

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ANALÝZA ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ

BC. HANA MIKESKOVÁ

OLMOUC, DUBEN 2010

Anotace

Diplomová práce

Název práce: Analýza zavedení regulačních poplatků
(Analysis of the regulatory fees implementation)

Datum zadání: 2. 12. 2008

Datum odevzdání: 30. 4. 2010

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Bc. Hana Mikesková

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Tomáš Látal

Oponent práce: Doc. Ing. Zdeněk Papeš, CSc.

Abstrakt:

Zavedení regulačních poplatků je důležitou součástí reformy zdravotnictví, resp. reformy veřejných financí České republiky. Touto reformou se s účinností od 1. ledna 2008 zavedly v systému českého zdravotnictví tzv. regulační poplatky, které stanovují definovaným skupinám pacientům hradit v rámci čerpání zdravotní péče specifický poplatek, jehož hlavním smyslem je regulovat nadužívání zdravotní péče. Regulační poplatek je hrazen v souvislosti s klinickým vyšetřením u lékaře, s hospitalizací v lůžkovém zdravotnickém zařízení, s návštěvou pohotovostní služby a s vyzvednutím léku na lékařský předpis. Předmětem diskuse je implementace regulačních poplatků v prvních dvou letech po jejich zavedení, především z ekonomických a právních hledisek. Na základě získaných dat jsou analyzovány dopady zavedení regulačních poplatků na jednotlivé skupiny subjektů v systému poskytování zdravotní péče, kterými jsou především poskytovatelé zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a pacienti. Ze získaných poznatků je zřejmé, že poplatky alespoň částečně plní svou regulační funkci a jejich zavedení je správným, byť parciálním krokem v rámci reformy zdravotnictví v České republice.

Summary:

The implementation of regulatory fees is an important part of health care reform or, otherwise put, of public finance reform in the Czech Republic. This reform, through which regulatory fees have been implemented since January 1st, 2008, stipulates that the use of health care services by defined groups of patients requires them to pay a specific fee whose major significance is to regulate the abuse of health services. The regulatory fee is paid in the contexts of clinical examinations with a doctor, hospital admissions, and visits to an emergency medical ward as well as on the acquisition of prescription drugs. The initial two year period after the introduction

of the regulatory fees are discussed herein mainly from economic and legal points of views. The impacts of the introduction of regulatory fees on the related individual subject groups of the health care system, namely health care providers, health insurance companies and patients are analyzed based on gathered data. From the knowledge acquired it is clear that the introduced fees at least partially fulfil their regulatory function and that their implementation is correct, albeit a partial step toward health care reform in the Czech Republic.

Klíčová slova:

regulační poplatek, reforma zdravotnictví, ekonomika zdravotnictví, regulace objemu zdravotní péče

Keywords:

regulatory fee, health care reform, health care economics, volume regulations on the provision of health care services

Rozsah: 85 stran, vč. příloh

Copyright © 2010, Hana Mikesková

Veškerá práva vyhrazena. Žádná část dokumentu nesmí být kopírována, uchovávána v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoliv způsobem, včetně elektronického, mechanického, fotografického či jiného záznamu a uveřejněna bez předchozí dohody a písemného svolení vlastníka autorských práv. Tímto prohlášením nejsou dotčeny povinnosti plynoucí z obecných právních předpisů.

Prohlašuji, že jsem pod vedení Ing. Mgr. Tomáše Látala vypracovala diplomovou práci samostatně a uvedla veškeré literární i elektronické zdroje, které jsem při jejím koncipování využila.

Olomouc, 30. duben 2010

Děkuji, děkuji, děkuji...

Obsah

1	ÚVOD	9
2	STUDIUM REGULAČNÍCH POPLATKŮ JAKO SOUČÁSTI REFORMY VEŘEJNÝCH FINANČÍ	11
2.1	REFORMA VEŘEJNÝCH FINANČÍ	11
2.1.1	VÝCHODISKA	11
2.1.2	NÁSTROJE	14
2.2	REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ	15
2.2.1	VÝCHODISKA	17
2.2.2	NÁSTROJE	19
3	PRÁVNÍ HLEDISKA	22
3.1	ZAKOTVENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ V PRÁVNÍM ŘÁDU ČR	22
3.2	REGULAČNÍ POPLATKY V DATECH	22
3.3	HLEDISKO ÚSTAVNOSTI ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ	26
3.3.1	ARGUMENTACE NAVRHOVATELŮ	26
3.3.2	ROZHODNUTÍ ÚSTAVNÍHO SOUDU ČR	27
3.4	MOŽNÉ PORUŠOVÁNÍ ZÁKONŮ PŘI REFUNDACI REGULAČNÍCH POPLATKŮ KRAJI	29
4	IMPLEMENTACE REGULAČNÍCH POPLATKŮ V SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	30
4.1	STRUKTURA REGULAČNÍCH POPLATKŮ	30
4.1.1	REGULAČNÍ POPLATEK 30,- CZK	30
4.1.2	REGULAČNÍ POPLATEK 60,- CZK	31
4.1.3	REGULAČNÍ POPLATEK 90,- CZK	32
4.2	OCHRANNÝ LIMIT	32
4.2.1	POLOŽKY NEZAPOČÍTELNÉ	33
4.2.2	POLOŽKY ZAPOČÍTELNÉ	33
4.3	PLÁTCI REGULAČNÍCH POPLATKŮ	35
4.4	REALIZACE VÝBĚRU REGULAČNÍCH POPLATKŮ	36
4.4.1	ZPŮSOB VÝBĚRU	36
4.4.2	LHŮTY PRO HRAZENÍ	36
4.4.3	POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ A ZAŘÍZENÍ LÉKÁRENSKÉ PÉČE V SOUVISLOSTI S POPLATKY	37
4.4.4	POVINNOSTI ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V SOUVISLOSTI S POPLATKY	37

4.5	IMPLEMENTACE VÝBĚRU REGULAČNÍCH POPLATKŮ VE ZDRAVOTNICKÝCH INSTITUCÍCH VE VLASTNICTVÍ VEŘEJNOPRÁVNÍCH KORPORACÍ	38
4.5.1	FAKULTNÍ NEMOCNICE.....	38
4.5.2	KRAJE	39
5	<u>DISKUSE DOPADŮ ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ.....</u>	44
5.1	DOPADY NA PŘÍMÉ POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍ PÉČE	44
5.1.1	POSKYTOVATELÉ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	44
5.1.1.1	Nemocnice zřizované organizačními složkami státu	45
5.1.1.2	Nemocnice zřizované kraji	46
5.1.2	POSKYTOVATELÉ AMBULANTNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	48
5.2	DOPADY NA LÉKÁRNY	49
5.3	DOPADY NA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	51
5.4	DOPADY NA PACIENTY	53
5.5	VYBRANÉ CELKOVÉ DOPADY NA ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM	54
5.5.1	ZMĚNA CELKOVÉ POPTÁVKY PO ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH	54
5.5.2	VÝVOJ POČTU OŠETŘOVACÍCH DNŮ A OŠETŘENÍ	56
5.5.3	VÝVOJ ÚHRAD REGULAČNÍCH POPLATKŮ V LETECH 2008 A 2009.....	59
5.5.4	LÉKOVÁ POLITIKA.....	60
6	<u>ZÁVĚR.....</u>	69
7	<u>LITERATURA A OSTATNÍ INFORMAČNÍ ZDROJE</u>	71
8	<u>SEZNAM TABULEK</u>	75
9	<u>SEZNAM GRAFŮ</u>	76
10	<u>ZKRATKY.....</u>	77
11	<u>JMENNÝ REJSTŘÍK.....</u>	79
12	<u>PŘÍLOHA.....</u>	81

1 Úvod

Náklady na zdravotní péči se dlouhodobě zvyšují po celém světě, Českou republiku nevyjímaje. Ta se potýká nejen s problémem financování zdravotnictví, ale s celkovou neudržitelností českých financí, která se odráží hlavně v prohlubování deficitu státního rozpočtu. Ten je dán zejména stále se zvyšujícími mandatorními výdaji, které by tímto tempem mohly časem přerůst příjmy státního rozpočtu.

Ovšem nejen trendy české ekonomiky mají negativní dopady na zdravotnictví. Velkých změn dostalo i demografické rozložení obyvatelstva ČR. Počet osob starších 65 let má stále zvyšující se tendenci, zatímco počet osob mladších 14 let se trvale snižuje. Spolu s poptávkou po kvalitní zdravotní péči a technologickým pokrokem, vedou tyto změny k rostoucím výdajům na zdravotnictví, zejména veřejným, které u nás tvoří většinu.

Řešením této situace má být reforma zdravotnictví, kterou předložila vláda Mirka Topolánka v roce 2007. Tou se do českého zdravotnictví zavedly s účinností od 1. 1. 2008 regulační poplatky. Zákonná úprava výběru regulačních poplatků stanovuje vybraným kategoriím pojištěnců všech zdravotních pojišťoven platit v rámci poskytování určitých druhů zdravotnických služeb speciální poplatek. Jedná se o poplatek za návštěvu lékaře, položku na receptu, hospitalizaci a pohotovostní službu.

Se zavedením regulačních poplatků vyvstaly i pochybnosti o jejich ústavnosti, které musel vyvrátit Ústavní soud České republiky. Přesto se po změně hejtmanů po volbách na podzim roku 2008 systém úhrad poplatků v krajských zdravotnických zařízeních změnil. Kraje si na tyto výdaje vyčleňují peníze z rozpočtu a poplatky platí za své pacienty sami.

Dopady zavedení regulačních poplatků je možné sledovat u všech subjektů systému zdravotní péče, a to nejen u poskytovatelů (nemocnice, lékaři, lékárny), ale i u zdravotních pojišťoven a u pacientů. Z výsledků analýzy zavedení těchto poplatků do zdravotnictví se poté dá hodnotit jejich účinnost, zda plní svoji regulační funkci, ať už v počtu návštěv lékaře nebo ve spotřebě léčiv, či zda přináší finance, které se mohou dále využít pro zkvalitnění zdravotní péče v českých zdravotnických zařízeních.

Předkládaná diplomová práce popisuje proces zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví v České republice a analyzuje dopady těchto poplatků na jednotlivé subjekty v systému zdravotní péče u nás. Úvodní část popisuje aktuální stav ekonomiky, veřejných financí a demografické změny obyvatelstva v České republice, které se staly východisky pro vytvoření návrhu na reformu zdravotnictví, resp. reformu veřejných financí. Druhá část se zabývá zakotvením regulačních poplatků v právním řádu České republiky a hlediskem jejich ústavnosti. Třetí kapitola detailně popisuje implementaci regulačních poplatků v českém zdravotnictví, jejich strukturu a realizaci výběru ve státních i krajských zdravotnických zařízeních. Poslední část analyzuje dopad zavedení regulačních poplatků na jednotlivé subjekty ve zdravotnickém systému, jako jsou poskytovatelé zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a pacienti.

2 Studium regulačních poplatků jako součásti reformy veřejných financí

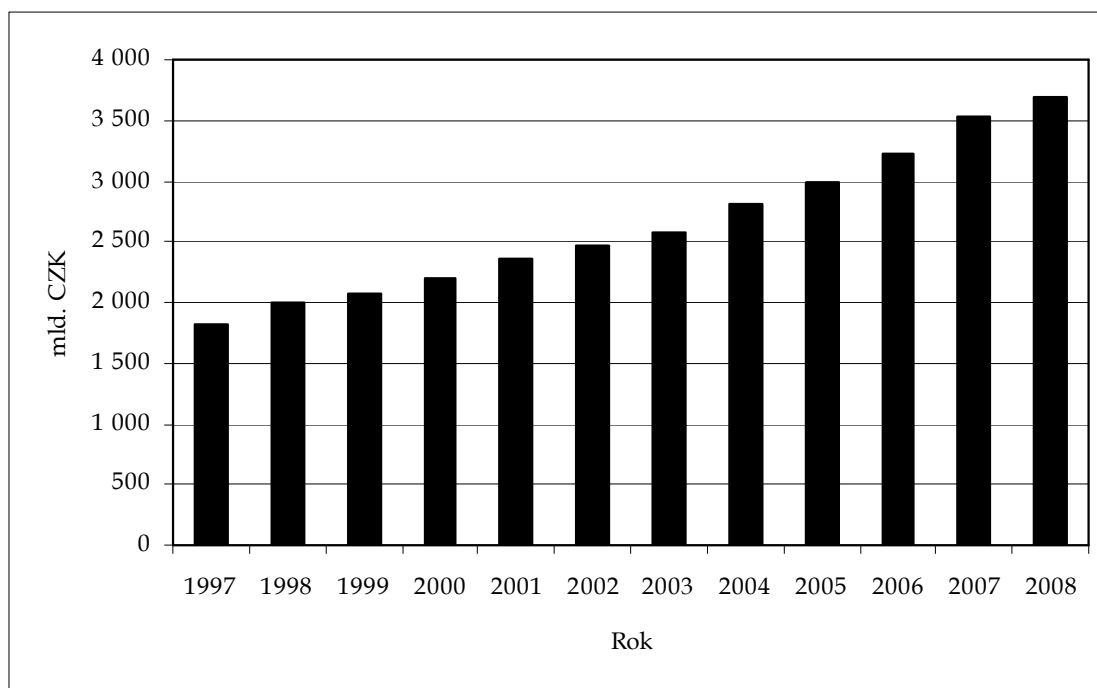
2.1 Reforma veřejných financí

Stav veřejných financí v České republice se již po několik let trvale zhoršuje. Přestože by se mohlo zdát, že česká ekonomika vzkvétá, což dokazuje rekordní nárůst HDP, stát hospodaří se stále se zvyšujícím deficitem a veřejný dluh roste. Hlavní příčinou tohoto prohlubování jsou tzv. mandatorní výdaje, které vláda musí ze zákona investovat. Jedná se především o výplaty sociálních dávek, dávek v nezaměstnanosti či důchodového připojištění. Tyto výdaje by se však v období ekonomického růstu měly spíše snižovat, nikoli růst. Ministerstvo financí ČR v roce 2007 předpokládalo, že mandatorní výdaje státního rozpočtu postupem let převáží nad příjmy a veřejné finance se stanou dlouhodobě neudržitelnými. Řešením této situace by podle tehdejší vlády měla být reforma veřejných financí, která měla snížit deficit státního rozpočtu a zefektivnit vládní výdaje. Spolu s touto reformou mělo dojít i k reformě důchodové a reformě zdravotnictví, bez kterých by se veřejné finance podařilo jen těžko urovnat [1, 2].

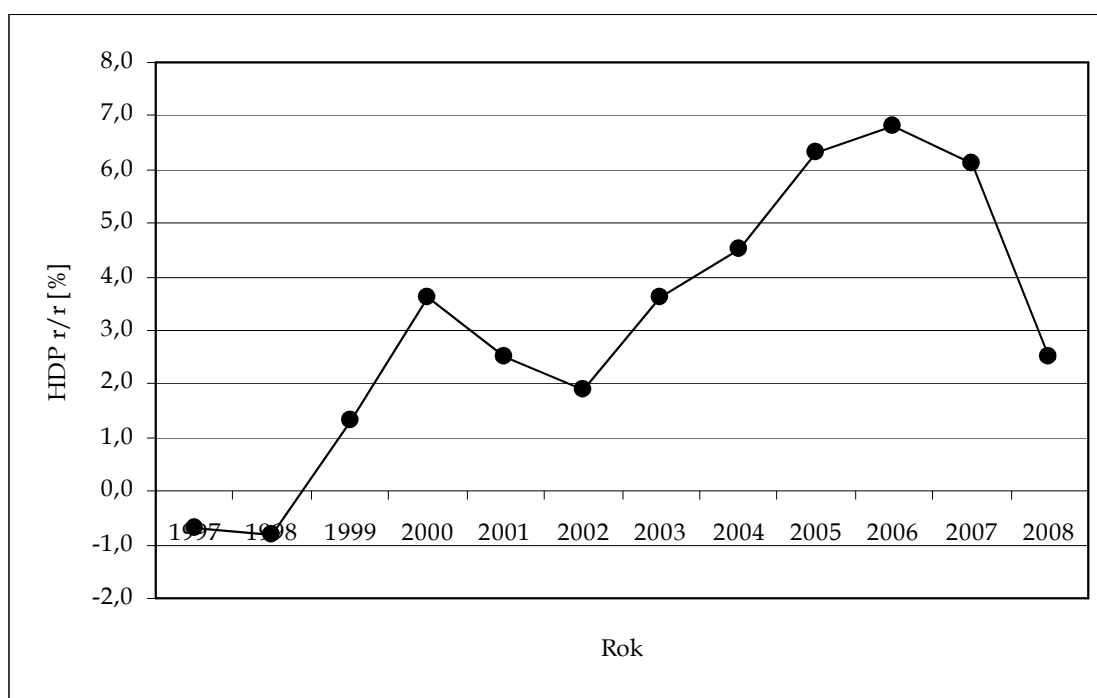
2.1.1 Východiska

Elementárním ukazatelem vývoje národního hospodářství je hrubý domácí produkt, který představuje v podstatě globální úspěšnost hospodaření všech institucí státu [3]. V České republice v posledních několika letech dochází k rapidnímu nárůstu HDP, od roku 2007 o 1 878 miliardy CZK, jak dokládají Grafy 1 a 2. V meziročním srovnání je zřetelný růst v letech 2002 – 2006 až na 6,8 %, kde se ovšem křivka začíná propadat na konečných 2,5 % v roce 2008 [2].

Graf 1: Vývoj HDP v ČR (1997 - 2008)

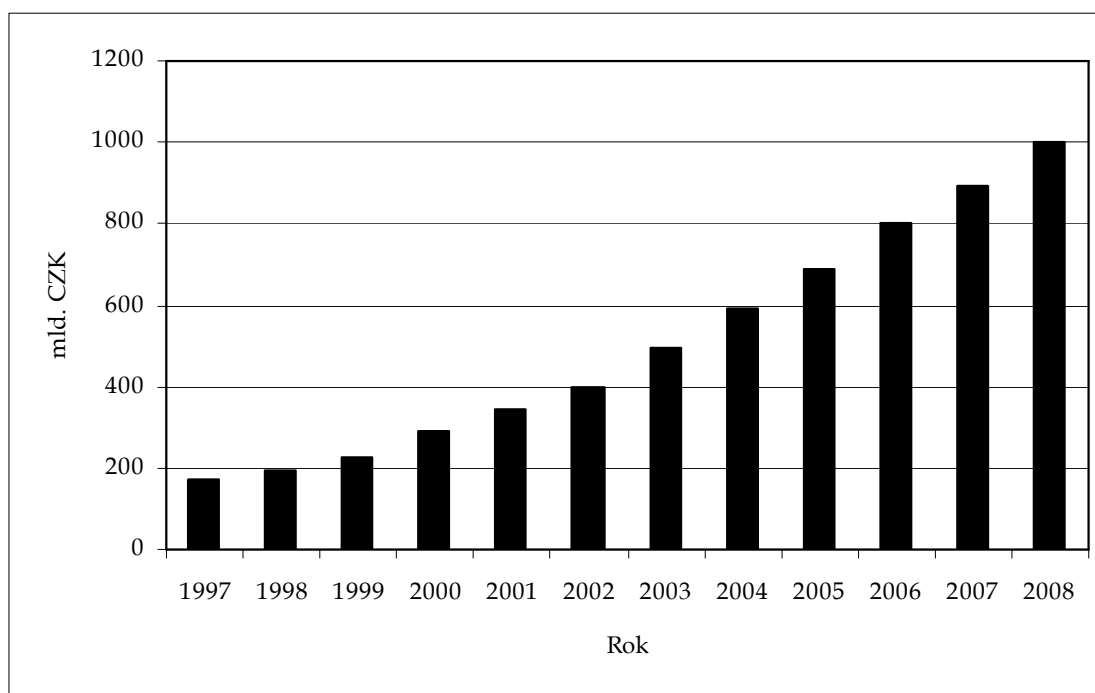


Graf 2: Vývoj HDP v ČR - meziroční srovnání (1997 - 2008)

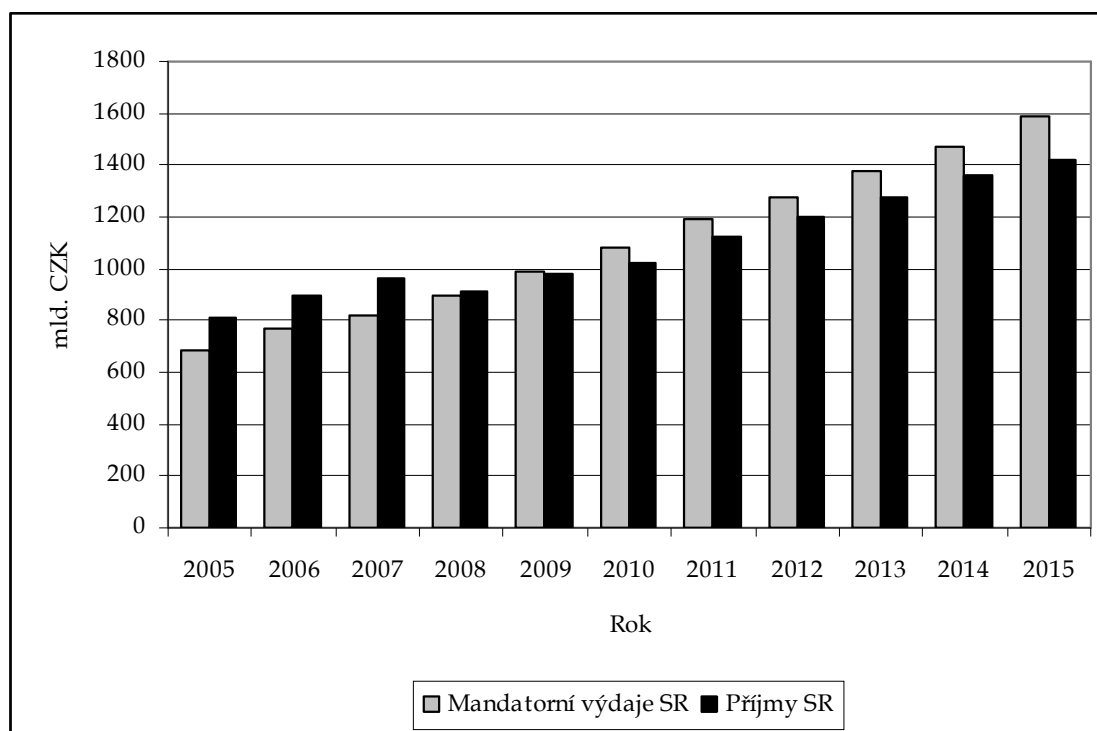


Přestože HDP roste rekordním tempem, státní dluh se vinou deficitního hospodaření vlády zvyšuje. Jak už bylo popsáno výše, největší podíl na tomto nepoměru mají mandatorní výdaje státního rozpočtu. Tyto běžné výdaje dané zákonem, které zahrnují zejména různé sociální dávky a příspěvky pro důchodce, se každoročně zvyšují. To může mít za následek i vytěsnění dalších výdajů, jako je například financování vědy a výzkumu, investic apod., na což již nezbývají peníze. I přesto, že je snaha deficit státního rozpočtu vyrovnávat např. příjmy z privatizací či nízkými úrokovými sazbami, veřejný dluh se od roku 1997 zvýšil o 827 miliard CZK.

Graf 3: Vývoj státního dluhu (1997 - 2008)



Graf 4: Predikce vývoje mandatorních výdajů a příjmů státního rozpočtu



2.1.2 Nástroje

S nástrojem pro řešení shora uvedené složité ekonomické situace přišla vláda Mirka Topolánka v roce 2007. Měla se jí stát reforma veřejných financí, která měla probíhat až do roku 2010. Hlavním cílem této reformy bylo snížení vládního deficitu a zastavení nárůstu státního dluhu, omezení mandatorních výdajů, reforma zdravotnictví a důchodového systému a zjednodušení daňového systému. Kromě zásahů do sociální politiky formou reformy důchodového systému a snížení daní, chtěla vláda ušetřit i zastavením růstu platů ústavních činitelů, soudců a dalších funkcionářů. A stejně tak, jako měla sociální reforma mj. motivovat občany k práci zvýšením příjmů, reforma zdravotnictví měla za úkol motivovat občany ke zdravému životnímu stylu [1].

Reforma sociálního systému

Jak bylo popsáno výše, za posledních několik let doznal vývoj mandatorních výdajů velkých změn. Rostly nejen dávky na státní sociální podporu, ale i náklady

na rodičovský příspěvek, porodné a další přídavky tohoto typu. Reforma předkládala několik možností jak tuto situaci zlepšit. Změny spočívaly zejména ve snížení či úpravě některých sociálních přídavek, jako jsou např. porodné, pohřebné či podpora v nezaměstnanosti a v úplném zrušení určitých sociálních dávek - například příspěvku na školní pomůcky či příspěvku na zvýšené životní náklady. Další změny se měly objevit i v nemocenském pojištění, zejména co se týče nemocenské dávky, či peněžité pomoci v mateřství.

Nedílnou součástí reformy sociálního systému měla být i reforma důchodová. Střední délka života v ČR se zvyšuje, porodnost, stejně jako počet ekonomicky aktivních osob, se snižuje. Řešení viděla vláda v úpravě invalidních důchodů, zvýšení důchodového věku, ale i v možnosti současné výdělečné činnosti v důchodu. Reforma také měla motivovat občany k větší aktivitě při hledání práce a zajistit lepší podmínky i při méně placeném zaměstnání, než při pobírání sociálních dávek [1].

Reforma daňového systému

Reforma daňového systému měla spočívat hlavně ve změnách typu snížení a zvýšení daní, sazeb a slev na dani. Těmito zásahy do daňového systému chtěla vláda snížit deficit státního rozpočtu, podpořit rodiny s dětmi, ale i rozvoj a ekonomickou aktivitu občanů ČR. Změny se měly týkat daně z přidané hodnoty, daně z příjmů právnických i fyzických osob, daně z majetku a dalších [1].

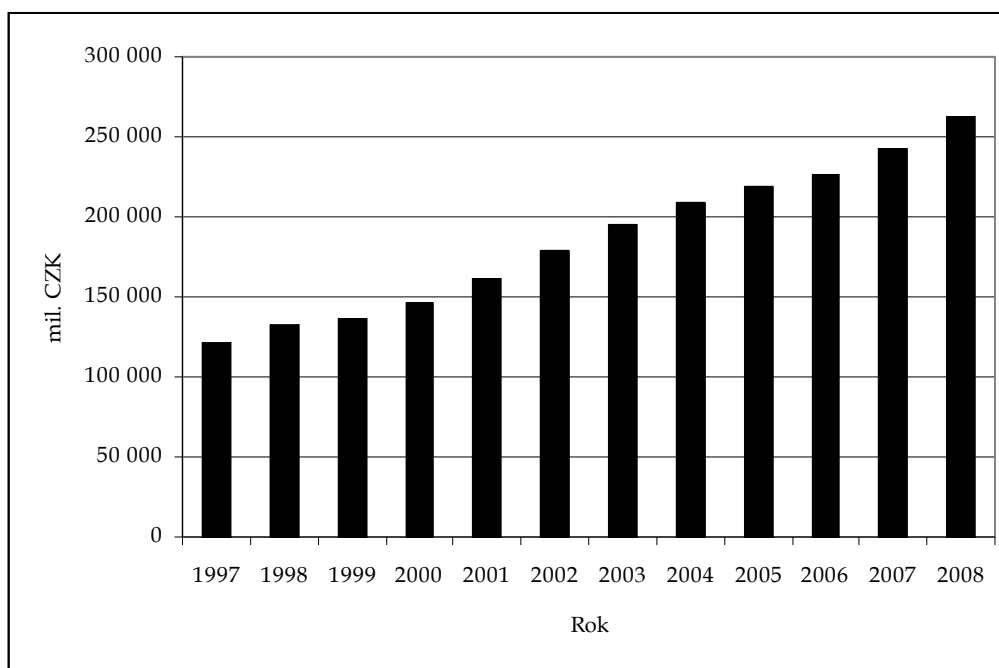
2.2 Reforma zdravotnictví

Stárnutí obyvatel České republiky, nástup nových moderních technologií, rostoucí počet poskytovatelů i zvětšující se poptávka po kvalitní zdravotní péči, mají za následek stále se zvyšující výdaje na zdravotnictví. Rostou jak výdaje veřejné, tak výdaje soukromé, které v ČR tvoří ve srovnání s jinými zeměmi OECD relativně menší část z celkových výdajů na zdravotnictví. Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 1997 až 2008 je znázorněn v Grafu 5. Podíl soukromých a veřejných výdajů na zdravotnictví ve stejném časovém období je znázorněn v Grafu 6.

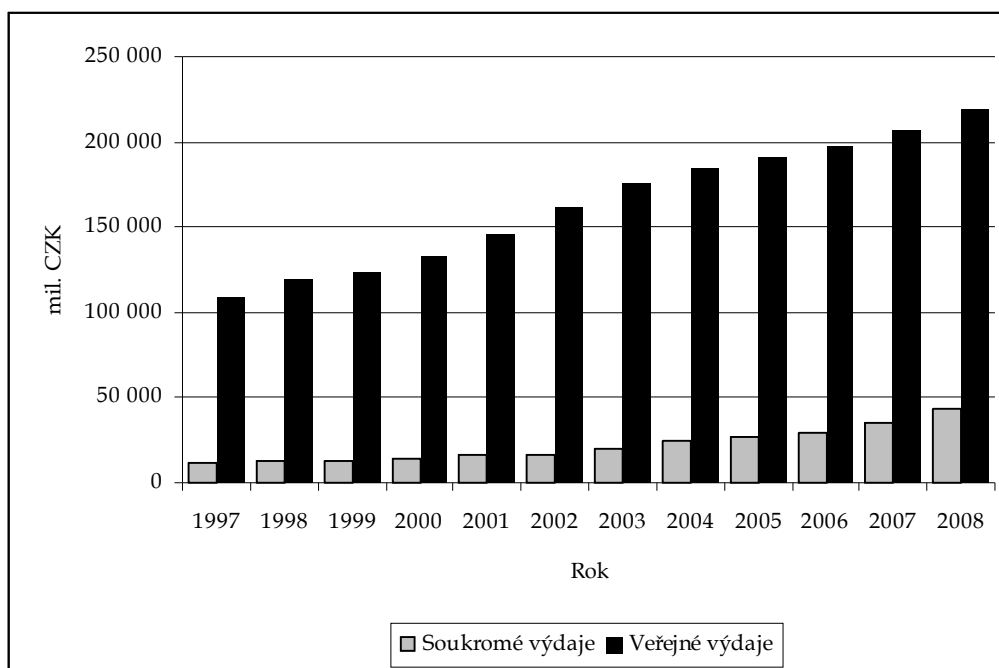
Veřejné výdaje, podle užívané mezinárodní metodiky, jsou tvořeny v podmínkách ČR státním rozpočtem, územními rozpočty a výdaji systému

veřejného zdravotního pojištění [4]. Podle OECD patří ČR mezi prvních pět zemí s nejnižšími výdaji na zdravotnictví, ale také k těm s nejmenším podílem soukromých výdajů. Z výše popsaných důvodů vláda v roce 2007 přišla s reformou zdravotnictví, která měla vyvrátit současný trend neudržitelnosti financování českého zdravotnictví.

Graf 5: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví (1997 - 2008)



Graf 6: Podíl soukromých a veřejných výdajů na zdravotnictví (1997 – 2008)

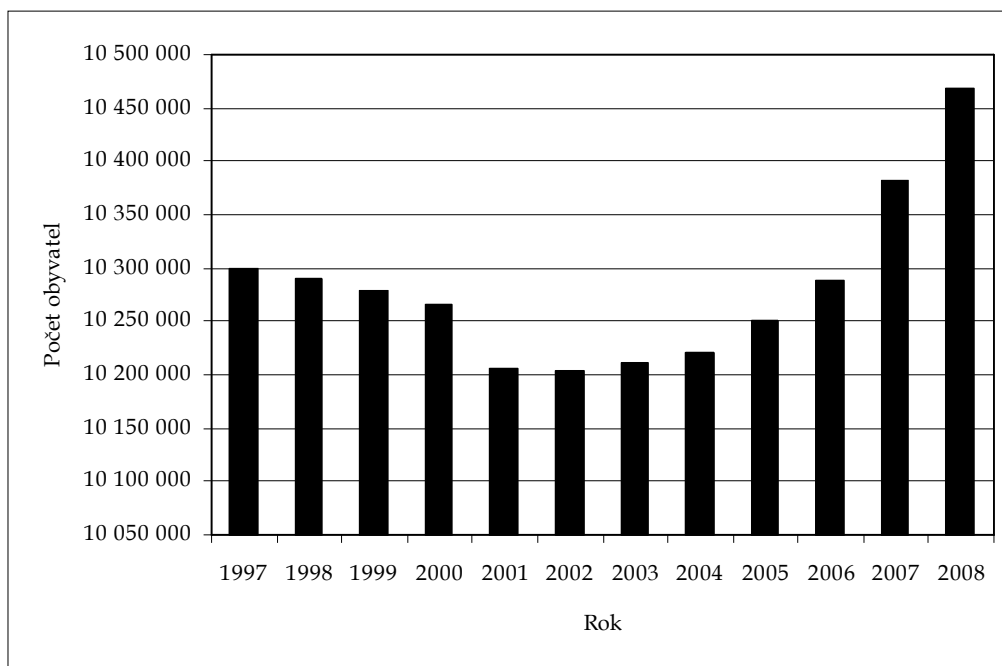


2.2.1 Východiska

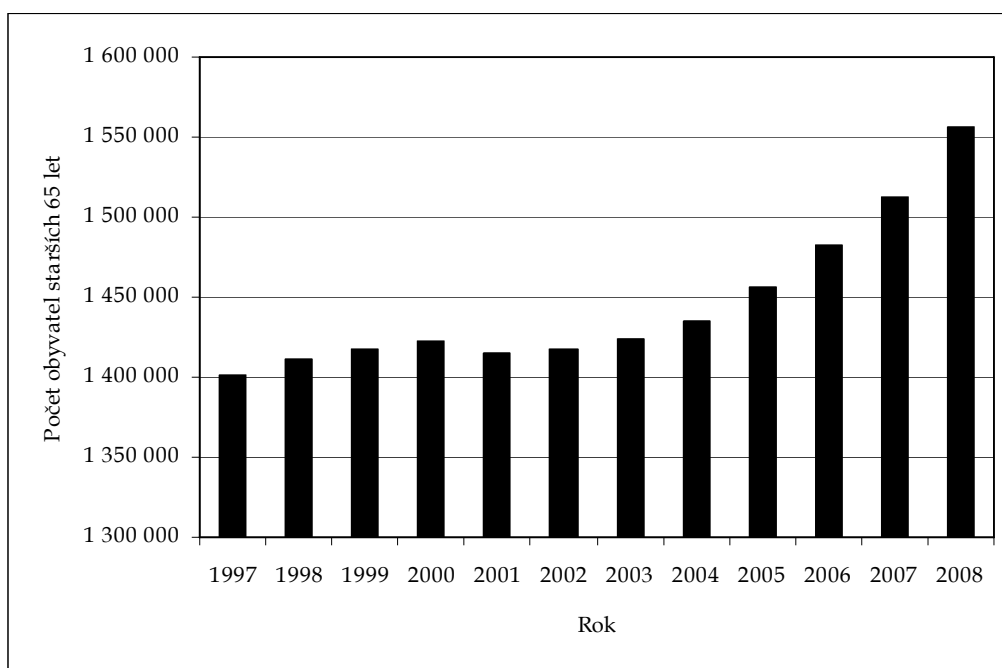
Po několikaletém poklesu počtu obyvatel České republiky došlo v roce 2003 k obratu a od té doby se počet obyvatel neustále zvyšuje. Od roku 2006 má na tomto nárůstu podíl i kladný přirozený přírůstek, oproti předchozím rokům, kdy šlo zpravidla o přírůstky stěhováním. Podle ÚZIS měla Česká republika k 31. 12. 2008 celkem 10 467 542 obyvatel [5]. Vývoj počtu obyvatel ČR v období 1997 až 2008 je znázorněn v Grafu 7.

Stárnutí obyvatelstva se od roku 2001 stále prohlubuje. K 31. 12. 2008 bylo podle ÚZIS v České republice 1 556 152 obyvatel starších 65 let a 1 480 007 obyvatel mladších 14 let. Tyto dva ukazatele lze také společně vyjádřit tzv. indexem stáří, což je počet osob starších 65 let na 100 dětí. Index stáří v roce 1998 činil 80,6, v roce 2003 se zvýšil na 91,5 a v roce 2008 dosáhl hodnoty 105,1 [5]. Vývoj počtu obyvatel starších 65 let za období let 1997 až 2008 je znázorněn v Grafu 8. Vývoj počtu obyvatel mladších 14 let ve stejném období je znázorněn v Grafu 9.

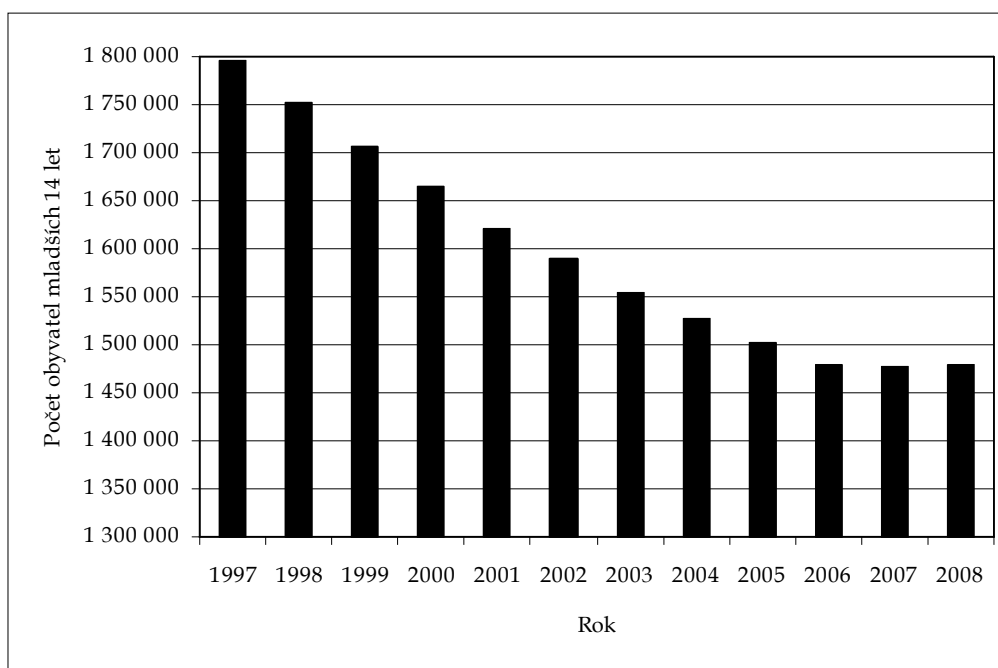
Graf 7: Vývoj počtu obyvatel ČR (1997 - 2008)



Graf 8: Vývoj počtu obyvatel starších 65 let (1997 - 2008)



Graf 9: Vývoj počtu obyvatel mladších 14 let (1997 – 2008)



2.2.2 Nástroje

Nástroji reformy zdravotnictví bylo osm věcných záměrů zákonů popsanych níže, které měly dosavadní kritickou situaci českého zdravotnictví vyřešit [6, 7].

Návrh věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění

Návrh zákona zachovává systém povinného zdravotního pojištění a zajištění dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany. Slučuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Cílem návrhu zákona je především přesně definovat péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, zavést možnost připlatit si za nadstandardní služby, čerpat výhody při zdravém životním stylu a také mít právo na přístup jak ke svému osobnímu účtu u pojišťovny, tak k veškerým informacím o možnostech pojištění a léčby.

Návrh věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách

Zákon má sloučit stávající zákony č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, čímž by vznikl jednotný zákon pro všechny zdravotní pojišťovny. Současně popisuje systém transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, což by mělo zprůhlednit jejich hospodaření, jasně vymezit jejich řízení a zefektivnit jejich služby. Zákon chce pacientům umožnit větší výběr mezi službami pojišťoven. Budou si moci připlatit za nadstandardní služby, vybrat si vlastní druh pojištění ušitý jim na míru či profitovat ze svého zdravého životního stylu. Vymezením jasné formy řízení pojišťoven by dále mělo dojít ke značným úsporám, které budou pojišťovny moci sdílet se svými klienty.

Transformační zákon

Návrh transformačního zákona byl vytvořen za účelem sestavení postupu, jakým mají zdravotní pojišťovny změnit svou stávající právní formu na akciové společnosti a jakým způsobem má dojít k jejich následnému prodeji. Tvůrci zákona chtěli docílit větší transparentnosti hospodaření zdravotních pojišťoven, jejich lepší říditelnosti a odpovědnosti managementu. Tato transformace by se však netýkala Všeobecné zdravotní pojišťovny, která by měla zůstat v rukou státu. Pacient si tak bude moci vybrat, jestli zvolí pojišťovnu státní nebo soukromou. Výnos z privatizace pojišťoven ve výši 85% celkové částky by měl být rozdělen pojištěncům na speciální účty. Ti však budou moci tyto peníze využít jen pro výdaje spojené se zdravotnickou péčí (regulační poplatky, doplatky na léky apod.) nebo se připojistit na nadstandard.

Návrh věcného záměru zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami

Návrh zákona navazuje na transformaci zdravotních pojišťoven popsanou výše. Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, jako ústřední orgán státní správy se sídlem v Praze, by měl dohlížet na jejich činnost, finanční hospodaření, dostupnost zdravotní péče pro jejich pojištěnce a další kritéria daná právními předpisy.

Návrh věcného záměru zákona o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování

Tento návrh zákona by měl nahradit stávající zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který je i přes mnoho novelizací značně zastaralý a nezohledňuje současnou systematiku zdravotního systému a potřeby společnosti. Zákon by měl jasně vymezit práva a povinnosti pacientů i poskytovatelů zdravotních služeb. Tímto chtějí navrhovatelé posílit jejich roli, zrovnoprávnit jejich postavení, zkvalitnit služby a snížit objem administrativy.

Návrh věcného záměru zákona o specifických zdravotních službách

Navazuje na předchozí návrh zákona o zdravotních službách, ale specializuje se na specifické druhy zdravotních služeb, jako je např. asistovaná reprodukce, psychochirurgické výkony či sterilizace.

Návrh věcného záměru zákona o zdravotnické záchranné službě

Zákon by měl přesně vymezit roli zdravotnické záchranné služby v integrovaném záchranném systému ČR a vytvořit jednotný způsob jejího financování. Má zároveň vyřešit otázku vyrovnání její dostupnosti v krajích a povinné doby dojezdu.

Věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích

Návrh zákona se zabývá transformací nynějších fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice, které se kromě poskytování zdravotních služeb na nejvyšší úrovni budou věnovat i výzkumu a vzdělávání. Právní formou těchto nemocnic budou neziskové akciové společnosti ve vlastnictví univerzit a státu. Transformací nemocnic, stejně jako u předešlých návrhů zákonů, chtějí navrhovatelé dosáhnout větší transparentnosti ve financování, jasně vymezit podobu managementu a v neposlední řadě odstranit dosavadní nesourodost v řízení mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

3 Právní hlediska

3.1 Zakotvení regulačních poplatků v právním řádu ČR

Schválením návrhu zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, došlo s účinností od 1. 1. 2008 ke změnám několika dalších zákonů, z nichž nejdůležitější je úprava zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Tato právní úprava spočívala ve vytvoření nových právních ustanovení, konkrétně § 16a - Regulační poplatky a § 16b - Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, ze kterých vycházejí i další změny v §§ 11, 12, 43 a 53. Úplný text § 16a, § 16b zákona č. 48/1997 Sb. je uveden v příloze (Kapitola 10).

Dalšími doplněnými zákony jsou zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto úpravy zohledňují zejména úhrady částek přesahujících limity pro regulační poplatky a doplatky, které jsou taktéž uvedeny ve zmíněných paragrafech 16a a 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 261/2007 Sb. Po zavedení regulačních poplatků došlo k několika pokusům o úpravu výše uvedených zákonů, resp. o jejich zrušení. Schváleny byly ale pouze novely č. 270/2008 Sb. a č. 59/2009 Sb. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to tak, že jsou od poplatků osvobozeni novorozenci po celou dobu jejich hospitalizace po porodu, pacienti mladší 18 let, starobní a invalidní důchodci a lidé s příjmy pod dvojnásobek životního minima. Změn dostal i ochranný limit, který se pro mladší 18 let a starší 65 let snížil z 5 000 CZK na 2 500 CZK.

3.2 Regulační poplatky v datech

Zavedení regulačních poplatků v ČR nebylo „skokové“, ale mělo svůj poměrně dlouhodobý vývoj. Zavedení regulačních poplatků nebo podobné formy finanční

regulace poptávky po zdravotní péči zvažoval již před rokem 1997 Václav Klaus, tehdy předseda Vlády ČR, který v rámci tehdejších reformních opatření chtěl nastavit systém, který by finanční regulací omezil poptávku po zdravotní péči, resp. po jejím nadužívání. Tehdejší snahy se však nepodařilo prosadit a jiné politické změny měly za následek předčasné ukončení koaliční vlády Václava Klause a tím i omezení reformních snah. Další vlády v období let 1997 až 2006 neměly potřebu poptávku po zdravotní péči regulovat. V následujícím textu je uveden časový sled kroků ohledně regulačních poplatků od jejich předložení PS PČR v roce 2007:

24. 5. 2007 Vláda ČR předložila sněmovně návrh zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, který mj. upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých dalších zákonů, a zavádí regulační poplatky ve zdravotnictví (za návštěvu lékaře, hospitalizaci a položku na receptu)
21. 8. 2007 vládní koalice prosadila v Poslanecké sněmovně PČR své reformy, opozice byla především proti reformě zdravotnictví
16. 10. 2007 vládní návrh zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů byl vyhlášen jako zákon č. 261/2007 Sb., s účinností od 1.1.2008
22. 10. 2007 skupina 67 poslanců v čele s Michalem Haškem podává Ústavnímu soudu návrh na zrušení zákona č. 261/2007 Sb. a dalších zákonů tímto novelizovaných
3. 12. 2007 skupina poslanců v čele s Jiřím Paroubkem předložila sněmovně návrh zákona o zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví
1. 1. 2008 nabývá účinnosti zákon č. 261/2007 Sb.; pacienti začínají hradit regulační poplatky ve výši 30, 60 a 90 CZK
12. 3. 2008 skupina poslanců v čele s Michaelou Šojdrouvou předložila sněmovně novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která má osvobodit novorozence od regulačních poplatků
18. 3. 2008 návrh zákona o zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví byl zamítnut
11. 4. 2008 Vláda ČR rozeslala poslancům své stanovisko o nesouhlasu s novelou poslankyně Šojdrouvé

2. 5. 2008 skupina poslanců v čele s Jiřím Paroubkem znovu předložila návrh zákona o zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví a zároveň novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve kterém se osvobozují od poplatků pacienti mladší 18 let, starobní a invalidní důchodci a lidé s příjmy pod dvojnásobek životního minima (vyhlášen 26. 2. 2009)
28. 5. 2008 Ústavní soud ČR zamítnul návrh skupiny poslanců ČSSD na zrušení zdravotnické části vládní reformy veřejných financí včetně poplatků a rozhodl, že placení regulačních poplatků není v rozporu s Ústavou ČR
4. 6. 2008 Vláda ČR rozeslala své stanovisko o nesouhlasu s novelou Jiřího Paroubka o omezení poplatků
25. 6. 2008 PS PČR schválila novelu zákona, která zrušila poplatky za pobyt novorozenců v porodnici; od poplatků byli osvobozeni i dárci orgánů a lidé, kterým byla léčba soudně nařízena; poté, co novelu schválil Senát PČR, začala platit 1. srpna 2008
1. 8. 2008 novela zákona poslankyně Michaely Šojdrové byla vyhlášena jako novelizace č. 270/2008 Sb. zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění
26. 9. 2008 byl zmítnut návrh zákona o zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví
18. 10. 2008 ČSSD poráží v krajských volbách ODS
19. 12. 2008 PS PČR odhlasovala zrušení regulačních poplatků na návrh Soni Markové (pro bylo 97 ze 104 poslanců)
- prosinec 2008 noví hejtmani za ČSSD navrhují mechanismy jak zbavit pacienty povinnosti platit regulační poplatky a vyčleňují si na to peníze z rozpočtů krajů
1. 1. 2009 v pěti středočeských krajských nemocnicích (tzv. oblastních) začal regulační poplatky za pacienty formou daru hradit kraj
23. 1. 2009 ministryní zdravotnictví ČR je jmenována Daniela Filipiová, která chce pokračovat s reformou zdravotnictví vlády Mirka Topolánka

28. 1. 2009 Senát PČR se shodl na tom, že od 1. 4. 2009 by mohly být zrušeny poplatky u lékaře pro děti do 18 let; ochranný limit na výdaje by se dětem a seniorům nad 65 let snížil z 5 000 na 2 500 korun, zahrnoval by i doplatky za léčiva; za položku na receptu by se platilo už jen u léků s doplatkem nižším než 30 korun; od placení by měly být osvobozeny děti z pěstounských rodin a nově obyvatelé ústavů a domovů pro seniory, kterým po uhrazení pobytu a stravy nezbývá ani 800 korun na měsíc (pro hlasovalo 74 ze 77 přítomných senátorů)
1. 2. 2009 poplatky přestali platit lidé v krajských nemocnicích ve všech krajích mimo Prahu a také v ústavních lékárnách; systém již není jednotný
11. 2. 2009 PS PČR schválila kompromisní senátní verzi placení poplatků přijatou Senátem PČR 28. 1. 2009
26. 2. 2009 novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění Jiřího Paroubka o omezení poplatků byla vyhlášena pod č. 59/2009 Sb.
1. 4. 2009 nabývá účinnosti nový metodický pokyn k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb., který zohledňuje osoby mladší 18 let, starší 65 let atd. a snižuje ochranný limit z 5 000 CZK na 2 500 CZK
15. 5. 2009 Poslanecká sněmovna PČR schválila zrušení regulačních poplatků, Senát PČR tento návrh později zamítá
5. 1. 2010 Ministerstvo vnitra ČR zahájilo správní řízení se Zlínským, Královohradeckým, Jihočeským a Ústeckým krajem (a později též s Pardubickým, Libereckým, Moravskoslezským a Středočeským krajem) ve věci úhrady regulačních poplatků
15. 2. 2010 Zastupitelstvo Ústeckého kraje podalo k Ústavnímu soudu ČR návrh na posouzení, zda kraje překračují meze své samostatné působnosti tím, že hradí regulační poplatky za pojištění a jejich zákonné zástupce (tzv. kompetenční žaloba); v důsledku toho Ministerstvo vnitra ČR rozhodlo, že přerušuje správní řízení vedené s jednotlivými kraji do doby, než Ústavní soud ČR pravomocně rozhodne v této věci

3.3 Hledisko ústavnosti zavedení regulačních poplatků

Krátce po vyhlášení zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, se skupina 67 poslanců v čele s Michalem Haškem domáhala zrušení celého zákona, popřípadě jednotlivých jeho ustanovení u Ústavního soudu České republiky. Spolu s nimi se zrušení částí zákona domáhala i skupina 43 poslanců PS PČR, zastoupená poslancem Vojtěchem Filipem a skupina 19 senátorů Senátu PČR, zastoupená advokátkou Kateřinou Šimáčkovou, kteří byli přibráni jako vedlejší účastníci. Dle zákona o Ústavním soudu ČR byli účastníky tohoto řízení také Poslanecká sněmovna PČR a Senát PČR.

3.3.1 Argumentace navrhovatelů

Jedním z hlavních argumentů 67 poslanců pro zrušení zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů je ten, že zákon byl přijat neústavním způsobem a dostal se tím do rozporu s ústavním pořádkem. Důvody protiústavnosti spatřují navrhovatelé v porušení principu souladného, přehledného a předvídaného práva, v porušení principu dělby moci a v porušení principu demokratičnosti dle čl. 1 odst. 1 Ústavy ČR. To je dle jejich názoru patrné hlavně v tom, že došlo ke spojení mnoha novel různých zákonů, které spolu bezprostředně nesouvisejí. Návrh zákona nazývají mimo jiné „premiérským“, jelikož Senát PČR, který je ovládán toutéž politickou většinou jako Poslanecká sněmovna PČR, vyjádřil názor nezabývat se návrhem zákona (čl. 48 Ústavy ČR) a tím znemožnil to, aby se jím mohla podrobněji věnovat jak Poslanecká sněmovna PČR, tak i Senát PČR. Z těchto důvodů navrhuje tito poslanci zrušit celý zákon č. 261/2007 Sb. Pokud by nebyl zrušen, navrhuje zrušit alespoň některé jeho části.

Co se týče samotného obsahu zákona, obrací se poslanci zejména na čl. 31 věty druhé Listiny základních práv a svobod, která praví: „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.“ I přes dovětek „za podmínek, které stanoví zákon“ ale připouštějí, že za nadstandardní péči by si pacient mohl připlácet, ovšem zdravotní péče v zásadě bezplatná musí být zachována. Zmíněna byla i lékařská etika a Hippokratova přísaha.

Skupina 43 poslanců v čele s Vojtěchem Filipem a skupina 19 senátorů vedených Kateřinou Šimáčkovou, zastávají podobný názor a ve svých argumentech se s argumenty výše uvedených poslanců překrývají. Zákon podle nich obsahuje příliš mnoho novel, z nichž některé z nich by obstály jako samostatné zákony.

K obsahové části uvádí skupina 43 poslanců, že dle jejich názoru zavedením regulačních poplatků v části populace výrazně klesne životní úroveň a zdravotní stav, bude docházet k hluboké majetkové diferenciaci a k nárůstu chudoby. Skupina 19 senátorů nemá proti obsahu zákona žádných výhrad.

Poslanecká sněmovna vyjádřila k výše uvedeným argumentům nesouhlas, stejně jako Senát PČR zastoupený jeho předsedou Přemyslem Sobotkou. Ministerstvo zdravotnictví ČR se k projednávanému případu také vyjádřilo, aniž by ho Ústavní soud ČR žádal. Regulační poplatky ve svém vyjádření obhajuje mimo jiné tím, že od roku 1990 se v podstatě všechny politické reprezentace pokoušely o zavedení nějaké formy zpoplatnění zdravotnictví. Poplatky podle nich nijak neomezí dostupnost zdravotní péče, ale naopak ji zamezením plýtvání zefektivní.

Při ústním jednání Ústavního soudu byl následně vyslechnut předseda vlády Mirek Topolánek, který vypověděl o projednávání návrhu výše zmíněného zákona, i ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, který vypovídal shodně s obsahem písemného vyjádření Ministerstva zdravotnictví ČR [8].

3.3.2 Rozhodnutí Ústavního soudu ČR

Ústavní soud zkoumal obsah zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, v souladu s ústavním pořádkem a zabýval se otázkou, zda zpoplatnění téměř veškeré zdravotní péče je či není ústavně konformní. Z pohnutek daných navrhovatelem přistoupil k testu rozumnosti. Ten Ústavní soud vytvořil pro posuzování ústavnosti zákonodárství, které se dostává do rozporu s ústavně zakotvenými sociálními právy. Kromě jiného se ve svém vyjádření soud odkazuje i na starobabylónský Chammurapiho zákoník, ve kterém se již v 18. století objevují zmínky o platbách lékaři za provedení zákroku. Zaměřil se ale i na oblast filosofickou a etickou, kde konstatuje, že Hippokratova přísaha neobsahuje závazek k bezplatnému poskytování lékařské péče, ale řeší pouze etické aspekty při výkonu lékařského povolání.

Ústavní soud dále neshledal, že by zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví mělo všeobecně „rdousící efekt“ a zapříčiňovalo by pro některé neschopnost finančně dosáhnout na kvalitní zdravotní péči či zdravotnické pomůcky. Zdůrazňuje také, že poplatky ve zdravotnictví se zavádějí za účelem regulace chování pacientů, chtějí omezit nadužívání lékařské péče, plýtvání či nehospodárnost.

Závěrem Ústavní soud uvádí, že nenašel důvod pro zrušení napadených částí zákona. Nejen, že nová právní úprava nebyla shledána protiústavní, ale obstála i v testu rozumnosti. Tímto tedy Ústavní soud ČR návrh na zrušení zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů těsně (poměrem hlasů ústavních soudců 8 : 7) zamítá.

Součástí rozhodnutí Ústavního soudu jsou i tzv. odlišná stanoviska soudců, kteří hlasovali pro zrušení zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů. Za zmínku stojí např. odlišné stanovisko soudkyně Elišky Wagnerové, která tvrdí, že tímto rozhodnutím utrpěla důvěryhodnost Ústavního soudu ČR jako instituce budované patnáct let, která má dbát na dodržování ústavnosti. Regulační poplatky jsou dle jejích slov protiústavní i ve vztahu k sociálně slabým spoluobčanům, pokud je posuzujeme z hlediska zdravého rozumu.

Se zajímavým argumentem přichází i soudce Jiří Nykodým, který se ve svém odlišném stanovisku zabývá mimo jiné poplatkem za položku na receptu. Není mu jasné, proč by měl být tento poplatek placen u léků s doplátkem, a tím paušálně zvyšovat příjem prodejce. Dle jeho názoru je to jen zástěrka pro to, že zákazník při koupi léku zčásti hrazeného z veřejného zdravotního pojištění dopláčí prodejci zvýšení daně z přidané hodnoty. Podnikatelé v oblasti lékárnictví se tak dostávají do výsostného postavení oproti ostatním podnikatelům.

Soudce František Duchoň, který se připojil ke stanovisku soudce Jiřího Nykodýma navíc regulační poplatek popisuje jako „vstupenku do zdravotnického systému, která pro některé skupiny obyvatel představuje nemalé zatížení. Nejen v podobě finančních ztrát, ale i z pohledu nutnosti pobíhat po areálech nemocnic a shánět tuto vstupenku.“ Použil i slova klasika: „Tento způsob spoluúčasti pacienta na nákladech zdravotní péče jest poněkud nešťastný.“

Soudce Pavel Holländer ve svém odlišném stanovisku napadá výsledky testu proporcionality. Dle jeho názoru posuzovaná zákonná úprava nedostála ani těm minimálním požadavkům na tento test, jak je popsán v samotném odůvodnění nálezu Ústavního soudu ČR [8].

3.4 Možné porušování zákonů při refundaci regulačních poplatků kraji

Refundace regulačních poplatků kraji je spatřována v řadě hledisek jako systém odporující právním normám. Jedná se především o hlediska spojovaná s nekalosoutěžním jednáním a nedovolenou veřejnou podporou. Výčet právních norem, které jsou pravděpodobně porušovány, uvádí následující seznam [9]:

- Smlouva o založení Evropského společenství, preambule *“uznávajíce, že odstranění stávajících překážek vyžaduje sladěný postup, aby byl zabezpečen tvalý rozvoj, vyvážený obchod a nenarušená soutěž”*
- Smlouva o založení Evropského společenství, Čl. 3 odst. 1. g) *“systém zajišťující, aby na vnitřním trhu nebyla narušována soutěž”*
- Smlouva o založení Evropského společenství, Čl. 4 odst. 1. *“...přijetí hospodářské politiky...prováděné v souladu se zásadou otevřeného tržního hospodářství a volnou soutěží”*
- Smlouva o založení Evropského společenství, Čl. 81 odst. 1. d) *“uplatňují vůči obchodním partnerům nerovné podmínky při rovnocenných plněních, čímž jsou někteří partneři znevýhodněni v soutěži”*
- Smlouva o založení Evropského společenství, Čl. 87 odst. 1. *“Podpory poskytované v jakékoli formě státy nebo ze státních prostředků, které narušují nebo hrozí narušit soutěž...”*
- Evropská sociální charta, článek E – Nediskriminace *“Požívání práv stanovených v této Chartě bude zajištěno bez diskriminace založené na jakémkoliv důvodu, jako je rasa ... národnostní nebo sociální původ ... rodný nebo jakýkoliv jiný status.”*

4 Implementace regulačních poplatků v systému poskytování zdravotní péče v ČR

Dále uvedený text je zpracován podle metodického pokynu [10]. V některých částech Kapitola 4 přesně kopíruje text [10], v některých částech je pro jednodušší pochopení a srozumitelnost text přiměřeně krácen.

4.1 Struktura regulačních poplatků

Regulační poplatky jsou rozděleny do tří kategorií, a to konkrétně podle jejich výše na 30, 60 a 90 CZK.

4.1.1 Regulační poplatek 30,- CZK

Poplatek ve výši 30,- CZK je vybírán:

1. za návštěvu, při které bylo provedeno tzv. klinické vyšetření. To je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno až na výjimky příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů.
 - u praktického lékaře (po dovršení 18 let věku)
 - u praktického lékaře pro děti a dorost (po dovršení 18 do 19 let věku)
 - u ženského lékaře (po dovršení 18 let věku)
 - u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči
 - u klinického psychologa
 - u klinického logopeda
2. za návštěvu u zubního lékaře (po dovršení 18 let věku), při které bylo provedeno vyšetření a současně proveden a vykázán jeden z výkonů uvedených v [10].
3. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (po dovršení 18 let věku).

4. za vydání každého, z veřejného zdravotního pojištění plně či částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, předepsaného receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení.

Poplatek se neplatí, jedná-li se o:

1. preventivní prohlídku
 - u dětí, dospělých, ve stomatologii, v gynekologii
 - vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním
 - závodní preventivní péči
2. dispenzární péči poskytovanou těhotným ženám (starším 18 let věku) ode dne zjištění těhotenství
3. hemodialýzu
4. laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření
5. vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně (resp. krvetvorných buněk)
6. děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne v případě, že je při návštěvě lékaře provedeno klinické vyšetření nebo se jedná o návštěvní službu
7. případy, kdy lékař, psycholog nebo logoped neprovádí klinické vyšetření, ale jiné vyšetření ze Seznamu výkonů
8. výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz
9. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z veřejného zdravotního pojištění
10. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“
11. výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis a pojištěnec je hradí plně
12. poskytování péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění

4.1.2 Regulační poplatek 60,- CZK

Poplatek ve výši 60,- CZK je vybírán za každý den, ve kterém byla poskytována

- ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech atd.),
- komplexní lázeňská péče nebo
- ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách,

příčemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den.

Poplatek se neplatí, jedná-li se o 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 ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

4.1.3 Regulační poplatek 90,- CZK

Poplatek ve výši 90,- CZK je vybírán za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
- ústavní pohotovostní službou v sobotu, v neděli nebo ve svátek (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin.

Poplatky se nehradí v dalších několika případech uvedených v Metodickém pokynu vydaném Ministerstvem zdravotnictví ČR.

4.2 Ochranný limit

Ochranným limitem rozumíme maximální možnou sumu, kterou má pacient ročně zaplatit. Tento limit chrání zejména chronicky nemocné pacienty, kterým se výdaje za léky kumulují a lékaře navštěvují velmi často. Pacientovy výdaje hlídá zdravotní pojišťovna, která mu sumu, která přesáhne ochranný limit, vrací každé čtvrtletí. Pacient si pro kontrolu smí vyžádat bezplatný výpis ze svého osobního účtu, který

mu zdravotní pojišťovna spravuje. Dnem 1. 4. 2009 se výše ochranného limitu pro osoby mladší 15 let a starší 65 let snížila z 5 000 CZK na 2 500 CZK.

4.2.1 Položky nezapočitatelné

1. poplatek ve výši 90,- CZK za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením
2. poplatek ve výši 60,- CZK za každý den, ve kterém byla poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče či ústavní péče v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách
3. doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě
4. doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy
5. doplatky za částečně hrazené léčivé přípravky účtované jako ZULP a hrazené z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče.

4.2.2 Položky započitatelné

1. u dětí do 18 let věku se do limitu 2 500,- CZK započítávají:
 - poplatky za návštěvu klinického psychologa ve výši 30,- CZK,
 - poplatky za návštěvu klinického logopeda ve výši 30,- CZK,
 - poplatky za položku na receptu ve výši 30,- CZK, pokud je lék plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění,
 - doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné účinné látky a stejné cesty podání
2. u seniorů nad 65 let věku se do limitu 2 500,- CZK započítávají:

- poplatky ve výši 30,- CZK za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, ženského lékaře, zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- poplatky ve výši 30,- CZK za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem,
- poplatky za návštěvu klinického psychologa ve výši 30,- CZK,
- poplatky za návštěvu klinického logopeda ve výši 30,- CZK,
- poplatky za položku na receptu ve výši 30,- CZK, pokud je léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění,
- doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné účinné látky a stejné cesty podání,
- doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění obsahující léčivé látky určené k podpůrné a doplňkové léčbě předepsané na recept.

3. u ostatních kategorií pojištěnců mezi 18 a 65 roky se do limitu 5 000,- CZK započítávají:

- poplatky za návštěvu, při které bylo provedeno tzv. klinické vyšetření.
 - u praktického lékaře (po dovršení 18 let věku)
 - u praktického lékaře pro děti a dorost (po dovršení 18 do 19 let věku)
 - u ženského lékaře (po dovršení 18 let věku)
 - u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči u klinického psychologa
 - u klinického logopeda
- poplatky za návštěvu u zubního lékaře (po dovršení 18 let věku), při které bylo provedeno vyšetření a současně proveden a vykázán jeden z výkonů uvedených v [10].

- poplatky za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (po dovršení 18 let věku),
- poplatky za vydání každého, z veřejného zdravotního pojištění plně či částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,
- doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

4.3 Plátcí regulačních poplatků

Poplatky platí:

- pojištěnec, který je účasten veřejného zdravotního pojištění, nebo za něj jeho zákonný zástupce,
- pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území ČR, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva,
- cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu.

Poplatky neplatí:

- pojištěnec, který je od povinnosti hradit poplatek osvobozen nebo v případech, které jsou uvedeny v zákoně a ve kterých se poplatek nehradí,
- osoba, která není pojištěncem podle zákona, tzn. nemá na území České republiky trvalý pobyt, ani není zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. To znamená, že poplatky nehradí osoba, která poskytnutou péči hradí z vlastních prostředků, nebo z komerčního pojištění či jiných zdrojů.

4.4 Realizace výběru regulačních poplatků

4.4.1 Způsob výběru

Způsob výběru regulačních poplatků si zpravidla nemocnice určuje sama. Nejčastější variantou je úhrada poplatku prostřednictvím automatu, který pacientovi vystaví dva doklady, jeden pro nemocnici a jeden pro něj. Možná je i platba přímo v ambulanci, nebo k tomu určeném místě, např. v informačním centru apod. Způsob platby se také může lišit dle jeho povahy, zda se jedná o poplatek za hospitalizaci, či za ambulantní ošetření. V těchto případech se jedná o změny zejména ve lhůtách splatnosti.

4.4.2 Lhůty pro hrazení

- ihned v případě, že jde o uhrazení poplatku a o uhrazení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékařské péče,
- ihned, nebo podle dohody se zdravotnickým zařízením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní,
- vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce v případě, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní.

V případech poplatku za hospitalizaci si pacient může sám vybrat způsob platby, složenkou či bankovním převodem.

4.4.3 Povinnosti zdravotnických zařízení a zařízení lékárenské péče v souvislosti s poplatky

- sdělovat informace
- vybírat poplatky a doplátky
- nevybírat poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá
- vystavit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku

4.4.4 Povinnosti zdravotních pojišťoven v souvislosti s poplatky

- evidovat poplatky a doplátky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelné do limitu na osobním účtu každého pojištěnce,
- sledovat limit 2 500,- CZK u pojištěnců mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, a limit 5 000,- CZK u ostatních pojištěnců,
- na vyžádání pojištěnce poskytnout jedenkrát ročně bezplatně výpis z osobního účtu pojištěnce včetně uhrazených poplatků a doplátků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu,
- ve lhůtě 60 dnů po skončení čtvrtletí uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující limit 5 000,- CZK, resp. 2 500,- CZK, za kalendářní rok pro poplatky ve výši 30,- CZK a doplátky za předepsané léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a započitatelné do limitu,
- v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5000,- CZK, resp. 2500,- CZK, již překročen, je zdravotní pojišťovna

povinna uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu poplatků a doplatků,

- do 60 dnů po skončení 1. čtvrtletí 2009 bude zdravotní pojišťovna vracet nad limit 5 000,- CZK, resp. 2 500,- CZK, poplatky ve výši 30,- CZK a započitatelné doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely uhrazené v období od 1. 1. 2009 do 31. 3. 2009.
- při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle § 16 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

4.5 Implementace výběru regulačních poplatků ve zdravotnických institucích ve vlastnictví veřejnoprávních korporací

4.5.1 Fakultní nemocnice

V České republice je v současné době 11 fakultních nemocnic, jejichž vlastníkem je stát a zřizuje je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Tyto nemocnice jsou povinny vybírat regulační poplatky dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Ke způsobu výběru těchto poplatků vydalo Ministerstvo zdravotnictví metodický pokyn [10], kterým se tyto nemocnice řídí a který je pravidelně aktualizován.

Proces zavedení regulačních poplatků si vyžádal množství analýz a příprav, které nemocnice zahájily již koncem roku 2007. Bylo nutné rozhodnout zejména kdo, kdy a jakým způsobem bude poplatky vybírat. K těmto účelům se nemocnice musely vybavit automaty, jejichž rozmístění podléhalo analýzám potřebného počtu i předpokládaných výdejních míst. S pořízením automatů byl spojen i požadavek na zajištění hardwarového a softwarového vybavení nemocnic a vybavení výpočetní technikou. Mimo automatických výdejních míst vznikla i řada výběrčích terminálů, kde se prodávají kupony, které poté pacienti předkládají ošetřujícím lékařům. S tím je spojeno i navýšení počtu zaměstnanců, ke kterému došlo v některých nemocnicích.

Se zavedením regulačních poplatků za hospitalizaci je navíc spojena i další účetní administrativa. Týká se zejména faktur, které jsou např. ve FN u Sv. Anny v Brně vyhotoveny jejich vlastním nemocničním informačním systémem s automatickým přenosem do účetního systému. Jejich splatnost je 8 kalendářních dnů a v případě nedodržení této lhůty jsou pacienti upomínáni, či je tato pohledávka postoupena příslušnému právnímu oddělení.

4.5.2 Kraje

V říjnu roku 2008 proběhly v České republice senátní a krajské volby. Ty s přehledem vyhrála ČSSD a její členové obsadili všechna hejtmanství. Tímto vyvstaly první pokusy o změnu způsobu úhrady regulačních poplatků ve zdravotnických zařízeních zřizovaných jednotlivými kraji. Většina krajů přebrala odpovědnost za platbu regulačních poplatků ve svých zdravotnických zařízeních formou různých typů darovacích smluv, na základě kterých pacienti vyjádří souhlas s tím, že za ně kraj poplatky uhradí.

Moravskoslezský kraj

Moravskoslezský kraj zřizuje momentálně 11 nemocnic, z nichž 9 jsou příspěvkové organizace a 2 jsou akciové společnosti. Ve všech těchto zdravotnických zařízeních pacienti nemusejí platit regulační poplatky, pokud podepíše tzv. trojstrannou dohodu o zaplacení regulačních poplatků, která nabyla účinnosti 1. 2. 2009. Obsahem této dohody je pacientův souhlas s tím, že přijme dar v hodnotě regulačního poplatku 30 CZK. Povinnost hradit 60 CZK poplatek za hospitalizaci a 90 CZK poplatek za pohotovost se nezměnila. V opačném případě, kdy pacient dar přijmout nechce, je mu možnost zaplatit regulační poplatek ponechána. I proto nemocnice stále disponují automaty pro platbu poplatků. Po podpisu je trojstranná dohoda postoupena radě kraje, která rozhodne o poskytnutí daru a po jejím schválení dohodu podepisuje hejtman kraje. Jeho podpisem dohoda nabývá účinnosti. Od 22. 1. 2010 je možné tuto dohodu uzavírat i ve všech lékárnách zdravotnických zařízení zřizovaných Moravskoslezským krajem [11].

Zlínský kraj

Zlínský kraj spravuje 4 nemocnice, všechny jsou právní formou akciové společnosti. Zastupitelstvo zlínského kraje se usneslo, že s účinností od 1. 2. 2009 bude proplácet některé regulační poplatky formou poskytnutí finančních darů. Tyto dary se týkají poplatku 30 CZK za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření a za návštěvu zubního lékaře. Dále může být poskytnut dar v hodnotě 60 CZK osobám mladším 18 let a starším 70 let za každý den hospitalizace. Podpisem smlouvy pacient souhlasí s úhradou poplatku zdravotnickému zařízení krajem a se zpracováním svých osobních dat [12].

Olomoucký kraj

Pod správu Olomouckého kraje spadají 3 nemocnice, 2 odborné ústavy, Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje p. o. a Středomoravská nemocniční a.s. Pacienti, kteří navštíví tato zdravotnická zařízení, mají možnost využít nabídky kraje na poskytnutí daru ve výši regulačního poplatku. Podmínkou je vyplnění a podpis formuláře návrhu darovací smlouvy a jeho odeslání spolu s dokladem o zaplacení regulačního poplatku Olomouckému kraji, nejpozději do dvou měsíců od jeho uhrazení. Po schválení radou kraje je poplatek následně vrácen pacientovi, buď převodem na bankovní účet, nebo formou poštovní poukázky [13].

Jihomoravský kraj

Jihomoravský kraj odsouhlasil s účinností od 1. 2. 2009 poskytování finančních darů z prostředků kraje k úhradě regulačních poplatků. Stejně jako v předchozích případech musí pro získání tohoto daru pacient vyplnit a podepsat darovací smlouvu, na základě které je mu hodnota poplatku vrácena. Tento princip platí ve všech 11 nemocnicích a ústavech, které Jihomoravský kraj spravuje, stejně jako ve všech krajských lékárnách, kde pacienti dostanou slevu ve výši regulačního poplatku [14].

Kraj Vysočina

Kraj Vysočina od 1. 2. 2009 poskytoval svým občanům možnost hrazení regulačních poplatků ve svých nemocnicích pomocí darovacích smluv. Poplatky poukazoval

ve prospěch zdravotnických zařízení a pacienti tudíž nemuseli při návštěvě lékaře hradit žádné částky. Od 1. 1. 2010 se ale tento systém změnil kvůli změně platné evropské legislativy. Občané kraje Vysočina si teď mohou nechat poplatky proplatit, ale až po jejich uhrazení a odeslání darovací smlouvy a originálu dokladu o zaplacení kraji. Ten jim poté poplatek vrátí [15].

Pardubický kraj

Dne 1. 4. 2009 vešlo v platnost prohlášení zastupitelstva Pardubického kraje, ve kterém sděluje pojištěncům, že je připraveno za ně platit regulační poplatky formou daru, pokud podepíše návrh na uzavření darovací smlouvy. Po podpisu smlouvy kraj převede potřebnou sumu přímo ve prospěch účtu toho zdravotnického zařízení, ve kterém vznikla pacientovi povinnost uhradit poplatek. Týká se 12 nemocnic a ústavů, které spravuje Pardubický kraj a se kterými byly uzavřeny smlouvy o spolupráci [16].

Královéhradecký kraj

Královéhradecký kraj uzavřel smlouvu s 11 nemocnicemi a ústavu, které spravuje a od 1. 2. 2009 i v těchto zařízeních mohou pacienti povinnost platit regulační poplatky přenechat jemu. Nutnou samozřejmostí pro získání daru je již několikrát zmiňovaná darovací smlouva, kterou musí pacient uzavřít písemně či ústně a kraj poté po schválení radou tuto částku poukáže zdravotnickému zařízení [17].

Liberecký kraj

Liberecký kraj nabízí možnost proplácení regulačních poplatků pacientům tří svých zdravotnických zařízení. S těmi uzavřel písemnou Dohodu o způsobu hrazení regulačních poplatků Libereckým krajem. Na základě této dohody posílají krajské nemocnice každý měsíc všechna prohlášení pojištěnců, kteří souhlasili s převodem jejich dluhu na Liberecký kraj. V prohlášení mimo jiné pacient musí také uznat svůj dluh vůči zdravotnickému zařízení. Po schválení radou kraje jsou poplatky následně vyplaceny zdravotnickému zařízení, a to nejpozději do konce měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém vznikla povinnost tento poplatek zaplatit. Výše zmíněný způsob úhrad poplatků se týká i lékáren ve správě Libereckého kraje [18].

Praha

Praha zůstala jako jediná v ČR po podzimních krajských volbách v roce 2008 v rukou ODS. Primátor Hlavního města Prahy Pavel Bém sice ve svém vyjádření uvádí, že byl od začátku kritikem regulačních poplatků, na druhou stranu ale uznává, že splnily svoji regulační funkci. Proto se k jejich proplácení krajem, což sám nazývá populistickým krokem, Hlavní město Praha nepřidá [19].

Středočeský kraj

Středočeský kraj vedený hejtmánem Davidem Rathem zrušil regulační poplatky k 1. 1. 2009. Od tohoto data poplatky pacienti neplatí jak v krajských nemocnicích, tak v lékárnách a na pohotovostech. Kraj je bude proplácet obdobně jako v ostatních krajích pomocí finančních darů. Kraj v tuto chvíli zřizuje 5 akciových společností – nemocnic a 6 příspěvkových organizací [20].

Ústecký kraj

Ústecký kraj, který je přesvědčen o protiústavnosti regulačních poplatků, vyhlásil koncem ledna 2009 veřejný příslib, kterým se zavazuje včas, řádně a bezplatně uhradit regulační poplatky za pacienty, kteří navštíví jedno z 8 zdravotnických zařízení, které spravuje. Podmínkou je splnění několika podmínek, mezi něž patří trvalý pobyt pacienta v Ústeckém kraji a jeho výslovný souhlas s převzetím jeho dluhu krajem. Tento příslib nabývá účinnosti dne 1. 2. 2009 [21].

Jihočeský kraj

Jihočeský kraj je zakladatelem a zřizovatelem sedmi krajských nemocnic, šesti nemocničních lékáren, Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, Psychiatrické léčebny Lnáře a Lékařské služby první pomoci. Ve všech těchto zařízeních nemusí pacienti od 1. 2. 2009 platit regulační poplatky a jejich úhradu si bere na svědomí kraj. Podmínkou je podpis darovací smlouvy se souhlasem o proplácení poplatku krajem [22].

Plzeňský kraj

Plzeňský kraj na zasedání zastupitelstva dne 30. 1. 2009 rozhoduje o modifikaci proplácení poplatků ve zdravotnictví. Od začátku února přebírá tyto závazky kraj

a pacienti při návštěvě krajské nemocnice nemusí regulační poplatky platit. Pacient ale musí nejprve vyplnit Žádost pacienta o poskytnutí daru a o vrácení poplatku je nutné požádat ihned po jeho zaplacení. Ten potom bude poukázán na účet pacienta či poštovní poukázkou [23].

Karlovarský kraj

Karlovarský kraj schválil s účinností od 1. 2. 2009 proplácení regulačních poplatků pacientům s trvalým bydlištěm na jeho území ve třech svých nemocnicích. Finanční dar se týká všech typů regulačních poplatků (30 CZK, 60 CZK, 90 CZK), kromě poplatku za zubní pohotovost. Princip přijetí daru je stejný jako ve většině ostatních krajů, pomocí darovací smlouvy schválené a podepsané hejtmanem. Od 1. 1. 2010 však došlo ke změně tohoto systému a pacienti nyní musí poslat žádost o uhrazení regulačního poplatku až po jeho zaplacení, a to do 15 dnů. Kraj mu poté částku pošle zpět na jeho účet [24].

5 Diskuse dopadů zavedení regulačních poplatků

5.1 Dopady na přímé poskytovatele zdravotní péče

5.1.1 Poskytovatelé lůžkové zdravotní péče

Nemocnice v České republice mají různé typy vlastníků, resp. zřizovatelů, a to především stát, kraje či soukromě-právní subjekty. Bez ohledu na zřizovatele se všechny nemocnice čerpající úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění řídí mj. zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Z tohoto zákona, konkrétně z § 16, plyne povinnost vybírat od svých pacientů regulační poplatky.

Základní regulační efekty byly dle ÚZIS následující: celkový počet ošetřovacích dnů v nemocnicích se v roce 2008 oproti roku 2007 snížil o 4,4 % na 16 078 941 dnů. V předchozích letech hodnoceného období od roku 2005 se počty ošetřovacích dnů v nemocnicích snižovaly relativně pravidelně o 2 - 3 % ročně a celkový pokles počtu ošetřovacích dnů v nemocnicích oproti roku 2005 činil 9,2 %. Při zohlednění faktu, že v roce 2005 působilo 195 nemocnic se 65 022 lůžky a v roce 2008 celkem 192 nemocnic se 63 263 lůžky, je možno považovat vliv dopadu regulačních poplatků za hospitalizaci v nemocnicích za mírný. V relaci počtu ošetřovacích dnů k počtu obyvatel se tento ukazatel snížil z 1,73 ošetřovacích dnů na 1 obyvatele v roce 2005 na 1,63 ošetřovacích dnů na 1 obyvatele v roce 2007. Po zavedení regulačních poplatků v roce 2008 to bylo 1,54 ošetřovacích dnů na 1 obyvatele [25].

5.1.1.1 Nemocnice zřizované organizačními složkami státu

Fakultní nemocnice, jak již bylo popsáno výše, jsou ve vlastnictví státu a jejich zřizovatelem je organizační složka státu, tj. ČR - Ministerstvo zdravotnictví. Jako takové se řídí zákonem a regulační poplatky se v nich vybírají. Přehled objemu vybraných regulačních poplatků v letech 2008 a 2009 v některých fakultních nemocnicích dokládá Tabulka 1. Uvedená data byla získána dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím a poskytl je odpovědní pracovníci příslušných ekonomických oddělení uvedených fakultních nemocnic.

Tabulka 1: Přehled regulačních poplatků ve FN (v mil. CZK)

Nemocnice	Hospitalizace		Ambulance		Lékárny		Celkem	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
FN USA	14,4	14,1	11,0	9,4	10,1	14,5	35,5	38,1
FTNsP	17,2	16,1	9,0	10,1	4,3	4,4	30,4	30,7
FNM	32,3	33,2	17,7	15,0	7,0	4,7	57,0	52,8
VFN	15,9	13,2	16,7	15,9			32,6	29,1
FNBu							32,6	29,2
FNKV							31,5	29,9
FNB							55,8	50,9
FNHK	20,1	20,0	12,1	11,8			32,2	31,9
FNP	26,3	26,4	17,1	14,8	7,0	5,1	50,4	46,3
FNO	20,5	19,3	11,3	10,5	5,9	5,8	37,7	35,6
FNOL							36,5	34,7

Z Tabulky 1 je patrné, že největší podíl na vybraných regulačních poplatcích ve fakultních nemocnicích mají poplatky za hospitalizaci, následují poplatky za ambulanci a pohotovost a na posledním místě jsou poplatky za recepty. Ve srovnání let 2008 a 2009 je možné sledovat i sestupný trend počtu vybraných regulačních poplatků, a to takřka ve všech uvedených nemocnicích, kromě FNUSA a FTNsP. Ten je způsoben jak zrušením poplatků pro osoby mladší 18 let a starší 65 let, tak vstupem krajů do systému úhrad regulačních poplatků.

5.1.1.2 Nemocnice zřizované kraji

Zavedení regulačních poplatků s účinností od 1. 1. 2008 je zákonnou povinností i pro krajská zdravotnická zařízení. Na podzim roku 2008 vznikla situace, kdy byli do čela krajů zvoleni hejtmáni za ČSSD. Následně došlo k realizaci volebního slibu ČSSD a kraje začaly regulační poplatky za své pacienty v krajských zdravotnických zařízeních hradit. Toto rozhodnutí mělo především dopad na krajské rozpočty, své souvislosti právní, ale i svůj rozměr „morální“. Intervence krajů do úhrad regulačních poplatků podstatným způsobem narušila jejich regulační efekt a zcela relativizovala jejich plošné zavedení. Ministerstvo vnitra České republiky s většinou krajů zahájilo správní řízení ve věci prověření zákonnosti proplácení poplatků. Toto správní řízení ale nevedlo k řádnému narovnání právního stavu před zahájením refundačních opatření krajů.

Tabulka 2: Přehled vybraných regulačních poplatků a objem finančních darů (dotací) v krajích ČR v roce 2009

	Počet obyvatel	Regulační poplatky	Dotace kraje	RP na 1 obyvatele	Dotace na 1 obyvatele	Dotace z RP
	[tis.]	[mil. CZK]	[mil. CZK]	[CZK]	[CZK]	[%]
Jihočeský kraj	630	96,0	67,0	152,4	106,4	69,8
Kraj Vysočina	510	78,2	53,2	153,4	104,2	67,9
Královéhradecký kraj	550	54,4	40,7	98,9	74,0	74,8
Karlovarský kraj	300		20,2		67,4	
Středočeský kraj	1 210		80,3		66,4	
Pardubický kraj	510	63,9	30,6	125,3	60,0	47,9
Liberecký kraj	430	45,6	22,0	106,0	51,2	48,3
Ústecký kraj	830	61,9	42,1	74,5	50,7	68,0
Olomoucký kraj	640	35,2	28,9	55,0	45,2	82,2
Jihomoravský kraj	1 140	74,0	49,3	64,9	43,3	66,6
Zlínský kraj	590	69,7	14,8	118,1	25,0	21,2
Moravskoslezský kraj	1 300	126,8	24,9	97,5	19,1	19,6
Plzeňský kraj	560		7,6		13,6	

Způsob proplácení regulačních poplatků je ve většině krajů obdobný. Jde z velké části o úhradu poplatku formou poskytnutí finančního daru buď přímo pacientovi nebo zdravotnickému zařízení. Přehled vybraných regulačních poplatků v jednotlivých krajích a výši finančních darů (dotace) na jejich úhradu uvádí Tabulka 2. Uvedená data byla získána dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím a poskytl je odpovědní pracovníci příslušných zdravotnických odborů jednotlivých krajů.

Z důvodu různé velikosti krajů jsou objemy vybraných regulačních poplatků i proplacených finančních darů vztaženy na 1 obyvatele; z této tabulky pak plyne velmi rozdílná výše darů, které kraje na úhradu regulačních poplatků poskytly občanům.

Objem vybraných poplatků na jednoho obyvatele se pohybuje v rozmezí od 55,00 CZK (Olomoucký kraj) do 153,40 CZK (Kraj Vysočina). Velký rozptyl průměrných hodnot je dán především tím, že v různých krajích existují různé vlastnické struktury nemocnic. Například v již zmiňovaném Olomouckém kraji, kde je objem vybraných regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních nejmenší v absolutním vyjádření, jsou prakticky všechny nemocnice dlouhodobě pronajaty soukromému subjektu a tudíž se zde vybrané regulační poplatky do statistik nepromítají. A naopak, v Kraji Vysočina, kde je výběr poplatků největší, jsou všechny nemocnice ve vlastnictví kraje (mimo specifickou soukromou Nemocnici Sv. Zdislavy v Mostišti) a navíc v kraji neexistuje žádná fakultní nemocnice nebo nemocnice postavená na její úrovni.

Pro úplnost je třeba uvést, že data o absolutní výši vybraných regulačních poplatků ze tří krajů nejsou k dispozici, protože jejich výběr příslušné kraje podle jejich sdělení nesledují a finanční dary poukazují přímo zdravotnickému zařízení, nikoli jednotlivým pacientům. Jiná je situace v Tabulce 2 neuvedeném Hlavním městě Praze, které jako jediné odmítá refundovat ve svých zdravotnických zařízeních regulační poplatky. Navíc je situace v Praze velmi specifická vzhledem k síti fakultních nemocnic, které mají v řadě svých činností výrazně nadregionální charakter.

Kromě absolutního vyjádření obsahuje Tabulka 2 rovněž údaj o podílu regulačních poplatků, které jsou jednotlivými kraji refundovány. Míra refundace

regulačních poplatků kolísá od 19,6 % (Moravskoslezský kraj) až po 82,2 % (Olomoucký kraj).

Kraje, ve který žije cca 9,2 mil. obyvatel (tj. všichni mimo Prahy), dotovali ze svých rozpočtů zmiňovaný segment poskytovatelů celkovou částkou 481,6 mil. CZK. Tím poskytli průměrnou dotaci na regulační poplatky ve výši 52,40 CZK na jednoho obyvatele. Z pohledu absolutní výše dotace se jedná o částku prakticky zanedbatelnou. Nicméně je zcela zřejmé, že právě zavedení refundací plateb za regulační poplatky (ať už zpět pacientovi nebo formou dotace přímo do zdravotnického zařízení) dochází k značnému pokřivení regulačního mechanismu v rámci celého zdravotnického systému a k negaci značné části regulační funkce poplatků.

Celá záležitost může mít navíc nekalosoutěžní rozměr, kdy kraje zvýhodňují určitý segment poskytovatelů zdravotní péče, resp. nepřímým způsobem z veřejných prostředků zvýhodňují pacienty těch zdravotnických institucí, které sami kraje zřizují.

5.1.2 Poskytovatelé ambulantní zdravotní péče

Celkové počty ambulantních ošetření (bez stomatology, bez pohotovosti) v roce 2008 poklesly o 17 % oproti roku 2007, zatímco v předešlých letech se tyto počty snižovaly pouze o 2 - 3 % ročně. Počty stomatologických ambulantních ošetření se ve stejném období 2007/2008 snížily o 3,7 % [25].

Samotnými poskytovateli v tomto segmentu je zavedení regulačních poplatků vnímáno kladně. V České republice existuje již od roku 1990 Sdružení praktických lékařů, které sdružuje okolo 4 000 praktických lékařů, což je 80 % z celkového počtu praktických lékařů pro dospělé vykonávajících svou praxi na území České republiky. Představitelé tohoto sdružení, spolu se zástupci praktických lékařů pro děti a dorost (2 070 členů), ambulantních specialistů (1 600 členů), gynekologů (800 členů) a zubních lékařů (8 500 členů), napsali koncem května roku 2008 otevřený dopis předsedům parlamentních politických stran k regulačním poplatkům. V dopise uvádějí: „*Díky regulačním poplatkům chodí do našich ordinací pacienti, kteří naši pomoc skutečně potřebují. Máme více času se jim věnovat a téměř se nestává, že by některý z pacientů odmítl poplatek uhradit nebo si stěžoval, že je nepřiměřený*

jeho sociální situaci. Regulační poplatky u receptů na léky odpovídajícím způsobem regulují spotřebu léčiv. Levné léky si pacienti kupují sami a ušetřené peníze jdou na léčbu vážných onemocnění, jakými jsou rakovina, revmatické choroby nebo roztroušená skleróza.“ [26].

Z těchto důvodů zmínění zástupci odborné zdravotnické veřejnosti v ambulantní složce nesouhlasí se snahami o plošné rušení regulačních poplatků, které dle jejich slov fungují a plní svou regulační funkci, což dokládá i následující Tabulka 3 [27].

Tabulka 3: Změny poptávky po ambulantních zdravotních službách v roce 2008

Parametr	[%]
Návštěvy ambulantních specialistů	-15,3
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,2
Dispenzární prohlídky	10,8
Pohotovost	-36,1

Z pohledu využití ambulantních služeb jsou významné především údaje o počtu návštěv ambulantních specialistů - snížení o 15,3 %; údaj o počtu návštěv v lůžkových zařízeních - snížení o 19,2 %; a údaj o počtu návštěv ambulantní lékařské pohotovosti - snížení o 36,1 %. Veškeré údaje se vztahují k roku 2008.

Z pohledu dlouhodobého hodnocení bohužel nejsou dostupná žádná další data, nelze ani usuzovat, jaký impakt mělo na tento segment poskytovatelů zavedení refundací regulačních poplatků v krajích.

5.2 Dopady na lékárny

Zapojení lékáren, jako specifického typu zdravotnických institucí, je ideálním řešením k parciální regulaci nákladů na zdravotní péči, tj. nákladů spojených s léčivými přípravky. Jednoduchý mechanismus regulace (technicky, administrativně, účetně) úhradou za každou položku na receptu, umožnil efektivně a prakticky bez zvyšování nákladů pro zdravotnický systém, vytvořit velmi vhodné podmínky pro regulaci (myšleno omezení) výdajů za léčivé přípravky na lékařský předpis.

Cílem zavedení regulačních poplatků v oblasti léčivých přípravků mělo být snížení všech kvantitativních ukazatelů spojených s výdejem léčiv, tj. především s ukazateli:

- (i) počet položek na jednom receptu;
- (ii) celkový počet receptů;
- (iii) počet předepsaných balení; a
- (iv) celkové úhrady léků vydávaných na recept.

Je zřejmé, že všechny uvedené kvantitativní ukazatele jsou vzájemně provázané a intervence do rozsahu každého z nich prakticky generuje změny ostatních ukazatelů. Výsledným efektem - mimo celkových úspor - mělo být též dosažení stavu příznivějšího pro tzv. více nemocné pacienty, a to stavu, kdy spoluúčast pacienta na léčivém přípravku levnějším bude relativně vyšší tak, aby bylo možné zisk v této kategorii léčivých přípravků přesunout ve prospěch úhrad dražších léčivých přípravků. Jinými slovy - mělo tak dojít k prohloubení principu solidarity v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

Zavedení regulačního poplatku ve vztahu k léčivu a jeho výdeji mělo také sekundárně přitáhnout pacienta k odpovědnosti a vyšší míře spoluúčasti při rozhodování v rámci lékové politiky. Pacient měl být uvědoměním si potenciálního výdaje za regulační poplatek „upozorněn“ na to, aby sám zvážil, zda léčivý přípravek opravdu potřebuje nebo již má podobný či dokonce stejný předepsaný a nespotřebovaný z minulosti.

Touto poměrně prostou úvahou lze docílit změny chování významné části populace ve vztahu k nadužívání léčiv. Předzvěstí, že takto nastavený regulační mechanismus bude mít svůj důležitý dopad, byl už vznik efektu tzv. předzásobení, kdy se řada pacientů doslova v posledních dnech roku 2007, tj. před ultimem zavedení regulačních poplatků, předzásobila v míře odpovídající jejich až tříměsíční spotřebě léčivými přípravky. Na tomto místě je vhodné poznamenat, že tento vliv předzásobení léky před zavedením regulačních poplatků vygeneroval podstatné snížení jejich spotřeby především v prvním čtvrtletí roku 2008 a tento efekt, zpočátku vydávaný za jednoznačný výsledek zavedení regulačních poplatků, byl v následujících měsících roku 2008 značně utlumen.

V souvislosti se zavedením regulačních doplatků ohledně léčiv došlo také k zavedení ochranného limitu. Tato skutečnost již byla zmíněna dříve. Celkové dopady na trh s léčivy bude diskutován dále v Kapitole 5.5.4 Léková politika.

Vliv nehrazení poplatků kraji na soukromé lékárny spočívá mj. v průměrném poklesu počtu receptů o 30 - 60 %, snížení příjmů o 30 - 70 % [9], zhoršení dostupnosti zdravotní péče, zkracování pracovní doby lékáren a snižování počtu jejich zaměstnanců. Vliv hrazení poplatků kraji krajským lékárnám naopak navyšuje počty receptů o 30 - 200 % [9], prodlužuje čekací doby v lékárnách, narůstá administrativa na úkor poskytování informací pacientům a omezují se i služby a individuální příprava léčivých přípravků.

5.3 Dopady na zdravotní pojišťovny

Obecně lze dopady regulačních poplatků pro zdravotní pojišťovny spatřovat v omezení veřejných výdajů na zdravotnictví a změnu těchto výdajů na výdaje soukromé. Jinými slovy tak dochází ke zvýšení přímé spoluúčasti pacienta na financování zdravotní péče. Druhým aspektem je přímá úspora finančních prostředků a jejich případný transfer v rámci snížení celkového objemu péče hrazené systémem veřejného zdravotního pojištění.

V roce 2008 bylo v České republice celkem 11 zdravotních pojišťoven. Všechny tyto pojišťovny ve svých výročních zprávách za rok 2008 uvádějí objem regulačních poplatků a započitatelných doplatků vykázaných zdravotnickými zařízeními. Tabulka 4 popisuje tyto údaje ve vybraných zdravotních pojišťovnách, které disponují největším poolem pojištěnců [28 - 33].

Tabulka 4: Objem regulačních poplatků a započitatelných doplatků vykázaných zdravotnickými zařízeními v některých zdravotních pojišťovnách

Parametr	VZP ČR	ZP MV	OZP	VOZP	RBP ZP	ZP M-A	Celkem
Počet pojištěnců v roce 2008 [tis. osob]	6 374	1 104	673	552	400	392	9 495
Počet pojištěnců, kteří v daném období překročili limit 5 000 CZK [osob]	10 583	1 649	1 786	1 312	559	460	16 349
Částka, o kterou byl překročen limit 5 000 CZK [tis. CZK]	14 864	2 516	2 040	1 328	559	726	22 033
Celková částka za regulační poplatky ve výši 30 CZK [mil. CZK]	1 165	207	131	103	67	70	1 743
Celková částka za regulační poplatky ve výši 60 CZK [mil. CZK]	866	109	68	47	35	35	1 160
Celková částka za regulační poplatek ve výši 90 CZK [mil. CZK]	122	21	8	10	7	7	175
Celková částka za regulační poplatky zaplacené v zařízení lékárenské péče [mil. CZK]	1 662	240	141	127	74	77	2 321
Celková částka za započitatelné doplatky na léky a potraviny pro zvláštní účely [mil. CZK]	832	134	90	69	385	41	1 551
Celková částka za regulační poplatky a započitatelné doplatky [mil. CZK]	4 647	711	438	356	568	230	6 950

Jak dále plyne z Tabulky 4, jen v uvedených šesti největších pojišťovnách (cca 90 % všech pojištěnců) překročilo ochranný limit 5 000 CZK celkem 16 349 pojištěnců. Celkově takto byla v roce 2008 v rámci České republiky překročena hranice 5 000 CZK u celkem 18 700 pojištěnců. Těmto, většinou chronicky nemocným pacientům se prostřednictvím ochranného limitu výrazně snížily náklady na léčbu.

5.4 Dopady na pacienty

Přímým dopadem zavedení regulačních poplatků pro pacienty je povinnost jejich úhrady v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, což ze systémového pohledu znamená zvýšení soukromých výdajů na zdravotní péči. Sekundárním dopadem je projekce regulačních efektů na pacienty.

Dopady zavedení regulačních poplatků na pacienty se liší především podle věku pacientů a jejich sociální situace. Přestože se Sdružení praktických lékařů, dle svého otevřeného dopisu, neseťká se situací, že by pacient odmítal hradit regulační poplatek, přesto starší nebo sociálně slabší občané považují tuto změnu jako svou podstatnou finanční zátěž. Centrum pro výzkum veřejného mínění v této souvislosti provedlo průzkum, ve kterém bylo položeno celkem 1 067 respondentům několik dotazů, které se týkají zavedení regulačních poplatků. Výsledky šetření jsou uvedeny v Tabulce 5 [34].

Tabulka 5: Názory občanů na regulační poplatky ve zdravotnictví – meziroční srovnání

	2008	2009
	souhlas/nesouhlas [%]	souhlas/nesouhlas [%]
Poplatky ve zdravotnictví jsou neúměrnou finanční zátěží pro sociálně slabé občany.	77 / 22	71 / 26
Poplatky u lékaře účinně zamezují zbytečným návštěvám lékařů.	44 / 50	44 / 51
Poplatky v lékárnách zmenšují plýtvání léky.	42 / 50	41 / 51
Poplatky ve zdravotnictví jsou neúměrnou finanční zátěží pro všechny občany.	44 / 53	40 / 56
Po zavedení poplatků mají lékaři více času na opravdu nemocné.	25 / 63	27 / 62

Dle Sociologického ústavu AV ČR lze k výše uvedenému průzkumu říct, že rozdíly v názorech na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví se liší dle vzdělání, věku, životní úrovně a zdravotního stavu respondentů a v neposlední řadě

v závislosti na politické příslušnosti. Obecně pozitivní přístup k poplatkům mají vysokoškolsky vzdělaní lidé v dobrém zdravotním stavu, často potenciální voliči ODS či TOP 09. Naopak negativní postoj sdílí méně vzdělaní občané, ve špatném zdravotním stavu, sympatizanti ČSSD a KSČM. V meziročním srovnání nelze konstatovat, že by se situace dramaticky změnila [34J].

5.5 Vybrané celkové dopady na zdravotnický systém

5.5.1 Změna celkové poptávky po zdravotnických službách

Jak uvedla v souvislosti s hodnocením zavedení regulačních poplatků Daniela Filipiová: *„Díky regulačním poplatkům se podařilo výrazně omezit plýtvání ve zdravotnictví, ušetřit prostředky za levné léky a přesunout je na péči pro těžce nemocné. Ve specializovaných centrech, kde se léčí rakovina, roztroušená skleróza a další závažné choroby, bylo léčeno o 40 % více pacientů než v roce 2007, úhrada na léky ve specializovaných centrech vzrostla o 47 %, počet operací kyčelních a kolenních náhrad vzrostl například u VZP ČR o 35 %. Zároveň působí jako velmi účinné protikrizové opatření [27].“* Dokladem regulační funkce zdravotnických poplatků jsou data za rok 2008 o změně poptávky po zdravotnických službách, která jsou uvedena v Tabulce 6. Celková data za rok 2009 nejsou aktuálně k dispozici. V souvislosti s narušením celého regulačního systému refundací poplatků kraji lze očekávat významné negativní změny oproti údajům roku 2008.

Konečnou sumu vybraných regulačních poplatků za rok 2008 a objem ušetřených peněz snížením počtu návštěv pohotovosti, počtu klinických vyšetření a počtu receptů uvádí Tabulka 7 [27]. Pro data roku 2009 a jejich změny platí obdobně závěry uvedené v souvislosti s Tabulkou 6.

Tabulka 6: Změny poptávky po ambulantních zdravotních službách v roce 2008

Parametr	[%]
Návštěvy ambulantních specialistů	-15,3
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,2
Dispenzární prohlídky	10,8
Pohotovost	-36,1
Výjezdy záchranné služby	0,5
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích	-1,4
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3,2
Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče	-3,8
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5,1
Počet položek na receptu	-30,7
Počet receptů	-28,0
Počet balení léků	-21,1
Celková úhrada	-3,5

Tabulka 7: Celkový finanční dopad zavedení regulačních poplatků v roce 2008

Typ regulačního poplatku	Vybrané regulační poplatky [mil. CZK]	Odhad úspor [mil. CZK]
Ambulantní služby	1 801	1 250 <i>(ušetřeno 4,15 milionů klinických vyšetření)</i>
Recepty v lékárnách	2 437	3 630 <i>(zabráněno obvyklému 9% nárůstu nákladů) + následná úspora 1 600 mil. CZK na straně pacientů (zamezení růstu doplatků - kompenzován růst cen vzhledem k inflaci)</i>
Pohotovost	107	0 <i>(ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti)</i>
Lůžkové služby	679	165 <i>(205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)</i>
Celkem	5 024	5 045

Ministerstvo zdravotnictví ČR poskytlo ke shora uvedeným údajům prostřednictvím Marka Šnajdra tento komentář: „Ušetřené miliardy korun můžeme díky změně chování

nás všech přesunout na úhradu dříve nedostupné a nákladné léčby pro vážně nemocné. S regulačními poplatky úzce souvisí i ochranný limit, který chrání především chronicky nemocné pacienty a pacienty trpící více chorobami. Díky němu se výrazně snížily náklady na léčbu celkem 18 700 pojištěncům [27].“

5.5.2 Vývoj počtu ošetrovacích dnů a ošetření

Zavedení regulačních poplatků se projevilo nápadným poklesem počtů výkonů u všech „zpoplatněných“ zdravotnických služeb s výjimkou počtu ošetrovacích dnů v lůžkových zařízeních a počtu ambulantních stomatologických vyšetření, kde došlo ke snížení pouze řádově o procenta oproti roku 2007. Počty ošetrovacích dnů, počty ošetření na pohotovosti a počty ambulantních ošetření jsou uvedeny v Tabulkách 7a, 7b, 7c [25].

Tabulka 7a: Počty ošetrovacích dnů

	2005	2006		2007		2008		
	absolutně	absolutně	2005 = 100	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100	2005 = 100
			[%]		[%]		[%]	[%]
počet ošetř. dnů v nemocnicích	17 707 825	17 140 868	96,8	16 822 290	98,1	16 078 941	95,6	90,8
počet ošetř. dnů ve spec. ústavech	7 228 306	7 100 226	98,2	6 968 586	98,1	6 747 068	96,8	93,3
počet ošetř. dnů v lázeňských léčebnách	3 255 845	2 909 903	89,4	2 818 764	96,9	2 675 130	94,9	82,2
celkem ošetř. dnů v lůžkových ZZ	28 191 976	27 150 997	96,3	26 609 640	98	25 501 139	95,8	90,5

Tabulka 7b: Počty ošetření na pohotovosti

	2005	2006		2007		2008		
	absolutně	absolutně	2005 = 100	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100	2005 = 100
			[%]		[%]		[%]	[%]
počet ošetření na pohotovosti - dospělí	915 082	870 500	95,1	786 217	90,3	463 092	58,9	50,6
počet ošetření na pohotovosti - děti, dorost	342 851	404 854	118,1	389 482	96,2	291 950	75	85,2
počet ošetření na pohotovosti - stomatologie	187 208	192 697	102,9	187 598	97,4	118 728	63,3	63,4
počet ošetření na pohotovosti celkem	1 445 141	1 468 051	101,6	1 363 297	92,9	873 770	64,1	60,5

Tabulka 7c: Počty ambulantních ošetření

	2005	2006		2007		2008		
	absolutně	absolutně	2005 = 100	absolutně	2006 = 100	absolutně	2007 = 100	2005 = 100
			[%]		[%]		[%]	[%]
počet ambulantních ošetření (bez pohot., bez stomat.)	133 602 027	131 731 976	98,6	128 832 755	97,8	106 968 058	83	80,1
počet ambulantních ošetření stomat. (bez pohot.)	20 955 212	20 441 092	97,5	20 355 980	99,6	19 596 189	96,3	93,5

5.5.3 Vývoj úhrad regulačních poplatků v letech 2008 a 2009

Vývoj úhrad (výběru) regulačních poplatků v letech 2008 a 2009 vykazuje jisté odlišnosti.

Co se týče celkového objemu vybraných regulačních poplatků, činí tyto 5,85, resp. 5,74 mld. CZK. Rozdíl je tedy cca 2 % v neprospěch roku 2009. Z analýzy vnitřní struktury vybraných regulačních poplatků (jejich typů) plyne, že došlo k podstatnému snížení výběru regulačních poplatků u lékaře a zároveň k navýšení tohoto při výběru v souvislosti s návštěvou pohotovosti a položek na receptu. Pokles výběru v souvislosti s návštěvou lékaře souvisí se zrušením úhrad regulačních poplatků především pro děti a mladistvé do 18 let věku.

Významné změny doznal také počet osob, které překročily zákonný limit. Zatímco v roce 2008 se jednalo o 17,6 tis. osob, v roce 2009 to již bylo 363,8 tis. osob.

Veškerá dostupná data k celkovému výběru regulačních poplatků shrnuje Tabulka 8 [35].

Tabulka 8: Vývoj úhrad regulačních poplatků v letech 2008 a 2009

	2008 [tis.CZK]	2009 [tis.CZK]	Index 09 / 08 [%]
Celkově vybráno na regulačních poplatcích	5 848 550	5 740 723	98,1
z toho:			
u lékaře	1 892 884	1 639 965	86,6
za den hospitalizace	1 244 616	1 252 625	100,6
za návštěvu pohotovosti	191 524	202 637	105,8
za položku na receptu	2 519 526	2 645 496	105,0
Počet osob, které překročily zákonný limit	17 621	363 817	2 064,7

5.5.4 Léková politika

Zatímco v roce 2007, tj. před zavedením regulačních poplatků, bylo v České republice dodáno do lékáren, zdravotnických zařízení a prodejcům vyhrazených léčiv celkem 343,1 milionů balení léčivých přípravků, bylo v roce 2008 dodáno 317,7 milionů balení (meziroční pokles 7,4 %) a v roce 2009 celkem 311,9 milionů balení, což ve srovnání s rokem 2008 znamená další meziroční pokles – zde o 1,8 % [37]. Tabulka 9 a Graf 10 ukazují mj. vývoj dodávek léčivých přípravků v letech 2001 – 2009 v počtech balení, z nichž je patrný trvalý vzestup počtu balení do roku 2007 a zároveň zlom, ke kterému došlo v letech 2008 a 2009, tj. po zavedení regulačních poplatků. Tabulka 10 a Graf 13 uvádějí mj. množství distribuovaných léčivých přípravků v letech 2001 – 2009 v počtu balení v meziročních relativních hodnotách. Meziročně (2007 / 2008) došlo ke snížení počtu distribuovaných balení o 7,4 %; meziročně (2008 / 2009) pak ke snížení o 1,8 %. Je tak zjevné snížení počtů distribuovaných balení v obdobích po zavedení regulačních poplatků.

Z pohledu finančního dosáhla hodnota distribuovaných léčivých přípravků v roce 2008 celkem 72,8 miliardy CZK a v roce 2009 celkem 79,8 miliard CZK. Jedná se ovšem o kalkulované – nikoliv reálné(!) – výdaje na léčivé přípravky. Kalkulace byla provedena započtením maximální možné obchodní přírážky k výrobní ceně léčiv. (počítáno s maximální možnou obchodní přírážkou). Meziročně tak finanční výdaje na léčivé přípravky vzrostly o +8,3 % (2008), resp. 9,6 % (2009). Graf 11 znázorňuje dodávky léčivých přípravků v letech 2001 – 2009 ve finančním vyjádření. Pro srovnání je uvedena i cena výrobní (tj. cena ohlašovaná SÚKL distributorem nebo výrobcem) [36].

Vzhledem k tomu, že jak v absolutních číslech, tak v relativních ukazatelích nedošlo ke změně dynamiky procesu zvyšování cen, je nutné konstatovat, že zavedením regulačních poplatků pravděpodobně nemělo podstatný vliv na změnu cenové politiky výrobců, distributorů ani konečných prodejců léčiv. Data jsou mj. vyjádřena v Tabulce 10 a Grafu 14.

K významné změně dynamiky procesu celkové spotřeby léčiv došlo v ukazateli vývoje počtu definovaných denních dávek léčivých přípravků. Zatímco počet DDD kontinuálně roste již od začátku 90. let 20. století, došlo v posledních

letech k jejich poklesu (rok 2008), resp. zachování stavu předcházejícího roku (rok 2009). Příslušná data jsou uvedena v Tabulce 10 a Grafech 12 a 15. Významné je především meziroční snížení DDD v roce 2008, kde došlo ke snížení na úroveň 94,2 % předcházejícího roku [36].

Z údajů SÚKL [36] rovněž plyne, že za předpokladu, že by všechny přípravky dodané distributory do zdravotnických zařízení byly použity pacienti v ČR, činila by průměrná spotřeba léčivých přípravků jedním občanem ČR v roce 2009 29,80 balení s 503,78 DDD, v hodnotě 7 618,45 CZK. Průměrná hodnota výdajů za léčivé přípravky na jednoho občana ČR tak stoupla oproti roku 2008 o 8,72 %.

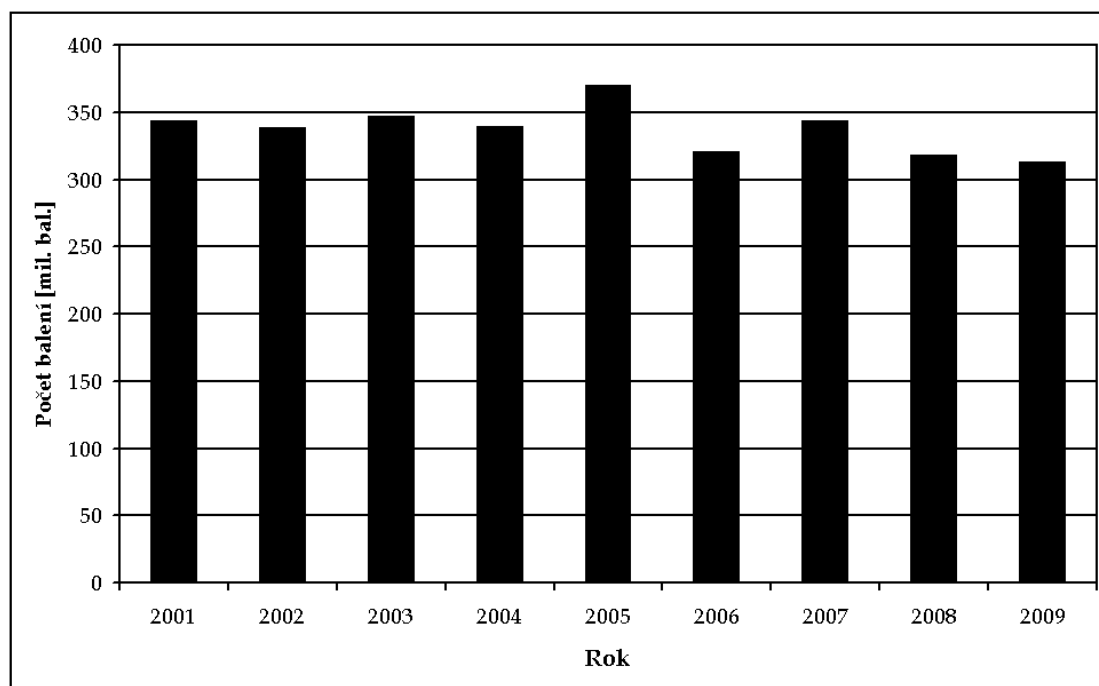
Tabulka 9: Množství distribuovaných léčivých přípravků v letech 2001 - 2009

Rok	Počet balení [mil. bal.]	Cena maximální [mld. CZK]	Cena výrobní [mld. CZK]	Počet DDD [mil. DDD]
2001	342,9	44,2		4 252,7
2002	338,3	48,0		4 398,9
2003	346,0	52,2		4 566,5
2004	338,8	57,0		4 635,4
2005	369,0	64,9	46,8	5 214,0
2006	320,0	59,0	44,5	4 823,6
2007	343,1	67,2	50,1	5 533,3
2008	317,7	72,8	52,9	5 210,4
2009	311,9	79,8	58,2	5 273,0

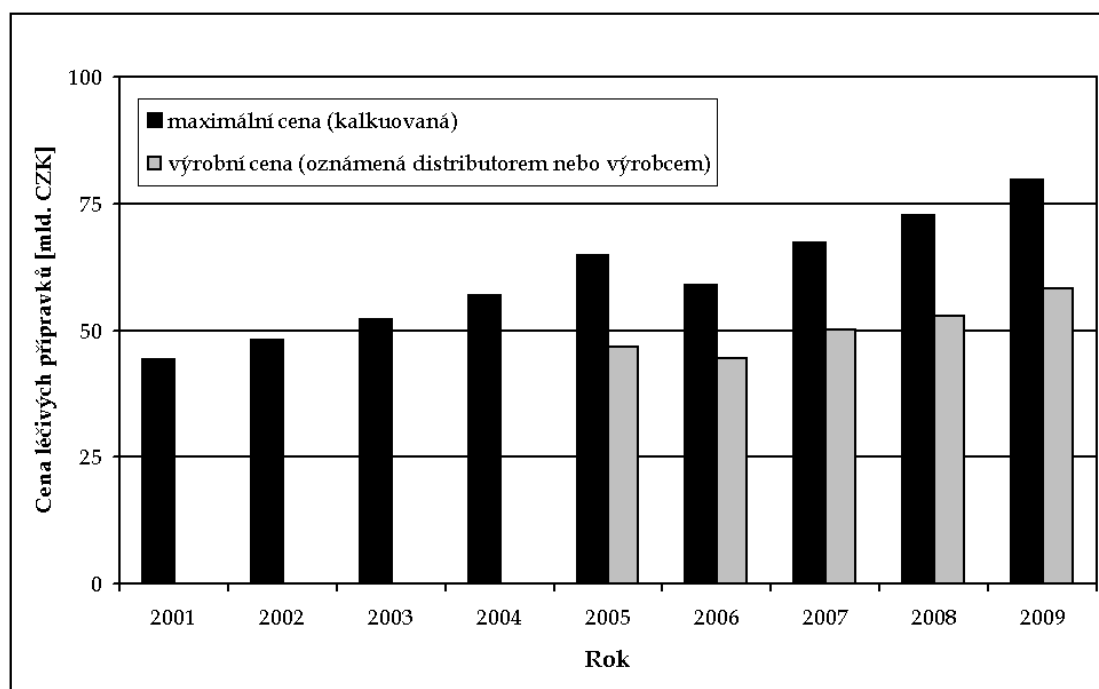
Tabulka 10: Meziroční srovnání distribuce léčivých přípravků v letech 2001 - 2009

Rok	Počet balení; r/r [%]	Cena maximální; r/r [%]	Počet DDD; r/r [%]
2001	100,0	100,0	100,0
2002	98,7	108,6	103,4
2003	102,3	108,7	103,8
2004	97,9	109,1	101,5
2005	108,9	113,9	112,5
2006	86,7	90,9	92,5
2007	107,2	113,9	114,7
2008	92,6	108,3	94,2
2009	98,2	109,6	101,2

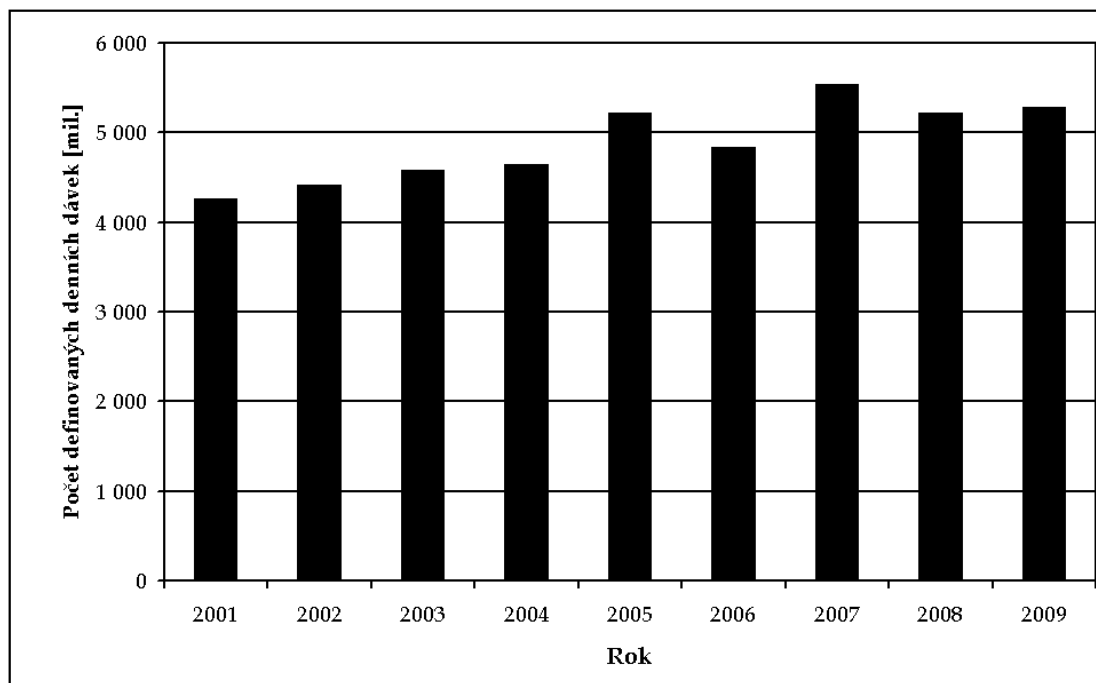
Graf 10: Množství distribuovaných léčivých přípravků v letech 2001 - 2009



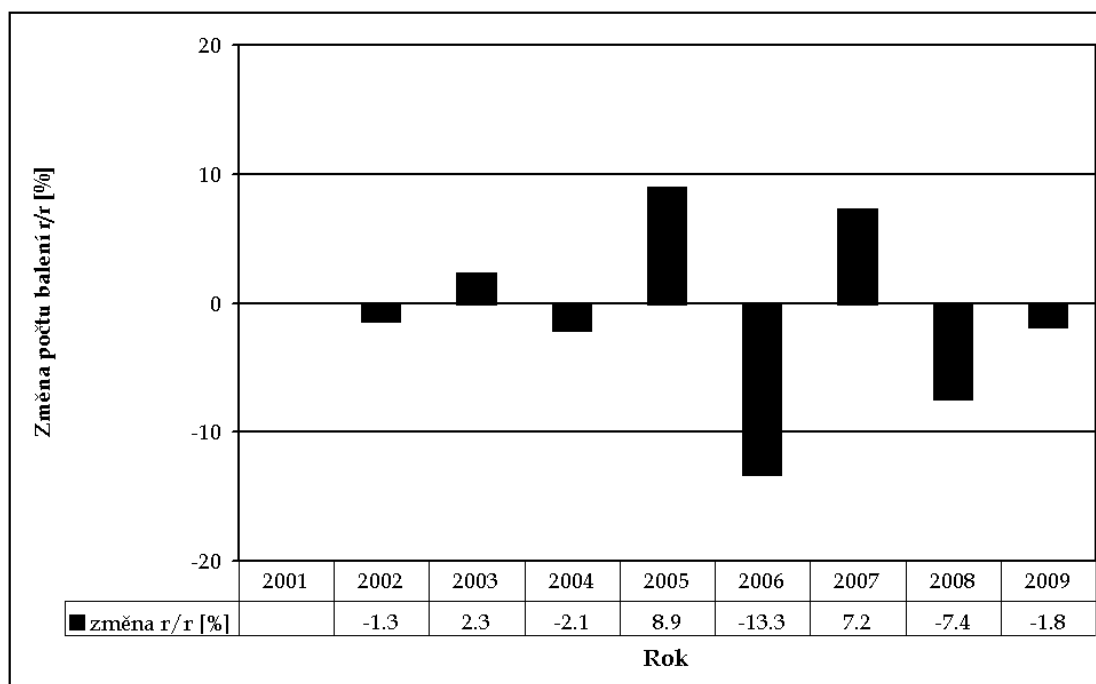
Graf 11: Vývoj celkové ceny léčivých přípravků v letech 2001 - 2009



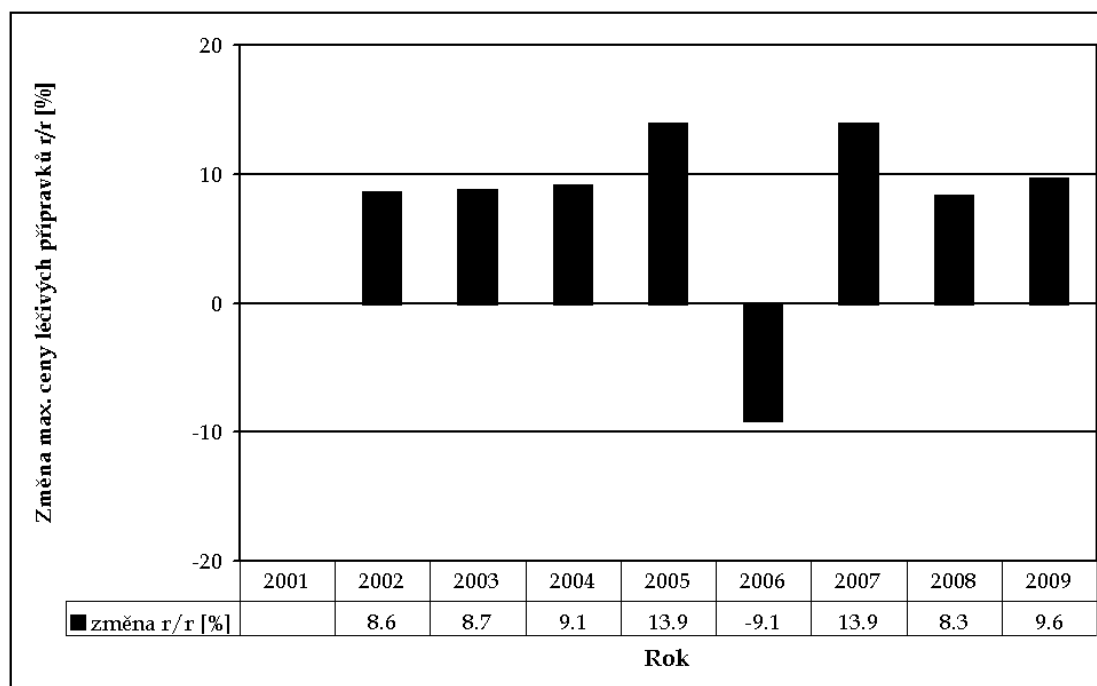
Graf 12: Vývoj počtu definovaných denních dávek léčivých přípravků v letech 2001 - 2009



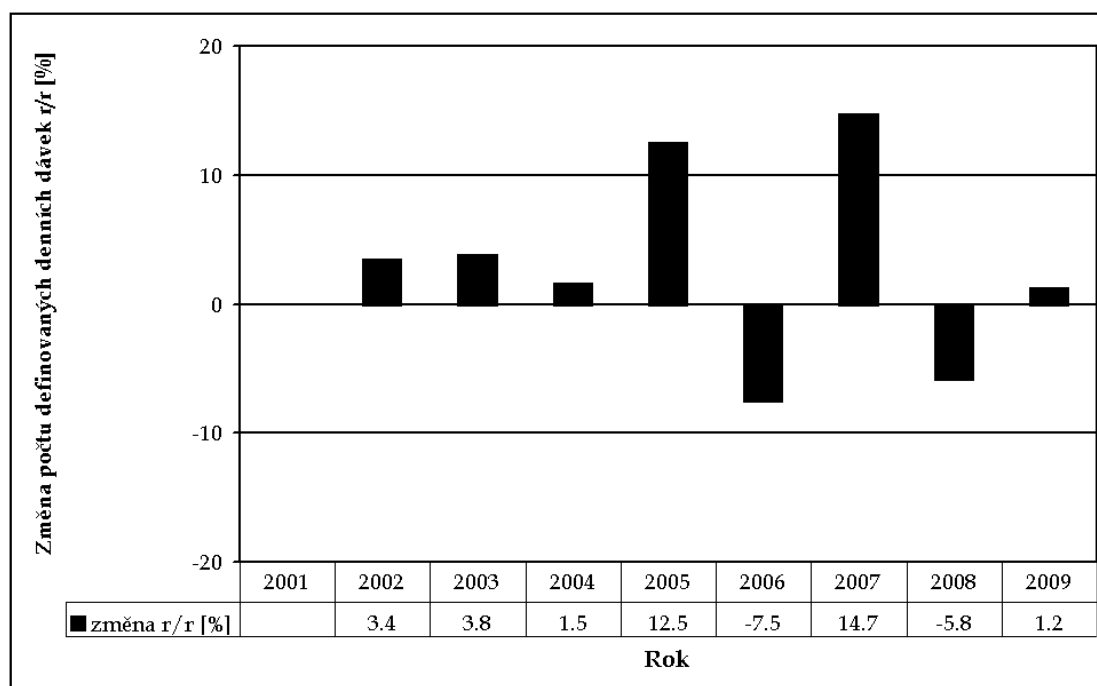
Graf 13: Meziroční změny distribuce léčivých přípravků v letech 2001 - 2009



Graf 14: Meziroční změny cen léčivých přípravků v letech 2001 – 2009



Graf 15: Meziroční změny počtu DDD léčivých přípravků v letech 2001 – 2009



Tabulky 11a, 11b a Graf 16 uvádějí časové řady vývoje počtu receptů a průměrného počtu receptů na jednoho pojištěnce VZP ČR po jednotlivých pololetích, v období od 1. 1. 2007 do 30. 6. 2009. Z časové řady je zřejmé, že v souvislosti se zavedením regulačních poplatků došlo k významnému snížení počtu receptů z 28,8 mil. receptů (I. pololetí 2007) na 20,6 mil. receptů (I. pololetí 2008), resp. 21,7 mil. receptů (I. pololetí 2009). Tato změna (pokles k referenčnímu období o 28,5%, resp. o 24,7 %) se promítá i v průměrném počtu receptů na 1 pojištěnce, přičemž ve shora uvedených obdobích klesla z 4,4 na 3,2; resp. 3,4 receptu na 1 pojištěnce VZP ČR [37].

Tabulka 11a: Vývoj počtu receptů v I. pololetích let 2007 – 2009 (pojištěnci VZP ČR)

		2007 I. pol.	2008 I. pol.	2009 I. pol.
Počet receptů	[mil. Rp.]	28,8	20,6	21,7
Prům. počet receptů / 1 poj.	[Rp.]	4,4	3,2	3,4

Tabulka 11b: Vývoj počtu receptů v II. pololetích let 2007 a 2008 (pojištěnci VZP ČR)

		2007 II. pol.	2008 II. pol.
Počet receptů	[mil. Rp.]	27,3	20,3
Prům. počet receptů / 1 poj.	[Rp.]	4,2	3,1

Z Tabulek 12a, 12b a Grafu 17 je vidět opačný trend co se týče průměrné úhrady za 1 recept a celkových nákladů na léky na recepty v téže skupině pojištěnců.

Z uvedených údajů, podpořených i daty uvedenými v Tabulce 13 a Grafu 18, je zřejmý významný posun vydaných balení v cenovém pásmu „< 100 CZK“ do cenového pásma „500 – 1000 CZK“ a cenových pásem vyšších. V této souvislosti je také potřeba zmínit, že v cenovém pásmu „100 – 500 CZK“ žádná změna prakticky nenastává [37, 38].

Na základě těchto údajů lze učinit zřejmý závěr, že regulační poplatky snížily množství balení s nízkou cenou vydaných na recept, což bylo jedním ze základních cílů, resp. funkcí tohoto typu regulace [38].

Tabulka 12a: Vývoj úhrad receptů v I. pololetích let 2007 – 2009 (pojištění VZP ČR)

		2007 I. pol.	2008 I. pol.	2009 I. pol.
Průměrná úhrada za 1 Rp.	[CZK]	386	520	564
Náklady na léky za Rp.	[mil. CZK]	11 088	10 708	12 253
Prům. náklady na léky na Rp. / 1 poj.	[CZK]	1 683	1 642	1 927

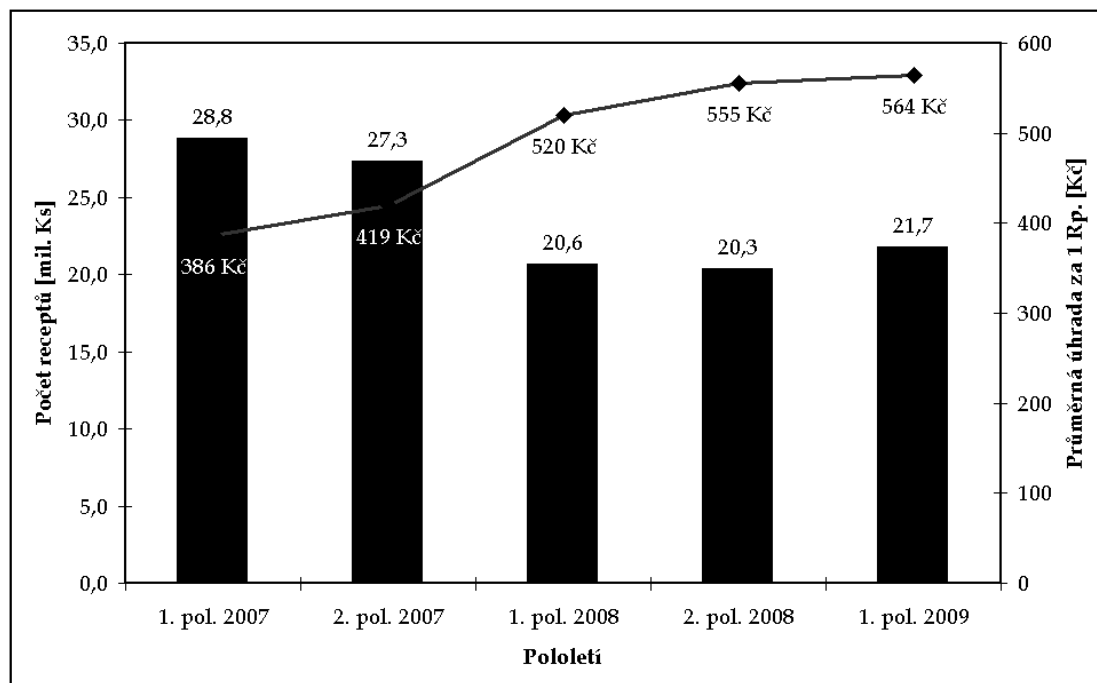
Tabulka 12b: Vývoj úhrad receptů v II. pololetích let 2007 a 2008 (pojištění VZP ČR)

		2007 II. pol.	2008 II. pol.
Průměrná úhrada za 1 Rp.	[CZK]	419	555
Náklady na léky za Rp.	[mil. CZK]	11 452	11 281
Prům. náklady na léky na Rp. / 1 poj.	[CZK]	1 761	1 746

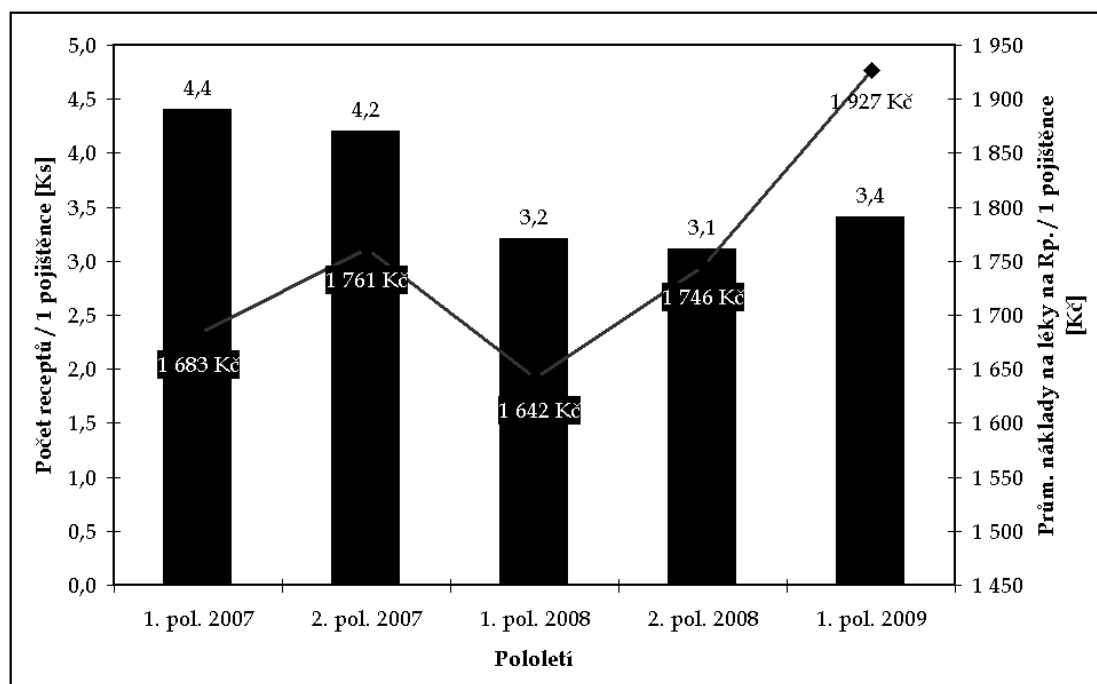
Tabulka 13: Vývoj počtu vydaných balení v rozdělení dle cenových pásem (pojištění VZP ČR)

Úhrada [CZK]	2007 I. pol.	2007 II. pol.	2008 I. pol.	2008 II. pol.	2009 I. pol.
< 100	36 035	35 028	24 802	24 286	24 924
100 – 500	24 791	25 808	22 384	22 765	23 987
500 – 1 000	1 834	2 072	2 157	2 413	2 673
1 000 – 2 000	1 099	1 117	1 132	1 229	1 423
2 000 – 5 000	301	309	313	339	386
> 5 000	64	70	72	80	86

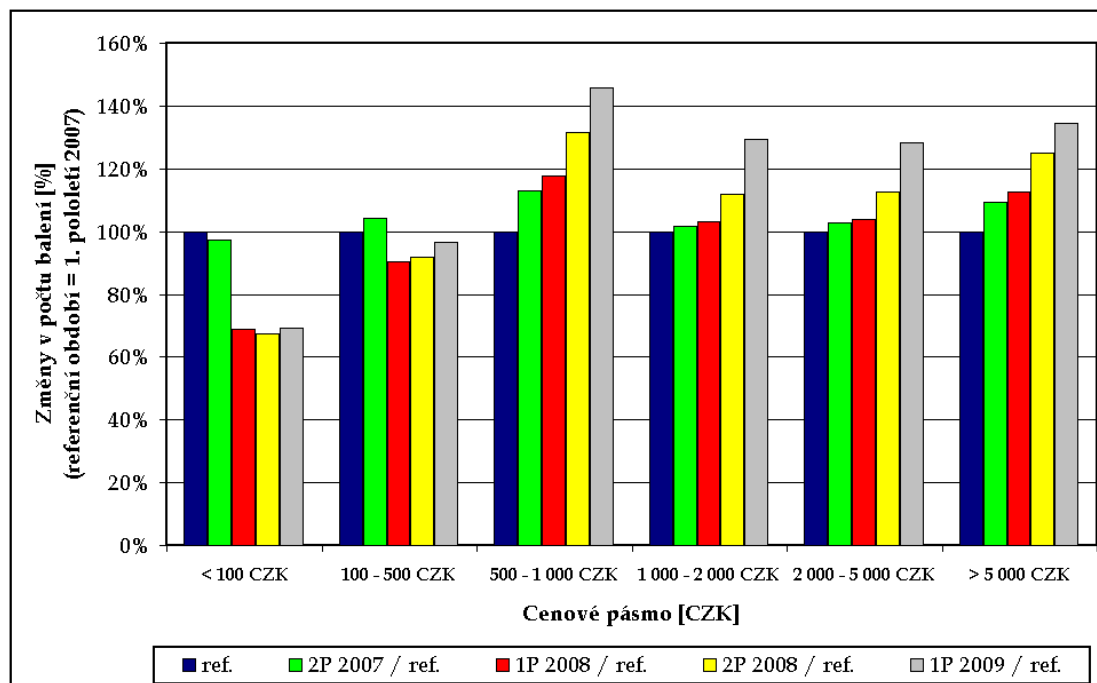
Graf 16: Vývoj počtu receptů a průměrné úhrady za jeden recept (pojištěnci VZP ČR)



Graf 17: Vývoj průměrných nákladů na léky na 1 recept (pojištěnci VZP ČR)



Graf 18: Vývoj počtu vydaných balení v rozdělení dle cenových pásem (pojištěnci VZP ČR)



6 Závěr

Výdaje na zdravotnictví v posledních letech zaznamenávají kontinuální nárůst, a to nejen v České republice. Řešením této situace je pouze zásadní reforma zdravotnického systému. Pokus o takovou reformu provedla v průběhu roku 2007 Vláda ČR v čele s Mirkem Topolánkem. V českém zdravotnictví se objevil nový fenomén – tzv. regulační poplatky. Ty zavedly (s účinností od 1. 1. 2008) povinnost pojištěnců všech zdravotních pojišťoven hradit poplatek spojený s čerpáním zdravotní péče ve všech zdravotnických zařízeních. Od té doby se poplatky jako červená nit linou nejen oblastí zdravotnictví, ale závažně ovlivnily i poměr sil na politické scéně. Některé politické strany využívají jejich nepopulárnosti jako jedno ze svých hlavních témat ve volbách, jiné těží z jejich pozitivních dopadů, které jsou bezpochyby prokázány.

V prvních dvou letech po zavedení regulačních poplatků se naskýtá unikátní možnost sledovat dopady zavedení regulačních poplatků na jednotlivé subjekty v systému zdravotní péče v České republice. Již v prvním roce je možné sledovat pozitivní dopady jejich implementace, a to dokonce z několika hledisek. Zavedením regulačních poplatků došlo k vytvoření úspor, které mohou být použity pro skutečně potřebné pacienty. Lékaři i jiní zdravotničtí pracovníci mohou věnovat více času pacientům, kteří opravdu zdravotní péči potřebují, snížily se počty návštěv u lékaře i čekací lhůty. Poplatky zamezily zřejmému nadužívání lékařské péče a prokázaly mj. svoji regulační funkci. Byl zaveden limit na poplatky a doplátky jako univerzální nástroj ochrany chronicky nemocných pacientů. Poprvé jsou systematicky sbírána data o finanční spoluúčasti potenciálně zranitelných skupin, což umožňuje ochránit je přesně cílenými a účinnými intervencemi. V oblasti spotřeby léků trvá efekt snížení výdajů na levné skupiny léků, který umožnil zdravotním pojišťovnám zlepšit přístup k moderní účinné léčbě, např. ve specializovaných centrech.

Přestože byly vlivy zavedení regulačních poplatků v prvním roce více než optimistické, dochází po volbách do krajských zastupitelstev na podzim roku 2008 k zásadní změně systému jejich úhrady v krajských zdravotnických zařízeních, a to v přímé vazbě na změnu politické orientace krajů. Hejtmani všech krajů mimo Hlavního města Prahy se rozhodli regulační poplatky hradit za své pacienty. Tímto

neodborným, populistickým a bezpochyby prvoplánově politickým zásahem do systému, se výše popsané pozitivní působení regulačních poplatků změnilo. Jejich hlavní funkce, odrážející se i v jejich názvu, tzn. regulovat, byla takto ochromena, neboť pacienti, kteří nechtěli poplatek zaplatit, navštívili krajské zdravotnické zařízení, které jim poplatek, ať už formou darovací smlouvy, či jiného právního aktu, vrátilo nebo refundovalo. Tento krok měl negativní vliv i na lékárny, které nejsou spravovány kraji. Těm se snížily jak počty receptů, tak celkové příjmy a proto byly nuceny i ke zkracování pracovní doby či ke snižování počtu zaměstnanců.

Paradoxně i díky těmto negativním zásahům do fungujícího systému regulačních poplatků implementovaných v českém zdravotnictví, můžeme sledovat jejich mimořádnou roli na poli zdravotnickém, ekonomickém i politickém. S perspektivou nadcházejících voleb v květnu roku 2010 je v současné době těžké domýšlet, jak budou poplatky dále ovlivňovat zdravotnictví v naší zemi, avšak momentálně lze s určitostí konstatovat, že regulační poplatky zpřístupnily dříve nedostupnou a nákladnou zdravotní péči, zkrátily čekací lhůty u lékařů i lhůty na plánované operace, zvýšily financování záchranné zdravotnické služby a zamezily zneužívání lékařské služby první pomoci. Regulační poplatky takto zcela jistě plní svoji regulační funkci, přinášejí do zdravotnictví potřebné finance a tím zajišťují spotřebitelům zdravotnických služeb, resp. pacientům, zvýšenou dostupnost zdravotní péče a větší komfort.

7 Literatura a ostatní informační zdroje

- [1] Topolánek M, Nečas P. Reforma veřejných financí 2007 – 2010 [online]. Dostupné na WWW: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IXY6Sqq6y3gJ:www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Reforma_verejnych_financi_ppt.ppt+reforma+verejn%C3%BDch+financi&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a>
- [2] Český statistický úřad ČR. Česká republika: Hlavní makroekonomické ukazatele [online]. Dostupné na WWW: <www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>
- [3] Papeš Z, Ulrich M. Zdravotnická ekonomika (úvod). Univerzita Palackého v Olomouci, 2002.
- [4] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008 [online]. Dostupné na WWW: <www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomick%E9%20informace®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>
- [5] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Data Presentation System. <<http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>>
- [6] CEVRO – Liberálně konzervativní akademie. Reforma zdravotnictví. Cevro 08/2008. Datum vydání 15. 4. 2008 [online]. Dostupné na WWW: <www.cevro.cz/dwn/198260/201439_D_cs_14denik_2008_08.pdf>
- [7] Návrhy věcných záměrů zákonů [online]. Dostupné na WWW: <www.szpcr.cz/index.php?c=reforma>
- [8] Ústavní soud České republiky. Nález ve věci Pl ÚS 1/08 – návrh na zrušení zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, oblast zdravotnictví [online]. Dostupné na WWW: <<http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=58756&pos=3&cnt=5&typ=result>>
- [9] CEVRO – Liberálně konzervativní akademie. Zdravotnické poplatky po zavedení. CEVRO 06/2009, Praha, 2009.
- [10] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků

- a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely – znění platné od 1.4.2009. [online]. Dostupné na WWW: <http://mzcr.cz/Odbornik/obsah/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1197_3.html>
- [11] Rada Moravskoslezského kraje. Usnesení z 6. schůze rady kraje konané dne 21. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/usnesenir.html?s=6&t=r&d=2009-01-21>>
- [12] Rada Zlínského kraje. Výpis usnesení z 2. zasedání dne 19. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?docid=84301&doctype=ART&nid=2644&cpi=1>>
- [13] Rada Olomouckého kraje. Usnesení z 5. schůze Rady Olomouckého kraje konané dne 22. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://www.kr-olomoucky.cz/OlomouckyKraj/Rada+Olomouck%C3%A9ho+kraje/Usnesen%C3%AD+ROK/Usnesen%C3%AD+ROK_CZ.htm?lang=CZ>
- [14] Rada Jihomoravského kraje. Výpis usnesení z 10. schůze Rady Jihomoravského kraje konané dne 29. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?PubID=56638&TypeID=1>>
- [15] Rada kraje Vysočina. Zápis ze zasedání rady kraje č. 03/2009 konané dne 20. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://extranet.kr-vysocina.cz/samosprava/index.php?akce=rada_zapis_read&rada=3&rok=2009>
- [16] Rada Pardubického kraje. Usnesení rady Pardubického kraje R/89/09 ze zasedání č. 5 konaného dne 29. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.pardubickykraj.cz/meeting.asp?thema=3683&category=885&item=53804>>
- [17] Rada Královéhradeckého kraje. Usnesení z 3. (mimořádné) schůze Rady Královéhradeckého kraje konané dne 26. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <[http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/volene-organy/rada/usneseni-rady/usneseni-z-3 – mimoradne-schuze-rady-kralovehradeckeho-kraje-konane-dne-26-01-2009 – 25852/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/volene-organy/rada/usneseni-rady/usneseni-z-3-mimoradne-schuze-rady-kralovehradeckeho-kraje-konane-dne-26-01-2009-25852/)>
- [18] Rada Libereckého kraje. Usnesení č. 88/09/RK z 2. zasedání rady kraje dne 20. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <<http://www2.kraj-lbc.cz/index.php?page=4089&dt=1232406000&id=88/09/RK&z=2&utv=2&strana=>>>

- [19] Bém P. Prohlášení primátora hl. města Prahy Pavla Béma k situaci ve zdravotnictví ze dne 2. 2. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://magistrat.praha-mesto.cz/79331_Prohlaseni-primatora-hl-mesta-Prahy-Pavla-Bema-k-situaci-ve-zdravotnictvi>
- [20] Rada střeďočeského kraje. Usnesení č. 026-35/2008/RK ze dne 08.12.2008 [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/samosprava/rada/usneseni-rady.htm>>
- [21] Zastupitelstvo Ústeckého kraje. Usnesení č. 13/3Z/2009 ze dne 28. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://www.kr-ustecky.cz/vismo/zobraz_dok.asp?id_org=450018&id_ktg=98262&archiv=0&p1=94806&p2=1>
- [22] Rada Jihočeského kraje. Usnesení č. 41/2009/RK ze 6. schůze Rady kraje dne 20. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=413&par\[lang\]=CS&par\[id_org\]=2&par\[rok\]=2009&par\[sign\]=%3C=>](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=413&par[lang]=CS&par[id_org]=2&par[rok]=2009&par[sign]=%3C=>)>
- [23] Zastupitelstvo Plzeňského kraje. Usnesení ze dne 30. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://iusneseni.kr-plzensky.cz/iU_Internet/hledani.php>
- [24] Rada Karlovarského kraje. Usnesení č. RK 52/01/09 ze 12. jednání Rady kraje dne 27. 1. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://www.kr-karlovarsky.cz/kraj_cz/karlov_kraj/dokumenty/rada_zastupitelstvo/seznam_rada/usn_r2009.htm>
- [25] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Aktuální informace ÚZIS č. 63 ze dne 20. 11. 2009 – Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005–2008. ÚZIS, Praha, 2009.
- [26] Sdružení praktických lékařů. Otevřený dopis zástupců zdravotníků k regulačním poplatkům ze dne 30. 5. 2008, Praha [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.splcr.cz/default.aspx/cz/spol/sssppplll/default/menu/rootclanky/testovacislozka?Id=451>>
- [27] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Tisková zpráva ze dne 11. 3. 2009 [online]. Dostupné na WWW: <<http://mzcr.cz/dokumenty/tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby->

- vazne-nemocnych_1259_868_1.html>
- [28] Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Výroční zpráva 2008. VZP ČR, Praha, 2009.
- [29] Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR. Výroční zpráva 2008. ZPMV, Praha, 2009.
- [30] Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Výroční zpráva 2008. OZP, Praha, 2009.
- [31] Vojenská zdravotní pojišťovna ČR. Výroční zpráva 2008. VOZP, Praha, 2009.
- [32] Revírní bratrská pokladna Zdravotní pojišťovna. Výroční zpráva 2008. RBP-ZP, Slezská Ostrava, 2009.
- [33] Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance. Výroční zpráva 2008. ZP-MA, Kladno, 2009.
- [34] Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR. Názory občanů na zdravotní péči v ČR [online]. Dostupné na WWW: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100998s_oz100126.pdf>
- [35] Ministerstvo zdravotnictví ČR (autor Šebor V). Informace získaná dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, dne 22. 4. 2010.
- [36] Kolektiv autorů. Spotřeba léčiv v České republice v r. 2009 (dodávky léčiv do zdravotnických zařízení a prodejcům vyhrazených léčiv). SÚKL [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.sukl.cz/4-ctvrtleti-a-za-cely-rok-2009>>
- [37] Ambrožová M. Finanční krize - hrozba i příležitosti pro české zdravotnictví. 9. Česko-slovenská konference INMED 2009 [online]. Dostupné na WWW: <http://www.inmed.eu/prednasky/2_8.pdf>
- [38] Mátl M. Poplatek je nedílná součást ceny. ČLek [online]. Dostupné na WWW: <http://www.lekarnici.cz/getattachment/Pro-verejnost/Informace-pro-verejnost/Vztah-regulacniho-poplatku-k-cene-leciv/Vztah_regulacniho_poplatku_k_cene_leciv_prezentace.pdf.aspx>

8 Seznam tabulek

- Tabulka 1: Přehled regulačních poplatků ve FN (v mil. CZK)
- Tabulka 2: Přehled vybraných regulačních poplatků a objem finančních darů (dotací) v krajích ČR v roce 2009
- Tabulka 3: Změny poptávky po ambulantních zdravotních službách v roce 2008
- Tabulka 4: Objem regulačních poplatků a započitatelných doplatků vykázaných zdravotnickými zařízeními v některých zdravotních pojišťovnách
- Tabulka 5: Názory občanů na regulační poplatky ve zdravotnictví – meziroční srovnání
- Tabulka 6: Změny poptávky po ambulantních zdravotních službách v roce 2008
- Tabulka 7: Celkový finanční dopad zavedení regulačních poplatků v roce 2008
- Tabulka 7a: Počty ošetřovacích dnů
- Tabulka 7b: Počty ošetření na pohotovosti
- Tabulka 7c: Počty ambulantních ošetření
- Tabulka 8: Vývoj úhrad regulačních poplatků v letech 2008 a 2009
- Tabulka 9: Množství distribuovaných léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Tabulka 10: Meziroční srovnání distribuce léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Tabulka 11a: Vývoj počtu receptů v I. pololetích let 2007 - 2009 (pojištěnci VZP ČR)
- Tabulka 11b: Vývoj počtu receptů v II. pololetích let 2007 a 2008 (pojištěnci VZP ČR)
- Tabulka 12a: Vývoj úhrad receptů v I. pololetích let 2007 - 2009 (pojištěnci VZP ČR)
- Tabulka 12b: Vývoj úhrad receptů v II. pololetích let 2007 a 2008 (pojištěnci VZP ČR)
- Tabulka 13: Vývoj počtu vydaných balení v rozdělení dle cenových pásem (pojištěnci VZP ČR)

9 Seznam grafů

- Graf 1: Vývoj HDP v ČR (1997 - 2008)
- Graf 2: Vývoj HDP v ČR - meziroční srovnání (1997 - 2008)
- Graf 3: Vývoj státního dluhu (1997 - 2008)
- Graf 4: Predikce vývoje mandatorních výdajů a příjmů státního rozpočtu
- Graf 5: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví (1997 - 2008)
- Graf 6: Podíl soukromých a veřejných výdajů na zdravotnictví (1997 - 2008)
- Graf 7: Vývoj počtu obyvatel ČR (1997 - 2008)
- Graf 8: Vývoj počtu obyvatel starších 65 let (1997 - 2008)
- Graf 9: Vývoj počtu obyvatel mladších 14 let (1997 - 2008)
- Graf 10: Množství distribuovaných léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Graf 11: Vývoj celkové ceny léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Graf 12: Vývoj počtu definovaných denních dávek léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Graf 13: Meziroční změny distribuce léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Graf 14: Meziroční změny cen léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Graf 15: Meziroční změny počtu DDD léčivých přípravků v letech 2001 - 2009
- Graf 16: Vývoj počtu receptů a průměrné úhrady za jeden recept (pojištění VZP ČR)
- Graf 17: Vývoj průměrných nákladů na léky na 1 recept (pojištění VZP ČR)
- Graf 18: Vývoj počtu vydaných balení v rozdělení dle cenových pásem (pojištění VZP ČR)

10 Zkratky

AV ČR	Akademie věd České republiky
CZK	Česká koruna; měna v ČR
ČLek	Česká lékárnická komora
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická; aktuálně nejsilnější levicová politická strana v ČR
DDD	definovaná denní dávka léčivých přípravků (hodnota stanovovaná WHO pro každou účinnou látku léčivých přípravků)
FNB	FN Brno
FNBu	FN Na Bulovce
FNHK	FN Hradec Králové
FNKV	FN Královské Vinohrady
FNM	FN v Motole
FNO	FN Ostrava
FNOL	FN Olomouc
FNP	FN Plzeň
FNUSA	FN u Sv. Anny v Brně
FTNsP	Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
KDU-ČLS	Křesťansko-demokratické unie - Československá strana lidová; středo-levicová křesťanská politická strana v ČR
KSČM	Komunistická strana Čech a Moravy; extrémistická levicově-marxistická politická strana
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky; organizační složka státu
ODS	Občanská demokratická strana; aktuálně nejsilnější středo-pravicová politická strana v ČR
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PS PČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky

RBP ZP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
RP	regulační poplatek
Rp.	recept; poukaz na výdej léčivého přípravku vystavený ošetřujícím lékařem
S PČR	Senát Parlamentu České republiky
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZ	Strana zelených; ekologicky orientovaná ("zelená") politická strana v ČR
TOP 09	Tradice, Odpovědnost, Prosperita; pravicová politická strana v ČR
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky; organizační složka státu zřizovaná MZ ČR
VFN	Všeobecná FN v Praze
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP MV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
ZÚLP	zvlášť účtovaný léčivý přípravek

11 Jmenný rejstřík

Bém, Pavel, MUDr.	primátor Hl. města Prahy (od 2002); člen ODS
Duchoň, František, JUDr.	soudce Ústavního soudu ČR (od 2002)
Filip, Vojtěch, JUDr.	poslanec (od 1996) a místopředseda PS PČR (od 1998); předseda ÚV KSČM (od 2005); vědomý spolupracovník StB; člen KSČM
Filipiová, Daniela, Ing. Arch.	ministřyně zdravotnictví ČR (2009); senátorka S PČR (od 2000); členka ODS
Hašek, Michal, Mgr.	poslanec PS PČR (od 2002); hejtman Jihomoravského kraje (od 2008); člen Správní rady VZP; člen ČSSD
Holländer, Pavel, Prof. JUDr., DrSc.	místopředseda Ústavního soudu ČR (od 2003); soudce Ústavního soudu ČR (1993 - 2003)
Julínek, Tomáš, MUDr., MBA	ministr zdravotnictví ČR (2006 - 2009); senátor S PČR (od 1998); člen ODS
Klaus, Václav, Prof. Ing., CSc.	prezident republiky (od 2003); předseda PS PČR (1998 - 2002); předseda vlády (1992 - 1998); bez politické příslušnosti
Marková, Soňa, Mgr.	poslankyně PS PČR (od 2002); členka KSČM
Nečas, Petr, RNDr.	poslanec (od 1992), ministr práce a sociálních věcí (2006 - 2009); volební leader ODS pro volby do PS PČR v roce 2010, člen ODS
Nykodým, Jiří, JUDr.	soudce Ústavního soudu ČR (od 2003)
Paroubek, Jiří, Ing.	ministr pro místní rozvoj (2004 - 2005); předseda Vlády ČR (2005 - 2006); předseda ČSSD (od 2006); poslanec PS PČR (od 2006); člen ČSSD
Rath, David, MUDr.	hejtman Středočeského kraje (od 2008); poslanec PS PČR (); ministr zdravotnictví ČR (2005 - 2006); prezident ČLK (1998 - 2005); člen ČSSD

Sobotka, Přemysl, MUDr.	předseda S PČR (od 2004); senátor S PČR (od 1996); člen ODS
Šnajdr, Marek, Bc.	1. náměstek ministra zdravotnictví (2006 - 2010); předseda Správní rady VZP ČR (2007 - 2010); zaměstnanec farmaceutických společností MSD a Pfizer (1999 - 2006); člen ODS
Šojdrová, Michaela, Ing.	poslankyně PS PČR (od 1996); členka KDU-ČSL
Topolánek, Mirek, Ing.	senátor (od 1996); předseda vlády ČR (2006 - 2009); předseda ODS (2002 - 2010); člen ODS
Wagnerová, Eliška, JUDr., Ph.D.	místopředsedkyně Ústavního soudu ČR (od 2002)

12 Příloha

Příloha uvádí úplný text § 16a, § 16b zákona č. 48/1997 Sb. po novele zavádějící regulační poplatky:

§ 16a

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši

a) 30 CZK za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření^{27a)} (dále jen "návštěva") u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,

2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,

3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3),

b) 30 CZK za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 CZK za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 CZK za vydání^{27b)} 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,

e) 90 CZK za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

1. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,

2. ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek^{27c)} a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,

f) 60 CZK za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém

bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění.

Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až f) se neplatí

a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech^{27d}), ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy^{27e}),

b) při ochranném léčení nařízeném soudem,

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^{27f}),

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^{27g}), ne starším 30 dnů.

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),

b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm.

b) a d),

c) hemodialýzu,

d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření^{27a}),

e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

(4) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

(5) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s

uvedením čísla pojištěnce (§ 40 odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.

(6) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(7) Zařízení lékárenské péče je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1 písm. d), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek popřípadě doplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.

(8) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 CZK. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§16b

Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 CZK, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada stanovená podle § 17 je nižší než 30 % maximální ceny²⁴) a částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započitatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(2) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 6 a 7, limit podle odstavce 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo

jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu regulačních poplatků a doplatků za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 6 a 7, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku podle věty první nebo druhé, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhla 50 CZK, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

(3) Při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle odstavce 2. Částku podle odstavce 2 uhradí pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Zdravotní pojišťovna uvedená ve větě druhé oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně uvedené ve větě druhé do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky.