývá 4 respondenti (5%), kteří označili možnost jiného zdroje, uvedli zákony, vyhlášky a odborné texty.

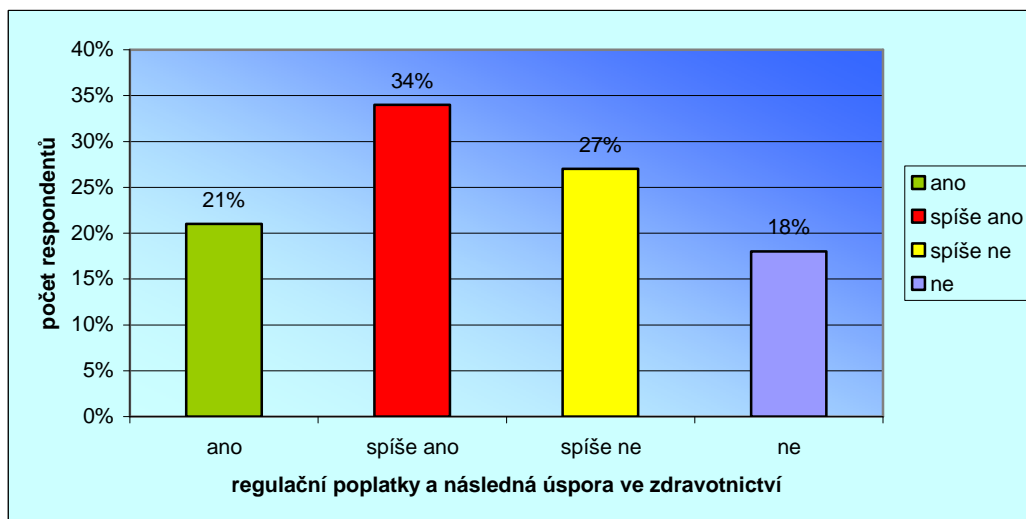
Graf 13: Orientace v současných změnách na poli regulačních poplatků (Dotazník, otázka č.11)



Zdroj: Vlastní výzkum

Neustálé dohady a změny na poli regulačních poplatků přináší problémy s jejich chápáním a fungováním 23 zdravotníkům (22%). Podobné potíže pociťuje 42 respondentů (39%). I přes veškeré komplikace, které provázejí regulační poplatky je pro 26 respondentů (24%) stále spíše srozumitelné jejich fungování a pro 16 oslovených (15%) neznamenaají časté změny žádné potíže.

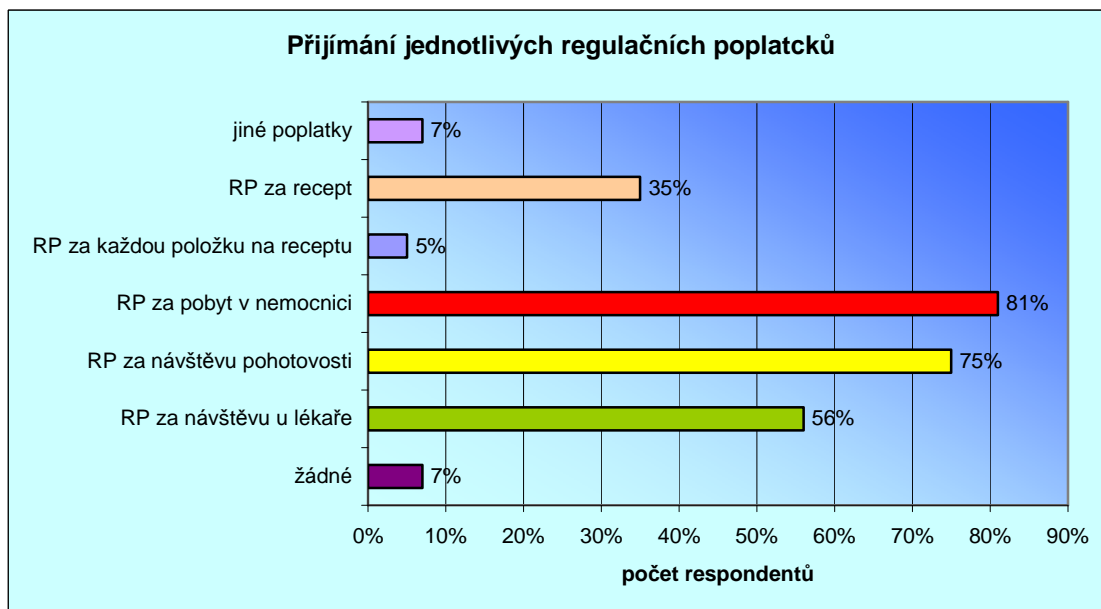
Graf 14: Regulační poplatky a následná úspora ve zdravotnictví (Dotazník, otázka č.12)



Zdroj: Vlastní výzkum

V regulační poplatky jako zdroj financí vedoucí k úspoře v českém zdravotnictví věří 23 respondentů (21%). V pozitivní výhled do budoucna spíše důvěřuje i dalších 36 oslovených (34%). Mešní důvěryhodnost panuje u 29 dotázaných (27%) a v možnou úsporu ve zdravotnictví nevěří 19 dotázaných (18%).

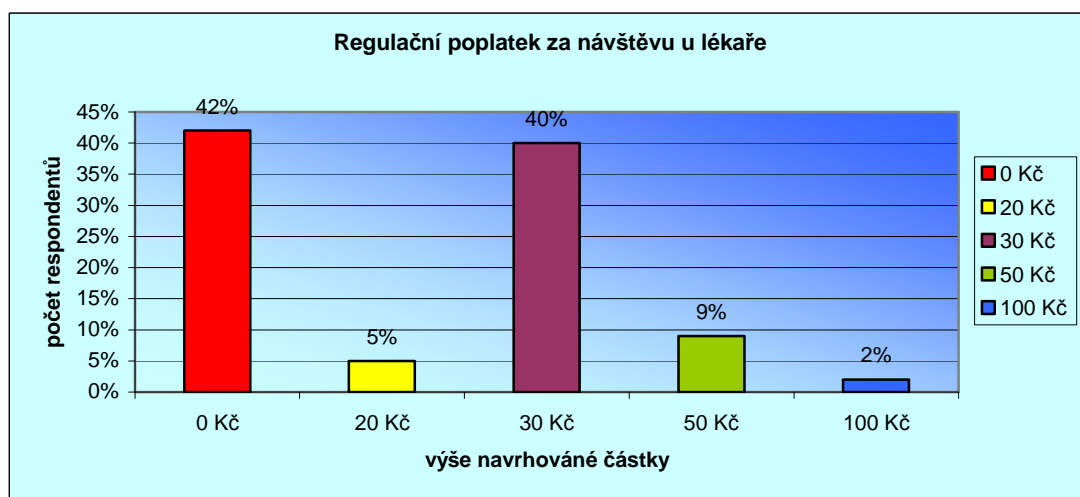
Graf 15: Ochota zdravotnického personálu k úhradě stávajících regulačních poplatků za zdravotnické služby (Dotazník, otázka č.13)



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle očekávání opět nejvíce respondentů souhlasí s regulačními poplatky za pobyt v nemocnici, a to v otázce, kde měli respondenti možnost zvolit více variant odpovědí. Za tento poplatek se vyslovilo 87 (81%) z celkových 107 zdravotníků. O něco méně hlasů získal regulační poplatek za návštěvu pohotovosti, pro ten bylo 80 zdravotníků (75%). Poplatek za návštěvu u lékaře se zamlouvá 60 osloveným (56%). Negativní postoj opět vyvolává regulační poplatek za každou položku na receptu, kterou označilo pouhých 5 respondentů (5%). Kdyby však fungoval regulační poplatek za recept, přiklonilo by se k němu 37 dotázaných (35%). Ze žádným z dosud platným regulačním poplatkem nesouhlasí 8 jedinců (7%) z řad odborné veřejnosti. 7 oslovených (7%) by navíc zpoplatnilo neadekvátní přivolání rychlé záchranné služby, stravu v nemocnici, výpis z dokumentace, návštěvu lékařem v domácím prostředí anebo využití lékárenské pohotovosti.

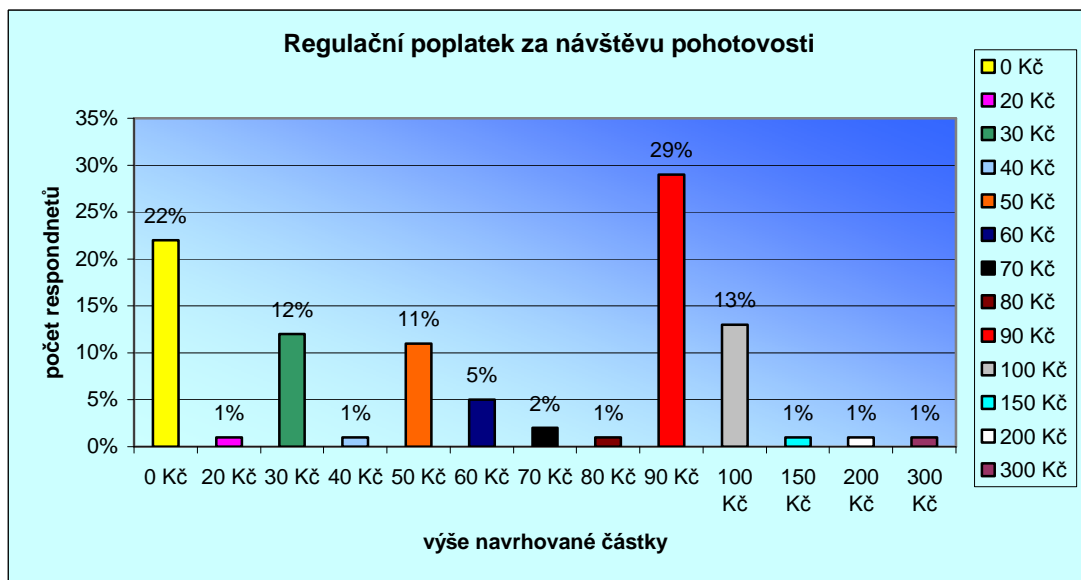
Graf 16: Navrhované výše částek regulačního poplatku za návštěvu u lékaře (Dotazník, otázka č.14)



Zdroj: Vlastní výzkum

Se stávající výši regulačního poplatku za návštěvu u lékaře souhlasí 43 respondentů (40%). 10 (9%) by jich navrhovalo částku 50 Kč a 2 (2%) oslovených dokonce částku 100 Kč. Pouze 5krát (5%) byla označena nižší výše regulačního poplatku a to 20 Kč. I přes navrhované částky by za tento druh zdravotnické služby nechtělo platit 45 zdravotníků (42%).

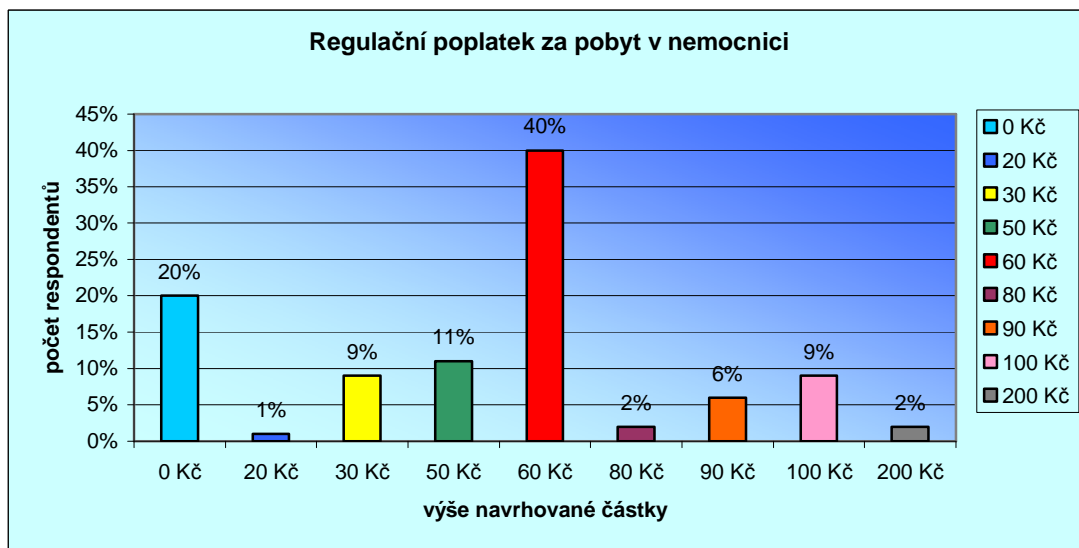
Graf 17: Navrhované výše částek regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti (Dotazník, otázka č.14)



Zdroj: Vlastní výzkum

S nynější výší regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti souhlasí 31 oslovených (29%). 14 respondentů (13%) by bylo ochotno hradit 100 Kč. Pro částku 50 Kč se přiklonilo 12 dotázaných (11%), podobně jako 13 dotázaných (12%) pro 30 Kč poplatek. Nezanedbatelný počet 5 respondentů (5%) označilo 60 Kč částku. V nepatrném procentuálním vyjádření byla zastoupena výše od 20 Kč přes 40 Kč, 80 Kč, 150 Kč, 200 Kč až po 300 Kč. 24 respondentů (22%) by za tuto službu neplatilo žádný poplatek.

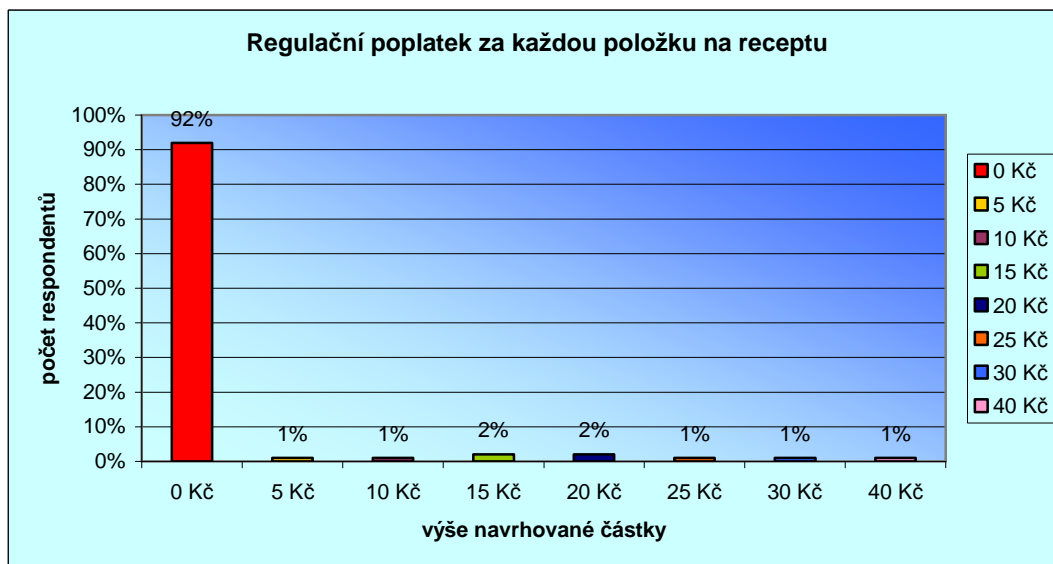
Graf 18: Navrhované výše částek regulačního poplatku za pobyt v nemocnici (Dotazník, otázka č.14)



Zdroj: Vlastní výzkum

S dosud platným 60 Kč regulačním poplatkem za pobyt v nemocnici souhlasí 43 zdravotníků (40%). 12 dotázaných (11%) se vyslovilo pro částku nižší, představující 50 Kč. Shodný počet 10 respondentů (9%) zaznamenala výše 30 Kč a 100 Kč. Stejnou výši jako za stávající regulační poplatek za návštěvu pohotovosti by navrhovalo 6 oslovených (6%). Nejvyšší navrhovaná částka činila 200 Kč. Tuto možnost zaznamenali 2 dotázaní (2%). 21 oslovených (20%) regulační poplatek za pobyt v nemocnici nedoporučuje hradit vůbec.

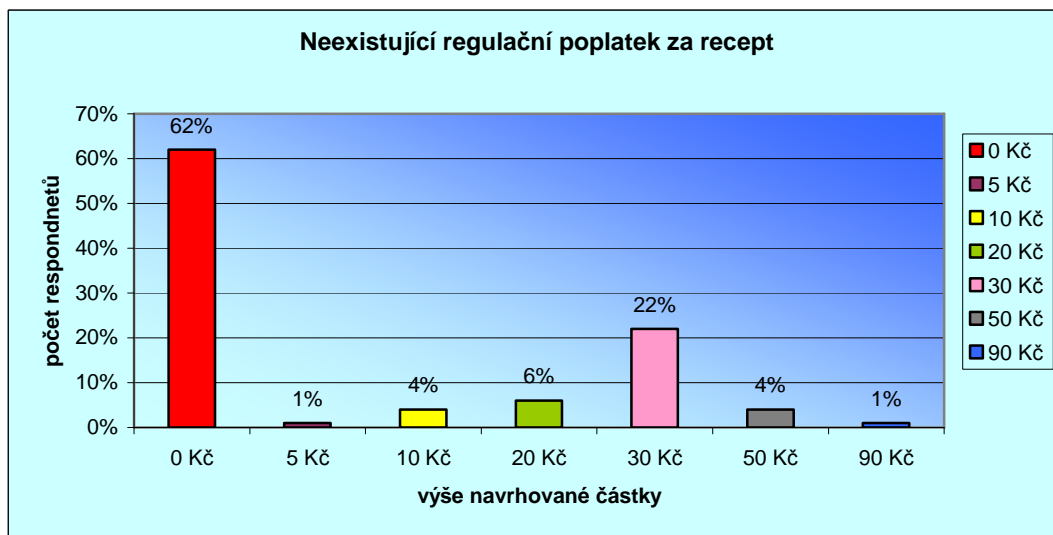
Graf 19: Navrhované výše částek regulačního poplatku za každou položku na receptu
(Dotazník, otázka č.14)



Zdroj: Vlastní výzkum

Výše regulačního poplatku za každou položku na receptu přinesla téměř jednoznačnou odpověď. Pro jeho neplacení se vyslovilo 98 respondentů (92%). Navíc se stávající výší tohoto poplatku souhlasí jen 1 z oslovených (1%). 2 dotázaní (2%) by navrhovali 20 Kč poplatek podobně jako další 2 (2%) 15 Kč úhradu. Pouze 1 respondent (1%) by navrhoval vyšší, 40 Kč částku. Ostatní odpovědi byly přinášely nižší částku než je stávající poplatek. Pohybovaly se od 5 Kč přes 10 Kč až po 25 Kč.

Graf 20: Navrhované výše částek regulačního poplatku za recept (Dotazník, otázka č.14)

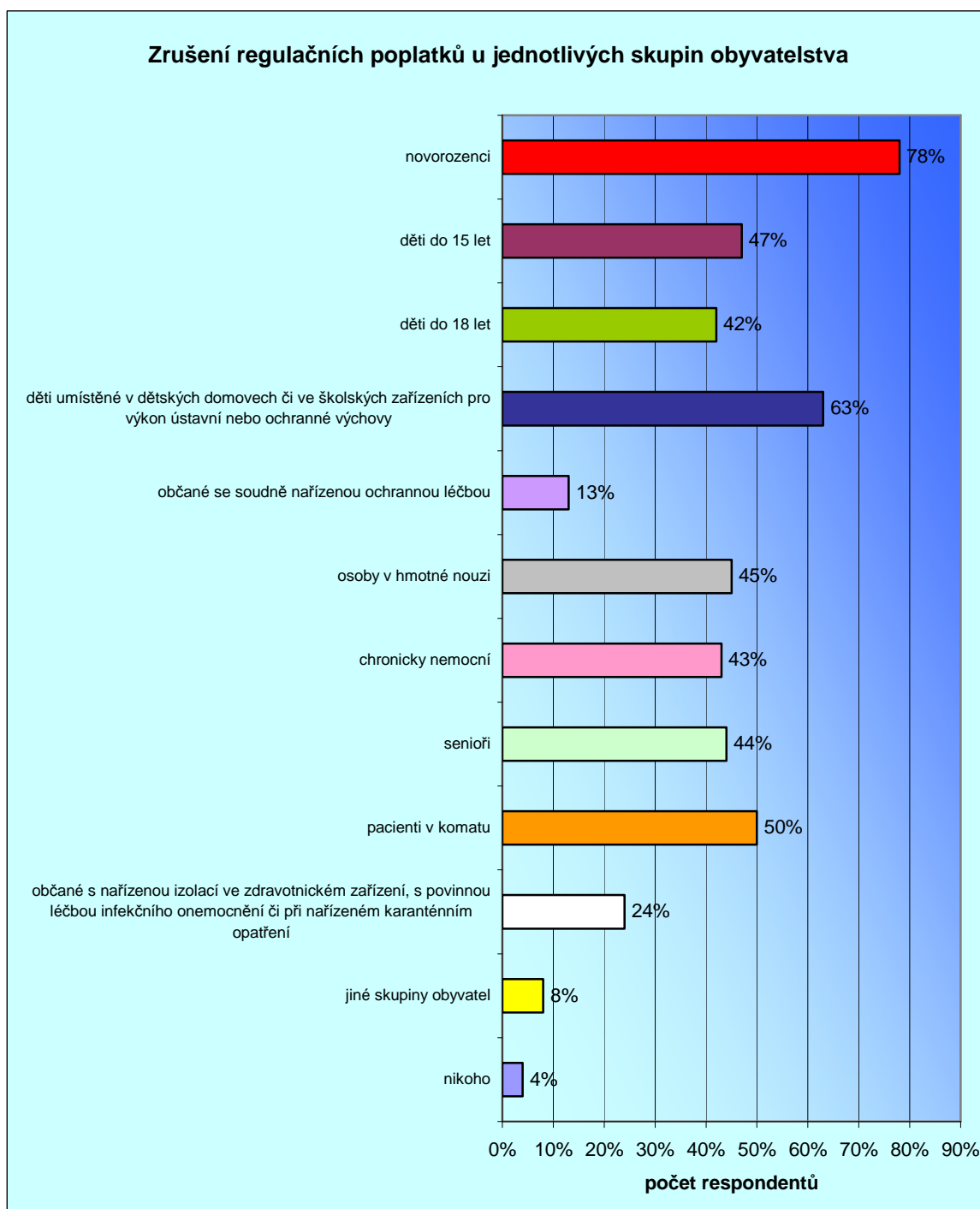


Zdroj: Vlastní výzkum

S případným regulačním poplatkem za recept a jeho úhradou by nesouhlasilo oproti předchozímu regulačnímu poplatku za každou položku na receptu 67 respondentů (63%). 24 z nich (22%) by bylo za recept ochotno hradit 30 Kč. 6 oslovených (6%) se přiklonilo k částce 20 Kč. Shodně po 4 odpovědích (4%) byla zaznamenána částka ve výši 10 Kč a 50 Kč. Pouze po 1 odpovědi (1%) si odnesly částky 5 Kč a 90 Kč.

Mezi 7 respondenty (7%) padl návrh na možné hrazení poplatků u dalších 5 zdravotnických služeb. Za případný poplatek spojený s neadekvátním přivoláním rychlé záchranné služby by respondenti navrhovali částku 500 Kč, za stravu v nemocnici 50 Kč, za výpis z dokumentace 200 Kč, stejně jako za návštěvu lékaře v bytě a 40 Kč za využití lékařské pohotovosti.

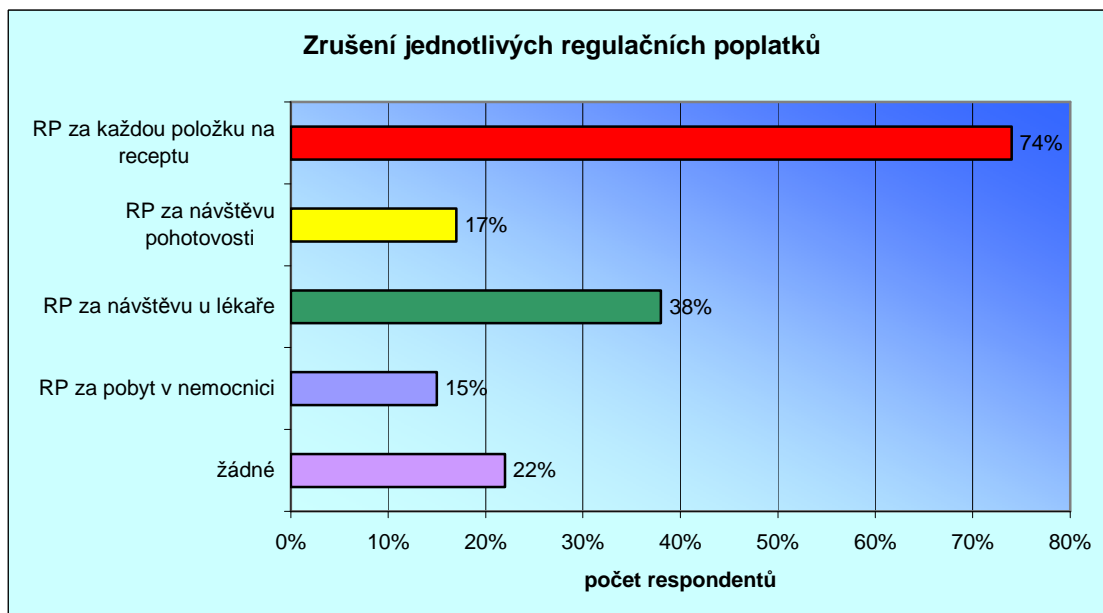
Graf 21: Osvobození jednotlivých skupin občanů od plateb regulačních poplatků
(Dotazník, otázka č.15)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 15, s možností označit více odpovědí, bylo ze 107 zdravotníků pro zrušení regulačních poplatků pro novorozence 83 (78%). Za děti do 15 let se postavilo 50 oslovených (47%), o něco méně, 45 respondentů (42%), se přimluvalo za děti do 18 let. Více odpovědí, 67 (63%), zaznamenaly už jen děti umístěné v dětských domovech či ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Výjimku z hrazení regulačních poplatků vítá 48 zdravotníků (45%) i u osob v hmotné nouzi, stejně jako 26 dotázaných (24%) u osob s nařízenou izolací ve zdravotnickém zařízení, s povinnou léčbou infekčního onemocnění či při nařízeném karanténním opatření. Pouhých 14 odpovědí (13%) vyznívalo kladně pro občany se soudně nařízenou ochrannou léčbou. Téměř shodný počet oslovených zaznamenali chronicky nemocní pacienti, senioři a pacienti v komatu. Ve stejném pořadí představoval počet odpovědí 46 (43%), 47 (44%) a 54 (50%). Proti výjimkám z hrazení regulačních poplatků vystoupili 4 zástupci z řad odborné veřejnosti (4%). Naopak 9 respondentů (8%) by navrhovalo další zrušení plateb regulačních poplatků u onkologicky nemocných pacientů, u žen v porodnici, u zdravotně postižených občanů či u preventivních prohlídek. 3 z těchto oslovených by bylo dokonce pro zrušení plateb pro všechny občany.

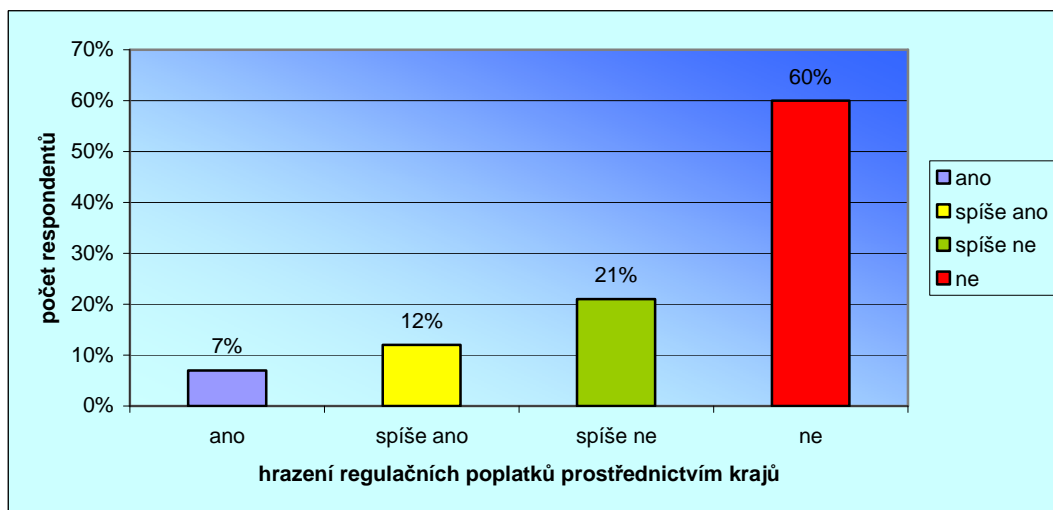
Graf 22: Zrušení dosavadních jednotlivých regulačních poplatků (Dotazník, otázka č.16)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16 umožnila respondentům označit více odpovědí. Ze 107 zdravotníků bylo 79 oslovených (74%) pro zrušení regulačních poplatků za každou položku na receptu. 41 záznamů (38%) bylo u regulačního poplatku za návštěvu u lékaře. Regulační poplatek za návštěvu pohotovosti by zrušilo 18 dotázaných (17%). Regulační poplatek za pobyt v nemocnici se jeví jako nejlépe přijatelný, tuto variantu označilo 16 respondentů (15%) S regulačními poplatky v dnešní podobě souhlasí podle této otázky 24 dotázaných (22%).

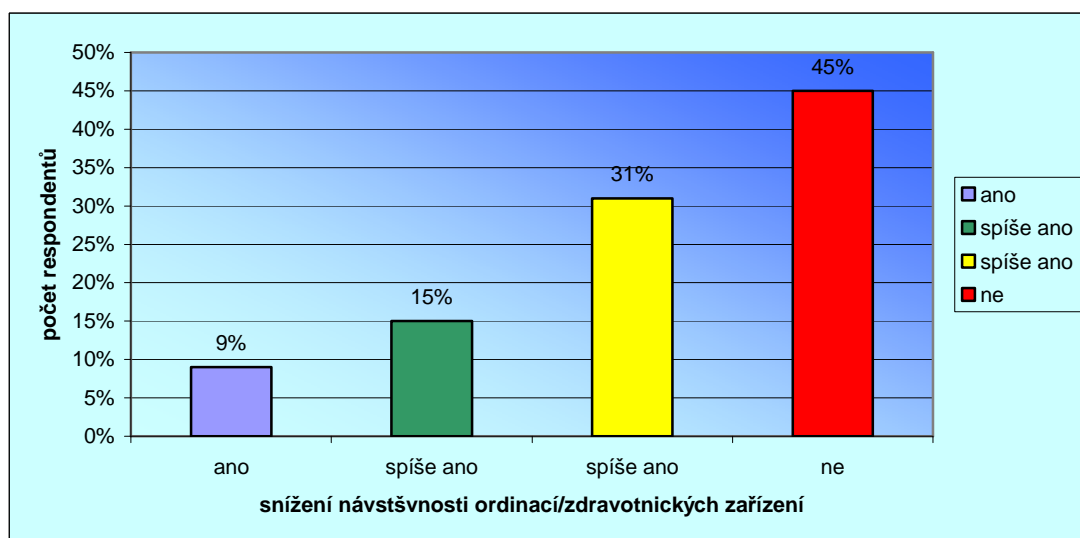
Graf 23: Hrazení regulačních poplatků prostřednictvím krajů (Dotazník, otázka č.17)



Zdroj: Vlastní výzkum

S hrazením regulačních poplatků prostřednictvím krajů v krajských nemocnicích a lékárnách souhlasí jen 7 respondentů (7%). Spíše s tímto postupem souhlasí dalších 13 oslovených (12%). Zamítavě se na tuto variantu dívá 23 zdravotníků (21%) a proti zmiňovanému kroku se vyslovalo 64 dotázaných (60%).

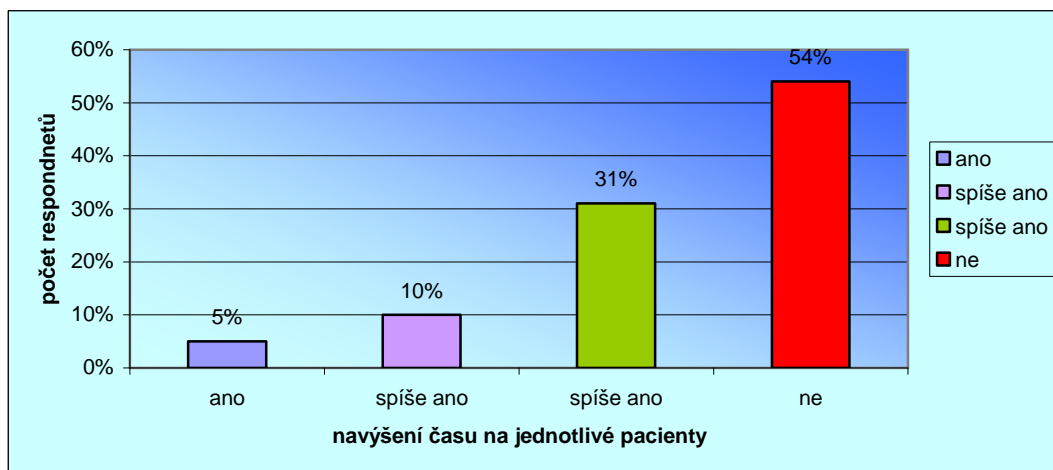
Graf 24: Omezení návštěvnosti ordinací/zdravotnických zařízení (Dotazník, otázka č.18)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zavedení regulačních poplatků mělo pravděpodobně vliv na snížení návštěvnosti lékařů v jejich ordinacích jen u 10 oslovených (9%), podobně jako u 16 zdravotníků (15%), kteří taktéž malý úbytek pacientů zaznamenali. Tato skutečnost se spíše neprojevila u 33 oslovených (31%). U 48 dotázaných (45%) je množství pacientů stále stejné jako před zavedením regulačních poplatků.

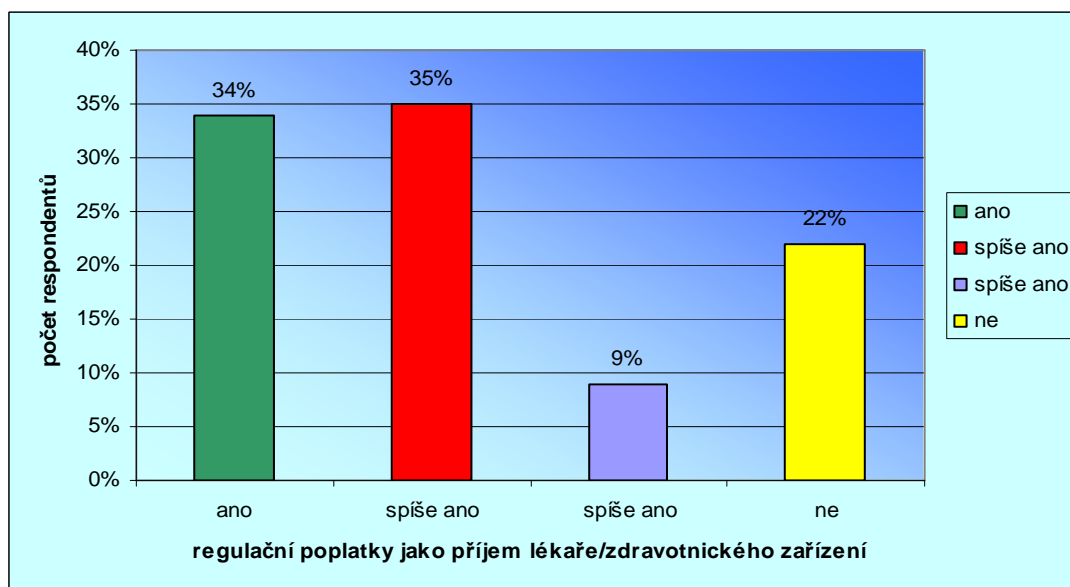
Graf 25: Navýšení množství času na jednotlivé pacienty (Dotazník, otázka č.19)



Zdroj: Vlastní výzkum

V pěti ordinacích (5%) zaznamenávají zdravotničtí pracovníci více času na jednotlivé pacienty než před zavedením regulačních poplatků. Podobné je to u dalších 11 zařízení (10%). 33 respondentů (31%) nepociťuje výrazně více času věnovanému na jednotlivé pacienty. Pro 58 zdravotníků (54%) nepřináší regulační poplatky v této oblasti žádné změny.

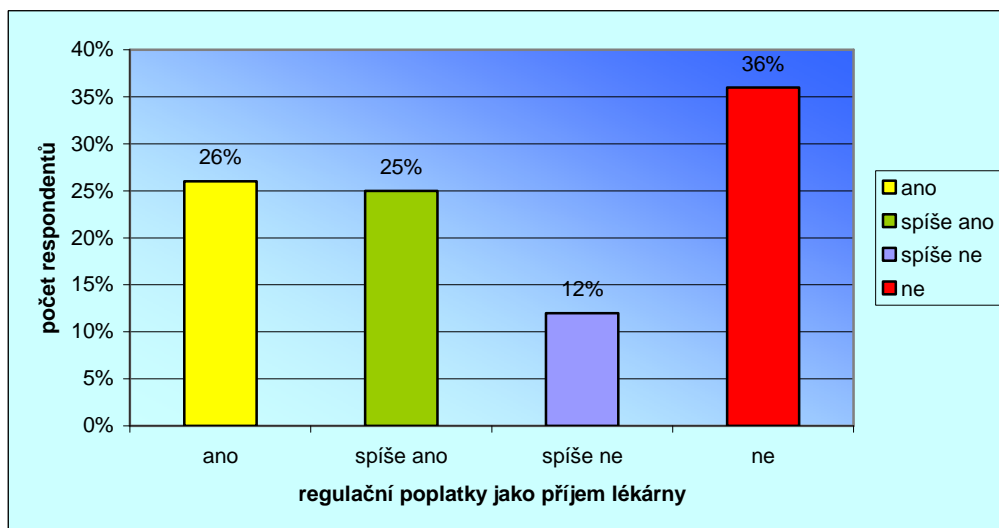
Graf 26: Regulační poplatky jako příjem lékaře/zdravotnického zařízení (Dotazník, otázka č.20)



Zdroj: Vlastní výzkum

36 respondentů (34%) z řad odborné veřejnosti souhlasí s tím, aby vybírané regulační poplatky zůstávaly příjmem lékaře/zdravotnického zařízení. Ke stejnému kroku se spíše přiklání i 37 oslovených (35%). Zamítavě se na tuto skutečnost dívá 10 oslovených (9%) a s nesouhlasem přistupuje zbylých 24 dotázaných (22%).

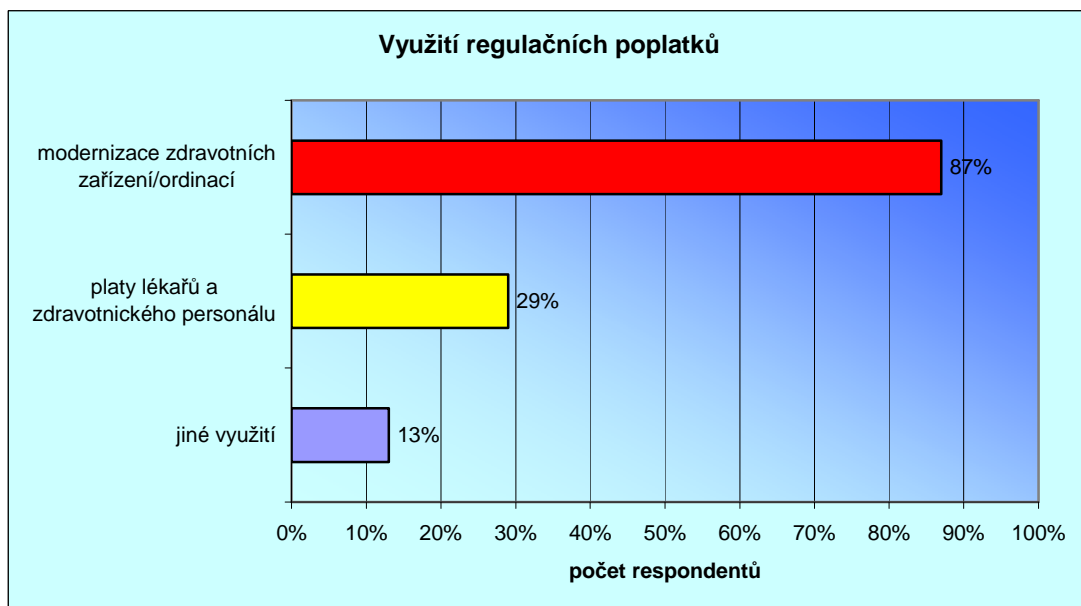
Graf 27: Regulační poplatky jako příjem lékárny (Dotazník, otázka č.21)



Zdroj: Vlastní výzkum

S regulačními poplatky jako s příjmem lékáren souhlasí 28 dotázaných (26%). Tuto variantu spíše podporuje taktéž 27 oslovených (25%). 13 respondentů (12%) s tímto příjmem lékáren nesouhlasí a 39 dotázaných (36%) se postavilo proti zmíněnému postupu.

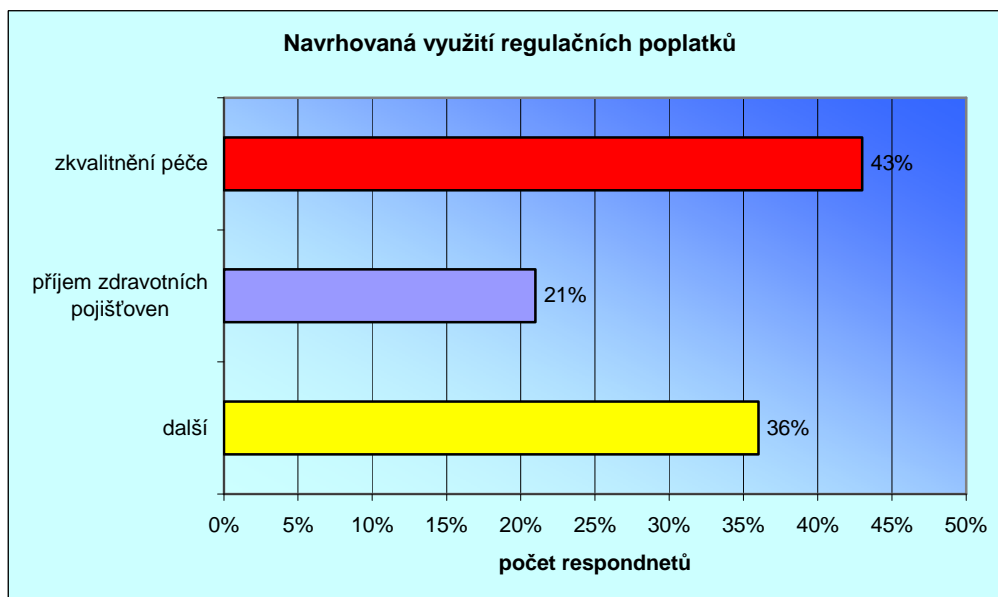
Graf 28: Využití regulačních poplatků (Dotazník, otázka č.22)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 22 byla opět možnost označit více odpovědí. Ze 107 respondentů bylo 93 oslovených (87%) pro využití vybraných regulačních poplatků v oblasti modernizace zdravotnických zařízení/ordinací. 31 dotázaných (29%) se postavilo za platy lékařů a zdravotnického personálu. Na možné jiné využití upozornilo 14 zdravotníků (13%). Uvedené odpovědi jsou znázorněné v následujícím grafu.

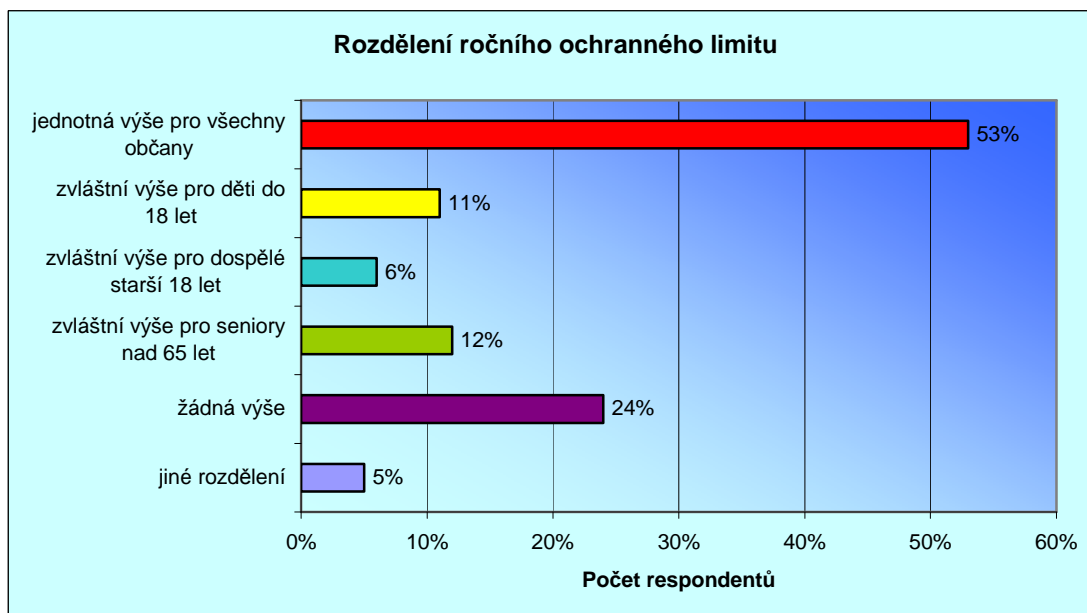
Graf 29: Navrhovaná využití regulačních poplatků (Dotazník, otázka č.22)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti mohli vypsát více variant, jak by finance z vybíraných regulačních poplatků využili. Ze zmíněných 14 oslovených jich 6 (43%) poukázalo na možnost zkvalitnění péče prostřednictvím moderních přístrojů a technologií. 3 dotázaní (21%) by nechávali vybírané regulační poplatky jako součást příjmu zdravotních pojišťoven. 5 zdravotníků (36%) zaznamenalo dalších 8 rozdílných odpovědí. Jednalo se o následující způsoby využití – lepší dostupnost péče, použití financí na samotný chod zdravotnických zařízení, zvýšení počtu zdravotnického personálu, více výhod pro zdravotnický personál, výroba kvalitních léků, slevy na doplacích u drahých léků, prémie lékařům a lékárníkům na pohotovosti či na výzkum v oblasti zdravotnictví.

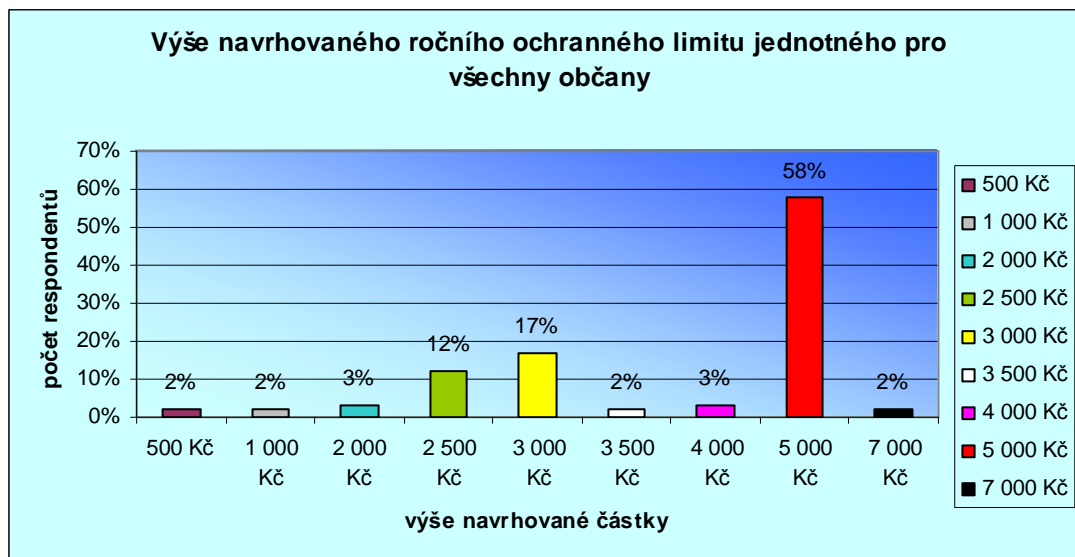
Graf 30: Rozdělení ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 23 měli respondenti možnost označit více odpovědí. Pro jednotnou výši ročního ochranného limitu pro všechny občany bylo ze 107 zdravotníků 57 oslovených (53%). Zvláštní výši ročního limitu by navrhovalo 12 respondentů (11%) pro děti do 18 let. Dospělí by měli mít podle 6 dotázaných (6%) taktéž odlišnou výši ročního ochranného limitu, podobně jako senioři nad 65 let, které označilo 13 jedinců (12%) z řad veřejné odbornosti. Zvláštní částku tohoto limitu by navrhovalo 5 oslovených (5%) pro chronicky nemocné a následně podle výše příjmů osob. 26 respondentů (24%) se vyslovilo pro úplné zrušení ochranného limitu pro všechny občany. Navrhované výše částek jsou zveřejněny v následujících grafických přehledech.

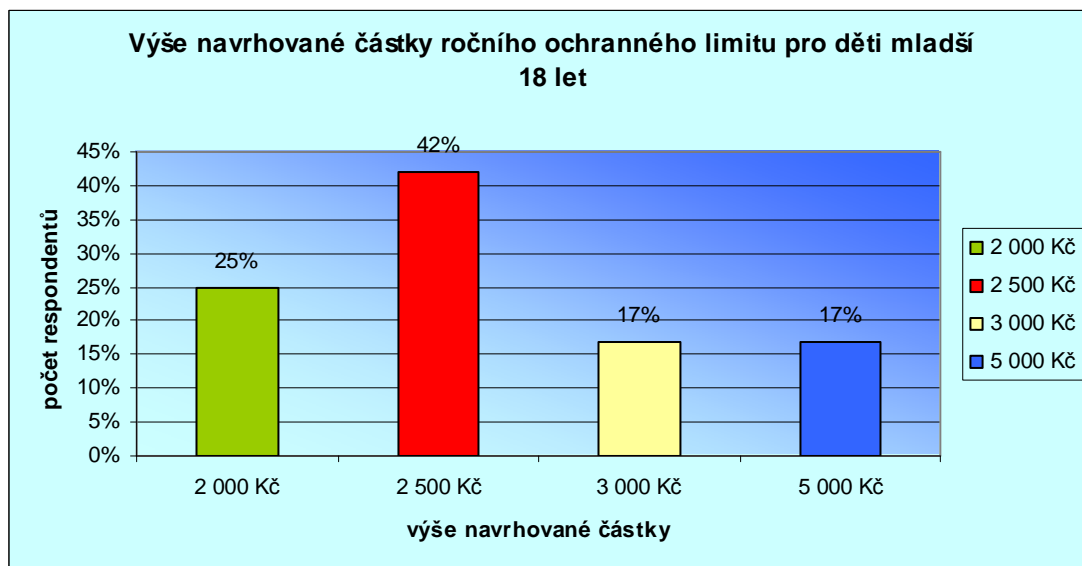
Graf 31: Výše ročního ochranného limitu jednotného pro všechny občany (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 5 000 Kč výši ročního ochranného limitu jednotného pro všechny občany se vyslovila nadpoloviční většina z 57 respondentů, 33 (58%). S částkou 3 000 Kč by souhlasilo 10 oslovených (17%). 2 500 Kč by navrhovalo 7 dotázaných (12%).

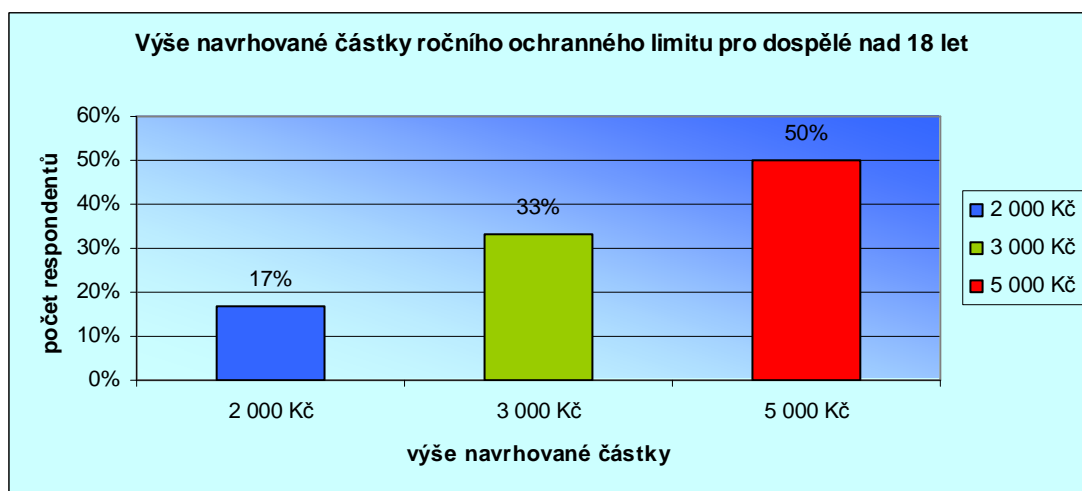
Graf 32: Výše ročního ochranného limitu pro děti mladší 18 let (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

Se stávající výší ročního ochranného limitu pro děti mladší 18 let, tedy s částkou 2 500 Kč, souhlasí 5 respondentů (42%) z celkových 12, kteří by byli pro odlišnou výší limitu pro tuto skupinu obyvatel. S částkou o 500 Kč nižší by souhlasili 3 oslovení (25%). Shodně po 2 odpovědích (17%) byla označena výše 5 000 Kč a 3 000 Kč.

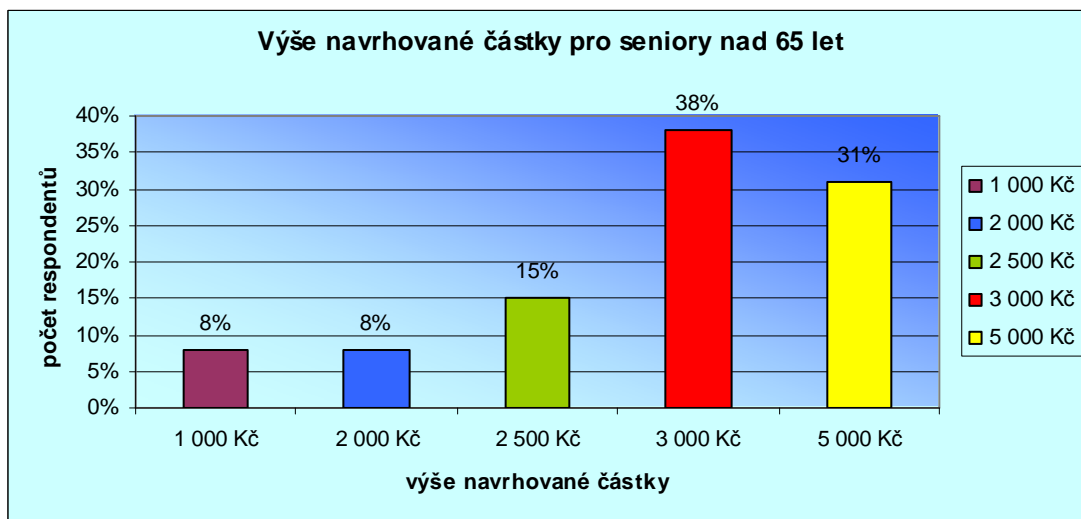
Graf 33: Výše ročního ochranného limitu pro dospělé nad 18 let (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

S nynější výší ročního ochranného limitu pro osoby starší 18 let, s částkou 5 000 Kč, souhlasí přesná polovina ze 6 respondentů (50%). Pro 3 000 Kč částku zvedli ruku 2 oslovení (33%) a pro částku 2 000 Kč zbylí 1 respondent (17%).

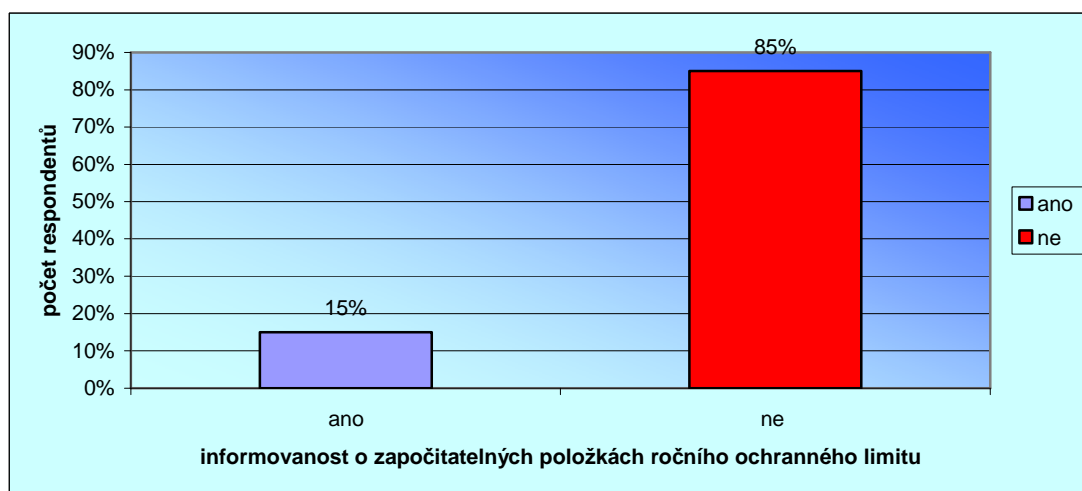
Graf 34: Výše ročního ochranného limitu pro seniory nad 65 let (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 13 respondentů, kteří by byli pro zvláštní výši ročního ochranného limitu pro seniory nad 65 let se jich 5 shodlo (38%) na částce 3 000 Kč. O jednoho méně (31%) respondenta se ustálilo na výši 5 000 Kč. Pro výši 2 500 Kč se rozhodli 2 z těchto oslovených (15%) a po jednom respondentovi (8%) zaznamenala odpověď částka 1 000 Kč a 2 000 Kč.

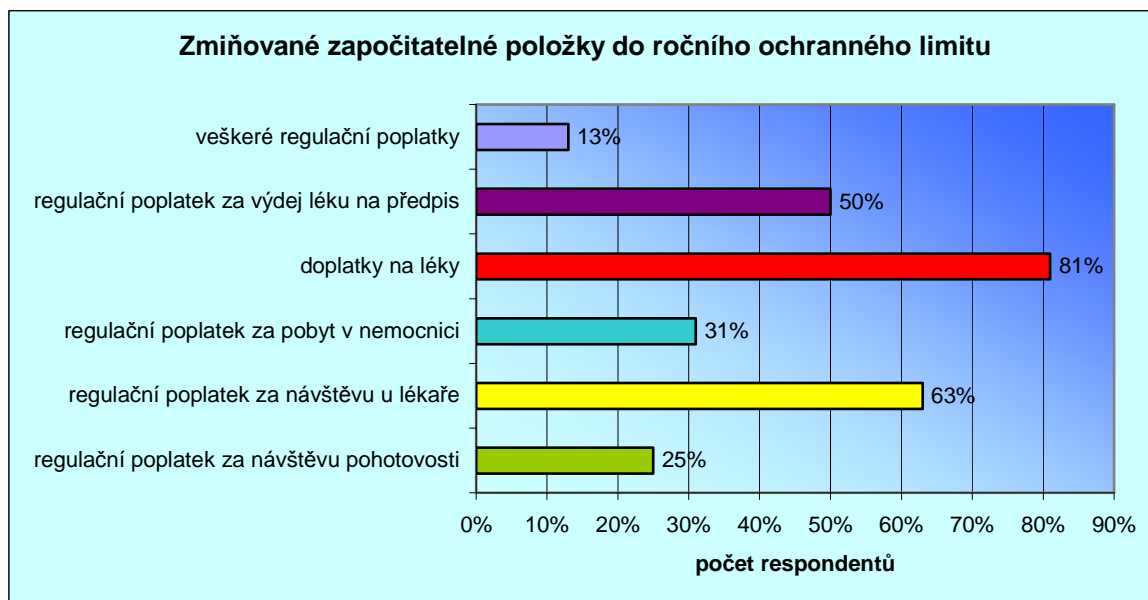
Graf 35: Informovanost o započitatelných položkách ročního ochranného limitu
(Dotazník, otázka č. 24)



Zdroj: Vlastní výzkum

Překvapivý počet 91 zdravotníků (85%) nezná položky, které jsou součástí ročního ochranného limitu. Pouze 16 oslovených (15%) vypsalo alespoň 1 druh této položky. Respondenty zmiňované odpovědi jsou zobrazené v následujícím grafu.

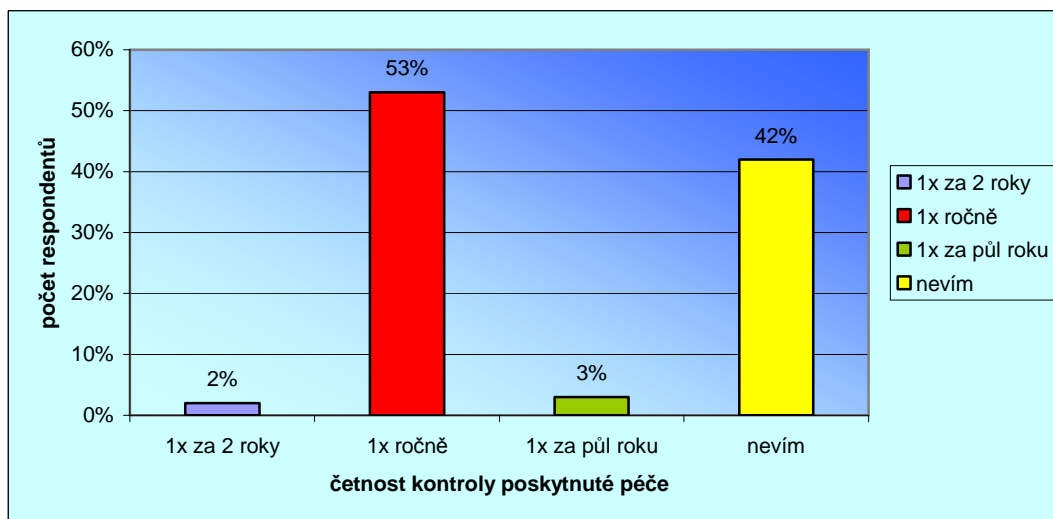
Graf 36: Zmiňované započitatelné položky ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č. 24)



Zdroj: Vlastní výzkum

V následné podotázce mohli respondenti vypsát různý počet jim známých započitatelných položek do ročního ochranného limitu. Ze 16 respondentů, kteří odpověděli kladně na předcházející otázku, zmiňovali nejčastěji doplatky na léky. Tuto možnost vypsalo 13 respondentů (81%). 10 zdravotníků (63%) uvedlo regulační poplatky za návštěvu u lékaře. Pro 8 oslovených (50%) jsou součástí ročního ochranného limitu regulační poplatky za výdej léku. 5 dotázaných (31%) se přiklonili k regulačním poplatkům za pobyt v nemocnici a další 4 respondenti (25%) k regulačním poplatkům za návštěvu pohotovosti. Veškeré existující regulační poplatky, jakou součást ročního ochranného limitu, uvedli 2 dotázaní (13%).

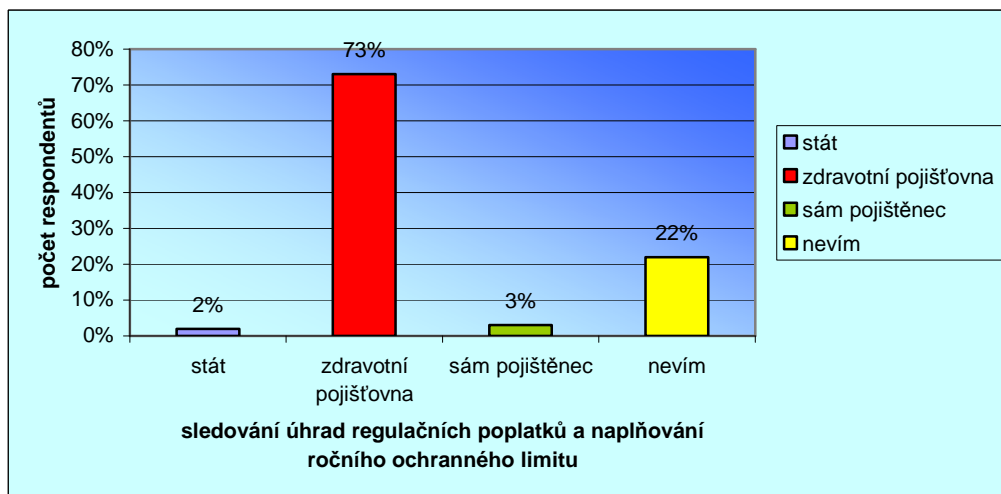
Graf 37: Informovanost o četnosti kontroly poskytnuté péče (Dotazník, otázka č. 25)



Zdroj: Vlastní výzkum

57 respondentů (53%) ví, anebo se správně domnívá, že jako pojištěnci mají právo 1x ročně na bezplatný výpis ze zdravotního účtu u své zdravotní pojišťovny. 3 oslovení (3%) si mysleli, že lze tuto možnost využít vždy 1 za půl roku. Variantu 1x za 2 roky využili 2 respondenti (2%) Odpověď nevím označilo 45 dotázaných (42%).

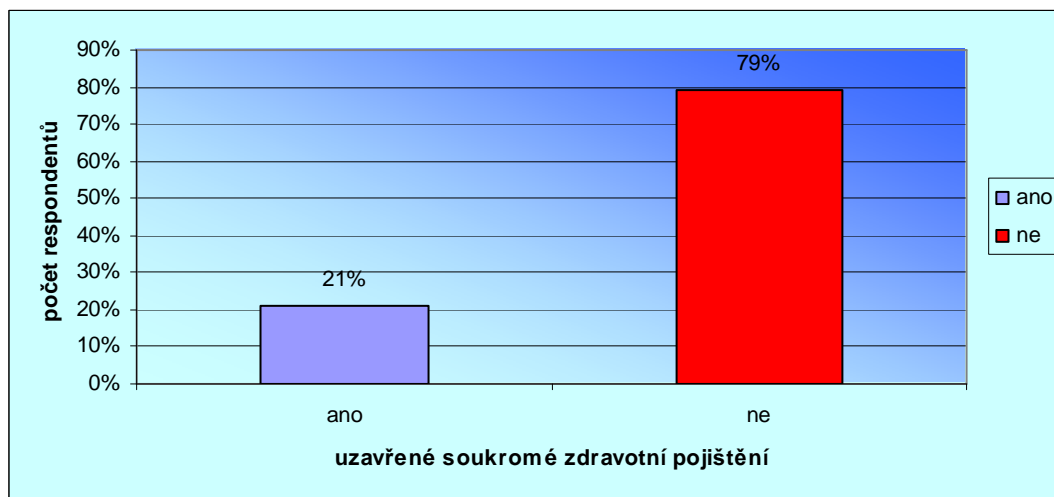
Graf 38: Informovanost o kontrole nad úhradou regulačních poplatků a naplňováním ročního ochranného limitu (Dotazník, otázka č. 26)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní pojišťovnu jako dohlížejší orgán nad úhradou regulačních poplatků a naplňováním ročního ochranného limitu označilo 78 dotázaných (73%). 3 oslovení (3%) se domnívají, že tuto povinnost má sám pojištěnec. Stát do této pozice postavili 2 respondenti (2%). Odpověď nevím si zvolilo 24 oslovených (22%).

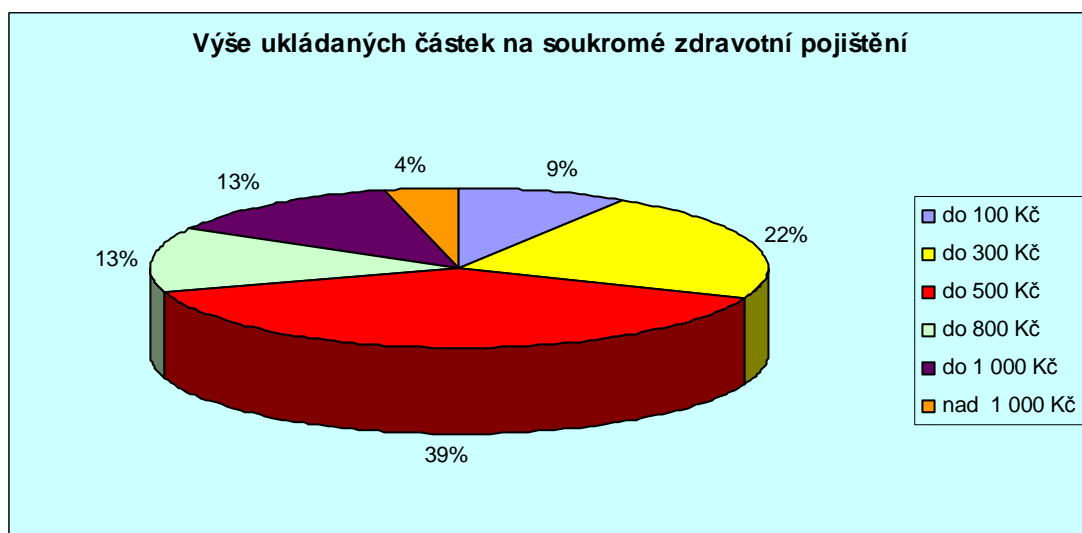
Graf 39: Soukromé zdravotní pojištění (Dotazník, otázka č. 27)



Zdroj: Vlastní výzkum

23 respondentů (21%) má v současné době uzavřené soukromé zdravotní pojištění. Ostatních 84 dotázaných (79%) nemělo v době provádění výzkumu toto pojištění uzavřené. Výše ukládaných částek u připojištěných respondentů ukazuje následující grafické vyobrazení.

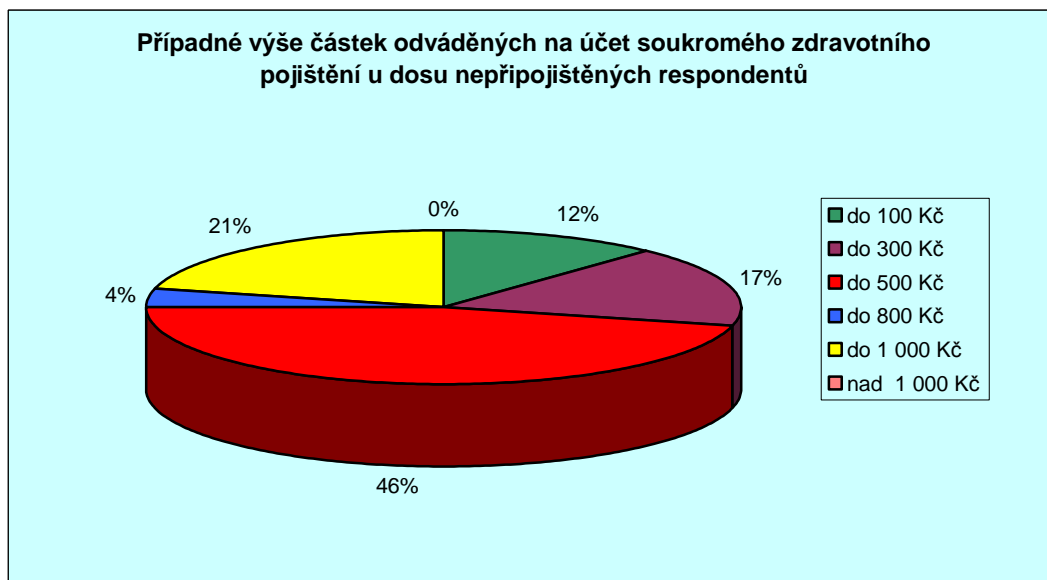
Graf 40: Výše ukládaných částek na soukromé zdravotní pojištění (Dotazník, otázka č. 27)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji ukládanou částkou na soukromé zdravotní pojištění je mezi zmiňovanými 23 respondenty výše do 500 Kč. Takto odpovědělo 9 oslovených (39%). Hodnotu do 300 Kč označilo 5 dotázaných (22%). Shodně po 3 odpovědích (13%) byla zmíněná výše do 800 Kč a do 1 000 Kč. 2 respondenti (9%) si na konto soukromého zdravotního pojištění odvádí měsíčně částku do 100 Kč. Pouze 1 oslovený (4%) označil částku vyšší než 1 000 Kč.

Graf 41: Případné výše ukládaných částek na účet soukromého zdravotního pojištění (Dotazník, otázka č. 27)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 84 respondentů, kteří nemají uzavřené soukromé zdravotní pojištění, by si jich bylo 24 (29%) ochotno toto pojištění uzavřít. Částku, kterou by si pak byli ochotni odvádět v rámci zmiňovaného pojištění, by byla nejčastěji do 500 Kč. Takto odpovídalo 11 (46%) z těchto oslovených. Nad 1 000 Kč by si hradilo připojištění 5 respondentů (21%). Částku do 300 Kč označili 4 oslovení (17%) a do 100 Kč 3 dotázaní (12%). Pouze 1 z respondentů (4%) by volil výši do 800 Kč.

5. Diskuse

Cílem mé práce bylo zmapovat názor občanů a odborné veřejnosti na zavedené regulační poplatky. Kvantitativní výzkum byl prováděn na vzorku 307 respondentů z řad široké veřejnosti a 107 respondentů z řad odborné veřejnosti Jihočeského kraje. Kritériem pro výběr odborné veřejnosti bylo zdravotnické povolání. Hlavní cíl byl rozveden dále do dílčích cílů. První z nich měl zjistit výše regulačních poplatků přijatelné pro občany. Druhým dílčím cílem pak bylo zmapovat využívání možnosti uzavření soukromého zdravotního připojištění. Podle těchto cílů byly následně vytvořeny otázky do dotazníků. V dotaznících pro širokou veřejnost byly otázky zaměřené na informovanost o systému regulačních poplatků a ročního ochranného limitu, na případný negativní dopad regulačních poplatků na rodinné rozpočty nebo na možný pokles návštěvnosti lékařů či na výjimky z placení regulačních poplatků.

Odpovědi na otázku č. 1 specifikují pohlaví respondentů. Dotazníkové šetření ukázalo na vyšší podíl žen nad muži, a to poměrem 62% : 38%. Z provedeného výzkumu vyplývá, že se ženy na problematiku regulačních poplatků dívají kritičtěji než mužská část respondentů. Ze 188 žen jich nesouhlasí s regulačními poplatky ve zdravotnictví 114 (61%). Z celkového množství 116 mužů je jich stejného názoru 54 (47%). Tento výsledek je shodný s provedeným výzkumem agentury Median, která taktéž zjistila, že ženy jsou k poplatkům o něco kritičtější v porovnání s muži (38). Za možným důvodem kritiky ženské části respondentů může stát pravděpodobně častější návštěva lékařských ordinací, kam ženy mnohem častěji, oproti mužům, doprovází své děti a regulační poplatky zde uhrazují. Ženy také mnohem častěji chodí k lékaři – gynekolog apod. Této situaci nahrává i fakt, že průzkum prováděný v rámci mé diplomové práce probíhal v době, kdy i za děti do 18 let bylo nutno regulační poplatky hradit.

Věkový průměr oslovených činil 33 let. Nejmladšími odpovídajícími byli respondenti ve věku 20 let, zatímco nejstarším osloveným bylo v době provádění výzkumu 78 let. Poměrně široké věkové rozpětí sloužilo ke zmapování případného rozdílného hodnocení českého zdravotnictví a regulačních poplatků mezi mladší a starší

věkovou skupinou obyvatel. K překvapení nepřinesly výsledky mezi jednotlivými věkovými kategoriemi výraznější rozdíly v názorech na stav českého zdravotnictví, na potřebnost reformy ani na regulační poplatky. Na ne zcela ideální stav našeho zdravotnictví poukázalo 63% oslovených v mladší věkové populaci, tj. ve věku od 20 do 30 let, 56% ve střední věkové kategorii mezi 31 až 60 lety a 62% respondentů starších 61 let. Podobné je to s názorem na případnou reformu českého zdravotnictví, pro jejíž realizaci by zvedlo ruku ve stejném pořadí 88%, 86% a 70%. Proti regulačním poplatkům se podle očekávání vyjádřilo nejvíce respondentů (77%) nejstarší věkové kategorie nad 61 let. O něco lépe jsou regulační poplatky přijímány mezi respondenty ve věku 31 až 60 let, kde záporné emoce vyvolaly u 59% dotázaných. V kategorii oslovených ve věku do 30 let se názorový pohled na přijaté poplatky ustálil téměř na polovině. Poměr kladných odpovědí vůči záporným činil 49% : 51%.

Se stejným záměrem jsem položila i otázka č. 3, jenž se zajímala o stupeň dosaženého vzdělání. Také zde bylo mou snahou rozlišit názory občanů na danou problematiku, v tomto případě, však v závislosti na vzdělání. Největší zastoupení (47%) měli respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou. 22% jich dosáhlo středního odborného učiliště, vysokoškolského vzdělání docílilo v celém souboru 19% respondentů a základní vzdělání a vyšší odbornou školu označilo shodně 6% oslovených. Z provedeného výzkumu vyplývá, že 62% respondentů s vyšším vzděláním hodnotí zavedení regulačních poplatků, oproti 39% oslovených se základním vzděláním, převážně kladně. Stejně tak jsou ve větší míře spokojeni se stavem českého zdravotnictví (53% : 43%). Výsledek mého výzkumu se shoduje i s průzkumem agentury Median, která prováděla šetření pro MF Dnes. Ve své zprávě dokazuje vliv vysokoškolského vzdělání na postoj k regulačním poplatkům. Hovoří o tom, že čím jsou lidé vzdělanější, tím lépe hodnotí jejich zavedení. Například vysokoškoláků, kteří si myslí, že poplatky omezily plýtvání léky a zneužívání lékařské péče, je třikrát více než lidí se základním vzděláním (38). Dá se to i celkem logicky odůvodnit. Vzdělání totiž mnohdy pomáhá ke globálnímu pohledu na události kolem nás. Lidé s vyšším vzděláním tak častěji a snáze dokáží vidět věci v širších souvislostech a chápat jejich smysl v obecném měřítku. Tato skutečnost sehrává pravděpodobně roli i v náhledu na

probírané regulační poplatky. Ty nejsou těmito lidmi přijímány nejspíš pouze jako finanční zátěž pro občany, ale také jako možná cesta k lepšímu a kvalitnějšímu zdravotnictví.

Otázka č. 4 souvisela se sociální událostí spjatou s rodinou, konkrétně s výchovou nezaopatřeného dítěte/děti v rodině. Měla být klíčem k dilematu, zda pro rodiny s nezaopatřenými dětmi představují regulační poplatky, jako jedna z dalších položek rodinného rozpočtu, významnější zásah do rodinných financí než pro domácnosti s odrostlými dětmi. Jak ukázalo dotazníkové šetření pro 82% rodin s nezaopatřenými dětmi neznamenaají regulační poplatky výrazné omezení. Pro zbylých 18% domácností již určité omezení představují. Tímto způsobem odpovídaly jednak rodiny s předškolními dětmi, které právě kvůli svému věku mohou vyžadovat častější návštěvy u lékařů a s tím spojené zvýšené náklady na úhradu regulačních poplatků a jednak rodiny, které vychovávají zároveň 3 nezaopatřené děti, jejichž počet může taktéž sehrávat svou roli ve zvýšených nákladech na jejich péči.

Otázka č. 5 poukázala na přítomnost 3% nezaměstnaných občanů ve výzkumném vzorku. Nezaměstnanost, jako sociální událost, může mít podle provedeného šetření vliv na negativní postoj k regulačním poplatkům. A to nejspíš proto, že jejich úhrada představuje významnější zásah do rodinného rozpočtu zmiňovaných respondentů. Na tuto skutečnost upozornilo 80% nezaměstnaných. Zmíněný fakt vede pravděpodobně i ke všeobecnému nesouhlasu se zavedenými regulačními poplatky u 70% z těchto oslovených, stejně tak i k zápornému pohledu na české zdravotnictví jako takové, ke kterému se jich vyslovilo výrazných 90%.

Podobnou přítěž představují regulační poplatky taktéž pro 4% žen pečujících o dítě. Pro 73% těchto žen, znamená úhrada regulačních poplatků finanční zátěž. Oproti předcházející skupině nezaměstnaných respondentů, však zachovávají kladný postoj jak k českému zdravotnictví tak i k regulačním poplatkům.

Samostatnou skupinou osob v rámci výzkumu bylo taktéž 8% zástupců z řad seniorů. 58% jich poukazuje na stav českého zdravotnictví jako na nevyhovující a 75% jich považují za nutné provést reformní kroky k jeho nápravě. Pravděpodobně zhoršující se zdravotní stav z důvodu věku, společně se zvýšenou potřebou návštěv lékařů

a úhradou regulačních poplatků, může vést zároveň k zamítavému postoji vůči poplatkům samotným. Proti jejich fungování je 67% oslovených seniorů. Nejenom, že je jejich úhrada pro 63% z nich finančně nákladná, ale ve 33% případech vedly dokonce i k nedobrovolnému snížení počtu návštěv u lékařů.

Otázka č. 6, rozdělující respondenty podle výše průměrného měsíčního čistého příjmu, ukázala na rozdílný vliv regulačních poplatků na život občanů v závislosti na výši jejich příjmů. Oslovení s příjmem do 10 000 Kč (22%) v 65% nesouhlasí s regulačními poplatky a s jejich fungováním. Dokonce je jich 52% označilo jako finanční zátěž. 15% respondentů z této příjmové skupiny tato skutečnost nejspíš donutila ke snížení počtu návštěv zdravotnických zařízení.

O něco pozitivnější je situace u 31% dotázaných s příjmem v rozmezí 10 000 Kč až 15 000 Kč. Ačkoliv je jich 60% proti zavedeným poplatkům, vliv na domácí rozpočet představují pouze pro 22% těchto oslovených a o vlivu na snížení počtu návštěv u lékařů jich hovořilo jen 1%.

Názorový obrat a rozdílný finanční vliv regulační poplatků na respondenty se ukázal v dotazníkovém šetření mezi 5% veřejností, s příjmem 26 000 Kč a více měsíčně. Pro 53% takto příjmových obyvatel je zavedení regulačních poplatků vítanou změnou v českém zdravotnictví. Žádný z této skupiny respondentů nepociťuje úhradu regulačních poplatků jako zátěž ani jako vliv na snížení návštěvnosti lékařů. Stejný trend zachytil i výzkum agentury Median, který potvrzuje to, že lidé s příjmem pod 15 000 Kč posuzují placení regulačních poplatků negativněji než lidé s příjmem nad 15 000 Kč (**38**).

Spokojenost se stavem českého zdravotnictví, vyjadřuje v otázce č. 7 necelá polovina respondentů (42%), ostatní (58%) nejsou spokojeni s jeho dnešní podobou a fungováním. Spíše nespokojeni jsou podle průzkumu respondenti se základním vzděláním (43%) a ženská část oslovených (65%). Negativní obraz českého zdravotnictví v řadách veřejnosti potvrzuje i sociologický ústav Akademie věd České republiky ve svém výzkumu z roku 2006. Na rozdíl od mého šetření však ukazuje na pozitivní vztah ke zdravotnictví mezi občany se základním vzděláním (**3**). Důvodem mého odlišného výsledku mohou být od 1. 1. 2008 nově zavedené regulační poplatky.

Jak jsem zmiňovala již v otázce č. 3, s jejich spuštěním nesouhlasí 61% respondentů se základním vzděláním, a právě tato skutečnost mohla mezi těmito občany vést ke změně v postoji k českému zdravotnictví a tím i k rozdílnému výsledku mého výzkumu. Jak uvádí další z výzkumů, lidí, kteří jsou spokojeni s českým zdravotnictvím v posledních letech ubývá. Zatímco v roce 2002 spokojenost vyjadřovaly asi dvě pětiny dotázaných, v prosinci 2008 to bylo jen 27%. Postupně tedy přibývá nespokojených občanů. Velké problémy jsou podle 74% lidí ve financování (47).

Výrazná nadpolovina respondentů (84%) je přesvědčena, že zdravotnictví české republiky potřebuje ke svému správnému fungování reformu zdravotnictví. Pouhých 16% oslovených by s reformou v současné době nesouhlasilo a nepocíťovalo jí jako prioritní potřebu. Totožný výsledek uveřejnil také výzkum STEM v lednu 2008, v době zavedení regulačních poplatků a ročního ochranného limitu těchto poplatků do českého zdravotnictví. Ze souboru 1 362 respondentů jich bylo 77% podle provedeného průzkumu přesvědčeno o potřebnosti reformy zdravotnictví. V názorech na reformu zdravotnictví se respondenti podstatně neliší podle výše dosaženého vzdělání, pohlaví či věku (42).

Jak vyplynulo z otázky č. 9, se zavedenými regulačními poplatky nesouhlasí, nebo spíše nesouhlasí 57% respondentů. K zamítavému postoji se přiklání více ženy než muži (61% : 47%), občané s nižším dosaženým vzděláním (61%) a příjmem (62%) a v neposlední řadě občané, kterých se regulační poplatky mohou nejvíce dotýkat, jimiž jsou nezaměstnaní (70%), rodiny s nezaopatřenými dětmi (54%) či senioři (67%).

Podle otázky č. 10 nezná 73% respondentů smysl a zároveň cíl zavedených regulačních poplatků. Pouhých 27% dotázaných uvedlo alespoň 1 nebo více důvodů, které mohly vést k novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V souvislosti s nejčastějšími odpověďmi, kterými bylo zlepšení financování zdravotnictví a jeho modernizace, lze poukazovat zároveň na nedostatky, jež společnost vnímá a ráda by viděla jejich nápravu. Nechyběly ani takové odpovědi, že jsou regulační poplatky zcela nesmyslné anebo názor jednoho z respondentů – „když se platí všude, proč by mělo být zdravotnictví výjimkou“.

Na právní problém nesouladu regulačních poplatků s českou Listinou

základních práv a svobod, který se řešil mimo jiné i před Ústavním soudem České republiky, se z pohledu zkoumaného vzorku respondentů dívá otázka č. 11, která rozdělila respondenty do dvou názorových kategorií. Zatímco 47% odpovídajících vidí regulační poplatky jako protiústavní krok Parlamentu České republiky, 53% oslovených chápe nově přijatý zákon jako zcela v souladu s právním rámcem České republiky a s 31. článkem Listiny základních práv a svobod, ve kterém je stanoveno právo na ochranu zdraví a na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (58). Právě zmíněná bezplatná zdravotní péče v textu 31. článku Listiny mohla vést oněch 47% oslovených k názoru na protiústavnost přijatého zákona. Ovšem ústava, i při své velkorysosti, počítá s tím, že veřejné zdroje jsou omezené, a proto ukládá zákonodárcům právo bezplatné zdravotní péče upravit zákonem.

Otázka č. 12 zjišťovala informovanost široké veřejnosti o regulačních poplatcích. Nedostatek informací o této problematice zaznamenává přesná polovina respondentů (50%). Druhá polovina zkoumaného vzorku má potřebné informace, sloužící k lepšímu porozumění zavedeného systému. Převážná většina znalostí je získávána z médií (95%), prostřednictvím televizorů a rozhlasů. Svě nezanedbatelné postavení ve světě informací potvrzuje i tisk, který označilo 56% dotázaných. A především pro mladší generaci pak představuje informační a vzdělávací zdroj internetová síť (49%).

Pro 65% respondentů se však stává stále obtížnější orientace ve změnách, které provází regulační poplatky od jejich zavedení 1. 1. 2008 až do současnosti. A není se čemu divit. Hned první měsíc po zavedení regulačních poplatků 1. 1. 2008 navrhla skupina poslanců ČSSD a KSČM jejich zrušení. Netrvalo dlouho a v březnu 2008 podala další skupina poslanců KDU-ČSL vlastní návrh na zrušení regulačních poplatků za pobyt novorozenců v nemocnici. Tvrdé prosazování zrušení poplatků poslanci ČSSD bylo ještě téhož měsíce zamítnuto. Totéž postihlo hned v dubnu návrh poslanců KDU-ČSL. V květnu 2008 podali sociální demokraté jeden návrh na celkové zrušení poplatků a zároveň druhý na osvobození jen některých skupin pacientů. Červen přinesl verdikt Ústavního soudu v Brně o tom, že regulační poplatky jsou podle Ústavy České

republiky v pořádku a zůstanou zachovány. Následně tentýž měsíc udělala sněmovna zásadní krok ke zrušení poplatků za pobyt v nemocnici novorozenců. Na základě tohoto kroku vyšla 1. srpna 2008 novela zákona, která s okamžitou platností zrušila regulační poplatky za pobyt v nemocnici novorozenců a zároveň pacientů v léčebně, pokud jim léčbu nařídil soud. Také přestali platit dárci orgánů při vyšetření a odběru orgánů. V říjnu se podařilo ČSSD obnovit jednání o návrhu na zrušení poplatků. Sněmovna pustila návrh osvobození některých skupin pacientů k dalšímu projednávání (37). Takto by se dalo pokračovat i nadále. Do dnešní doby se například rozšířil počet osob osvobozených od platby regulačních poplatků, změnila se výše ročního ochranného limitu, zrealizovala se hodně diskutovaná možnost hrazení regulačních poplatků prostřednictvím kraje v krajských nemocnicích a lékárnách a podobně.

Jak naznačuje otázka č. 14, nadpoloviční většina oslovených (63%) nevěří v to, že by regulační poplatky přinesly slibovaný finanční obnos a vedly tak k úspoře a ozdravení českého zdravotnictví. A to vše i přes to, že se nejenom ze stran zastánců regulačních poplatků hrnou na občany skrze média výsledky, hovořící o jednoznačném pozitivním přínosu regulačních poplatků do našeho zdravotnictví. Naposledy v březnu roku 2009 zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky celkové údaje o tom, jak se v roce 2008 finančně projevilo zavedení oněch poplatků. Ve svých statistikách hovoří o zisku 10 miliard korun, přičemž na regulačních poplatcích nejvíce vydělali ambulantní lékaři, kterým se díky příspěvkům pacientů zvýšily příjmy o 1,8 miliardy korun (49).

Následující otázka se dívá z pohledu respondentů na přijetí jednotlivých regulačních poplatků. Jako nejsnáze přijata se jeví být úhrada regulačního poplatku za pobyt v nemocnici. Tuto symbolickou platbu je ochotno hradit 62% ze 304 respondentů. Lze to vysvětlit možná tím, že si občané uvědomují náklady spojené s pobytem v nemocnici, jenž by byli nuceni uhradit za stejných podmínek i v domácím prostředí. Ovšem pokud by se sečetly všechny odvody na zdravotní pojištění, kterými obohátí občan společný fond v průběhu deseti let, dostaly by se k přibližné částce 250 až 300 tisíc korun. Za jediný den strávený na jednotce ARO v nemocnici by v případě vážného stavu stejný člověk takovou sumu „utratil“ za jediný den (34).

53% oslovených souhlasí s regulačními poplatky spojenými s návštěvou pohotovosti a 31% s regulačními poplatky spojenými s návštěvou lékaře. Pouhé 3% respondentů nejsou proti poplatkům za každou položku na receptu, ovšem kdyby existoval regulační poplatek za recept jako takový, bez ohledu na počet položek, souhlasilo by s ním již celých 16% dotázaných. Tento poplatek skutečně existoval, a to již před rokem 1989, tedy v době, kdy veškeré financování zdravotnictví bylo realizováno prostřednictvím státního rozpočtu a nefungovalo zde povinné veřejné zdravotní pojištění. Výše poplatku byla stanovena na částce 1 Kč, a krátce před revolucí v roce 1989 dokonce na částce 10 Kč. V procentuálním poměru k tehdejšímu příjmu tak představovala obdobnou finanční částku k dnešním 30 Kč, jakou by bylo ochotno 12% respondentů hradit za stejnou službu dnes, podle jedné z následujících otázek. Ačkoli je i 1% oslovených, jenž by si regulační poplatek dobrovolně uhradilo např. za speciální vyšetření nebo nadstandardní péči, na druhé straně je 23% těch, kteří nesouhlasí s úhradou ani jednoho výše zmiňovaného poplatku. Průměrný čistý měsíční příjem takto odpovídajících občanů se u 65% z nich pohybuje do výše 15 000 Kč, čili je patrné, že jde převážně o nižší příjmové skupiny obyvatelstva. 94% z těchto 23% respondentů obecně nesouhlasí ani se zavedenými regulačními poplatky. Překvapivě je mezi nimi také 6% dotázaných, kteří souhlasí s regulačními poplatky, ale staví se negativně k jejich současné podobě v jaké jsou za zdravotnické služby hrazeny.

Stávající výše regulačních poplatků za návštěvu u lékaře, si je ochotno hradit 25% respondentů, za pobyt v nemocnici 31% oslovených a za každou položku na receptu 2% z celého souboru dotázaných. Pro dosud platnou výši regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti se vyslovilo 14% respondentů. Dalších 15% oslovených by za tuto službu navrhovalo částku 50 Kč. Případný regulační poplatek za recept by mohl být podle 12% oslovených 30 Kč. Obecně se výše regulačních poplatků pohybovaly v rozmezí 5 Kč za recept či položku na receptu, přes 10 Kč za návštěvu u lékaře či pohotovosti, až po částku 300 Kč za pobyt v nemocnici. Opět se tak i v otázce č. 16 projevila ochota občanů spojená s úhradou regulačního poplatku za pobyt v nemocnici a s jeho výší, naopak se ukázal negativní postoj k regulačnímu poplatku za položku na receptu. Česká republika, ale i ostatní země Evropské unie využívají regulační poplatky

ve zdravotnictví k tomu, aby omezily zneužívání zdravotní péče. Pokud ale je platba příliš vysoká, může odradit od návštěvy lékaře i pacienty, kteří by se léčit měli. S růstem poplatků nejvíc klesá zájem o prevenci, na nemocniční péči se to naopak téměř neprojeví (69).

Se zrušením plateb regulačních poplatků u novorozenců souhlasí 81% ze 304 oslovených, 52% respondentů je pro neplacení u dětí do 18 let. Podle provedeného výzkumu by 53% oslovených zrušilo úhradu spíše pro děti do 15 let. Za pojištěnce v hmotné nouzi se postavilo 38% dotázaných, pro děti umístěné v dětských domovech či ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy se vyslovilo 52% dotázaných. Občané s ochrannou léčbou nařízenou soudem získali podporu pouze u 13% oslovených. Pro ty, kteří se musí podřídit zvláštním opatřením z důvodu ochrany veřejného zdraví, hovořilo 29% označených odpovědí. Více než za 4 předcházející skupiny obyvatel, by se respondenti postavili za pacienty v komatu (66%) a chronicky nemocné pacienty (48%). Pro seniory by zvedlo ruku 53% dotázaných. Je však potřeba si uvědomit, že ač by značný počet respondentů chtěl výjimky pro pacienty v komatu, tak i těmito lidem běží důchod nebo jiné příjmy ze sociální oblasti a může se tedy, prostřednictvím svých zákonných zástupců, podílet na úhradě péče alespoň 60 korunami za den. Podobné je to u pacientů chronicky nemocných. Ty má pro změnu chránit ochranný limit, který má případný negativní dopad poplatků zmírňovat (34). 2% respondentů by uvítalo výjimky u dětí do 6 let, u lidí s důchodem, u studentů, u matek s novorozenci či u všech jmenovaných v dotazníku v otázce č. 17. Zbýlých 10% zkoumaného vzorku je proti jakékoliv výjimce pro některou ze skupin obyvatelstva. S výsledkem mého výzkumu koresponduje i výzkum společnosti Westminster, který zjistil, že si až 92% respondentů cení kroků vlády, jenž se snaží v konečném důsledku regulatorních opatření vést ke zmírnění tohoto opatření vůči některým skupinám občanů (53).

Otázka č. 18 zjišťovala, se kterými regulačními poplatky respondenti zcela nesouhlasí a měli by tak být podle nich zrušeny. Poplatek za každou položku na receptu by zrušilo 83% dotázaných. Toto číslo jen potvrzuje, podle mého názoru, celospolečenský trend, a tím je neochota občanů hradit zmiňovaný poplatek

v lékárnách. Za celý rok zaplatí občané na poplatcích kolem 5 miliard korun. Skoro polovinu z této sumy zaplatí v lékárnách. Tyto peníze se jim ale vrací ve formě levnějších cen léků. Zaplacený poplatek je totiž odečten od marže lékárny. Zrušení nebo snížení regulačních poplatků za předepsané léky by tak vedlo ke zvýšení jejich ceny, které by nakonec stejně zaplatili občané (16). Stejným postupem by pokračovalo 62% oslovených u poplatku za návštěvu u lékaře. Menší odpor, pouze u 36% dotázaných, vyvolává opět regulační poplatek za návštěvu pohotovosti a zejména, jak už se po mnohokrát opakuje, regulační poplatek za pobyt v nemocnici, který označilo 29% dotázaných. S tím, aby se regulační poplatky hradily za stávající zdravotnické služby a nebyly tak rušeny, souhlasí jen 11% jedinců z řad veřejnosti.

Časté změny na poli regulačních poplatků, přinesly taktéž novinku, týkající se hrazení regulačních poplatků za své občany prostřednictvím kraje, který takto činí v krajských nemocnicích a lékárnách, formou darovací smlouvy. Nadpoloviční většina zkoumaného souboru (60%) s tímto krokem však nesouhlasí, a nenechává si regulační poplatky v krajských nemocnicích a lékárnách prostřednictvím krajského daru hradit. Pacienti tak možnost nechat za sebe zaplatit kraj nevyužívají tolik, jak se dalo očekávat. Domnívám se, že se nechtějí zdržovat s administrativou, které přesměrování tzv. dluhu vyžaduje, a proto v mnoha případech raději zaplatí poplatek ze svých peněženek. Z řad těchto respondentů přicházely připomínky i takového rázu, že je zcela zbytečné aby kraje tímto nadbytečným postupem přicházely o své finanční prostředky. Zbýlých 40% oslovených se přiklání ke kroku, kterým kraje postupují.

Pomocí otázky č. 20 jsem chtěla zjistit, zda může být nepříznivý zdravotní stav respondentů důvodem vedoucím k negativnímu pohledu na úhradu poplatků, či zda představují regulační poplatky pro občany, nucené často vyhledávat zdravotnická zařízení, významnou položku vynaloženou z rodinného rozpočtu. Výzkum poukázal na fakt, že je pro nadpoloviční většinu (56%) vážněji nemocných respondentů hrazení poplatků finanční zátěží. Tato skutečnost hraje nejspíš i jistou roli v zamítavém postoji k regulačním poplatkům všeobecně, pro který se vyslovilo 75% respondentů z této skupiny obyvatel.

Ačkoli pro 78% respondentů v otázce č. 21 neznamenají regulační poplatky

finanční zátěž, je zde zbylých 23% oslovených, pro které určité finanční omezení představují. Z provedeného výzkumu vyplývá, že se jedná podle očekávání o rodiny či jednotlivce zasažené sociální událostí spojenou s výchovou dítěte, se ztrátou zaměstnání, se stářím či nepříznivým zdravotním stavem. Svou roli sehrává i finanční situace respondentů. Jak dokazují čísla, úhrada poplatků přináší finanční zátěž pro 56% respondentů s nepříznivým zdravotním stavem, pro 20% rodin s přítomností alespoň jednoho nezaopatřeného dítěte, pro 70% nezaměstnaných, pro 60% lidí v důchodovém věku, pro 52% respondentů s příjmem do 10 000 Kč a pro 22% oslovených s příjmem do 15 000 Kč. Shodná čísla přináší i výzkum společnosti Westminster. Uvádí, že pro 70% respondentů nemají regulační poplatky žádný, nebo téměř žádný, vliv na jejich vlastní rozpočty. Dále uvádí, že dopad poplatků na své kapsy nejméně pocítují lidé s ukončeným středoškolským vzděláním (75%), naopak u lidí se základním vzděláním či lidí bez maturity je to jen 67%. Výraznější rozdíly pak existují u různých věkových skupin. Nejméně poplatky trápí věkovou skupinu mezi 18 – 29 lety, poplatky nezatěžují 79% z nich. U občanů nad 60 let je situace odlišná, poplatky u této skupiny netrápí jen 54% obyvatel (53).

Ke snížení počtu návštěv u lékaře bylo donuceno 10% z celkového počtu respondentů. Pro zbylých 90% je četnost návštěv lékařů totožná jako před zavedením regulačních poplatků. Podle publikace Zdraví za hranicemi má snížení spotřeby péče na zdraví většiny lidí malý nebo žádný vliv. Pro zdraví chudých nebo nemocných bylo nicméně o něco škodlivější. Nejvíce se to dotklo prý pacientů s vysokým tlakem, kteří kvůli poplatkům přestali chodit na kontroly a užívat své léky. Jejich úmrtnost podle jedné v publikaci zmíněné studii prý stoupla až o 10% (69).

S vybranými regulačními poplatky, jako s příjmem lékaře/zdravotnického zařízení, souhlasí 57% dotázaných. Jiná názorová situace panuje u regulačních poplatků, jako příjmu lékáren. S tím aby lékárny získávaly příjmy z úhrad regulačních poplatků za výdej léku souhlasí 47% respondentů. Tento výsledek, vyplývající hůře pro lékárenská zařízení, může mít spojitost i se všeobecným nesouhlasem a zamítavým postojem široké veřejnosti k regulačním poplatkům za výdej léku, stejně tak i s mnohdy vysokými samotnými doplatky na léky. Jen v mnou provedeném výzkumu s tímto

poplatkem souhlasí pouhé 3% respondentů. Možná si oslovení také neuvědomují souvislost s tím, že ač lékárníci vybrali za rok 2008 2,4 miliardy korun na vybraných poplatcích, nemohli si celou částku ponechat, protože jim zároveň poklesla marže, oproti 1,8 miliardě korun, které si vydělali zvláště ambulantní lékaři a díky které se jim tak zvýšily příjmy v průměru o 18% (49).

Převážná část respondentů (89%) si myslí, že by měly být vybírané regulační poplatky využity k modernizaci zdravotnických zařízení/ordinací. Na stejný apel upozorňovalo i 35% dotázaných v otázce č. 10, ve které zmiňovali modernizaci zdravotnictví jako jeden z hlavních cílů zavedení regulačních poplatků. Na platy lékařů a zdravotnického personálu by vybírané finance z poplatků použilo 21% dotázaných. 9% oslovených zaznamenalo jiné, možné využití. Sektor, do kterého by respondenti tyto nabyté finance použili je zejména (64%) záležitostí nákladné a lépe dostupné zdravotní péče vážně nemocným pacientům. To ale znamená, že by tyto prostředky musely být příjmem zdravotních pojišťoven, jejichž kompetencí je tuto péči financovat. Obdobná situace je i u ostatních 36% dotázaných, kteří upozornili na možnost, pomocí přijatých zisků z poplatků, rozšířit nabídku preventivních vyšetření, ozdravných pobytů pro děti, ale ani na skutečnost, nechat zisk z regulačních poplatků dalším příjmem zdravotních pojišťoven. 7% oslovených myslelo na další vzdělávání lékařů a na výzkum v oboru zdravotnictví.

Stávající výše ročního ochranného limitu pro osoby starší 18 let se v otázce č. 26 zamlouvá 37% respondentů. U dětí a mládeže do 18 let by většina dotazovaných (34%) navrhovala částku 2 000 Kč, tedy nižší o 500 Kč od stávající výše limitu. Dosavadní částku pro děti do 18 let by volilo 19% oslovených a pro původních 5 000 Kč se vyslovilo 15% dotázaných. U seniorů nad 65 let je situace obdobná jako u předcházející skupiny dětí. Částku ročního ochranného limitu ve výši 2 000 Kč označilo 30% respondentů. 19% dotázaných by se přiklánělo k výši 3 000 Kč a 17% k výši stávající, tedy ke 2 500 Kč. Původní částka 5 000 Kč se zamlouvala 9% oslovených. Možnost označit odpověď, která znamenala jednotnou výši ročního ochranného limitu pro všechny občany bez rozdílu, využilo 35% respondentů. Z těchto odpovídajících by 29% považovali za ideální, kdyby výše ročního ochranného limitu představovala 3 000 Kč

pro všechny občany. O něco méně (25%) by jich volilo částku 5 000 Kč. 14% respondentů pak 2 500 Kč a 10% oslovených částku 2 000 Kč. Překvapivý počet respondentů se vyskytl u odpovědi, znamenající zrušení ročního ochranného limitu. Tuto možnost zvolilo 25% oslovených. Z takto odpovídajících respondentů bylo 73% dotazovaných, kteří již v předchozích otázkách nesouhlasili ani se zavedenými regulačními poplatky. Těžko říci, zda si uvědomují smysl ochranného limitu, který má chránit zejména chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatků na léky a některými zavedenými regulačními poplatky anebo jsou rezolutně proti regulačním poplatkům a všemu co k nim náleží, tedy i proti ročnímu ochrannému limitu. Ochranný limit chrání především chronicky nemocné pacienty a pacienty trpící více chorobami. Jak uvádí analýza Ministerstva zdravotnictví, díky ochrannému limitu se výrazně snížily náklady na léčbu za rok 2008 celkem 18 700 pojištěncům. Snížení ochranného limitu z 5 000 Kč na 2 500 Kč pro děti do 18 let a seniory nad 65 let s platností od 1. 4. 2009 by mělo dopady poplatků učinit sociálně ohleduplnější (4). Zdravotní pojišťovny musejí vracet peníze všem pojištěncům, kteří roční ochranný limit překročí a to i těm, kteří si nechali poplatky v krajských zařízeních proplácet krajem. Nemohou totiž zjistit, zda už za ně kraj zaplatil, aby jim peníze nemuseli vracet. Poplatek je příjmem lékaře nebo zdravotnického zařízení – pojišťovně ovšem nehlásí, zda peníze uhradil pacient, nebo kraj. Pouze uvede kód, že poplatek byl vybrán. Pojišťovně nesdělují úhradu za pacienta ani kraje. Někteří pacienti tím pádem dostanou „zpět“ peníze, které vůbec nevydali (67).

Nedostatek informací o ročním ochranném limitu a jeho funkci se plně projevil v následující otázce č. 27. 92% respondentů se přiznalo, že neznají položky, které se započítávají do ročního ochranného limitu a jsou tak jeho součástí. U zbylých 8% oslovených, kteří se domnívají, že jsou jim známe započítatelné položky, jsem se setkala pouze s 18 (44%) správnými odpověďmi z celkových 41 zaznamenaných.

Jak ukázala následující otázka č. 28, 66% respondentů neví, jak často mají jako pojištěnci právo na bezplatný výpis ze zdravotního účtu u své zdravotní pojišťovny a tím si tak zkontrolovat množství a druh poskytnuté péče. Jen 34% oslovených zná četnost využití této kontroly, o kterou lze zažádat 1krát ročně. Domnívám se, že řada respondentů, kteří četnost této kontroly neznali, dosud ani nevěděli, že tato možnost

bezplatného výpisu vůbec existuje. Po vyplnění tohoto dotazníku a konkrétně této otázky, může být zmíněná služba, už jen ze zvědavosti respondentů využita a může tak přispět i k větší důvěře pojištěnců ke svým ošetřujícím lékařům a vykazované zdravotní péči. Pacientovi – pojištěnci, by nemělo být lhostejné, zda jsou mu ošetřujícím lékařem předepisované léky, které ani nespotřebuje a nakonec je vyhodí, zda absolvuje opakovaně vyšetření, které by postačovalo provést pouze jedenkrát ani by neměl mávnou rukou nad tím, že byla jeho zdravotní pojišťovnou hrazena péče, která mu ve skutečnosti nebyla poskytnuta. I v odborným textech je zmiňován význam kontrolní role pojištěnců. Hovoří o tom, že jedině informovaný pojištěnec, který si uvědomuje své postavení v systému zdravotnictví a zdravotního pojišťovnictví, který vnímá a realizuje svá práva i povinnosti, může mít kvalitní vztah se svou zdravotní pojišťovnou a ošetřujícím lékařem (40).

To, že hlavní úlohu ve sledování úhrad regulačních poplatků, naplňování ročního ochranného limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení má zdravotní pojišťovna, vědělo 47% oslovených. 1% označilo stát, 7% si myslelo, že jsou to sami pojištěnci, kdo má tuto roli a 45% využilo možnosti označit odpověď nevím.

Na soukromé zdravotní pojištění se z hlediska jeho využívání u široké veřejnosti dívá poslední otázka č. 30. Tímto způsobem se podle provedeného výzkumu připojišťuje 26% dotázaných. Nejčastěji ukládanou částkou je výše do 500 Kč. Tuto variantu označili 32% dotázaných. O něco méně, 26% oslovených, si přispívá částku do 300 Kč. Částku do 800 Kč označilo 13% respondentů, do 100 Kč 11% respondentů, nad 1 000 Kč 10 % respondentů a do 1 000 Kč si přispívá 8% respondentů. 51% komerčně zdravotně pojištěných respondentů má měsíční čistý příjem vyšší než 16 000 Kč. Tento výsledek může poukazovat na fakt, o kterém hovoří i odborné publikace, a tím je skutečnost, že pro nízkopříjmové skupiny obyvatel je oproti vysokopříjmovým skupinám občanů soukromé zdravotní pojištění relativně drahé. Navíc zde existuje paradoxní vazba, že pojištěnec s horším zdravotním stavem platí vyšší pojistné, protože má větší riziko onemocnění a z toho vyplývající plnění z pojistky (23).

Odpovědi na otázky č. 10, 12, 27, 28 a 29 byly zaměřeny, na ověření, či vyvrácení hypotézy 2, předpokládající, že laická veřejnost není informována o regulačních poplatcích a ročním ochranném limitu těchto poplatků. Na otázku č. 10, zda respondenti znají smysl zavedených regulačních poplatků, jich odpovědělo 73% záporně. Dostatečně informována o systému regulačních poplatků se cítí být přesná polovina (50%) oslovených. V oblasti informovanosti o ročním ochranném limitu je situace podstatně horší. Až 92% dotázaných si není vědoma položek, které se započítávají do ročního ochranného limitu a jsou tak jeho nedílnou součástí. U ostatních 8% oslovených, kteří se domnívají, že znají započítatelné položky a vypsali dohromady 41 odpovědí, jsem se setkala pouze s 18 (44%) správnými odpověďmi. O možnosti, moci se 1x ročně bezplatně zkontrolovat výpis ze zdravotního účtu u své zdravotní pojišťovny vědělo pouze 34% respondentů. Zbýlých 66% oslovených označilo odpovědi s nesprávnými údaji o četnosti této kontroly, nebo využilo možnosti označit odpověď nevím. Sledovat úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního ochranného limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení má na starosti zdravotní pojišťovna. Tato skutečnost je známa 47% respondentů. Hypotéza 2 byla potvrzena, neboť z 5 otázek, které měly hypotézu potvrdit nebo vyvrátit, odpovědělo na všech 5 otázek polovina, nebo více jak polovina oslovených negativně.

Hypotézu 3, předpokládající, že pro osoby ovlivněné sociální událostí představují regulační poplatky ekonomickou zátěž, měly potvrdit nebo vyvrátit odpovědi na otázku č. 4, 5, 20 a 21. Otázka č. 4 byla spojena s výchovou nezaopatřených dětí v rodině. Dalo se předpokládat, že pro tyto rodiny, které vynakládají dostatečné množství financí při zajišťování péče o své děti, bude další úhrada v podobě regulačních poplatků finanční zátěží. Ovšem jak vyplynulo z dotazníkového šetření není toto pravda. Pro většinu takovýchto rodin v mém výzkumu nepředstavují regulační poplatky a jejich úhrada výrazné omezení. Zmíněnou skutečnost potvrdilo 82% respondentů. Jiný pohled přinesla otázka č. 5. Nezaměstnanost, jako sociální událost, potkala 3% respondentů. Pro tuto skupinu osob již úhrada regulačních poplatků znamená významnější zásah do rodinných financí. Takto odpovědělo

značných 80% nezaměstnaných respondentů. Obdobná situace je u 4% respondentek pečujících o dítě. I tato událost přináší 73% zmiňovaným ženám potíže, v podobě placení regulačních poplatků. Je to celkem logické při uvědomění si, kolik zdravotní péče děti v předškolním věku spotřebovávají a jaký finanční obnos je potřeba vynaložit na úhradu regulačních poplatků. Stárnutí, jako jedna z přirozených, biologických sociálních událostí, je jednou z dalších situací, která může vyvolávat negativní dopady regulačních poplatků. Jak se ukázalo v mém výzkumu i pro 63% seniorů jsou regulační poplatky jen další finančně nákladnou položkou. Následující otázka č. 20 se dívá pro změnu na nepřirozenou, biologickou sociální událost, kterou je nemoc. Na nepříznivý zdravotní stav upozornilo v mém šetření 39% respondentů. Při hlubším prozkoumávání jejich dotazníků, jsem zjistila, že stejně tak jako u předešlých skupin obyvatelstva, tak i pro 56% vážněji nemocných pacientů je úhrada regulačních poplatků finančně zatěžující. Otázka č. 21, zda je placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinných rozpočtů, sloužila pouze ke zpětnému zjištění zmíněné skutečnosti u osob ovlivněné sociální událostí v otázce č. 4, 5 a 20. Hypotéza č. 3 byla potvrzena, neboť z 5 sociálních událostí v dotazníkovém šetření měly 4 vliv na finanční nákladnost regulačních poplatků.

V dotaznících pro odbornou veřejnost, zdravotnický personál, byly otázky sestaveny téměř totožně jako v dotaznících pro širokou veřejnost. Zjišťovaly především názor odborné veřejnosti na zavedené regulační poplatky. Dále byly otázky zaměřeny na informovanost o systému regulačních poplatků a s nimi souvisejícím ročním ochranným limitem, na výjimky z placení regulačních poplatků nebo také na možnost využívání soukromého zdravotního pojištění. Navíc byly položeny otázky týkající se snížení návštěvnosti zdravotnických zařízení nebo navýšení času lékařů na jednotlivé pacienty v závislosti na zavedených regulačních poplatcích.

První čtyři otázky měly spíše informativní charakter. Hned první otázka zjišťovala pohlaví dotazovaných respondentů a ukázala na výrazně vyšší procentuální zastoupení žen nad muži. Poměr žen respondentek vůči mužům respondentům byl 86% : 14%. Tento výsledek jen potvrdil převahu ženské části zaměstnanců ve stávajícím českém zdravotnictví. V prosinci v roce 2008 vydala evropská Komise Zelenou knihu o pracovnících ve zdravotnictví, kde otevírá diskusi právě o zmíněných pracovnících ve zdravotnictví. V tomto textu hovoří mimo jiné o značné genderové nerovnováze v rámci zdravotnictví Evropské unie. Jak uvádí, ženy v tomto odvětví tvoří až 75% pracovních sil (62).

Věkový průměr respondentů činil 41 let. Nejmladšímu odpovídajícímu zaměstnanci bylo v době vyplňování dotazníku 20 let, naopak nejstaršímu bylo 67 let. Věkový průměr 41 let, může odpovídat dnešní situaci ve zdravotnictví, která hovoří o nedostatku mladého zdravotnického personálu, především pak zdravotních sester, vycházejících ze zdravotnických škol, které mnohdy za vidinou lepší finanční nabídky odcházejí za prací do zahraničí. Tomu nasvědčuje i věkový průměr 42 let mezi odpovídajícími zdravotními sestrami v dotazníkovém šetření. Tento výsledek se blíží údajům uvedeným v Zelené knize o pracovnících ve zdravotnictví, které hovoří o tom, že téměř polovina zdravotních sester a ošetřovatelů je v rámci některých států Evropské unie starší 45 let (62).

Otázka č. 3 rozlišovala respondenty podle druhu vykonávaného zdravotnického zaměstnání. Největší počet oslovených (41%) představovaly zdravotní sestry. Lékařů/řek se v dotazníkovém šetření vyskytlo 19% a možnosti označit jiné

zdravotnické povolání využilo 40% respondentů. Těmito respondenty byli převážně fyzioterapeuti, lékárníci anebo zubní technici.

Poslední, zcela informativní charakter měla otázka č. 4, která se zaměřovala na výši průměrného měsíčního čistého příjmu u zdravotnických zaměstnanců. Příjem do 10 000 Kč označili 3% respondentů. Největší počet oslovených (35%) se pohyboval v rozmezí 10 000 Kč až 15 000 Kč. 30% dotázaných se vešlo do příjmu 16 000 Kč až 20 000 Kč. Příjem vyšší než 21 000 Kč přiznalo 11% respondentů. Zbylý počet zdravotníků (22%) odmítlo na tuto otázku odpovědět a využilo k tomuto účelu určenou odpověď. Průměrný měsíční čistý plat zdravotních sester v mém průzkumu činil 15 500 Kč. U lékařů byl tento průměr 23 000 Kč. Ústav zdravotnických informací a statistiky udává průměrný hrubý měsíční plat za rok 2008 ve státních zařízeních u zdravotních sester 24 221 Kč, u lékařů 45 781 Kč. V privátních organizacích tento průměr činil 20 504 Kč a 43 767 Kč (33). Plat lékařů v rámci Evropské unie se pohybuje mezi 150 000 Kč až 180 000 Kč, u zdravotní sestry to je přibližně 60 000 Kč. Tento fakt nahrává odlivu zdravotníků do zahraničí a následně jejich nedostatek v českém zdravotnictví. Čtvrtina absolventů medicíny odchází za prací do ciziny a do českého zdravotnictví vůbec nenastoupí. Je to minimálně 200 lékařů ročně, přitom v nemocnicích aktuálně chybí kolem 600 lékařů. Vláda se rozhodla i z tohoto důvodu zvýšit zdravotníkům platy, a to od června roku 2009. Platy zdravotníkům se tak mají zvednout o 7%, sestry by měli mít dokonce o 15% víc než dosud. Zvýšením platů chce kabinet zabránit odchodům zdravotníků do zahraničí, nebo k jiným, lépe placeným povoláním (65).

Se stavem českého zdravotnictví je spokojeno pouze 28% zdravotníků. Pro 72% respondentů má naše zdravotnictví jisté nedostatky. Největší problémy v rámci zdravotnictví pociťuje 79% respondentů z různých koutů zdravotnických povolání. Stejně negace vyvolává u 70% oslovených zdravotních sester a u 60% oslovených lékařů.

V souvislosti s nespokojeností našeho zdravotnictví by bylo 92% oslovených pro přijetí reformních kroků k nápravě stávající situace. V postoji k českému zdravotnictví a přijetí případné reformy se dotazovaní z řad široké veřejnosti a odborné veřejnosti

výrazně procentuálně neliší.

Naopak, v pohledu na přijaté regulační poplatky, se výzkumné vzorky respondentů názorově rozcházejí. Oproti 57% respondentů z řad veřejnosti, které nesouhlasí s regulačními poplatky, je takovýchto odpovědí mezi zdravotníky pouze 34%. Zbylých 66% zdravotníků s tímto ministerským krokem zcela souhlasí. Podle výzkumu společnosti Westminster je těchto zdravotníků dokonce 76% (53). Zdravotníci si nejspíš snáze uvědomují cenu zdraví, mají lepší přehled o nákladech spojených s léčením pacientů, finanční náročnosti vybavení i o ceně neustálého pokroku, a proto je právě jimi pohled na regulační poplatky pojímán spíše pozitivně.

Překvapivě je mezi zdravotníky 51% těch, kteří neznají smysl zavedených regulačních poplatků. Přijde mi to poněkud zarážející, o to více, že jde o respondenty pracující ve zdravotnictví, kterých se primárně regulační poplatky v zaměstnání přímo dotýkají a přicházejí s nimi neustále do styku. Dokonce bylo mezi těmito respondenty i 15% lékařů. K neznalosti se přiznalo také 55% zdravotních sester a 58% jiného zdravotnického personálu. 49% respondentů, kteří uvedli alespoň jeden z možných důvodů zavedení regulačních poplatků, vypsalohromady 74 možných odpovědí. Jako hlavní důvod, který vedl ke spuštění nového systému, považují zdravotníci snahu takto regulovat počet pacientů a snížit tak zneužívání lékařské péče. Zmiňovaným způsobem odpovídalo 60% oslovených. Jako další možný důvod, byla uvedena úspora peněz ve zdravotnictví a zároveň jeho obohacení. Na tuto variantu upozornilo 33% dotázaných. Vyřešit problém plýtvání s léky by touto cestou požadovalo 15% zdravotníků. 10% upozornilo na potřebu zkvalitnění a modernizace zdravotnických zařízení a zbylé 4% by prostřednictvím regulačních poplatků chtělo větší uvědomění si hodnoty svého zdraví mezi širokou veřejností. Podle vypsaných odpovědí lze poukazovat na pomyslný žebříček nedostatků, které zdravotníci vnímají. Stupeň závažnosti těchto nedostatků pak vyjadřují procentuálním zastoupením.

67% zdravotníků si nemyslí, že jsou regulační poplatky v rozporu s českou Listinou základních práv a svobod. Na možnou protiústavnost upozornilo 45% zdravotních sester, 30% jiného zdravotnického personálu a jen 10% lékařů. Nižší procento u lékařů nejspíš zapříčiňuje vyšší vzdělanost, mimo jiné i v medicínském

právu, která je vede k pohledu na regulační poplatky jako na právo zákonodárců bezplatnou zdravotní péči v 31. článku Listiny základních práv a svobod upravit zákonem.

Na nedostatek informací k regulačním poplatkům si nestěžuje 71% respondentů z řad odborné veřejnosti. Nejvíce znalostí z tohoto sektoru jim přináší média. Ze 107 zdravotníků jich takto reagovalo 68%. Důležitým zdrojem informací je také tisk (64%) či internet (49%). V rámci svého zaměstnání získává aktuální informace 50% respondentů a přímo od lékaře je poučováno 13% respondentů. 5% oslovených načítá potřebné znalosti z odborných medicínských textů, zákonů a vyhlášek.

Nejspíše z důvodu dostatečného množství informací a jeho aktuálního doplňování, nedělá 64% zdravotníků v mém průzkumu problém, orientovat se ve změnách, které provází regulační poplatky od jejich zavedení do českého zdravotnictví. I přesto je zde ale ostatních 39% respondentů, kteří ve spleti neustálých inovací postrádají smysl a jeho porozumění. I podle mého názoru jsou neustálé diskuse o regulačních poplatcích mezi politiky spíše propopulistickými kroky a soutěživostí volebních stran o své voliče, zejména pak v době příprav na předčasné volby. Pokud byly regulační poplatky jednou schváleny a přijaty a občané si na ně koneckonců začali i zvykat, přijdou mi neustálé spory a debaty, řešící jejich omezení či případné zrušení, jako zcela nesmyslné, a to pak především v době nutnosti řešit zásadnější kroky, jakými bylo například předsednictví České republiky v Evropské unii, plynová krize, dodnes stávající ekonomická krize i neutěšená politická situace. Veškeré nově vzniklé diskuse na téma regulačních poplatků na mě působí spíše jako neustálé přilívání oleje do ohně, vedoucí pouze k negativním postojům společnosti nejen na regulační poplatky jako takové, ale i na celou politickou scénu České republiky. Jen z nepatrného výčtu událostí, zmíněném v předešlé diskusi lze chápat, že i mezi samotnými zdravotníky, můžeme nacházet ty, kteří v této spleti změn ztrácejí orientaci a k tomuto problému se i přiznávají.

V to, že všechno toto dění kolem regulačních poplatků přinese kýžené finance a následnou úsporu ve zdravotnictví, věří 55% z celkového množství 107 respondentů. S nedůvěrou k tomuto aspektu přihlíží zbylých 45% zdravotníků, podobně jako 63%

respondentů z řad veřejnosti. Je to kupodivu vzhledem k tomu, že jedním z hlavních důvodů zavedení regulačních poplatků byl právě onen přínos nezbytných financí do systému zdravotní péče a navíc se s různých informačních zdrojů hrnou na občany statistiky, které dokazují právě zmíněnou úsporu a navýšení finančních rezerv.

Následující otázky se týkají již samotných druhů regulačních poplatků a jejich výše. Hned otázka č. 13 zjišťuje, za jaké služby by byly respondenti z řad odborné veřejnosti ochotni platit regulační poplatky. Respondenti měli na výběr označit více odpovědí najednou. Jako nejsnáze přijatelné se ukazují poplatky za pobyt v nemocnici. Tuto možnost si jich vybralo 81%. V dotaznících pro širokou veřejnost tuto variantu označilo 62% respondentů. Tento výsledek je shodný i s výzkumem, který byl proveden v roce 2006, tedy v době před zavedením regulačních poplatků. V jedné z jeho otázek, byly respondentům předloženy k posouzení konkrétní návrhy možné spoluúčasti na zdravotní péči. Z celkového počtu 1 076 respondentů jich bylo 40% pro tento druh úhrady (3). Spíše kladně byl v mnou provedeném výzkumu přijat i regulační poplatek za návštěvu pohotovosti (75%) a lékaře (56%). Značný nesouhlas projeví zdravotníci u poplatku za každou položku na receptu. Tento poplatek by bylo ochotno hradit pouhé 5% respondentů. Kdyby však fungoval, již v minulosti existující poplatek za recept, postavilo by se za něj již 35% oslovených. Ve zmíněném výzkumu Akademie věd České republiky se tehdy k úhradě poplatku za recept vyslovalo značné, a zároveň i překvapivé množství, 45% oslovených (3). Pro neplacení žádného ze stávajících poplatků se postavili 7% zdravotníků. Naopak další 7% by zdravotní péči a službu rozšířilo o další, dosud neexistující poplatky. Mezi nimi by nechyběl poplatek za neadekvátní přivolání rychlé záchranné služby, výpis z lékařské dokumentace, návštěvu lékaře v domácím prostředí, za využití lékárenské pohotovosti či za stravu v nemocnici.

Otázka č. 14 zjišťovala výše regulačních poplatků přijatelné pro zdravotnický personál. Mimo regulačního poplatku za položku na receptu se názory na výše jednotlivých stávajících poplatků ustálil téměř jednoznačně na dosud platných částkách. Zmíněný poplatek za položku na receptu by zdravotníci v 92% úplně zrušili anebo by jeho výši navrhovali nižší. Za nejsnáze přijatelnou částku byla zmiňována výše 20 Kč, popřípadě ještě nižší – 15 Kč. Takto reagovali shodně 2% oslovených. Stávající výši 30

Kč by respektovalo pouze 1% zdravotníků, zatímco shodnou výši, ale u poplatku za recept, by přijalo výraznějších 22% respondentů. Stejná situace na tyto dva rozdílné poplatky panuje i ve výzkumném šetření mezi laickou veřejností. Myslím si, že na tento apel, který přichází nejenom ze stran široké veřejnosti, ale i od zdravotníků, kteří přicházejí do styku s regulačními poplatky každý pracovní den, by mohla reagovat a vzít v úvahu i sněmovna, při možných dalších projednávání novel stávajícího zákona.

Otázka výjimek z hrazení regulačních poplatků u jednotlivých skupin obyvatelstva, s možností označit více odpovědí, přinesla celkově 493 vyjádření. Krom 4% respondentů z celkového množství 107 oslovených, kteří nesouhlasí se žádnou z osvobozujících výjimek se zbylí počet zdravotníků přimluvil za některou, z vybraných skupin obyvatelstva. Nejvíce, 78%, se jich přimluvalo za novorozence. V otázce stávajících výjimek se názory zdravotníků výrazně nelišily od názorů široké veřejnosti. Shodně by upřednostňovali výjimky spíše pro děti do 15 let věku než stávající výjimku pro děti do 18 let věku. Nejméně respondentů se pak totožně u obou výzkumných vzorků zastalo občanů se soudně nařízenou ochrannou léčbou a občanů s nařízenou izolací ve zdravotnickém zařízení, s povinnou léčbou infekčního onemocnění či při nařízeném karanténním opatření. Za případný vznik výjimky pro občany chronicky nemocné se přihlásilo 43% zdravotníků. Pro osvobození od plateb poplatků pro seniory bylo 53% respondentů z řad veřejnosti a 44% z řad zdravotníků, podobně jako pro pacienty v komatu (66% : 50%). Na možné další výjimky upozornilo 8% zdravotníků. Navrhovali by rozšířit výčet osvobozených skupin obyvatel od regulačních poplatků ještě o onkologicky nemocné, ženy v porodnici anebo zdravotně postižené osoby. Neopomenuli ani osvobození preventivních prohlídek od plateb poplatků. Při případném zvážení zmíněných návrhů by byla podle mého názoru potřeba vzít v potaz finanční situace těchto skupin obyvatelstva, vůči finanční zátěži regulačních poplatků, které by byli nuceni tyto občany hradit, a kterou by pro ně představovaly.

Otázka č. 16 zjišťující, které regulační poplatky by měly být zcela zrušeny, pouze potvrzuje skutečnost, kterou zjistila již předchozí otázka č.13 a výzkum provedený v řadách široké veřejnosti. Veliký odpor vyvolává především poplatek za výdej léku na předpis. Pro jeho zrušení, i v řadách zdravotnických pracovníků, by bylo

74% ze 107 zdravotníků. Poplatek za návštěvu u lékaře se umístil na druhém místě s 38%. Poplatky, jenž nevyvolávají tak silné negativní emoce, jsou poplatky za návštěvu pohotovosti (17%) a především pak za pobyt v nemocnici, proti kterému vystoupilo jen 15% zdravotníků.

S hrazením regulačních poplatků prostřednictvím krajů za své občany v krajských nemocnicích a lékárnách nesouhlasí 81% zdravotníků. Tímto způsobem jsou poplatky propláceny s účinností od 1. února roku 2009, ve střeďočeském kraji pak již od 1. ledna 2009. Tuto možnost projednávala Asociace krajů České republiky 16. ledna 2009 a doporučila na jeho základě všem svým členům, aby od 1. února 2009 kraje formou darovací smlouvy nabídly svým občanům možnost úhrady poplatků. Návrh se týkal zdravotnických zařízení zřizovanými kraji a všech typů regulačních poplatků (60). Lidé tak budou muset v případě zájmu o proplacení poplatku uzavřít s krajem smlouvu, podle které přijmou úhradu poplatku jako dar od kraje. Tuto smlouvu budou moci uzavřít přímo v ordinaci či lékárně písemnou nebo ústní formou. Uzavření ústní dohody označí lékař v dokumentaci pacienta či lékárník na receptu. V případě zájmu o písemné vyhotovení bude mít zdravotnický personál připravenou smlouvu na přijetí daru od kraje. Každý pacient se může při návštěvě v krajském zdravotnickém zařízení svobodně rozhodnout, jestli chce, aby za ně kraj poplatek uhradil či nikoli. Zdravotnická zařízení budou kraji fakturovat částky ve výši poplatků, na jejichž proplacení byla uzavřena s pacientem písemná smlouva nebo ústní dohoda (63). Z médií můžeme slyšet, že jde především o Českou lékárnickou komoru, která s tímto postupem krajů zásadně nesouhlasí. Hovoří o diskriminačním přístupu k pacientům, a nejen to. Soukromé lékárny se obávají krachu, neboť přicházejí o značné procento tržeb. Lékárníci budou chtít od krajů nahradit škodu, kterou utrpěli tím, že pacienti místo do jejich lékáren chodili pro léky do krajských zařízení, kde nemuseli platit regulační poplatky. Podle průzkumu České lékárnické komory nevybírání regulačních poplatků v krajských lékárnách snížilo příjmy ostatních lékáren o 30 až 70% a počty receptů o 30 až 60%. Důsledkem finančního propadu je omezování provozní doby a propouštění zaměstnanců (27).

Následující otázkou jsem chtěla zjistit, zda je naplňován jeden z hlavních cílů

zavedení regulačních poplatků a tím by mělo být snížení počtu pacientů ve zdravotnických zařízeních. Z analýzy ministerstva zdravotnictví za rok 2008 vyplývá, že klesl počet vydaných receptů i četnost návštěv u lékaře. Počet návštěv na pohotovosti klesl o 36%, u ambulantních specialistů o 15%, u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních dokonce o 19%. Podle analýzy došlo i k dalšímu efektu a tím byl pokles počtu receptů na léky o 28% a výdaje na léky do 150 korun poklesly o 19% (4). V mnou provedeném výzkumu došlo k poklesu pacientů pouze u 24% zdravotnických respondentů. Rozdílný výsledek může být zapříčiněn nedostatkem počtu zdravotnických respondentů a menší ochotou nad časem stráveným vyplňováním mého dotazníku mezi zdravotnickými respondenty působícími v nemocnicích, na poliklinikách, ve zdravotnických zařízeních či v soukromých ordinacích. Tento nedostatek jsem se následně snažila kompenzovat oslovením zdravotnických pracovníků v domovech pro seniory v Českých Budějovicích či v lázních v Třeboni. V těchto zařízeních je patrné, že se s poklesem pacientů nesetkají zdravotníci tak intenzivně jako v jiných zdravotnických zařízeních.

S předešlou otázkou souvisela i následující otázka. Zajímala se o to, zda mají zdravotničtí pracovníci v souvislosti se zavedením regulačních poplatků více času na jednotlivé pacienty. Tuto skutečnost zaznamenalo jen 15% respondentů. Je patrné, že výběr respondentů, mohl mít podobně jako v předcházející otázce jistý vliv na tento výsledek

S tím, aby vybírané poplatky byly součástí příjmu lékaře/zdravotnického zařízení souhlasilo 69% zdravotníků. S tím, že jsou poplatky příjmem lékáren souhlasilo již pouze 51% oslovených. Podobný názor vzešel z výzkumu mezi občany z řad veřejnosti. Také zde, byli respondenti přikloněni k tomu, aby poplatky zůstávaly spíše příjmem lékařů/zdravotnických zařízení než lékáren. Dokonce samotných 60% z 10 oslovených lékárníků nesouhlasí s tím, aby byly regulační poplatky jejich příjmem. V několika dotaznících mi navíc k otázce poznamenali připomínku, že vybírané poplatky nejsou jejich příjmem, a že jde o myl. Tito oslovení by mohli mít pravdu tehdy, pokud by byli zaměstnancem a nikoli majitelem lékárny. V tomto případě by rozhodoval právě majitel lékárny o tom, zda se zaměstnancům promítnou zisky

z regulačních poplatků do jejich platů. Ovšem zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů v §16a, písm.(4) uvádí, že jsou regulační poplatky příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatky vybralo. Jako každý jiný příjem podléhá i tento příjem řádnému zdanění (59). Domnívám se, že problém lékárníků tkví ve snížení marží, což v konečném měřítku představuje zároveň i snížení jejich příjmů, bez ohledu na zisk z regulačních poplatků.

Stejně jako široká veřejnost, tak i zdravotníci vidí jako nejlepší využití vybíraných regulačních poplatků v modernizaci zdravotnických zařízení/ordinací. Takto odpovědělo 87% respondentů. O něco více odpovědí než u předcházejícího výzkumného vzorku, zaznamenala další varianta. 29% zdravotníků by si rádo prostřednictvím vybíraných poplatků přilepšilo na svých platech. Na jiné možné využití, myslelo 13% zdravotníků, kteří vypsali dohromady 17 odpovědí. V těchto odpovědích se výzkumné vzorky rozcházely až na jednu výjimku a tou byla varianta, ponechat regulační poplatky součástí příjmu zdravotních pojišťoven. Tuto odpověď zaznamenalo 21% zdravotníků. 43% zdravotnických respondentů by uvítalo kdyby byly získané finance použity do zkvalitnění přístrojového a technologického vybavení, a tím do zkvalitnění celého zdravotnictví a přístupu k pacientům. Zbylé odpovědi byly poznamenány vždy jen jedenkrát. Z výčtu odpovědí zmíním např. využití poplatků ke zvýšení zdravotnického personálu, na výhody zaměstnancům nebo na vývoj kvalitních léků.

I v dotaznících pro zdravotníky jsem položila otázku týkající se rozložení ročního ochranného limitu pro jednotlivé skupiny obyvatelstva a jeho výše. Také zde měli zdravotníci na výběr označit více variant odpovědí. Ze 107 respondentů jich bylo 57 (53%) pro jednotný roční ochranný limit pro všechny občany. Jako nejschůdnější výše tohoto limitu se jevila u 58% takto odpovídajících výše 5 000 Kč. 13 respondentů (12%) by volilo odlišnou výši pro seniory nad 65 let. Zde převládala 3 000 Kč výše limitu (38%). Pro zvláštní výši ročního ochranného limitu pro děti do 18 let se rozhodlo 12 zdravotníků (11%). 42% z nich by navrhovalo, aby výše limitu pro tuto skupinu dětí činila 2 500 Kč. Pro dospělé starší 18 let navrhovalo 50% ze 6 respondentů částku

o výši 5 000 Kč. Z dotazníkového šetření tak vyplývá, že ač by byla více než polovina (57%) zdravotníků pro jednotnou výši ročního ochranného limitu pro všechny občany, dá se podle provedeného výzkumu říci, že souhlasí i s dnešní podobou limitu a jeho výší u jednotlivých skupin obyvatelstva, snad jen s výjimkou u seniorů nad 65 let, kde by navrhovali částku zvýšit na 3 000 Kč. Na druhé straně je 26 zdravotníků (24%), kteří vůbec nesouhlasí s ročním ochranným limitem a jeho fungování by zcela zrušili. Toto rozhodnutí se mi zdá poněkud neuvážené. Je totiž potřeba myslet na stále se horšící situace u zhruba 200 tisíc vážně nemocných lidí. Až dosud jim totiž sice nenápadně, ale trvale rostly doplatky na léky a těžké to měli a mají zejména ti nemocní, u nichž se potkalo hned několik chorob najednou. Tyto pacienty nedokáže před vysokými náklady dostatečně ochránit ani dobře nastavený systém určování cen a doplateků léků, právě proto vznikla pojistka ve formě ročního ochranného limitu (34). Z výčtu opovědí je patrné, že jsou respondenti, kteří souhlasí s tímto limitem, ale v jiném rozložení, nebo ti, kterým vyhovuje stávající systém, ale i ti, kteří se zmíněným limitem nesouhlasí vůbec. Je zde však ještě jedna skupina zdravotníků (5%), kteří by ochranným limitem a jeho rozlišnou výši pokryli skupinu osob chronicky nemocných anebo by jeho výši stanovili v závislosti na výši příjmu.

Ačkoli označilo v otázce č. 10 72% zdravotníků, že jsou dostatečně informováni o systému regulačních poplatků, v otázce č. 24 zná anebo se domnívá, že zná položky, které se započítávají do ročního ochranného limitu pouze 15% zdravotníků. Ostatních 85% zdravotníků se doznalo k neinformovanosti o těchto položkách. Ze zmíněných 15% respondentů, kteří vypsali dohromady 42 možných odpovědí, jich bylo správných jen 31 (74%). Nejznámější se jim jeví být doplatky na léky, ty vypsalo 81% zdravotníků. Regulační poplatek za návštěvu u lékaře zmínilo 63% respondentů, a na poplatek 30 Kč za výdej léku si jich vzpomnělo 50%. Zbýlých 26% odpovědí bylo nesprávných. Vyskytl se mezi nimi regulační poplatek za návštěvu pohotovosti, za pobyt v nemocnici či veškeré existující regulační poplatky.

V oblasti kontroly poskytnuté péče či regulačních poplatků a naplňování ročního ochranného limitu jsou podle očekávání více informováni respondenti z řad zdravotníků. O právu pojištěnce na bezplatný výpis ze zdravotního účtu u své zdravotní

pojišťovny v časovém sledu 1x ročně vědělo 53% zdravotníků oproti pouhým 34% respondentů z řad široké veřejnosti. I přesto dalších 42% zdravotníků využilo na stejnou otázku odpovědi nevím. Zbylé 2% označilo odpovědi s nesprávnými četnostmi kontroly.

O jedné z funkcí zdravotních pojišťoven, kterou je sledování úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního ochranného limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení, vědělo 73% zdravotníků. Stejnou odpověď ve druhém vzorku respondentů označilo jen 47% oslovených. 22% zdravotníků i v této otázce využilo odpovědi nevím. Zbylé 3% jich zvolilo nesprávnou odpověď.

Soukromé zdravotní pojištění má v mém výzkumu uzavřeno 21% zdravotníků. Shodně jako v předešlém vzorku respondentů si i zdravotníci odvádí na toto pojištění nejčastěji (39%) částku ve výši do 500 Kč. Ze zbylého počtu 79% zdravotníků, kteří nemají dosud založené soukromé pojištění, by si jich bylo 29% ochotno zmíněné pojištění uzavřít. Také v tomto případě by u většiny těchto zdravotníků (46%) činila výše příspěvku do 500 Kč. Výsledky z obou dotazníků ukázaly na částku do 500 Kč, jako nejschůdnější variantu částky, kterou si hradí nebo by si bylo ochotno hradit největší počet respondentů.

Odpovědi na otázku č. 7, 9, 12 a 13 měly za úkol potvrdit nebo vyvrátit hypotézu 1 o tom, že odborná veřejnost má kladný postoj k regulačním poplatkům. Hned v otázce č. 7 se 66% zdravotníků vyjádřilo kladně k zavedení a spuštění regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Nadpoloviční většina si jich ani nemyslí, že jsou regulační poplatky v rozporu s českou Listinou základních práv a svobod. Takto odpovědělo 67% zdravotníků v otázce č. 9. 55% respondentů z řad odborné veřejnosti zastává v otázce č. 13 názor, že regulační poplatky povedou v konečném důsledku k úspoře v českém zdravotnictví. Pouze 7% zdravotníků nesouhlasí s regulačními poplatky za stávajícími zdravotními službami. Až na výjimku, kterou je regulační poplatek za položku na receptu, souhlasí odborná veřejnost s dosavadními výšemi částek, jakými jsou regulační poplatky nyní zpoplatněny. Hypotéza 1 byla jednoznačně potvrzena a ukázala na pozitivní pohled zdravotníků na regulační poplatky.

Na vyvrácení nebo potvrzení 4. hypotézy, která předpokládala, že dotazovaní respondenti souhlasí se zrušením regulačních poplatků pro stávající, zákonem vymezené, skupiny obyvatelstva, byla v dotazníku pro širokou veřejnost postavena otázka č. 17, v dotaznících pro odbornou veřejnost pak shodná otázka, ale pod č. 15. Se zrušením regulačních poplatků pro novorozence souhlasí 81% respondentů z řad široké veřejnosti a 78% respondentů z řad odborné veřejnosti. Za osvobozením dětí do 18 let od platby regulačních poplatků se postavilo 52% veřejnosti a jen 42% zdravotníků. Výjimku pro děti umístěné v dětských domovech či ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy odsouhlasilo 52% oslovených ze široké veřejnosti a 63% zdravotníků. Pro občany se soudně nařízenou ochranou léčbou by volilo výjimku jen 13% dotázaných ze široké veřejnosti, shodně jako 13% zdravotníků. S tím aby se výjimka z úhrad regulačních poplatků týkala i občanů v hmotné nouzi souhlasí 38% laické veřejnosti a 45% odborné veřejnosti. Podobné je to u občanů s nařízenou izolací ve zdravotnickém zařízení, s povinnou léčbou infekčního onemocnění či při nařízeném karanténním opatření, za které se postavilo jen 29% respondentů ze široké veřejnosti a 24% zdravotníků. Jak vyplývá z provedeného výzkumu, se stávající podobou výjimek z plateb regulačních poplatků souhlasí respondenti jen u novorozenců, dětí umístěných v dětských domovech či ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a u respondentů z řad veřejnosti navíc u dětí do 18 let. Hypotéza 4 tak nebyla potvrzena.

6. Závěr

I přesto, že zdravotnictví ČSR patřilo do roku 1950 k nejvyspělejšímu v Evropě, byl tento dobře fungující systém postupně destruován natolik, že bylo nutno po listopadu roku 1989 v návaznosti na prohlubující se problémy, které zdravotnictví provázelo, přijmout a následně spustit rozsáhlou reformu zdravotnictví. Od tohoto roku prošlo zdravotnictví řadou významných reformních změn. Jednou z nich bylo bezesporu přijetí zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, jímž byl spuštěn systém veřejného zdravotního pojištění. Obecným problémem zdravotnictví vždy bylo, je a pravděpodobně i nadále bude jeho financování. Se snahou o udržení technického pokroku neustále rostou výdaje a snižují se zdroje pro jejich pokrytí. Za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb, v němž jsou prý Češi na špici pomyslného Evropského žebříčku, došlo v rámci zdravotnictví zatím k poslední větší změně, a tím bylo přijetí regulačních poplatků a ročního ochranného limitu těchto poplatků s platností od 1. 1. 2008. V souvislosti s jejich přijetím došlo ke změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde jsou regulační poplatky v §16a a roční ochranný limit těchto poplatků v §16b zakotveny. Ministerstvo zdravotnictví si tímto slibuje nárůst příjmů systému veřejného zdravotního pojištění a zároveň dosažení úspory celkových výdajů tohoto systému.

V teoretické části diplomové práce jsem zmínila obě významné změny, které se dotkly všech obyvatel České republiky. Pokusila jsem se shrnout problematiku veřejného zdravotního pojištění a o něco podrobněji systém regulačních poplatků a ročního ochranného limitu těchto poplatků, společně s jeho provázejícími změnami. Při zpracovávání výše zmíněného tématu jsem se setkala s nedostatkem odborné literatury, která doposud na toto téma nebyla samostatně zpracována a vydána. Obdobná situace panuje v oblasti výzkumu. Problematika regulačních poplatků je v rámci prováděných výzkumů zatím jen okrajovou záležitostí, a to i přes značně rozdílné názory, které zastává jak laická tak odborná veřejnost.

V praktické části diplomové práce jsem si stanovila za cíl zmapovat názor občanů a odborné veřejnosti na zavedení regulačních poplatků. Na základě často diskutovaných výší regulačních poplatků jsem si v rámci jednoho z dílčích cílů dala za úkol zjistit výše regulačních poplatků přijatelné pro občany. V závislosti na změně demografického vývoje, který poukazuje na stále rostoucí počet seniorů, tedy těch, kdo dominantní část výdajů na zdravotnictví spotřebovává, a na druhé straně na úbytek plátců zdravotního pojištění, jsem si zvolila druhý dílčí cíl, jehož úkolem bylo zmapovat využívání možnosti uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Jak vyplývá z provedeného výzkumu, regulační poplatky jsou vítány spíše v řadách odborné veřejnosti. Dá se to vysvětlit celkem jednoduše tím, že zdravotníci přicházejí do styku s pacienty v rámci svého povolání téměř denně a jsou tak přímo účastní množství péče, kterou poskytují a o její finanční nákladnosti vědí mnohdy lépe než laická, široká veřejnost. Co se týče výše regulačních poplatků, jako nejsnáze přijatelná se jeví být 60 Kč úhrada za pobyt v nemocnici. Naopak 30 Kč výše regulačního poplatku za položku na receptu se zdá být jako nejhůře akceptovatelnou oběma vzorky respondentů. Pokud by se nedocílilo jeho zrušení, pak by stávající částka za položku na receptu měla být podle převážné většiny respondentů alespoň snížena, anebo nahrazena regulačním poplatkem za recept jako takový. Současná výše regulačního poplatku za návštěvu u lékaře, podobně jako za návštěvu pohotovosti se shoduje v převážné části s názory dotazovaných respondentů, kteří nesouhlasí s jejich zrušením. Pouze ¼ respondentů má dle provedeného výzkumu uzavřeno soukromé zdravotní pojištění. Další necelá ¼ oslovených by se nebránila jeho případnému založení a zbylé ½ dotázaných toto pojištění uzavřené nemají a ani o této možnosti v blízké budoucnosti neuvažují. Z důvodu nepříznivého demografického vývoje a stále se zvyšující nákladnosti zdravotní péče, v souvislosti s moderním pokrokem, bude výhledově pravděpodobné nezbytné, situaci řešit zvýšením zdravotního pojištění popřípadě formou přispívání soukromých zdrojů. Cíl diplomové práce i dílčí cíle byly splněny.

V souvislosti s výzkumnou částí diplomové práce jsem si stanovila 4 hypotézy. První z nich předpokládala, že odborná veřejnost souhlasí s regulačními poplatky. V rámci druhé hypotézy jsem se domnívala, že laická veřejnost není informována

o zavedených regulačních poplatcích a ročním ochranném limitu těchto poplatků. Třetí hypotéza předpokládala, že pro osoby ovlivněné sociální událostí představují regulační poplatky ekonomickou zátěž. Poslední, čtvrtá hypotéza zněla, že dotazovaní respondenti souhlasí se zrušením regulačních poplatků pro stávající, zákonem vymezené, skupiny obyvatelstva. První tři hypotézy byly výzkumem potvrzeny, čtvrtou hypotézu výzkum vyvrátil.

Přínosem mé diplomové práce je komplexní teoretické zmapování systému veřejného zdravotního pojištění s důrazem na regulační poplatky a roční ochranný limit a zvýšení tak informovanosti o dané problematice. Neboť jsem se setkala se značným nedostatkem výzkumných prací ve zmíněné oblasti, mohly by být výsledky práce vzaty v úvahu i při možných dalších úpravách stávajícího zákona, tzv. právní úprava de lege ferenda. V praxi lze práci využít mimo jiné k osvětě veřejnosti, jako metodickou příručku a v neposlední řadě může sloužit taktéž k přednáškové činnosti.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 375 s. ISBN 80-246-0728-x
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0
3. BAYER, I. a kol. *Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování* [online]. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 6.4.2006 [cit. 2009-7-5]. Dostupné z: <www.soc.cas.cz/download/151/Tisková%20zpráva.pdf>
4. BEZDĚKOVÁ, M. *Poplatky loni ušetřily deset miliard korun* [online]. Praha: Týden, 11.3.2009 [cit. 2009-6-18]. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/poplatky-loni-usetrily-deset-miliard-korun_109433.html>
5. BROŽOVÁ, J., DAŇKOVÁ, Š. a kol. *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003. 64 s. ISBN 80-7280-262-3
6. BRŮHA, D., TOMEK, V. *Pracovní právo ve zdravotnictví a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2005. 212 s. ISBN 80-7357-093-9
7. *Celkové hodnocení stavu zdravotnictví v ČR* [online]. Lékařské informační centrum, [cit. 2009-9-7]. Dostupné z: <http://www.help-lic.cz/files/35_AviFukzLsrdUsRpodFspjDAZrTZVcgwUWalfMtPf/UK%C3%81ZKA.doc>

8. *Co je to soukromé zdravotní pojištění?* [online]. [cit. 2008-3-11].
Dostupné z<<http://www.finance.cz/pojisteni/informace/soukromezdravotni/coto-je/>>
9. *Co lze pojistit v rámci soukromého pojištění?* [online]. [cit. 2008-11-3].
Dostupné
z:<<http://www.finance.cz/pojisteni/informace/soukromezdravotni/druhy/>>
10. DVOŘÁKOVÁ, Z. *Rušení poplatků bude pokračovat v lednu* [online]. 7.8.2008 [cit. 2008-10-10]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=372340>>
11. EDELMAN., MANDLE., *Health promotion, throughout the life span*. 6. vyd. United States of Amerika: Elsevier Mosby, 2006. 701 s. ISBN 0-323-03128-5
12. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
13. GREGOROVÁ, Z., GALVAS, M. *Sociální zabezpečení*. 2. vyd. Masarykova univerzita v Brně: DOPLNĚK, 2005. 280 s. ISBN 80-7239-179-3
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. 1.vyd. Havířov: A. Katilová, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7
15. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8

16. HROBOŇ, P. *Nerušme poplatky, které fungují* [online]. 17.12.2008 [cit. 2009-3-7]. Dostupné z: <http://hn.ihned.cz/2-31771830-500000_d-13>
17. *Jak od 1. dubna 2009 na regulační poplatky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009 [cit. 2009-6-10]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-to-bude-od-1-dubna-2009-s-regulacnimi-poplatky.html>>
18. *Jak se věci mají – regulační poplatky* [online]. [cit. 2008-8-17]. Dostupné z: <<http://www.mzd.cz/Pages/485-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-funguji-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem.html>>
19. JULÍNEK, T. *Několik grafů dokazujících fungování regulačních poplatků* [online]. Praha: iDNES.cz, 3.4.2009 [cit. 2009-6-18]. Dostupné z: <<http://julinec.blog.idnes.cz/c/77656/Nekolik-grafu-dokazujicich-fungovani-regulacnich-poplatku.html>>
20. JULÍNEK, T., *Reforma zdravotnictví nejsou jenom poplatky* [online]. [cit. 2008-9-15]. Dostupné z: <http://www.ods.cz/docs/dalsi/reformni_kroky_vlady-julinec.pdf>
21. KAHOUN, V., VURM, V., KUČEROVÁ, B. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7387-130-7
22. KÁŇA, P. *Základy veřejné správy*. 2. vyd. Ostrava: MONTANEX, 2007. 375 s. ISBN 987-80-7225-244-2
23. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 3.vyd. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5

24. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: Orac, 2004. 135 s. ISBN 80-86199-89-4
25. KULHAVÝ, J. Ministrův tým představil jízdní řád zdravotnictví. *Medical Tribune* [online]. 5.3.2007, číslo 6/2007 [cit. 2008-9-3]. Adresa přístupu <<http://www.medical-tribune.cz/archiv/mtr/124/3685>>
26. LEINERT, O. *Ministerstvo: Poplatky českému zdravotnictví ušetřily 10 miliard* [online]. Praha: iHNed.cz, 11.3.2009 [cit. 2009-6-18]. Dostupné z: <<http://domaci.ihned.cz/c1-35649250-ministerstvo-poplatky-ceskemu-zdravotnictvi-usetrily-10-miliard>>
27. Lékárníci budou chtít náhradu škody od krajů, které platí za lidi: *Zdravotnické noviny: Týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2009, roč. 58, č. 23, s. 1-2. ISSN 0044-1996
28. LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A. *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*. 1. vyd. Trnava: MOSTY, 1996. 127 s. ISBN 80-89074-71-5
29. *Lidé nechodí k lékařům. Za zdraví platí o třetinu víc* [online]. 23.4.2008 [cit. 2008-9-15]. Dostupné z: <<http://aktualne.centrum.cz/domaci/politika/clanek.phtml?id=603214>>
30. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-x
31. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 80-86199-50-9

32. MAPPES, T., DEGRAZIA, D., *Biomedical ethics*. 6. vyd. New York: The McGraw-Hill Companies, 2006. 723 s. ISBN 0-07-297644-6
33. *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2008* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 8.6.2009 [cit. 2009-10-7]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=mzdy®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>
34. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008, publikace pro širokou veřejnost*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2007. 27 s.
35. *OECD: Czech share of health care in GDP low* [online]. 27.7.2009 [cit. 2009-1-8]. Dostupné <z:<http://praguemonitor.com/2009/07/27/oecd-czech-share-health-care-gdp-low>>
36. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0
37. PAVLÍKOVÁ, O. Co se stalo v českém zdravotnictví v roce 2008: *Zdravotnické noviny: Týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2009, roč. 58, č. 1-2, s. 17-18. ISSN 0044-1996
38. PETRÁŠOVÁ, L. Průzkum: *S poplatky u lékaře souhlasí jen 12 procent Čechů* [online]. Mladá fronta Dnes, 12.5.2008 [cit. 2008-10-5]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/pruzkum-s-poplatky-u-lekare-souhlasi-jen-12-procent-cechu-pkq-/domaci.asp?c=A080511_212431_domaci_zra>
39. *Pozitivní dopady zavedení regulačních poplatků* [online]. Praha: Občanská demokratická strana [cit. 2009-6-15]. Dostupné z: <www.ods.cz/docs/dalsi/pozitivni_dopady_regulacnich_poplatku.pdf>

40. *Přehled vykázané zdravotní péče* [online]. [cit. 2009-5-7]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/prehledzp/>>
41. *Reforma zdravotnictví: Hlavní novinky, které přináší pacientům zákony schválené vládou* [online]. Lidové noviny, 10.4.2008 [2008-10-15]. Dostupné z: <http://www.lidovky.cz/reforma-zdravotnictvi-hlavni-novinky-ktere-prinasi-pacientum-zakony-schvalene-vladou-g5l-/ln_noviny.asp?c=A080410_000018_ln_noviny_sko&klic=224853&mes=080410_0>
42. *Reformu zdravotnictví i úspory v resortu potřebujeme. Reforma je však sledovaná s rozpaky* [online]. STEM, 2008 [cit. 2008-10-10]. Dostupné z: <<http://www.stem.cz/clanek/1434>>
43. *Reforma zdravotnictví* [online]. Úřad vlády České republiky, 2007 [2008-10-10]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/prectete-si/program-vlady/iv-reforma-zdravotnictvi.aspx>>
44. *Regulační limity a limity plateb* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2008 [2008-9-26]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/adresar-platby_od_2008/>
45. *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 11.3.2009 [cit. 2009-6-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Pages/777_tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>

46. *Regulační poplatky – součást reformy zdravotnictví* [online]. Praha: Národohospodářský ústav, 25.4.2007 [cit. 2009-8-7]. Dostupné z: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/hrobon_cerge2007_04.pdf>
47. *Roste počet lidí nespokojených se zdravotnictvím* [online]. Praha: Česká tisková kancelář, 22.1.2009 [cit. 2009-21-6]. Dostupné z: <http://magazin.ceskenoviny.cz/tema/index_view.php?id=356386&id_seznam=329>
48. *Rozdělení zdravotního pojištění* [online]. [cit. 2008-11-3]. Dostupné z: <<http://www.finance.cz/pojisteni/osoby/zdravotni/>>
49. *Rozdělení zisku z regulačních poplatků* [online]. 12.3.2009 [cit. 2009-2-7]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=8929>>
50. SARKISYAN, I. *Reforma zdravotnictví* [online]. 15.5.2007 [cit. 2008-10-15]. Dostupné z: <<http://dumfinanci.cz/?text=148-reforma-zdravotnictvi>>
51. Senát: Poplatky ano, ale s omezením: *Zdravotnické noviny: Týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2009, roč. 58, č. 5, s. 1-2. ISSN 0044-1996
52. *Seznam zdravotních pojišťoven* [online]. [cit. 2008-11-3]. Dostupné z: <<http://www.finance.cz/pojisteni/seznamy/zdravotni-pojistovny/>>

53. STUDENÍK, T. *Regulační poplatky občany příliš netrápí* [online]. Praha: Westminster, 19.6.2008 [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: <http://www.westminster.cz/content/files/94/190608_regulacni_poplatky_netrapil.doc>
54. *Systémy zdravotní péče* [online]. [cit. 2008-11-4]. Dostupné z: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:ST-TZA84vPUJ:szs.tabor.indos.cz/Projekt/projekt/vzv/Data/Text%2520Syst%C3%A9my%2520zdravotn%C3%AD%2520p%C3%A9%2520u%2520n%C3%A1s%2520a%2520ve%2520sv%C4%9Bt%C4%9B.doc+zdravotnick%C3%A9+syst%C3%A9my&hl=cs&ct=clnk&cd=15&gl=cz&client=firefox-a>>
55. ŠULC, M. *Regulační poplatky v Českém zdravotnictví* [online]. 2008 [cit. 2008-9-29]. Dostupné z: <http://64.233.169.104/search?q=cache:7cxlxNS_GdsJ:st.vse.cz/~XSULM08/poplatky_ve_zdrav_final.pdf+regula%C4%8Dn%C3%AD+poplatky&hl=cs&ct=clnk&cd=182&gl=cz&client=firefox-a>
56. TOMEŠ, I. a kol. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 303 s. ISBN 80-7178-560-1
57. TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. 400 s. ISBN 80-7179-856-8
58. Úplné znění číslo 612: *Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod*. Ostrava: Sagit, 2007. 192 s. ISBN 987-80-7208-617-7
59. Úplné znění číslo 725: *Zdravotní pojištění, zdravotní péče*. Ostrava: AYGIT, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7208-742-6

60. VAGENKNECHTOVÁ, M. *Hejtmani jednali v Brně o poplatcích ve zdravotnictví a financích pro české dráhy* [online]. Praha: Asociace krajů České republiky, 16.1.2009 [cit. 2009-15-7]. Dostupné z: <http://www.kr-urady.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id_org=450022&id=152194&p1=1002>
61. VEPŘEK, J a kol. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5
62. *Veřejné zdraví, zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví* [online]. 12.1.2009 [cit. 2009-10-7]. Dostupné z: <<http://www.euroskop.cz/8447/10224/clanek/zelena-kniha-o-pracovnicich-ve-zdravotnictvi>>
63. *V krajských nemocnicích pacienti od února na poplatcích ušetří* [online]. Královehradecký kraj, 19.2.2009 [cit. 2009-15-7]. Dostupné z: <<http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/tiskove-centrum/aktuality/v-krajskych-nemocnicich-pacienti-od-unora-na-poplatich-usetri-25691/>>
64. *Vláda: Po stabilizační fázi přicházejí skutečné reformy* [online]. Česká tisková kancelář, [cit. 2008-10-15]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/z_domova/vlada_reformy20070828.html>
65. *Vláda přidá zdravotníkům, chce tak zabránit jejich odchodu do zahraničí* [online]. Praha: Český rozhlas, 23.6.2009 [cit. 2009-3-7]. Dostupné z: <<http://www.radio.cz/cz/clanek/117589>>
66. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9

67. VZP asi vrátí za poplatky i lidem, za které platil kraj: *Zdravotnické noviny: Týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2009, roč. 58, č. 24, s. 4. ISSN 0044-1996
68. *Zdraví* [online]. [cit. 2008-9-29]. Dostupné z: <<http://vladaprovas.vlada.cz/zdravi.html>>
69. *Země EU využívají regulační poplatky k omezení zbytečné péče* [online]. Praha: Česká tisková kancelář, 17.1.2009 [cit. 2009-13-7]. Dostupné z: <<http://www.pramenyzdravi.cz/8591716/Zeme-EU-vyuzivaji-regulacni-poplatky-k-omezeni-zbytecne-pece.php>>
70. ZLÁMAL, J. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0
71. *Změny k 1. 4. 2009* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2009 [cit. 2009-6-5]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/zmeny_k_1_4/>

8. Klíčová slova

veřejné zdravotní pojištění

regulační poplatky

roční ochranný limit

sociální událost

soukromé zdravotní pojištění

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro veřejnost

Příloha 2: Dotazník pro odbornou veřejnost

Příloha 3: Porovnání výše regulačních poplatků ve vybraných státech

Příloha 4: Hodnocení stavu zdravotnictví v letech 1995 – 2006

Příloha 5: Výsledky fungování regulačních poplatků za rok 2008

Příloha 1: Dotazník pro veřejnost

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Veronika Pekárková a jsem studentkou 5. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

Tento dotazník slouží jako podklad pro moji diplomovou práci s názvem : „Veřejné zdravotní pojištění se zaměřením na regulační poplatky“.

Předem srdečně děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku, stejně tak i za Vaše upřímné odpovědi na všechny otázky.

Všechny zjištěné údaje jsou naprosto anonymní a budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Veronika Pekárková

Dotazník pro veřejnost

Vybranou odpověď prosím označte křížkem! ☒

1) Pohlaví

žena muž

2) Věk

prosím vypište ...

3) Dosažené vzdělání

ZŠ SOU SŠ s maturitou VOŠ VŠ

4) Žijí s Vámi ve společné domácnosti děti?

- ne
- ano – počet dětí (vypište) ...
- věk dětí (vypište) ...

5) Vaše momentální pozice

- student
- zaměstnanec/OSVČ
- nezaměstnaný
- důchodce
- žena pečující o dítě
- jiné (vypište)...

6) Jaký je Váš průměrný měsíční **čistý** příjem?

- do 10 000,-
- 10 000,- až 15 000,-
- 16 000,- až 20 000,-
- 21 000,- až 25 000,-
- 26 000,- až 30 000,-
- 30 000,- a více
- v současné době bez příjmu

7) Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8) Domníváte se, že Česká republika potřebuje reformu zdravotnictví?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

9) Souhlasíte s regulačními poplatky v českém zdravotnictví?

ano spíše ano spíše ne ne

10) Znáte smysl zavedených regulačních poplatků?

ne
 ano – jaký (vypište) ...

11) Myslíte si, že jsou regulační poplatky ve zdravotnictví v rozporu s českou Listinou základních práv a svobod?

ano spíše ano spíše ne ne

12) Jste dostatečně informováni o zavedených regulačních poplatcích?

ano spíše ano spíše ne ne

V případě kladné odpovědi uveďte zdroj, ze kterého informace máte či je získáváte (možno označit více odpovědí)

lékař
 internet
 média (TV, rádio)
 známí
 tisk jiné (vypište) ...

13) Je pro Vás obtížné orientovat se v současných změnách na poli regulačních poplatků?

ano spíše ano spíše ne ne

14) Myslíte si, že regulační poplatky povedou k úspoře v českém zdravotnictví?

ano spíše ano spíše ne ne

15) Za jakou službu jste ochotni platit regulační poplatky? (možno více odpovědí)

- za návštěvu u lékaře
- za návštěvu pohotovosti
- za pobyt v nemocnici
- za každou položku na receptu
- za recept
- jinou (prosím vypište) ...
- za žádnou

16) Jakou částku jste ochotni platit: (prosím vypište)

- za návštěvu u lékaře ...
- za návštěvu pohotovosti ...
- za pobyt v nemocnici ...
- za každou položku na receptu ...
- za recept ...
- za jiné (prosím vypište službu a částku) ...

17) Koho by se podle Vás mělo týkat osvobození od platby regulačních poplatků?
(možno více odpovědí)

- novorozenců
- dětí do 15 let
- dětí do 18 let
- dětí umístěných v dětských domovech či ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy
- občanů se soudně nařízenou ochrannou léčbou
- osob v hmotné nouzi
- chronicky nemocných

- seniorů
- pacientů v komatu
- občanů s nařízenou izolací ve zdravotnickém zařízení, s povinnou léčbou infekčního onemocnění či při nařízeném karanténním opatření
- jiné (prosím vypište) ...
- nikoho

18) Jaké regulační poplatky by měly být zcela zrušeny? (možno více odpovědí)

- za návštěvu u lékaře
- za návštěvu pohotovosti
- za pobyt v nemocnici
- za výdej léku na předpis
- žádné

19) Souhlasíte s tím, aby kraje platily regulační poplatky za své občany v krajských nemocnicích a lékárnách?

- ano spíše ano spíše ne ne

20) Vyžaduje Váš zdravotní stav navštěvovat lékaře častěji než jsou běžné preventivní prohlídky?

- ano stále ano občas ne

21) Je pro Vás placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinného rozpočtu?

- ano spíše ano spíše ne ne

22) Vedlo Vás zavedení regulačních poplatků ke snížení počtu návštěv u lékaře?

- ano spíše ano spíše ne ne

23) Souhlasíte s tím, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení?

ano spíše ano spíše ne ne

24) Souhlasíte s tím, že jsou regulační poplatky příjmem lékárný?

ano spíše ano spíše ne ne

25) K jakým účelům by měly vybrané regulační poplatky sloužit? (možno označit více odpovědí)

- k modernizaci zdravotnického zařízení/ordinace
- na platy lékařů a zdravotnického personálu
- jiné využití – uveďte ...

26) Jakou byste navrhovali výši ročního ochranného limitu? (možno více odpovědí)

- jednotnou pro všechny občany (prosím vypište částku) ...
 - zvlášť pro děti do 18 let (prosím vypište částku) ...
 - zvlášť pro dospělé nad 18 let (prosím vypište částku) ...
 - zvlášť pro seniory nad 65 let (prosím vypište částku) ...
 - jiné rozdělení (prosím vypište)
- žádnou

27) Znáte položky, které se započítávají do ročního ochranného limitu?

- ne
- ano (vypište ty, o kterých víte, či si myslíte, že jsou započítávány)...

28) Jak často máte jako pojištěnec právo na bezplatný výpis ze zdravotního účtu u své zdravotní pojišťovny (kontrolu poskytnuté péče)?

1x za dva roky 1x ročně 1x za půl roku nevím

29) Kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení?

stát sám pojištěnec zdravotní pojišťovny nevím

30) Máte uzavřené soukromé zdravotní pojištění?

ano – odvádíte měsíčně do 100,- do 300,- do 500,-

do 800,- do 1000,- nad 1000,-

ne – byli byste ochotni si platit soukromé zdravotní pojištění?

ne

ano – kolik Kč byste byli ochotni si měsíčně odvádět?

do 100,- do 300,- do 500,-

do 800,- do 1000,- nad 1000,-

Příloha 2: Dotazník pro odbornou veřejnost

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Veronika Pekárková a jsem studentkou 5. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

Tento dotazník slouží jako podklad pro moji diplomovou práci s názvem : „Veřejné zdravotní pojištění se zaměřením na regulační poplatky“.

Předem srdečně děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku, stejně tak i za Vaše upřímné odpovědi na všechny otázky.

Všechny zjištěné údaje jsou naprosto anonymní a budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Veronika Pekárková

Dotazník pro odbornou veřejnost

Vybranou odpověď prosím označte křížkem! ☒

1) Pohlaví

žena muž

2) Věk

prosím vypište ...

3) Jste zaměstnán/a jako

lékař/ka zdravotní sestra jiný zdravotnický personál

4) Jaký je Váš průměrný měsíční **čistý** příjem?

- do 10 000,-
- 10 000,- až 15 000,-
- 16 000,- až 20 000,-
- 21 000,- až 25 000,-
- 26 000,- až 30 000,-
- 30 000,- a více
- nechci odpovídat

5) Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

6) Domníváte se, že Česká republika potřebuje reformu zdravotnictví?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

7) Souhlasíte s regulačními poplatky v českém zdravotnictví?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8) Znáte smysl zavedených regulačních poplatků?

- ne
- ano – jaký (vypište) ...

9) Myslíte si, že jsou regulační poplatky ve zdravotnictví v rozporu s českou Listinou základních práv a svobod?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

10) Jste dostatečně informováni o zavedených regulačních poplatcích?

ano spíše ano spíše ne ne

V případě kladné odpovědi uveďte zdroj, ze kterého informace máte či je získáváte (možno označit více odpovědí)

- lékař
- internet
- zaměstnavatel
- média (TV, rádio)
- známí
- tisk
- jiné (vypište) ...

11) Je pro Vás obtížné orientovat se v současných změnách na poli regulačních poplatků?

ano spíše ano spíše ne ne

12) Myslíte se, že regulační poplatky povedou k úspoře v českém zdravotnictví?

ano spíše ano spíše ne ne

13) Za jakou službu byste byli ochotni platit regulační poplatky? (možno více odpovědí)

- za návštěvu u lékaře
- za návštěvu pohotovosti
- za pobyt v nemocnici
- za každou položku na receptu
- za recept
- jinou (prosím vypište) ...

- za žádnou

14) Jakou částku byste byli ochotni platit: (prosím vypište)

za návštěvu u lékaře ...

za návštěvu pohotovosti ...

za pobyt v nemocnici ...

za každou položku na receptu ...

za recept ...

za jiné (prosím vypište službu a částku) ...

15) Koho by se podle Vás mělo týkat osvobození od platby regulačních poplatků?
(možno více odpovědí)

novorozenců

dětí do 15 let

dětí do 18 let

dětí umístěných v dětských domovech či ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy

občanů se soudně nařízenou ochrannou léčbou

osob v hmotné nouzi

chronicky nemocných

seniorů

pacientů v komatu

občanů s nařízenou izolací ve zdravotnickém zařízení, s povinnou léčbou infekčního onemocnění či při nařízeném karanténním opatření

jiné (prosím vypište) ...

nikoho

16) Jaké regulační poplatky by měly být zcela zrušeny? (možno více odpovědí)

za návštěvu u lékaře

za výdej léku na předpis

za návštěvu pohotovosti

žádné

za pobyt v nemocnici

17) Souhlasíte s tím, aby kraje platily regulační poplatky za své občany v krajských nemocnicích a lékárnách?

ano spíše ano spíše ne ne

18) Vedlo zavedení regulačních poplatků ke snížení počtu návštěv ve Vaší ordinaci/zdravotnickém zařízení?

ano spíše ano spíše ne ne

19) Máte více času na jednotlivé pacienty než před zavedením regulačních poplatků?

ano spíše ano spíše ne ne

20) Souhlasíte s tím, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení?

ano spíše ano spíše ne ne

21) Souhlasíte s tím, že jsou regulační poplatky příjmem lékárny?

ano spíše ano spíše ne ne

22) K jakým účelům by měly vybrané regulační poplatky sloužit? (možno označit více odpovědí)

k modernizaci zdravotnického zařízení/ordinace

na platy lékařů a zdravotnického personálu

jiné využití – uveďte ...

23) Jakou byste navrhovali výši ročního ochranného limitu? (možno více odpovědí)

- jednotnou pro všechny občany (prosím vypište částku) ...
- zvlášť pro děti do 18 let (prosím vypište částku) ...
- zvlášť pro dospělé nad 18 let (prosím vypište částku) ...
- zvlášť pro seniory nad 65 let (prosím vypište částku) ...
- jiné rozdělení (prosím vypište)

žádnou

24) Znáte položky, které se započítávají do ročního ochranného limitu?

- ne
- ano (vypište ty, o kterých víte, či si myslíte, že jsou započítávány)...

25) Jak často máte jako pojištěnec právo na bezplatný výpis ze zdravotního účtu u své zdravotní pojišťovny (kontrolu poskytnuté péče)?

- 1x za dva roky 1x ročně 1x za půl roku nevím

26) Kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení?

- stát sám pojištěnec zdravotní pojišťovny nevím

27) Máte uzavřené soukromé zdravotní pojištění?

ano – odvádíte měsíčně do 100,- do 300,- do 500,-

do 800,- do 1000,- nad 1000,-

ne – byli byste ochotni si platit soukromé zdravotní pojištění?

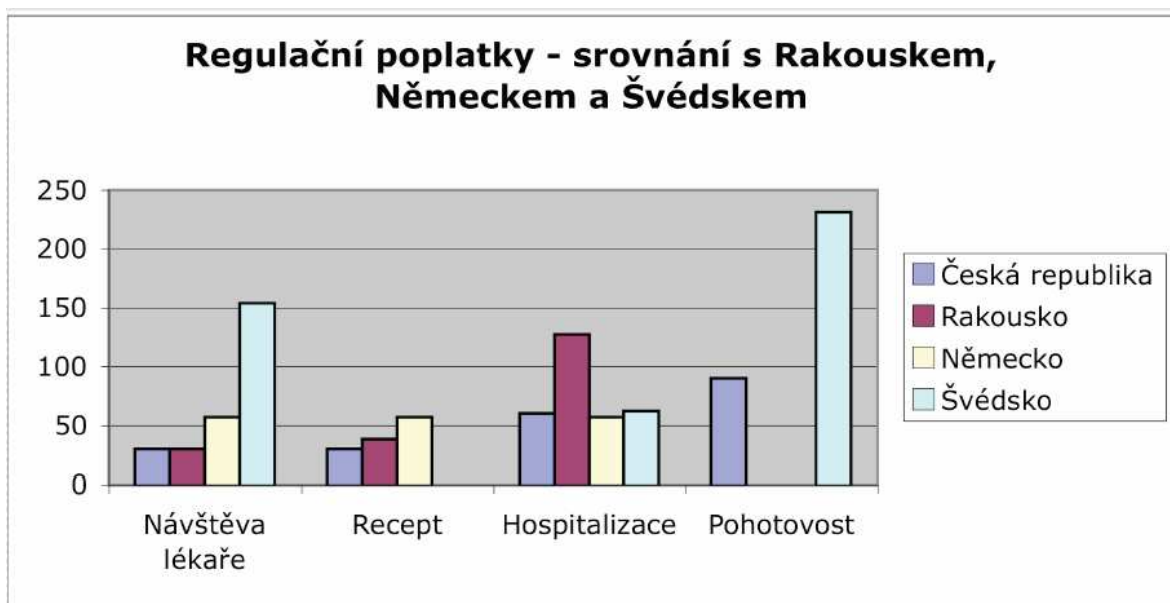
ne

ano – kolik Kč byste byli ochotni si měsíčně odvádět?

do 100,- do 300,- do 500,-

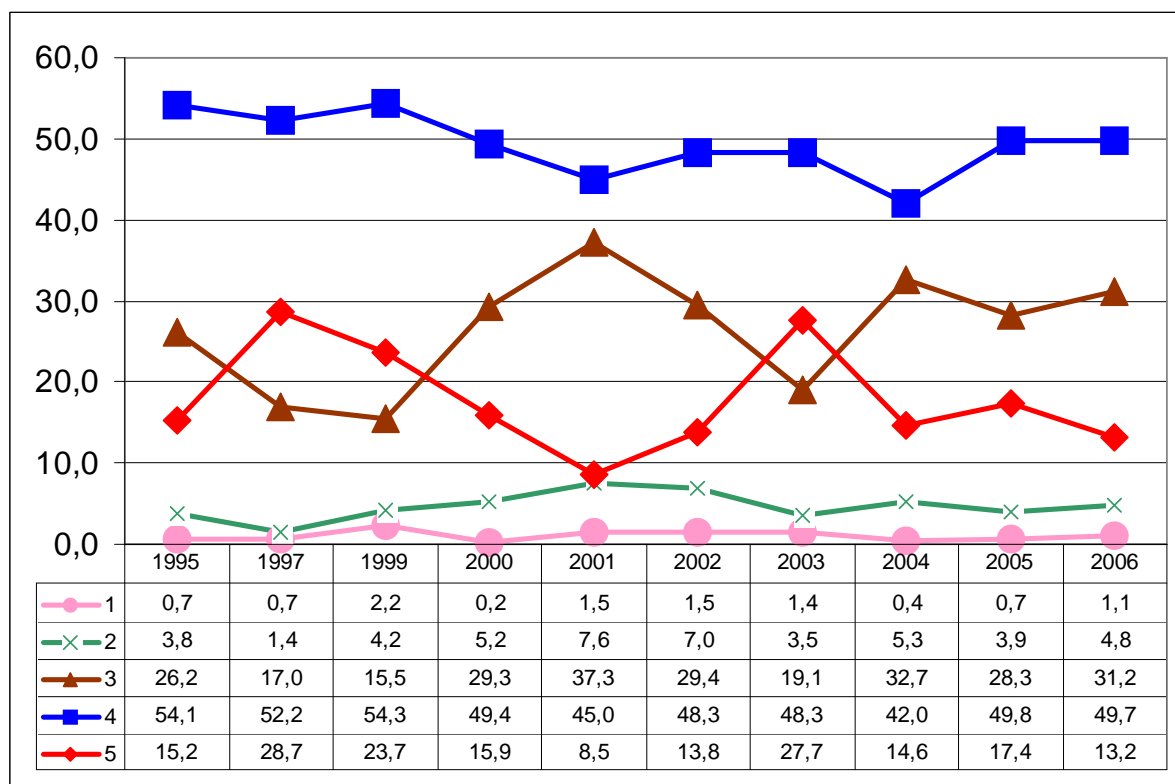
do 800,- do 1000,- nad 1000,-

Příloha 3: Porovnání výše regulačních poplatků ve vybraných státech



Zdroj: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/hrobon_cerge2007_04.pdf>

Příloha 4: Hodnocení stavu zdravotnictví občany v letech 1995 – 2006 (v %)

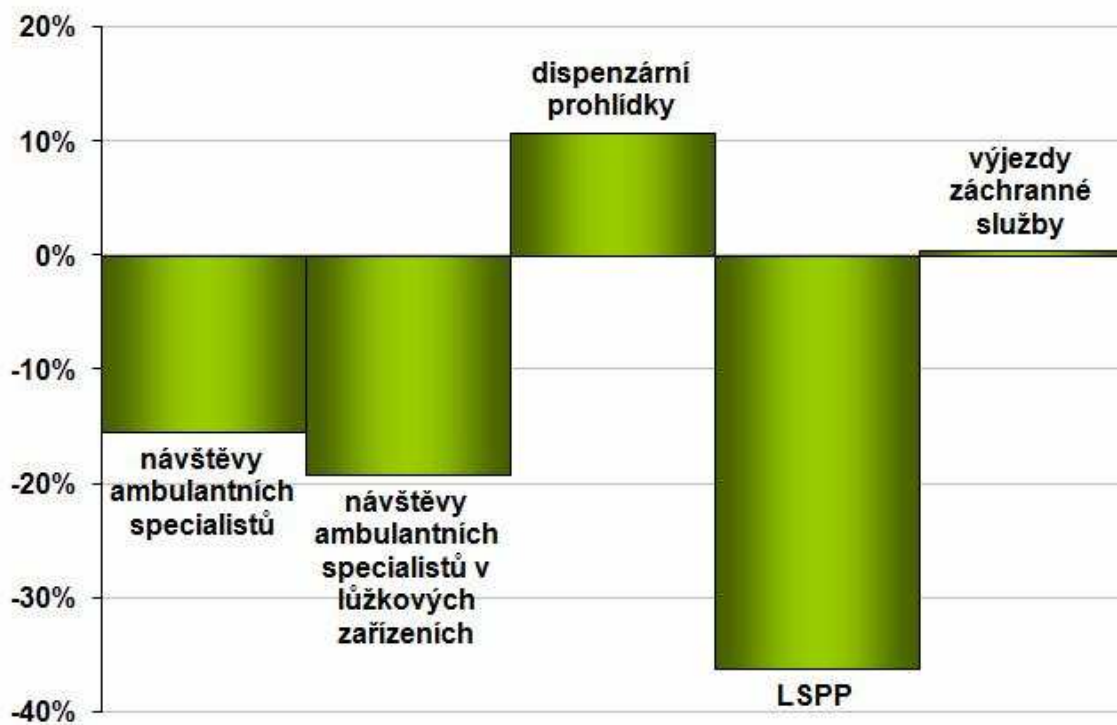


Legenda: 1 – bez problémů; 2 – drobné problémy; 3 – ojediněle vážné problémy; 4 – řada vážných problémů; 5 – hrozí zhroucení celého systému .

Zdroj:<http://www.helplic.cz/files/35_AviFukzLsrdUsRpodFspjDAZrTZVcgwUWalfMtPf/UK%C3%81ZKA.doc>

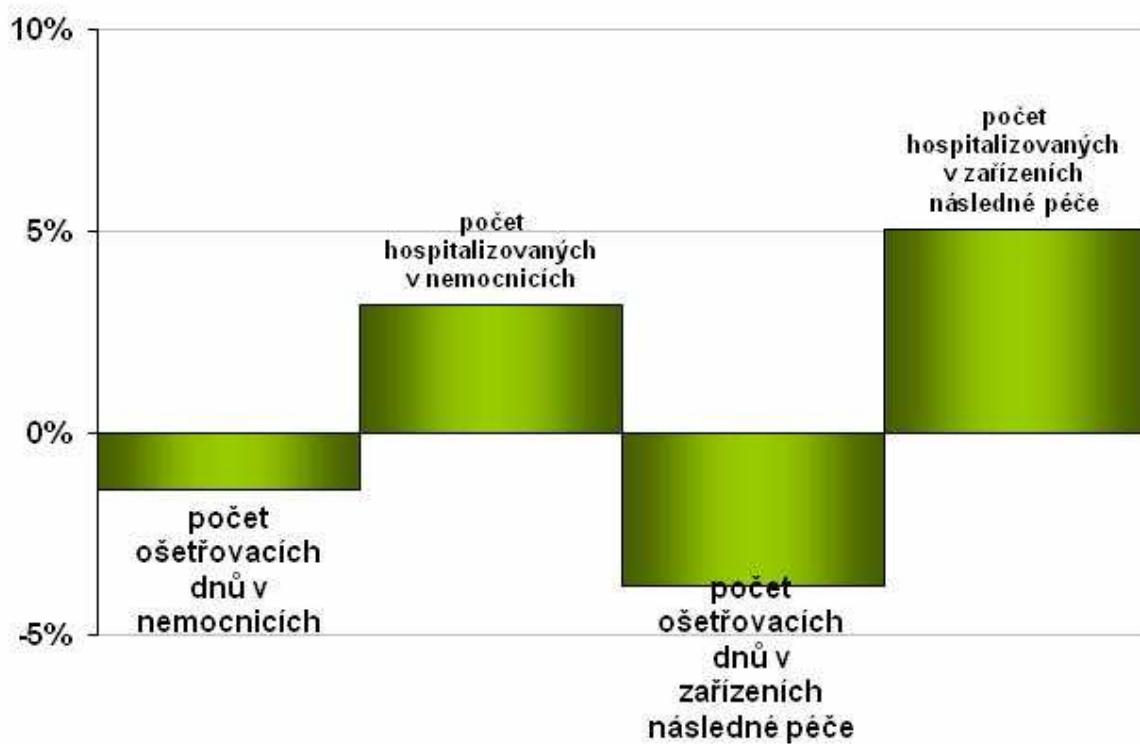
Příloha 5: Výsledky fungování regulačních poplatků za rok 2008

Graf 1: Pokles počtu návštěv u lékaře



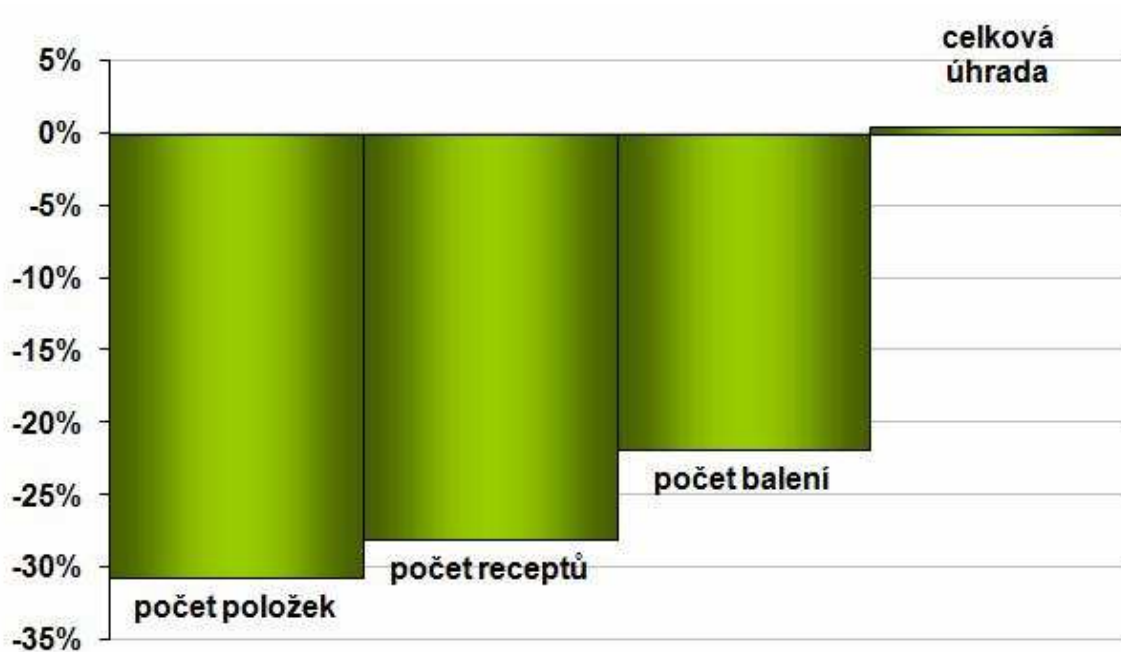
Zdroj: <http://julinec.blog.idnes.cz/c/77656/Nekolik-grafu-dokazujicich-fungovani-regulacnich-poplatku.html>

Graf 2: Počet dnů, které pacienti strávili v nemocnici



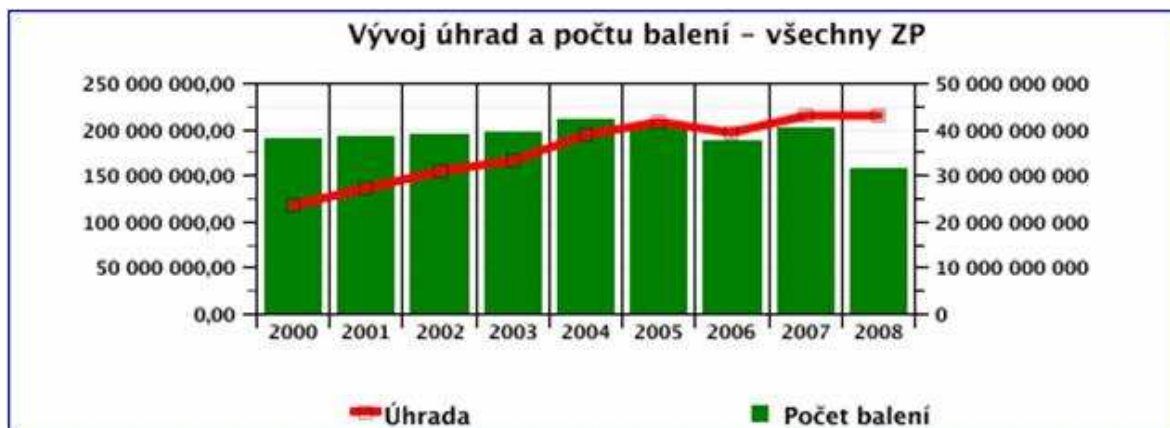
Zdroj: <http://julinec.blog.idnes.cz/c/77656/Nekolik-grafu-dokazujcich-fungovani-regulacnich-poplatku.html>

Graf 3: Počet předepsaných položek na receptu, snížení počtu receptů a pokles počtu předepsaných receptů



Zdroj: <<http://julinec.blog.idnes.cz/c/77656/Nekolik-grafu-dokazujicich-fungovani-regulacnich-poplatku.html>>

Graf 4: Vývoj úhrad za léky a počtu balení léků



Zdroj: <<http://julinec.blog.idnes.cz/c/77656/Nekolik-grafu-dokazujicich-fungovani-regulacnich-poplatku.html>>

Graf 5: Změna poptávky po zdravotních službách v roce 2008

Změna poptávky po zdravotních službách v roce 2008	
Návštěvy ambulantních specialistů	-15 %
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19 %
Dispenzární prohlídky	10 %
Pohotovost	-36 %
Výjezdy záchranné služby	0,5 %
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích	-1 %
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3 %
Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče	-4 %
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5 %
Počet položek na receptu	-30 %
Počet receptů	-27 %
Počet balení léků	-21 %
Celková úhrada	-3 %

Zdroj: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/poplatky-loni-userily-deset-miliard-korun_109433.html>

Graf 6: Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008

Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008		
	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory
Ambulantní služby	1801 mil. Kč	1250 mil. Kč (ušetřeno 4,15 milionu klinických vyšetření)
Recepty v lékárnách	2437 mil. Kč	3630 mil. Kč (zabráněno obvyklému 9procentnímu nárůstu nákladů) <i>Následná úspora 1600 mil. Kč na straně pacientů</i> <i>(zamezení růstu doplatků - kompenzován růst cen vzhledem k inflaci)</i>
Pohotovost	107 mil. Kč	0 mil. Kč (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti)
Lůžkové služby	679 mil. Kč	165 mil. Kč (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)
Celkem	5024 mil. Kč	5045 mil. Kč

Zdroj: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/poplatky-loni-usetrily-deset-miliard-korun_109433.html>