

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Dopady regulačních poplatků ve zdravotnictví na veřejné zdravotní  
pojištění**

Disertační práce

v oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky  
dětí, dospělých a seniorů

**Autor:** JUDr. Věra Pražmová

**Školitel:** prof. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D.

červenec 2014

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Dopady regulačních poplatků ve zdravotnictví na veřejné zdravotní pojištění vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9.7.2014

JUDr. Věra Pražmová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat svému školiteli prof. JUDr. Vilému Kahounovi, Ph.D. za odborné rady a podporu při psaní této práce. Děkuji dále své rodině a všem, kteří mě při psaní práce podporovali.

JUDr. Věra Pražmová

## **Abstrakt**

Veřejné zdravotní pojištění funguje v České republice již více než dvacet let. Za toto období vzniklo mnoho návrhů na reformu zdravotnictví, které měly udržet růst nákladů na zdravotní péči a na druhé straně neomezit kvalitu a dostupnost zdravotní péče pro pacienty. Součástí reformy zdravotnictví bylo i zavedení regulačních poplatků, které měly jednak omezit poptávku po zdravotní péči a tím regulovat spotřebu zdravotních služeb a dále přinést do zdravotnictví další soukromé zdroje.

Cílem disertační práce bylo zjistit, zda zavedené regulační poplatky ovlivnily počet návštěv pacientů u lékaře a také, zda měly dopad na výši nákladů na zdravotní péči.

V teoretické části disertační práce autorka popisuje zdravotnické systémy některých evropských zemí, a to zejména z pohledu spoluúčasti pacienta na úhradě zdravotní péče. Větší pozornost je pak věnována systému financování zdravotní péče v České republice. V práci jsou podrobně charakterizovány jednotlivé druhy regulačních poplatků včetně změn v právní úpravě, kterými za dobu do svého zavedení prošly. Na základě údajů zdravotních pojišťoven autorka sumarizuje částky za jednotlivé typy poplatků, které pojištěnci všech zdravotních pojišťoven zaplatily od doby jejich zavedení do roku 2012.

V praktické části práce autorka analyzovala a statisticky zpracovala data jedné z poboček zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a na souboru těchto dat sleduje vývoj průměrného počtu návštěv na jednoho pojištěnce ve vybraných odbornostech ambulantní péče v roce 2007 – tedy před zavedením poplatků a porovnává jej s průměrným počtem návštěv po zavedení poplatků, tedy za období let 2008 -2013.

Byl sledován vývoj počtu návštěv u celkem 22 odborností ambulantní péče. Získané výsledky autorka statisticky vyhodnotila pomocí tzv. jednovýběrového jednostranného t-testu.

Dále byl sledován i vliv regulačních poplatků na náklady zdravotní péče v jednotlivých sledovaných odbornostech. Obdobně jako u počtu návštěv autorka

porovnává průměrné náklady na jednoho pojištěnce ve vybraných odbornostech před zavedením poplatků, tj. v roce 2007 a po jejich zavedení.

Práce podává ucelený přehled o dané problematice a může být využita jako podkladový materiál pro další úvahy o regulačních opatřeních ve zdravotnictví.

## **Abstract**

The Public health insurance system in the Czech Republic was established more than 20 years ago. During this period, the public health insurance system has gone through many transformations. A lot of reform proposals have been submitted with the aim of keeping the increase of healthcare expenses under control but simultaneously not limiting the quality and the accessibility of healthcare. The introduction of the regulatory fees was a part of the healthcare reformation and its purpose was to reduce the demand for healthcare and thus regulate the consumption of health services. Secondly, the regulatory fees should bring private funds into healthcare system.

In the theoretical part of the research, the author describes healthcare systems of several European countries mainly from the point of view of cost sharing by patients. The funding of healthcare in the Czech Republic is then evaluated in more detail. The research characterises all the types of regulatory fees including all the legal changes they have undergone prior to their implementation. The author summarizes the amounts of funds received from the different types of fees which patients have paid since the introduction of regulatory fees in 2012 on the basis of data received from health insurance companies.

In the practical part of the research, the author analyses and statistically processes data which were taken from one specific bureau of employee health insurance company. On the basis of this data, the author maps the development of average visits of healthcare institutions per patient in the chosen fields of ambulant care specializations. The author compares the number of average visits in 2007, which is the year before the introduction of regulatory fees, with the number of average visits after the regulations implementation that means during the 2008-2013 period.

The aim was to discover whether the fees had any effect on the amount of healthcare services and whether they led to decrease in the number of patients' visits (at the doctor). The development of the number of patients' visits was studied in 22 different fields of ambulatory specialization in total. The collected results have been statistically processed using one sample, one-tailed T test.

Furthermore, the influence of fees on the healthcare expenses was surveyed in the respective ambulatory fields. In the similar manner as with the patients' visits, the author compares the average expenses per one patient before the introduction of regulatory fees in 2007 with the average value after the implementation of regulatory fees to the healthcare system.

The research offers a comprehensive overview of these issues and can be used as a basic material for further research about regulatory fees and patient cost sharing in healthcare.

## Obsah

ÚVOD.....	9
1 Zdravotnické systémy a jejich charakteristika .....	11
1.1 Modely statutárního zdravotního pojištění .....	11
1.2 Privátní zdravotní pojištění .....	13
2 Financování zdravotní péče ve vybraných zemích.....	19
2.1 Nizozemsko .....	21
2.2 Německo .....	25
2.3 Francie.....	32
2.4 Rakousko .....	36
2.5 Velká Británie .....	39
2.6 Slovensko .....	43
2.7 Česká republika .....	49
2.7.1 Regulační poplatky .....	54
2.7.2 Osvobození od regulačních poplatků.....	62
2.7.3 Ochranný limit.....	67
3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	73
3.1 Cíle práce.....	73
3.2 Hypotézy .....	73
4 METODIKA.....	73
4.1 Použité metody výzkumu a charakteristika výběrového souboru.....	73
4.1.1 Návštěvy.....	75
4.1.2 Náklady.....	79
5 VÝSLEDKY .....	80
5.1 Návštěvy.....	80
5.2 Náklady.....	97
5.2.1 Náklady na léky vydané na recepty.....	112
6 DISKUZE.....	115
7 ZÁVĚR.....	131
8 Seznam použité literatury: .....	132
9 KLÍČOVÁ SLOVA.....	141
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	142



## ÚVOD

Zdraví patří k základním lidským hodnotám, od nichž se odvíjí hodnoty ostatní. Není však pouze zájmem jednotlivce, na zdraví občanů má zájem také stát, protože pouze zdravá populace je klíčem k ekonomickému i společenskému růstu. Je proto cílem zdravotní politiky snad všech zemí světa podporovat zdraví svých obyvatel. Uvádí se, že zdravotnické systémy, jejich efektivnost a kvalita poskytovaných služeb ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva jen z 15%,<sup>1</sup> přesto je systém zdravotní péče zajišťující kvalitní, široce dostupné zdravotní služby základem pro naplnění shora uvedeného cíle.

Snahou vlád většiny států je zajistit kvalitní a dostupnou zdravotní péči pro co nejširší skupinu obyvatel a zároveň udržet finanční stabilitu systému. Politické aspekty jsou společně s ekonomickými aspekty pro zdravotnictví zásadní. Politika určuje rozhodovací pravomoci tvůrcům, jež jednají o výsledcích, zatímco ekonomika určuje jaké prostředky jsou k dispozici a jak jsou rozdělovány. Otázka finanční udržitelnosti systému je v posledních letech stále palčivější. Je dána především změnami v demografickém vývoji, ale také měnicími se preferencemi a nároky na zdravotní péči i přílivem nových technologií, kvalitnějších, ale také výrazně dražších léčebných a diagnostických metod i léčiv. Z makroekonomického hlediska hraje významnou roli současná ekonomická situace. Veřejné zdravotní systémy se potýkají s finančními problémy téměř ve všech zemích světa.

I Česká republika se problémem financování zdravotnictví dlouhodobě zabývá. V posledních letech dochází k tomu, že příjmy plynoucí do systému veřejného zdravotního pojištění, které je rozhodujícím zdrojem úhrad zdravotní péče, rostou pomaleji, než výdaje na tuto péči. Zdravotní pojišťovny proto musí sahat do svých rezerv vytvořených v minulosti, i ty se však povážlivě krátí.

Proto se Česká republika i většina evropských a mimoevropských zemí snaží zdravotnictví reformovat. Snaží se jej zefektivnit, regulovat poptávku po zdravotních službách tak, aby tyto nebyly poskytovány a hrazeny zbytečně, ale aby na druhé straně byl

---

<sup>1</sup> VEPŘEK, J. VEPŘEK, P. JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.

širokým vrstvám obyvatel umožněn přístup ke zdravotní péči, aby zdravotní péče byla dostupná, ale zároveň kvalitní.

Jedna část reformních opatření v ČR má za cíl do systému přivést více finančních zdrojů a to jak soukromých tak veřejných (zvyšování platby za státní pojištěnce), další směřuje k posílení práv pacientů i poskytovatelů. Za účelem zvýšení podílu soukromých zdrojů plynoucích do zdravotnictví byly v roce 2008 zavedeny v České republice regulační poplatky. Důvodem byla snaha regulovat náklady na veřejné zdravotní pojištění a vést pacienty k tomu, aby lékaře navštěvovali ve skutečně odůvodněných případech. V neposlední řadě bylo cílem zvýšit příjmy provozovatelů zdravotnických zařízení ze zdrojů mimo veřejné zdravotní pojištění.

V teoretické části práce autorka popisuje zdravotnické systémy ve vybraných evropských zemích, a to zejména z pohledu spoluúčasti pacienta a tedy soukromých zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Větší pozornost je pak věnována vývoji právní úpravy regulačních poplatků v České republice.

Následuje praktická část, kdy na datech největší zaměstnanecké zdravotní pojišťovny bude analyzován vliv zavedení regulačních poplatků na návštěvy u lékaře a na náklady za zdravotní péči.

## 1 Zdravotnické systémy a jejich charakteristika

Zdravotnické systémy jednotlivých zemí jsou značně ovlivněny hodnotami uznávanými v dané společnosti a odrážejí hluboce zakořeněná očekávání občanů. Některé společnosti vnímají zdravotnické služby jako kolektivní statky, neboť všichni občané profitují z toho, obdrží-li jedinec potřebnou preventivní a léčebnou péči. Jedná se zde o solidaritu, kdy náklady na péči jsou záměrně rozdělovány od mladých ke starým, od bohatých k chudým a od zdravých k nemocným, aby všichni dostali potřebnou péči. Jiné společnosti jsou orientovány tržně, zdravotní péče je zde stále více chápána jako zboží, které má být na trhu nakupováno a prodáváno. Trh má být brzdou nárůstu výdajů ve zdravotnictví. Přestože na toto téma probíhají časté diskuze, čistě tržní cestou zdravotnictví se zatím nevydala žádná evropská země.<sup>2</sup> V závislosti na uvedeném faktu, jsou zdroje úhrady zdravotní péče různé. Mohou to být přímé platby pacientů, charitativní zdroje nebo prostředky z účelového zdravotního spoření. Ve většině vyspělých států však převažují zdroje založené na sdílení rizika – ať už z pojistných, vládních či jiných veřejných fondů. Sdílení rizika je základním principem zdravotního pojištění. Podle míry dobrovolnosti účasti rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění: statutární a privátní.

### 1.1 Modely statutárního zdravotního pojištění

Statutární zdravotní pojištění je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo alespoň pro určité skupiny obyvatelstva. V jednotlivých zemích se modely statutárního zdravotního pojištění od sebe liší, přesto však lze rozeznat dva základní modely statutárního zdravotního pojištění: Beveridgeův a Bismarkův.

Beveridgeův model zdravotnictví je financovaný ze všeobecných daní a jeho typickým představitelem je národní zdravotní služba (National Health Service) ve Velké Británii. Pro tento model je charakteristické univerzální pojistné krytí populace a poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně

---

<sup>2</sup> MICHALENKOVÁ, A. *Komparace procesu reformy zdravotnictví v ČR a v SR*. 2006. diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA BRNO. Ekonomicko-správní fakulta.

vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou vlastnickou formou. Za krajní formu Beveridgeova modelu lze považovat financování zdravotní péče v bývalých socialistických zemích (tzv. Semaškův model). Za formu modelu Beveridge je považován i Douglasův model národního zdravotního pojištění, který se používá v Austrálii a Kanadě a je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování zdravotní péče na svém území.<sup>3</sup>

Bismarkův model je model sociálního zdravotního pojištění, financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce.

Modely statutárního zdravotního pojištění se však málokdy vyskytují v čisté podobě. Zdravotnický systém daného státu většinou zahrnuje jeden dominantní model a dále i charakteristické rysy modelů ostatních. Ve všech uvedených modelech hraje významnou úlohu stát, který zdravotní pojištění reguluje a v některých případech i částečně dotuje.

V evropských zemích pokrývá statutární zdravotní pojištění zhruba tři čtvrtiny výdajů na zdravotní péči a i v ostatních vyspělých státech je financování zdravotnictví zajištěno z více jak 50% pomocí veřejných zdrojů. Méně jak polovinu veřejných výdajů lze dokladovat např. v USA či v Řecku.<sup>4</sup>

Nabídka pojistných produktů ve statutárním zdravotním pojištění je různá, většinou je však užší než v pojištění privátním. Často je pojištěncům nabízen pouze jediný produkt, tak jako tomu je zatím v České republice. Narůstají však tendence nabídnout pojištěncům větší výběr. Např. v Dánsku (Beveridgeův model) se může pojištěnec rozhodnout pro možnost přímého přístupu k ambulantním specialistům za cenu větší spoluúčasti. Reforma zákonného zdravotního pojištění v Německu z roku 2006 přinesla zdravotním pojišťovnám povinnost nabídnout pojištěncům diferencované produkty zahrnující přístup ke specialistům přes praktické lékaře, možnost volby různé výše spoluúčasti, účast na různých formách léčení chronických onemocnění atd. Ve Švýcarsku si pojištěnec

---

<sup>3</sup> NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

<sup>4</sup> BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví, Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223s. ISBN 978 – 80-7357-503-8.

může vybrat výši spoluúčasti a podle toho se stanoví jeho pojistné. Může přistoupit na omezení možnosti výběru zdravotnického zařízení a vstoupit do některé z organizací řízené péče provozovaných zdravotními pojišťovny a získat tak nižší pojistné.<sup>5</sup>

## 1.2 Privátní zdravotní pojištění

Na rozdíl od statutárního zdravotního pojištění je privátní zdravotní pojištění dobrovolné. Pojištěnec se stává jeho účastníkem z vlastního rozhodnutí. Ve vyspělých zemích (s výjimkou USA, kde je model pojistného krytí zatím založen převážně na privátním zdravotním pojištění) je privátní zdravotní pojištění pouze doplňkem statutárního. Proto se různé formy privátního zdravotního pojištění souhrnně označují jako komplementární zdravotní pojištění nebo zdravotní připojištění. Komplementární zdravotní pojištění nabízí občanům možnost se dobrovolně pojistit podle svých vlastních potřeb nad rámec zákonného pojištění. Jedná se o naplnění práva občanů na vlastní výběr své budoucnosti, současně dochází ke zvyšování míry pojistné ochrany obyvatelstva nad rámec ochrany povinného zdravotního pojištění. Na druhé straně však komplementární systémy mohou nepříznivě ovlivňovat systémy statutárního zdravotního pojištění. Jak uvádí Němec může jít např. o tzv. „sbírání smetany“, což je získávání méně rizikových osob do komplementárního systému a přenechávání rizikových osob systému statutárního zdravotního pojištění apod.

Teorie rozlišuje čtyři typy komplementárního systému zdravotního pojištění :

- **Náhradní** (substituční) - reaguje na neúplné pokrytí obyvatelstva statutárním zdravotním pojištěním. Může se např. jednat o případy, kdy statutární zdravotní pojištění nepokrývá osoby s vyšším příjmem (Německo, Nizozemsko) či nepokrývá osoby s určitou profesí (některá svobodná povolání v Rakousku). Pokud neexistuje možnost vystoupení ze statutárního systému, pak substituční zdravotní pojištění ztrácí smysl. Naopak v zemích, kde vystoupit lze (Německo, Nizozemsko) je substituční zdravotní pojištění převažujícím typem pojištění privátního.

---

<sup>5</sup> NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

- **Doplňkové** zdravotní připojištění – vyplňuje mezery v rozsahu služeb krytých statutárním zdravotním pojištěním (např. stomatologická péče, některé léky apod.).
- **Zbytkové** (reziduální) zdravotní pojištění – jde o reakci na nedostatečně krytí statutárního zdravotního pojištění.
- **Alternativní** zdravotní pojištění vychází vstříc nespokojenosti s poskytováním služeb hrazených statutárním zdravotním pojištěním. Umožňuje pojistit se na služby poskytované poskytovateli zdravotní péče, jež nejsou v síti v rámci povinného zdravotního pojištění nebo pojistit se na vyšší standard služeb – např. ubytování či stravování v nemocničních zařízeních.

V následující tabulce je uvedeno, na které produkty a služby je možné se připojistit ve vybraných evropských zemích. Je z ní patrné, že privátní zdravotní pojištění je zde skutečně pouze doplňkem, či nadstavbou pojištění statutárního.

Tabulka č. 1:

**Služby kryté komplementárním zdravotní pojištěním ve vybraných evropských zemích**

<b>Země</b>	<b>Doplňkové pojištění</b>	<b>Reziduální pojištění</b>	<b>Alternativní pojištění</b>
<b>Rakousko</b>	Alternativní způsoby léčení	Poplatek za den pobytu v nemocnici	Samostatný pokoj ve veřejné nemocnici
<b>Dánsko</b>	Stomatologická péče, fyzioterapie	doplatek na léky	Pobyt v privátní nemocnici
<b>Francie</b>	Stomatologická péče, zdravotnické pomůcky, oftalmologická péče	Spoluúčast na úhradě zdravotnických služeb	Samostatný pokoj ve veřejné nemocnici, rychlejší přístup ke specialistům
<b>Německo</b>	Stomatologická péče		Samostatný pokoj ve veřejné nemocnici, rychlejší přístup k specialistům
<b>Irsko</b>	Úhrada vybrané ambulantní péče		Pobyt v privátní nemocnici, samostatný pokoj ve veřejné nemocnici
<b>Nizozemsko</b>	Stomatologická péče pro dospělé, kosmetická chirurgie, péče v mateřství, zdravotnické pomůcky, brýle	Spoluúčast na úhradě ambulantních služeb	Rychlejší přístup k akutní i dlouhodobé péči
<b>Velká Británie</b>	Stomatologická péče, alternativní způsoby léčení		Pobyt v privátní nemocnici, samostatný pokoj ve veřejné nemocnici, rychlejší přístup k specialistům

Zdroj: Němec 2008, str. 24<sup>6</sup>

<sup>6</sup> NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

V některých zemích je účast v komplementárním zdravotním pojištění podporována daňovými opatřeními. Např. výdaje na pojistné v komplementárním zdravotním pojištění se stávají alespoň z části daňově odečitatelnou položkou. Používají se však i obrácené pobídky, kdy např. v Austrálii osoby s příjmem nad určitou hranici bez privátního pojištění mají zvýšené pojistné do systému statutárního zdravotního pojištění. Ve Velké Británii naopak od daňových zvýhodnění při uzavírání privátního zdravotního pojištění ustoupili, protože propad daňových příjmů výrazně převyšoval nad pozitivními efekty komplementárního zdravotního pojištění.

Zvláštní formou privátního zdravotního pojištění je tzv. mikropojištění, což je specifická forma zdravotního pojištění, rozšířená zejména v rozvojových zemích, kde statutární systémy buď neexistují vůbec, nebo zahrnují pouze obyvatelstvo s trvalým zaměstnáním. Jednou z možností jak zvýšit dostupnost zdravotní péče v těchto zemích jsou různé formy vzájemného zdravotního pojištění, organizované na úrovni jednotlivých komunit. Obyvatelé si na dobrovolném základě platí příspěvky do společného fondu a z nich se hradí zdravotní péče převážně v místních zdravotnických zařízeních. Mikropojištění zřizují a provozují zejména nevládní organizace, církve, samotná zdravotnická zařízení apod. Zastoupeno je zejména v rozvojových zemích jako např. Bangladéš, Indie, Madagaskar a Thajsko. Pokrytí obyvatelstva tímto způsobem pojištění je spíše okrajové s výjimkou Thajska, kde je systém mikropojištění významně podporován vládou, provozován je s celostátním přerozdělováním a státními dotacemi a pokrývá cca 25% obyvatel. Mikropojištění se však stává aktuální i v některých státech bývalého Sovětského svazu – Ukrajina, Gruzie, kde hlavně pokrývá náklady na léky, které ze statutárního systému nejsou téměř vůbec hrazeny.<sup>7</sup>

Se soukromým zdravotním pojištěním souvisí také otázka dostupnosti zdravotnických služeb. Ukazuje se, že v některých státech – např. v Mexiku, Turecku, Řecku nepřineslo zavedení systému soukromého zdravotního pojištění zlepšení dostupnosti služeb. V USA existuje významná skupina obyvatel, která je pojištěna nedostatečně, či vůbec. Soukromé zdravotní pojištění také vyvolává polemiku o

---

<sup>7</sup> NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.



spravedlnosti systému, protože v sobě nezahrnuje prvek solidarity mezi jednotlivými příjmovými skupinami. Navíc např. v Německu bylo zjištěno, že pojištěnci se soukromým pojištěním mají u poskytovatelů lepší pozici než pojištěnci s pojištěním veřejným.<sup>8</sup>

Argumentem pro zavedení soukromého zdravotního pojištění je mnohdy snaha o snížení výdajů z veřejných rozpočtů. Dle zjištění Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD) soukromé zdravotní pojištění v žádném ze států OECD tlak na veřejné rozpočty významně neomezilo. V některých státech se po jeho zavedení výdaje dokonce zvýšily, a to tam, kde veřejný sektor garantoval soukromému pojištění veřejnou podporu. Dohled nad soukromým pojištěním vyvolává mnohde dodatečné náklady pro veřejný sektor, vyšší než jaké jsou v systému veřejného zdravotního pojištění. Prozatím se také nepotvrdily argumenty, že soukromé zdravotní pojištění má příznivý vliv na efektivitu financování zdravotní péče, neprokázalo se, že konkurence v rámci privátního pojištění vede vždy ke snižování výdajů a zvyšování kvality péče konkurenčních poskytovatelů.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Soukromé zdravotní pojištění v OECD*. Zdravotnictví v ČR. 2008, roč. 11 č.4 s. 77-81. ISSN 1213-6050.

<sup>9</sup> OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries*. Paris: OECD, 2004. s 14-17. ISBN 97-89-26400668-3.

Tabulka č. 2:

**Výdaje na zdravotnictví v roce 2011 podle zdrojů financování jako procento z celkových výdajů.**

<b>Stát</b>	<b>Věřejné výdaje v % celkem</b>	<b>Soukromé výdaje v % celkem</b>
<b>ČR</b>	83,5	16,5
<b>Francie</b>	76,7	23,3
<b>Kanada</b>	70,2	29,8
<b>Německo</b>	75,9	24,1
<b>Nizozemsko</b>	85,7	14,3
<b>Polsko</b>	71,2	28,8
<b>Velká Británie</b>	82,7	27,3
<b>Rakousko</b>	75,6	24,4
<b>Slovensko</b>	63,8	36,2
<b>Slovinsko</b>	72,8	27,2
<b>Švédsko</b>	80,9	19,1
<b>Švýcarsko</b>	65,4	34,6
<b>USA</b>	45,9	54,1

*Zdroj: OECD Health Data, říjen 2013 <sup>10</sup>*

---

<sup>10</sup> *OECD Health Data*. [online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.

## 2 Financování zdravotní péče ve vybraných zemích

Vlády na celém světě se zabývají zdravotnickými systémy a způsoby jejich financování, jakož i organizací a poskytováním zdravotní péče. Státy mají v oblasti zdravotní politiky obvykle tři dlouhodobé cíle: 1. zajistit co nejširší přístup k lékařské péči bez ohledu na příjem pacienta, 2. poskytovat vysokou kvalitu zdravotní péče, 3. udržet dlouhodobě finanční stabilitu celého systému zdravotnictví. Hlavním úkolem je dosáhnout všech těchto cílů současně.<sup>11</sup>

Zdravotnické systémy jednotlivých zemí se vyvíjejí na základě kulturních a sociálních zvyklostí země, na základě odlišných modelů chování jednotlivce i celé společnosti a na základě odlišného stupně zodpovědnosti k sobě i okolí. Jednotlivé země přes řadu specifíků spojuje několik shodných rysů:

- výdaje na zdravotnictví rostou obvykle vyšším tempem než tempo růstu HDP
- dochází ke změnám v demografické struktuře obyvatelstva
- klesá podíl aktivních osob na celkovém počtu obyvatel
- zvyšuje se nabídka nových léčebných postupů
- díky tlaku nadnárodních farmaceutických firem rostou výdaje na léky
- zvyšují se očekávání veřejnosti ve vztahu ke zdravotnictví<sup>12</sup>

V důsledku všech těchto vlivů vynakládají vyspělé země na zdravotnictví stále více prostředků, tempo nárůstu těchto výdajů většinou převyšuje růst HDP.

---

<sup>11</sup> LUNDY, J. FINDER, B. *Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland*. [online ]. Kaiser Family Foundation, Washington, 2009. [citováno 2013-05-07]. Dostupné z [www: http://www.kff.org/insurance/7852.cfm](http://www.kff.org/insurance/7852.cfm).

<sup>12</sup> MAAYTOVÁ, A. Výdaje na zdravotnictví, Hodnocení nákladové efektivity. Zdravotnické fórum. roč. 2011. č. 2/2011 s. 16-21, ISSN 1804-9664.

Tabulka č. 3

**Srovnání podílu celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu ve vybraných zemích OECD – podíl v %.**

<b>Stát</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Česká republika</b>	6,8	7,1	8,0	7,5	7,4
<b>Austrálie</b>	8,5	8,7	9,0	9,0	9,0
<b>Francie</b>	11,0	11,0	11,7	11,7	11,6
<b>Itálie</b>	8,7	9,0	9,5	9,5	9,5
<b>Japonsko</b>	8,2	8,6	9,5	9,2	9,3
<b>Kanada</b>	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2
<b>Německo</b>	10,5	10,7	11,7	11,5	11,1
<b>Polsko</b>	6,4	6,9	7,2	7,0	6,7
<b>Rakousko</b>	10,3	10,4	11,1	11,0	10,6
<b>Řecko</b>	9,6	10,9	11,2	10,8	10,8
<b>Slovensko</b>	7,7	8,0	9,2	9,0	8,7
<b>Velká Británie</b>	8,4	8,8	9,7	9,6	9,3
<b>Švédsko</b>	8,9	9,2	9,9	9,6	9,4
<b>Švýcarsko</b>	10,6	10,3	11,0	10,9	10,9
<b>USA</b>	16,0	16,6	17,7	17,6	17,9

Zdroj : OECD Health Data, říjen 2013<sup>13</sup>

<sup>13</sup> OECD Health Data.[online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.

## 2.1 Nizozemsko

Základní statistická data: dle údajů WHO<sup>14</sup> má Nizozemsko cca 16 770 000 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 470 lůžek a na 100 000 obyvatel připadalo 290 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují kolem 9,2% HDP.

Nizozemí nepřijalo bismarkovský systém zdravotního pojištění a ubíralo se vlastní cestou. Do konce roku 2005 existovaly vedle sebe jak veřejný tak soukromý systém zdravotního pojištění. Pro běžnou zdravotní péči byli nizozemští pojištěnci pojištěni v rámci veřejného nebo soukromého zdravotního pojištění. Rozhodujícím faktorem pro určení charakteru pojištění byla výše příjmu. Osoba, jejíž příjem přesahoval určitou zákonem stanovenou hranici, nepodléhala povinnému veřejnému zdravotnímu pojištění a mohla si sjednat zdravotní pojistku soukromou. Toto soukromé pojištění mělo dle Greße cca 30% obyvatel, zbývajících 70% bylo pojištěno v rámci veřejného zdravotního pojištění.<sup>15</sup> Oba tyto typy pojištění se od sebe lišily v tom, že v rámci veřejného pojištění měl pojištěnec nárok pouze na tzv. věcné dávky – tj. zdravotní péči čerpal bezplatně a pojišťovna ji pak uhradila ošetřujícímu lékaři, v případě soukromého zdravotního pojištění pacient péči uhradil z vlastních prostředků a částka mu byla pojišťovnou refundována. V rámci soukromého pojištění existovaly dále tzv. odčitatelné položky, kdy pojištěnec, který si zvolil určitý typ pojistného plánu, získal jako kompenzaci slevu na pojistném. Současně u soukromého pojištění mohli zaměstnavatelé pro své pojištěnce vyjednat „skupinové pojistky“ s nižším pojistným. Tyto skupinové kontrakty fungovaly však pouze u soukromých pojišťoven. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění nebyly možné.

---

<sup>14</sup> WHO. *World Development Indicators: Health systéme*. [online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.worldbank.org/table/2.15> .

<sup>15</sup> GREß, S. *Health Insurance Reform in the Netherlands*. CESifo DICE Report 1/2007, [online]. [citováno 2013 - 07-07]. Dostupné z: <http://www.stefangress.eu/mediapool/40/403223/data/dicereport107-rm1.pdf>

Souběžně s pojištěním pro běžnou zdravotní péči existovaly v předreformním nizozemském systému ještě dva segmenty zdravotního pojištění. Oba tyto typy pojištění existují i nadále po zdravotnické reformě z roku 2006. Jedná se o:

- 1) pojištění pro mimořádné výlohy – což je celopopulační povinné pojištění, z něhož je hrazena extrémně nákladná péče. Pojištění je odváděno ze zdanitelného příjmu zaměstnanců zaměstnavateli či z dávek příjemců sociálních podpor. Odvedené prostředky jsou shromažďovány ve speciálním fondu, řízeném Správní radou pro zdravotní pojištění, z něhož jsou pak náklady na poskytnutou péči refundovány. V rámci tohoto typu pojištění je hrazeno jak léčení, ošetřování a ubytování, tak i pomoc v domácnosti, pomoc při osobní péči apod., tedy některé výdaje spíše sociálního charakteru. Tyto kategorie úhrad mají být v budoucnu přesunuty pod přímou kontrolu místních samosprávných celků, což by mělo snížit objem finančních prostředků přidělených prostřednictvím této části pojištění.
- 2) doplňkové zdravotní pojištění – tzv. připojištění je uzavíráno dobrovolně pro méně důležité zdravotnické služby. Nabízí jej téměř všechny zdravotní pojišťovny a to i po reformě a může být sjednáno i u jiné zdravotní pojišťovny, než u které má klient svůj základní zdravotní plán. Jedině v rámci tohoto typu připojištění mohou pojišťovny provádět selekci klientů na základě rizika.

Reforma nizozemského zdravotního systému byla zahájena 1. 1. 2006 a jejím cílem bylo zejména odstranit nerovnosti plynoucí z existence příjmového stropu pro odvody pojistného, zlepšit kvalitu, efektivitu a transparentnost systému. Došlo k zániku souběžné existence veřejného a soukromého zdravotního pojištění a byl vytvořen nový systém, kde je veřejné zdravotní pojištění zajišťováno soukromými zdravotními pojišťovnami. Do tohoto zdravotního pojištění ze zákona spadají všichni nizozemští pojištěnci a i cizinci, kteří zde platí daň z příjmu. Rozhodující roli v nizozemském zdravotním systému hraje struktura pojistky, která se skládá ze dvou částí. První složka závisí na příjmu pojištěnce, z něhož je zaměstnavatelem odváděno 6,5% (z toho platí 3,25% zaměstnanec a 3,25% zaměstnavatel) do centrálního fondu. Tato složka pojistného je pro všechny pojištěnce jednotná, bez ohledu na zvolenou zdravotní pojišťovnu. Pro ostatní kategorie pojištěnců (OSVČ apod.) stanoví výši příjmově odlišné složky pojistného daňový úřad. Za osoby mladší 18 let platí pojistné do centrálního fondu stát z daňových výnosů. Z centrálního

fondu dochází k přerozdělení pojistného mezi jednotlivé pojišťovny v závislosti na struktuře jejich pojištěnců, pojišťovny tak obdrží kapitační platbu ve výši podle zdravotní rizikovosti jednotlivých pojištěnců. Tato složka pojistného má pokrýt zhruba 50% výdajů zdravotních pojišťoven.

Druhá polovina výdajů je financována z výnosů nominálního pojistného. Výši nominálního pojistného si stanovují samy jednotlivé zdravotní pojišťovny. Nesmějí však diskriminovat rizikovější pojištěnce vyšší nominální sazbou pojistného. Za stejný produkt (zdravotní plán) tedy u jedné zdravotní pojišťovny zaplatí kterýkoli pojištěnec stejnou výši nominálního pojistného. Rozdíly v sazbách nominálního pojistného jsou klíčovým prvkem konkurence zdravotních pojišťoven. Nominální pojištění za státní pojištěnce (tj. osoby do 18 let) hradí stát.<sup>16</sup> Skupiny obyvatel s příliš nízkými příjmy mohou získat příspěvek na zaplacení nominálního pojistného, který je přidělován na základě individuálních potřeb a je vyplácen formou slev na dani.

Na trhu existuje cca 40 zdravotních pojišťoven, které jsou soukromoprávními subjekty. Je však zachována státní regulace, kdy je garantována dostupnost zdravotní péče, svobodný a nediskriminační přístup ke zdravotní péči. Pojišťovny jsou povinny akceptovat každého pojištěnce, který se u nich registruje a nesmí mezi nimi rozlišovat na základě věku, pohlaví či zdravotního rizika. Zvýšila se však soutěž mezi pojišťovnami, které si konkurují zejména cenově. Pro pojištěnce je nejvyšší prioritou výběru pojišťovny a pojistného plánu cena.<sup>17</sup> V rámci boje o pojištěnce v prvním roce po zavedení reformy se pojišťovny snažily nabídnout co nejnižší sazbu nominálního pojistného a některé pojišťovny ji nastavily pod úroveň svých reálných nákladů, takže zbývající náklady hradily ze svých rezerv. Zvýšily se i přechody pojištěnců mezi pojišťovnami, které v prvním roce přesáhly 20% a dalších 14% zvolilo zcela jiný zdravotní plán v rámci své zdravotní pojišťovny. Zvýšila se i tržní koncentrace, kdy mezi zdravotními pojišťovnami na trhu začaly 4 z nich významně dominovat (v současné době existuje 21 zdravotních

---

<sup>16</sup> CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Reforma Nizozemského systému zdravotního pojištění – 1.1.2006*. 2006. [online]. [citováno 2013 - 07-20]. Dostupné z: [http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma\\_nl.doc.html](http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma_nl.doc.html).

<sup>17</sup> DALEY, C. GUBB, J. Health reform in the Netherlands. Civitas.2011. [online]. [citováno 2013 - 07-20]. Dostupné z: [http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma\\_nl.doc.html](http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma_nl.doc.html).

pojišťoven). V rámci zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven se podařilo posílit roli a postavení praktických lékařů jako tzv. „gate keeperů“ celého systému, tedy strážců vstupu ke speciální a nemocniční péči. Existují pozitivní lékové listy, které vedou k úsporám při úhradě léčiv – představují zejména aukce léčiv a s tím související pokles celkových výdajů na léčiva o 10%.<sup>18</sup>

Pro zaměstnavatele přinesla reforma zvýšení finančního zatížení, protože začali odvádět pojistné i za zaměstnance, kteří si před reformou platili pouze soukromé zdravotní pojištění. Toto finanční zatížení je však kompenzováno snížením korporátních daní i snížením sazby části pojistného odvislé od příjmu.

V oblasti veřejných financí došlo k navýšení odvodu do centrálního fondu veřejného pojištění. Stát nově platí nominální pojistné za děti a přispívá nízkopříjmovým domácnostem. Dle Daley<sup>19</sup> činily v roce 2009 v Nizozemsku celkové výdaje na zdravotnictví 12% HDP a veřejné zdroje představovaly 84,7% celkových výdajů na zdravotnictví.

Cílem reformy nizozemského zdravotnictví bylo jeho zefektivnění cestou zvýšené, ale regulované soutěže plátců i poskytovatelů péče. Pojištěnci však mají svobodnou volbu zdravotní pojišťovny, rovný přístup ke zdravotním službám, je uplatňován princip solidarity. Reforma proběhla jako apolitická. Bohužel, i Nizozemsko se dotkla finanční krize, kdy v roce 2010 dostalo nizozemské zdravotnictví za úkol snížit výdaje o 20%. V důsledku toho se některé reformní kroky načas zastavily a až na podzim roku 2010 dostala reforma opět zelenou. Zdravotnictví, i přes nutnost snížit výdaje, zůstalo i v období hospodářské krize jediným růstovým resortem. K naplnění dlouhodobých cílů reformy - zvýšení efektivity poskytování zdravotních služeb, jejich úrovně i kvality však dochází postupně a účinnost reformy v tomto směru vyžaduje delší časové období.

---

<sup>18</sup> MEDICAL TRIBUNE CZ. *Reforma zdravotnictví. v čem se lze poučit od Nizozemska.* [online]. [citováno 2013 - 07-15]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/25659-reforma-zdravotnictvi-v-cem-se-lze-poucit-od-nizozemska>.

<sup>19</sup> DALEY, C., GUBB, J. *Healthcare Systeme: The Nietherlsnds*, CIVITAS, 2011. [online]. [citováno 2013 - 07-20]. Dostupné z: <http://civitas.org.uk/nhs/download/netherlands.pdf>.



## 2.2 Německo

Dle údajů WHO<sup>20</sup> má Německo cca 82 534 000 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 830 lůžek, na 100 000 obyvatel připadalo 370 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují kolem 11,6% HDP.

Německo dosud preferuje systém dvojího zdravotního pojištění: zákonného nebo soukromého. Zákonné zdravotní pojištění je povinné pouze pro zaměstnance, kteří nedosahují určité výdělkové hranice (v roce 2012 se jednalo o částku do 4 237 euro měsíčně<sup>21</sup>). Zaměstnanci s vyšším výdělkem se systému veřejného zdravotního pojištění účastnit mohou, ale nemusí. Pokud si to přejí, mohou si zakoupit soukromé zdravotní pojištění či zůstat nepojištěni. Veřejný systém pokrývá asi 88% obyvatelstva, soukromé zdravotní pojištění využívají hlavně osoby samostatně výdělečně činné a státní zaměstnanci.<sup>22</sup>

### Zdravotní pojištění ze zákona

Ve veřejném sektoru existuje cca 200 konkurujících si pojišťoven. Jedná se o nezávislé nestátní organizace, které jsou regulovány vládou. Do roku 2005 mohly pojišťovny volně stanovit výši odvodu pojistného. Po tomto datu je výše pojistného stanovena zákonem pro všechny stejně a systém je financován odvody ze mzdy zaměstnanců. Nezaměstnaní přispívají částkou poměrnou vůči jejich dávkám v nezaměstnanosti, úřady práce platí paušální částku za dlouhodobě nezaměstnané. Pojištění rodinných příslušníků je v systému zákonného pojištění zajištěno přes jednoho člena rodiny, ostatní rodinní příslušníci jsou „pojištěni přes něj“ a neplatí žádné příspěvky.

---

<sup>20</sup> WHO. World Development Indicators:Health systéme. [online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.worldbank.org/table/2.15>.

<sup>21</sup> ZEMEK, R. *Privátní pojištění v Německu*. Zdravotnické noviny. 2012, č. 14, s.14-16.ISSN 1805-2355.

<sup>22</sup> KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy vybraných vyspělých zemí v mezinárodním srovnání*. 3. LF UK Praha .1998. ISBN 802-38-093-77 .

Německo prošlo za poslední desetiletí celou řadou reforem, jejichž hlavním cílem bylo dosažení udržitelnosti systému. Reformní snahy vyvrcholily 1. dubna 2007 přijetím nové legislativy, přičemž časový horizont pro dokončení všech reformních opatření byl stanoven na rok 2009. Tyto reformy měly za cíl reagovat na nedostatečné pokrytí obyvatelstva zdravotním pojištěním, nízkou konkurenci mezi poskytovateli a zprostředkovateli zdravotní péče, která nevytvářela dostatečné impulzy pro růst efektivity a kvality, a na vysokou finanční nákladnost systému, jež signalizovala finanční neudržitelnost sektoru.

V rámci uvedené reformy došlo k založení centrálního zdravotního fondu, který shromažďuje a následně přerozděluje veškeré zdravotnické prostředky. Státní zdravotní pojišťovny mají od roku 2007 povinnost nabízet zdravotní plány, v nichž existuje možnost využívat praktického lékaře jako tzv. „gatekeepera“, tedy zprostředkovatele přístupu ke specializované péči. Z pohledu zdravotnických financí může tato možnost přinášet značné úspory, protože praktický lékař, jehož návštěva je finančně méně nákladná, lépe posoudí vhodnost specializované péče. Pojištěnci jsou k volbě zdravotního plánu, který obsahuje "gatekeeping", motivováni prostřednictvím levnějších pojistek.<sup>23</sup> Další inovací bylo zavedení "poliklinik" po celém území Německa. Polikliniky dříve existovaly pouze ve Východním Německu, v Západním nebyly institucionalizovány. K přednostem poliklinik patřily zejména nižší náklady a vyšší propojenost zdravotní péče díky společné alokaci lékařů primární a sekundární péče pod jednou střechou.

Jako reakce na vysoký počet nepojištěných osob v systému bylo do balíčku reformních opatření zahrnuto právo na zdravotní pojištění pro všechny občany. Každá zdravotní pojišťovna musí zájemci o zdravotní pojištění nabídnout alespoň tzv. základní balíček, čímž má být zajištěn univerzální přístup ke zdravotní péči pro celou populaci.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> HESSE, S. *Integration of care after 2004 reform act* Health Policy Monitor. 2005, [online]. [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_-\\_Germany/06/Integration\\_of\\_care\\_after\\_2004\\_reform\\_act.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_-_Germany/06/Integration_of_care_after_2004_reform_act.html).

<sup>24</sup> LISAC, M. *Health care reform in Germany: Not the big bang*. Health Policy Monitor. 2006, [online]. [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_-\\_Germany/08/Health\\_care\\_reform\\_in\\_Germany\\_\\_Not\\_the\\_big\\_bang.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_-_Germany/08/Health_care_reform_in_Germany__Not_the_big_bang.html).

Jak již bylo výše uvedeno, nová legislativa rovněž zavedla jednotné sazby pro platbu zdravotního pojištění. Tato sazba je určována centrálně ministerstvem zdravotnictví a jedná se o procento z pracovního příjmu zaměstnanců. Platby pojistného z příjmu zaměstnanců jsou zasílané do nově vytvořeného zdravotního fondu. Do zdravotního fondu proudí rovněž daňové zdroje, určené primárně jako platba pojistného za nezletilé děti. Fond má nashromážděnou částku dále přerozdělit mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny.<sup>25</sup>

Cílem zavedení zdravotního fondu bylo stabilizovat financování zdravotnictví, které se stává v posledních letech velmi nákladné, přičemž nestabilita se projevuje akumulací dluhu, který vzniká poklesem příjmů (díky demografickým změnám a vysoké míře nezaměstnanosti) a zvyšujícími se náklady. Do fondu od roku 2009 plynou částky pojistného odvozené z příjmu, kde 6,5% platí zaměstnanci ze své hrubé mzdy před zdaněním a 5,5% platí za své zaměstnance na svůj náklad zaměstnavatelé; obě uvedené složky zaměstnavatelé odvádějí do zdravotního fondu. Do fondu mají rovněž plynout vyšší příspěvky z daní, které mají pokrýt zdravotní péči za děti. Z fondu mají pak zdravotní pojišťovny obdržet rovnou sazbu za každého pojištěnce ve výši 150-170 eur.

Z důvodu odlišné struktury pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven v rámci nového mechanismu funguje určitá kompenzace pojišťoven s nákladnějšími pojištěnci.<sup>26</sup>

V rámci posílení svobodné volby pojištěnce zákon od 1. dubna 2007 zdravotním pojišťovnám umožňuje nabízet širší škálu zdravotních plánů s různými atributy obsahujícími např. věcné plnění, finanční plnění, systém odčitatelných položek, začlenění do "gatekeepingu" a další, které mají co nejvíce odpovídat potřebám pojištěnce. Různě sestavené zdravotní plány mají odpovídat různé výši tarifů, což se však do jisté míry neslučuje s jednotným nastavením sazby zdravotního pojištění. Zákon zde však efektivním zdravotním pojišťovnám nechává možnost část pojistného pojištěncům na konci účtovacího období refundovat ve formě slevy na pojistném.

---

<sup>25</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Regional Office for Europe: European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition: Germany*, 2004, [online]. [citováno 2013 - 06-30]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/80703/E85472.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf).

<sup>26</sup> ZIMMERMANN, M. *Health financing reform idea: health fund*. Health Policy Monitor. 2006, [online] [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_-\\_Germany/07/Health\\_financing\\_reform\\_idea\\_health\\_fund.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_-_Germany/07/Health_financing_reform_idea_health_fund.html).

S výše zmíněnou větší možností pojištěnce zvolit si zdravotní program podle své potřeby rovněž souvisí možnost volně přecházet mezi soukromými zdravotními pojišťovnami. Tato svoboda byla ovšem dříve značně omezena tím, že klient, který se rozhodl zdravotní pojišťovnu změnit, se změnou ztratil všechny nastřádané rezervy, které hrají v soukromém zdravotnickém systému poměrně významnou roli. Tyto rezervy jsou nově mezi zdravotními pojišťovnami přenositelné, čímž došlo k podpoře mobility pojištěnců.<sup>27</sup>

Nový zákon rovněž dává zdravotním pojišťovnám a poskytovatelům zdravotní péče větší svobodu. Ta má zejména umožnit pojišťovnám při uzavírání smluvních vztahů si vybírat odpovídající zdravotnická zařízení s cílem zvýšit kvalitu a snížit náklady na poskytovanou péči. Větší svoboda je institucím rovněž ponechána v oblasti vzájemného vyjednávání cen. V rámci podpory soutěže ve farmaceutickém sektoru byly fixní ceny za léčiva nahrazeny maximální výší úhrad, která je pravidelně stanovována, čímž se vytvořil prostor pro vyjednávání zdravotních pojišťoven s farmaceutickými firmami o cenách.<sup>28</sup>

#### Privátní zdravotní pojištění

Existují v podstatě tři základní typy privátního pojištění – **plné**, které pokrývá všechny náklady na léčení, **částečné** pojištění přebírá jen část nákladů, zbývající část dorovnává jiná osoba, většinou zaměstnavatel (nejčastěji u úředníků). Třetím typem je **privátní připojištění**, kdy pojištěnec je účasten zákonného pojištění a prostřednictvím privátního pojištění si dopojuje určitá rizika.

Privátní zdravotní pojištění zajišťuje na německém trhu cca 43 soukromoprávních subjektů, které jsou sdruženy ve svazu privátních pojišťoven.

Jak již bylo výše uvedeno, je hlavní podmínkou pro přijetí určitá výše příjmu. Výše pojistného se pak odvíjí od dalších skutečností jako je věk, pohlaví, zdravotní rizika apod.

---

<sup>27</sup> LISAC, M. *Health care reform in Germany: Not the big bang*. Health Policy Monitor . 2006, [online]. [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_Germany/08/Health\\_care\\_reform\\_in\\_Germany\\_No\\_t\\_the\\_big\\_bang.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_Germany/08/Health_care_reform_in_Germany_No_t_the_big_bang.html).

<sup>28</sup> MÁTL, O. a kol. *Německé Zdravotnictví*. Pojistný obzor. 2009. [online]. [citováno 2012 - 07-15]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=9116>.

a je tedy individuální. V případě, že příjmy pojištěnce spadnou pod stanovený limit, je možný návrat k zákonnému pojištění. Avšak pouze do 55 let pojištěnce, je-li pojištěnec starší, je tento krok možný pouze pokud je veden jako nezaměstnaný. Zajímavostí německého systému soukromého zdravotního pojištění je skutečnost, že s ohledem na všeobecnou delší dobu dožití žen a odlišné hodnocení jejich rizikovosti platí německé ženy zpravidla vyšší příspěvky na zdravotní pojištění než muži. S ohledem na německý antidiskriminační zákon je však rozdílné zacházení v oblasti příspěvků na pojištění žen a mužů pokládáno za přípustné pouze tehdy, pokud privátní pojišťovny prokážou odlišnost nákladů u jednotlivých pohlaví. Výjimkou je kalkulování nákladů v souvislosti s mateřstvím těhotenstvím.<sup>29</sup>

Po reformě, tedy od 1.1.2009 jsou i privátní zdravotní pojišťovny povinny nabídnout svým klientům tzv. základní tarif, kde výše měsíčního příspěvku musí odpovídat výši průměrného nejvyššího pojištění ze zákona (což pro rok 2012 činí 592,88 eur měsíčně). Nárok na základní tarif mají lidé od 65 let věku, v případě, že za předchozích 10 let byli nepřetržitě klientem některé privátní zdravotní pojišťovny. Klienty na základním tarifu nesmí pojišťovací ústav vypovědět, a to ani v případě, že klient už není schopen platit příspěvky. V takovém případě však za něho hradí lékařům pouze výkony spojené s nezbytnou péčí.<sup>30</sup> Protože v Německu nejsou povoleny platby v hotovosti či kartou, hradí privátní pojištěnec lékaři účty převodem a kopii o platbě zasílá své privátní pojišťovně, která jej pojištěnci proplatí. Pacient má i možnost dát lékaři písemné svolení, aby účty posílal přímo privátní pojišťovně. Při léčbě v nemocnici se nároky pojištěnců řídí typem privátního pojištění.<sup>31</sup> Klient s plným pojištěním má při hospitalizaci nárok na pobyt v jednolůžkovém pokoji a na léčení šéfem oddělení. Privátní pojištěnci, kteří se spokojí s dvoulůžkovým pokojem a léčením od „běžných“ lékařů platí výrazně nižší měsíční pojistné. Ambulantní lékaři i nemocnice dostávají za privátní pojištěnce více než

---

<sup>29</sup> OLSON, O. *Systém zdravotního pojištění v Německu a Rakousku*. Zdravotnictví a právo, roč. 12, č.5/2008, s. 37-38, ISSN 1211-6432.

<sup>30</sup> SIMON, M. *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionweise*. Bern: 2010, 3. aktualizované vydání. 420 s. ISBN: 978345647573 3456847572.

<sup>31</sup> CARRERA, P. *Health Care Financing Reforms in Germany: The Case for Rethinking the Evolutionary Approach to Reforms*. Journal of Health Politics, Policy and Law, říjen 2008, ISSN 0361- 6878.

za pojištěnce ze zákona. A pokud byl pacient léčen šéfem oddělení, dostává tento lékař od vedení nemocnice separátní doplatek. Privátních pojištěnců je v současné době v Německu kolem 11 %, převládají tedy pojištěnci ze zákona. Proto je privátní pojištěnec vítán a jak ambulantní lékaři, tak nemocnice mají tendenci jej preferovat. Zákon to sice nedovoluje, ale jedná se o mlčky tolerovanou praxi.

Tabulka č. 4

**Hlavní rozdíly mezi zákonným a privátním pojištěním v Německu:**

Zákonné pojištění	Privátní pojištění
Pojištění rodinných příslušníků probíhá přes jednoho člena rodiny, ostatní členové neplatí žádné příspěvky	Všichni členové rodiny včetně dětí platí samostatné pojistné
Pacienti mají stejné nároky a stejný rozsah úhrady léčby	Výše úhrady a nároky se řídí typem pojištění
Pojistné je stanoveno procentem, stejně pro všechny pojištěnce	Výše pojistného je individuální s přihlédnutím k riziku, - věk, zdravotní stav, profese apod.
Úhrady regulovány, platí zásada účelnosti a hospodárnosti	Není stanovena žádná horní hranice
Pojištěnec platí poplatky za pobyt v nemocnici, za návštěvu lékaře, za LSPP	Neplatí žádné poplatky
Nehrazeny volně prodejné léky, optické pomůcky, zubní náhrady	Úhrada všech léčiv, optických pomůcek, zubních náhrad, hrazena i alternativní léčba, ale nižší úhrada rehabilitace, psychoterapie
Hrazeny příspěvky na mateřskou, ošetřování nemocného dítěte, nemocenskou	Kryje jen zdravotní péči

Zdroj : Zemek, *Privátní pojištění v Německu*, Zdravotnické noviny. 2012<sup>32</sup>

<sup>32</sup> ZEMEK, R. *Privátní pojištění v Německu*. Zdravotnické noviny. 2012, č. 14, s.14-16. ISSN 1805-2355.

Pokud se jedná o úhrady za poskytnutou nemocniční péči, jsou stanoveny především na základě případových paušálů dle systému DRG a dodatečných plateb. Tyto úhrady se poskytují za celkový objem výkonů nutných provést v rámci jednotlivých případů pro zajištění účelné a dostatečné zdravotní péče o pacienta. Jde o tzv. všeobecné nemocniční výkony, do nichž je zahrnuta mimo jiné i péče o pacienta, nezbytné operace, pobyt v nemocnici, strava apod. Mimo to si může pacient vyžádat různé nadstandardní služby, jako je pobyt na jednolůžkovém pokoji, volba konkrétního lékaře atd. Míra spoluúčasti pacienta na úhradách jiných než všeobecných nemocničních výkonů závisí na tom, jaký typ privátního zdravotního pojištění má pacient sjednán. Pokud se týká regulačního poplatku za hospitalizaci, je stanoven ve výši 10 € za kalendářní den, maximálně však po dobu 28 dnů hospitalizace v kalendářním roce.<sup>33</sup>

Dalšími regulačními poplatky jsou doplatek za recept, poplatek za rehabilitaci, poplatek za převoz sanitkou apod. Obdobně jako v české právní úpravě jsou stanoveny maximální limity pro vybírané poplatky a různá osvobození (např. pro dlouhodobě nezaměstnané). Regulační poplatek za návštěvu praktického lékaře, stomatologa, ambulantního specialisty a psychologa, který byl stanoven ve výši 10 € za kalendářní čtvrtletí a byl příjmem zdravotní pojišťovny byl spolkovým zákonodárstvím zrušen k 31.12.2012, a to přesto, že Spolkový sociální soud v roce 2009 dospěl k závěru, že tento poplatek nezasahuje do ústavně garantovaných práv pacientů. (viz rozsudek ze dne 25.6.2009 sp.z. B 3 KR 3/08R).<sup>34</sup>

Jak výše uvedeno, Německo prošlo v posledním desetiletí několika zásadními reformami, při nichž se výrazně posílil liberální charakter systému a podpořila se integrovaná zdravotní péče, která je upřednostňována vzhledem k její vyšší efektivitě a zejména nižším nákladům. Nejkomplexnější vlna reform se v rámci německého systému zdravotnictví odehrála k 1.1. 2009. Na jednu stranu dochází k formálnímu posilování

---

<sup>33</sup>GOLA, P. *Hospitalizační poplatky v Evropě*. Zdravotnické noviny č. 19/2010, 10.5.2010, ISSN 0044-1996.

<sup>34</sup> Nález Ústavního soudu ČR sp. Zn. PL ÚS 36/11 ze dne 20.června 2013 In: Sbírkka zákonů, Ministerstvo vnitra, 2013, částka 92, s. 2220–22246, ISSN 1211-1244.

soutěže mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče, na druhou stranu jsou však některé zásadní konkurenční nástroje volnému trhu odebírány. Významnou změnou je právo na zdravotní pojištění pro všechny občany, jednotná sazba zákonného pojistného, která byla v předreformním období stanovována jednotlivými zdravotními pojišťovnami, reformou však byla ustavena na 12% z hrubého pracovního příjmu. Zásadním opatřením je rovněž založení centrálního zdravotního fondu, kde se mají soustřeďovat a přerozdělovat všechny prostředky z vybraného pojistného. Reforma se dotkla i soukromého pojištění, a to především stanovením základního tarifu, který musí všechny privátní pojišťovny nabídnout každému, kdo byl z různých důvodů z pojištění vyloučen.<sup>35</sup>

## 2.3 Francie

Základní statistická data:

Dle údajů WHO<sup>36</sup> má Francie cca 61 946 000 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 660 lůžek, na 100 000 obyvatel připadalo 340 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují kolem 11,8% HDP.

Současný zdravotnický systém ve Francii se začal vytvářet po druhé světové válce, a to včetně současné podoby veřejného zdravotního pojištění. Jeho kořeny však lze hledat již v devatenáctém století s rozvojem vzájemných fondů, z jejichž prostředků byla zdravotní péče hrazena. Nejvýznamnějším zdrojem finančních prostředků je v současnosti povinné zdravotní pojištění, které je součástí systému sociálního zabezpečení a od roku 2000 se vztahuje na celou populaci Francie.<sup>37</sup>

Soudobé francouzské sociální zabezpečení tvoří komplexní systém, který zajišťuje krytí rizik v oblasti nemoci, mateřství, invalidity, úmrtí, pracovních úrazů a nemocí

---

<sup>35</sup> JANDOVÁ, L. *Reforma zdravotnictví v Německu*. Národní pojištění, č. 8-9/2007. [online]. [citováno 2013 - 07-19]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/casopis-narodni-pojisteni-c-8-9-2007.htm>.

<sup>36</sup> WHO, World Development Indicators:Health systéme [online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.wdi.worldbank.org/table/2.15>.

<sup>37</sup> BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví, Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha:Wolters Kluwer ČR. 2010, 223s. ISBN 978 – 80-7357-503-8.



z povolání, vdovství, stáří a rodiny. Jedná se tedy o odlišný systém než v ČR, kde je systém zdravotního pojištění oddělen od systému sociálního zabezpečení a pojištěnci tedy odvádí zvlášť pojistné na zdravotní a zvlášť na sociální pojištění.<sup>38</sup>

Hlavním posláním francouzského zdravotního pojištění je zajistit každému přístup ke zdravotní péči bez ohledu na výši jeho příjmů. V rámci tohoto systému mají pojištěnci právo na proplácení zdravotní péče, vyplácení nemocenských dávek, renty při pracovním úrazu, invalidních důchodů apod. a na financování preventivních akcí.<sup>39</sup>

Každý pojištěnec má právo na svobodnou volbu lékaře a dokonce od roku 2004 musí mít každý pojištěnec starší 16 let svého lékaře, kterým však může být nejen praktický lékař, ale i specialista. Ošetřující lékař by měl rozhodovat o průběhu léčby pacienta a v případě potřeby jej odesílá k ambulantnímu specialistovi. V případě, že pojištěnec neoznámí zvoleného ošetřujícího lékaře či navštíví ordinaci speciality bez předchozího doporučení ošetřujícího lékaře, je sankcionován nižší úhradou nákladů za ošetření.

Zdravotní pojišťovny ve Francii působí na regionální a místní úrovni. **Národní zdravotní pojišťovna** poskytuje zdravotní pojištění zaměstnancům pracujícím za mzdu a jejich rodinným příslušníkům. Má hierarchicky nejvyšší postavení a je nadřizena regionálním a místním pojišťovacím fondům. Jejím hlavním posláním je dohled nad kvalitou péče, fungováním systému a snaha o snižování výdajů na zdravotnictví. Do její kompetence patří i snižování výdajů ve zdravotnictví. **Regionální zdravotní pojišťovna** je soukromý subjekt, který je pověřen výkonem veřejné správy. Působí zejména v oblasti prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání, organizování vzdělávacích akcí o prevenci, dozoru nad nemocniční péčí, kde určuje zdravotní priority pro region. **Místní zdravotní pojišťovny** působí na úrovni departementů po celém území Francie (jedná se o cca 128 subjektů s 68 000 úředníky). Zajišťují zejména registraci nových pojištěnců

---

<sup>38</sup> KUBÍNOVÁ, M. *Systém financování i zdravotní péče v ČR a ve Francii*. Masarykova univerzita, 2007. Diplomová práce

<sup>39</sup> THEVENET, A. *Les institutions sanitaires et sociales de la France*. 5. vydání. Paříž: Presses Universitaires de France, 1999. ISBN 2 13 046004 6 s. 14.

všeobecného režimu, spolupráci s poskytovateli a proplácení nákladů na zdravotní péči a nemocenských dávek pojištěncům atd.<sup>40</sup>

Na financování zdravotnictví se podílí zejména příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů, které tvoří cca 50% výdajů na zdravotnictví. Výše příspěvku zaměstnavatelů se odvíjí od hrubé mzdy zaměstnance a činí 12,8 %, příspěvek zaměstnance činí 0,75%. Finanční zátěž občanů je však vyšší, protože se na financování zdravotní péče podílí i prostřednictvím tzv. všeobecného sociálního příspěvku, což je daň určená pro financování zdravotního pojištění, rodinných přídatků a Fondu solidarity ve stáří. Tato daň se platí z příjmů z pracovní činnosti, z majetku, ale i z náhradních příjmů jako je podpora v nezaměstnanost, důchod apod. Sazba příspěvku se pohybuje kolem 7,5%, u náhradních příjmů je nižší, u příjmů z her tvoří 9,5%. Tato daň tvoří cca 36% nákladů na zdravotnictví. Příspěvky od státu činí 6,4% a ostatní příspěvky 7,6% výdajů na zdravotnictví.<sup>41</sup>

Právo na proplácení nákladů na zdravotní péči má nejen pojištěnec, ale i tzv. oprávněné osoby (manžel, manželka, nezaopatřené děti, rodiče či prarodiče pojištěnce, pokud s ním žijí ve společné domácnosti). Proplácení zdravotní péče je v kompetenci místních zdravotních pojišťoven a probíhá tak, že pacient uhradí osobně plnou výši nákladů na ošetření přímo v ordinaci či v lékárně a následně požádá zdravotní pojišťovnu v místě jeho bydliště o proplácení. Pojišťovna prověří, zda jsou splněny všechny náležitosti, zda je pojištění řádně placeno, pojištěnec respektoval lékařem navržený průběh léčby a uzná-li pacientův nárok, poskytne plnění. Pojišťovna však uhradí pouze část nákladů a minimálně 30% (u nemocniční péče či lázní 20%) zůstává k úhradě pojištěnci. Tyto náklady pak mohou být pokryty soukromým zdravotním připojištěním. Vyšší finanční pokrytí ze strany zdravotní pojišťovny je možné u osob trpících vyjmenovanými chronickými onemocněními, u těhotných žen, invalidních dětí a u některých závažných

---

<sup>40</sup> KAISER,H.J. *Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland*. [online ]. [citováno 2013-08-07] Dostupné z: <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7852.pdf> .

<sup>41</sup> KUBÍNOVÁ, M. *Systém financování i zdravotní péče v ČR a ve Francii*. Masarykova univerzita. 2007. Diplomová práce.

diagnóz, jako jsou onkologická onemocnění, kde pojišťovna hradí téměř všechny náklady.<sup>42</sup>

Ve snaze rozšířit nabídku základního zdravotního pojištění na všechny francouzské občany, kteří mají na území Francie trvalé bydliště, a kteří by jinak na výhody zdravotního pojištění neměli nárok, zavedla francouzská vláda od roku 2000 tzv. univerzální krytí nákladů na péči. O tuto výhodu pojištěnec žádá svoji místní zdravotní pojišťovnu a výhoda spočívá v tom, že pojištěnec je zproštěn od plateb příspěvků na zdravotní péči a přesto má nárok na její úhradu. Zproštění se týká sociálních případů a pojištěnců s nízkými příjmy. Dále může pojištěnec žádat o tzv. doplňkové zdravotní pojištění, které spočívá v tom, že pojištěncům, kterým je přiznáno, zdravotní pojišťovna hradí i tu část nákladů, která jinak zůstává pacientovi. Pro přiznání doplňkového pojištění jsou rozhodné příjmy celé domácnosti.

Pacienti, kteří nemají nárok na přiznání výhod univerzálního krytí nákladů, si mohou uzavřít soukromé zdravotní připojištění, a to na pokrytí té části nákladů, kterou by jinak museli uhradit z vlastních zdrojů. Jedná se tedy o pojištění dobrovolné a nabízejí jej soukromé pojišťovací fondy.

Také Francie se potýká s nedostatkem peněz na zdravotnictví. Proto v roce 2004, byla přijata reforma zdravotnického systému, jejímž cílem bylo zejména zabránit plýtvání a zneužívání peněžních prostředků a zlepšit tak finanční bilanci systému. K nejvýznamnějším reformním krokům patřilo:

- Zavedení zdravotnické **dokumentace pacientů v elektronické podobě** – tento krok má usnadnit sdílení informací mezi různými poskytovateli zdravotní péče
- Koordinovaný průběh léčby pacienta s významnou úlohou ošetřujícího lékaře- viz výše

---

<sup>42</sup> BENCKO, V., ZELENÝ, T. *Princip neziskovosti ve zdravotnictví- šance pro jeho trvale udržitelné financování?* Zdravotnické fórum1/2012, s. 19- 23, ISSN 1214-9664.

- Karta Vitale – elektronický čipový průkaz pojištěnce s jeho fotografií, kterým se pojištěnec prokazuje u lékaře a s jehož pomocí probíhá přenos dat mezi lékařem a pojišťovnou, což urychluje proces proplácení nákladů za péči

Součástí reformy bylo také zavedení spoluúčasti – poplatků za čerpání zdravotní péče. Jedná se o poplatek ve výši 1 euro za návštěvu u praktického lékaře, ambulantního specialisty, laboratorní či radiodiagnostické vyšetření. Při pobytu v nemocnici je hrazen paušální příspěvek ve výši 12 - 16 euro, dle typu zdravotnického zařízení. Další poplatek ve výši 18 euro se hradí u nákladných zákroků s cenou nad 91 euro, poplatek však nesmí překročit 20% celkových nákladů.<sup>43</sup> Pochopitelně jsou stanoveny výjimky pro některé kategorie pojištěnců (děti, těhotné ženy) či pro některé zákroky (CT vyšetření apod.).

## 2.4 Rakousko

Základní statistická data:

Dle údajů WHO<sup>44</sup> má Rakousko cca 8 336 560 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 760 lůžek, na 100 000 obyvatel připadalo 490 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují kolem 11 % HDP.

Rakouské zdravotnictví je obdobně jako zdravotnictví v Německu ovlivněno spolkovým uspořádáním státu. Do kompetence spolku jako celku spadají všechny oblasti zdravotnictví, kromě nemocniční péče, která spadá do kompetence jednotlivých spolkových zemí.

Nemocniční péče je součástí plánování zdravotních služeb v Rakousku. V roce 2006 byl přijat rakouský strukturální plán zdravotnictví, z něhož pak vychází detailnější plánování na úrovni jednotlivých regionů, a to jak v oblasti nemocniční, tak ambulantní i

---

<sup>43</sup> ZÁMEČNÍK, M. *Zdravotní péče v evropských zemích*. Vox pediatrice. Roč.8 č.6/2008, s.7-8, ISSN 1213-2241.

<sup>44</sup> WHO. World Development Indicators:Health systéme . [online] [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.worldbank.org/table/2.15> .

dlouhodobé péče. Cílem je koordinovat poskytování služeb, sledovat stanovené a měřitelné standardy poskytování služeb i ekonomické limity zdravotnictví.<sup>45</sup>

Financování zdravotnictví je v Rakousku vícezdrojové. Nejvýznamnějším zdrojem je systém veřejného zdravotního pojištění, který pokrývá asi 45 % výdajů na zdravotní péči. Cca 33% výdajů je financováno spolkovou vládou, spolkovými zeměmi a místními úřady. Dalších 5 % výdajů tvoří doplňkové zdravotní pojištění a 17% platí do systému pacienti cestou různých poplatků a příplatků.<sup>46</sup>

Zdravotní pojištění je povinné a vzniká na základě příslušnosti k určité profesní skupině nebo místu bydliště. V Rakousku působí kolem 20 zdravotních pojišťoven, které jsou buď regionální nebo specifické pro určité profese. Výjimku ze zákonného pojištění tvoří svobodná povolání (notáři, soukromí inženýři apod.), která tvoří cca 1% obyvatel. Pojistné na zdravotní pojištění je stanoveno na základě příjmu (nikoli na základě zdravotních rizik). Pojištění se vztahuje i na rodinné příslušníky. Výši pojistného stanoví každoročně Národní rada a pohybuje se mezi 7–9 % vyměřovacího základu v závislosti na zdravotní pojišťovně. Zaměstnanci i zaměstnavatelé se na platbách pojistného podílejí přibližně jednou polovinou. Pojistné je vybíráno a spravováno přímo zdravotními pojišťovnami.

Soukromé zdravotní pojištění tvoří cca 10% příjmů plynoucích do zdravotnictví. Má jej sjednána asi třetina obyvatel Rakouska a tvoří doplněk veřejného zdravotního pojištění. Nejčastěji jsou jím kryty služby v rámci lůžkové péče (poplatky za pobyt v nemocnici, nadstandardní pokoje), ale i úhrady poskytovatelům, kteří nemají s veřejnými zdravotními pojišťovnami.

Pokud se jedná o soukromé zdroje, plyne více než jejich polovina do nemocniční péče, třetina plyne na úhradu léčiv a zbytek do ambulantní sféry. Nemocniční péče je

---

<sup>45</sup>MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. 2009. 79s. ISBN-978-80-254-3776-6.

<sup>46</sup> HOFMACHER, M.M., RACK, H.M. *Health care systems in transition: Austria*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on health Systems and Policies, 2006. [online]. [citováno 2013 - 08-19]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/96438/E72787.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/96438/E72787.pdf).

rozdělena na dvě úrovně – všeobecná a mimořádná třída. Spoluúčast za den pobytu ve všeobecné třídě činí dle regionu 8 až 15 eur, a to prvních 28 dní. V mimořádné třídě platí pojištěnec veškeré náklady nad úroveň krytou paušálními platbami zdravotních pojišťoven. Poplatek je dále vybírán na každé předepsané balení léčiva, u zdravotnických prostředků se spoluúčast pohybuje kolem 10-20% . U brýlí a kontaktních čoček činí spoluúčast 72,60 eur. Občané platí také část nákladů psychoterapeutické péče.<sup>47</sup> Pokud pojištěnec navštíví lékaře, s nímž nemá jeho zdravotní pojišťovna smlouvu, uhradí mu tato pojišťovna pouze 80% nákladů. Do úhrad za péči nejsou zahrnuty např. náklady dopravy pacientů do nemocnice a z ní, zhotovení zubních náhrad, pokud nejsou spojeny s léčbou poskytovanou v nemocnici, zhotovení ortopedických pomůcek (náhrada části těla). Nemocnice vyúčtuje pacientovi poplatky poslední den před propuštěním a teprve po uplynutí šesti týdnů od dne splatnosti mohou být účtovány zákonné úroky z prodlení – počítá se s oslabeností pacienta po propuštění z nemocnice a dává se mu čas na pozdější zaplacení, teprve poté se uplatní zákonem regulované úroky. Proti vyúčtování plateb může osoba podat do dvou týdnů od vystavení účtu písemně nebo ústně námitky. O nich rozhoduje magistrát, jako oblastní správní úřad.<sup>48</sup>

I v Rakousku probíhá v posledním období reformní úsilí zaměřené na snížení nárůstu nákladů na zdravotní péči. Jedná se zejména o snahu stabilizovat náklady na léky. Tato snaha spočívá ve snižování marže pro velkodistributory léčiv, snižování úhrad a marže lékáren. Rakouský systém usiluje také o maximální využití generických léčiv, kdy lékaři mají předepisovat pouze účinnou látku a o výběru konkrétního léku se má poradit pacient s lékárníkem. V případě, že si pacient zvolí dražší lék, doplácí rozdíl mezi cenou generika a vybraného léku.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> ROUBAL, T., JELÍNKOVÁ, K., BOHUMSKÝ, P. Srovnání zdravotnických systémů. 1. část. Pojistné rozpravy č. 20 s. 39-53. Praha 2007, ISSN 0862-6162.

<sup>48</sup> Nález Ústavního soudu ČR sp. Zn. PL ÚS 36/11 ze dne 20. června 2013 In: Sbirka zákonů, Ministerstvo vnitra, 2013, částka 92, s. 2220–22246, ISSN 1211-1244.

<sup>49</sup> MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích.* Praha. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. 2009. 79s. ISBN-978-80-254-3776-6.

## 2.5 Velká Británie

Základní statistická data:

Dle údajů WHO<sup>50</sup> má Velká Británie cca 60 512 000 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 300 lůžek, na 100 000 obyvatel připadalo 290 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují kolem 9,8 % HDP.

Zdravotnictví ve Velké Británii se vyvíjelo historicky jako tzv. státní zdravotnictví, které bylo centrálně řízeno a financováno státem. Nedošlo zde tedy ke vzniku zdravotních pojišťoven, které by zajišťovaly výběr pojistného a kontrahovaly zdravotní služby. Zdravotnictví ve Velké Británii je založeno na fungování modelu Národní zdravotní služby (National Health Service-NHL). Britské zdravotnictví je tradičně financováno z daňových příjmů státního rozpočtu a služby jsou poskytovány celé populaci dle jejích potřeb bez ohledu na schopnost jednotlivců za péči platit.

Tento model zdravotnictví nabízí vysokou dostupnost zdravotní péče pro všechny vrstvy obyvatel a svým nastavením zajišťuje, že nikdo není z užívání péče vyloučen. Na druhou stranu však systém trpí celou řadou nedostatků, které plynou z faktu, že stát disponuje omezenými zdroji. Omezenost zdrojů a snaha po neomezeném čerpání zdravotních služeb vyvolává uvnitř systému výrazné pnutí, které je řešeno omezováním růstu kvality poskytovaných služeb (nízká míra modernizace apod.), dlouhými čekacími lhůtami atd.<sup>51</sup> Čekací doby na dražší a náročnější operace (pokud nemají akutní charakter) se pohybují v rozmezí několika měsíců až dvou let.<sup>52</sup> Dlouhodobě je problémem např. čekací doba na operaci kyčelního kloubu, čekat se musí i na některé diagnostické výkony

---

<sup>50</sup> WHO. World Development Indicators: Health systéme [online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: <http://www.wdi.worldbank.org/table/2.15>.

<sup>51</sup> MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*, Praha. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 79s. ISBN-978-80-254-3776-6.

<sup>52</sup> PIKHART, Z. Dopady regulace cen léků a poskytování soukromé zdravotní péče na kvalitu zdravotnictví. [online]. [citováno 2013 - 07-11]. Dostupné z: <http://brightside.blog.cz/1008/dopady-regulace-cen-leku-a-poskytovani-soukrome-zdravotni-pecce-na-kvalitu-zdravotnictvi>.

(magnetická rezonance, počítačová tomografie, sonografická vyšetření apod.), kde čekací doba činí několik týdnů až měsíců.<sup>53</sup>

V posledním desetiletí prochází Velká Británie komplexním reformním procesem. Do tradičního modelu státem řízeného zdravotnictví, jehož hlavním principem bylo poskytování bezplatné péče celé populaci, se začaly dostávat tržní prvky. K těm patří zejména větší svoboda pacienta při volbě lékaře, zavedení prvků konkurence mezi poskytovateli, nastavení úhradových mechanismů tak, aby peníze odpovídaly spotřebě péče o pacienty a snaha o deregulaci systému tak, aby se řízení i financování dostalo na lokální úroveň. Cílem bylo omezit maximální délku čekací doby na ambulantní vyšetření i na hospitalizaci, garantovat přístup k lékaři primární péče do 48 hodin, snížit míru úmrtnosti na nejrizikovější skupiny onemocnění. Postupně dochází k decentralizaci britského zdravotnictví, kdy zodpovědnost za financování péče přechází na lokální organizace NHS.

Reformní opatření se dotkla strany nabídky služeb – tedy poskytovatelů péče. Ve Velké Británii existují dva druhy poskytovatelů – jednak veřejní poskytovatelé, kteří jsou součástí sítě NHS a společně vytváří fondy – tzv. NHS Truts, a zároveň existují poskytovatelé soukromí. Hlavní reformní snahy byly zaměřeny na veřejné poskytovatele. Jejich asociace (fondy) jsou postupně převáděny na novou formu tzv. NHS Foundation Trust, které mají charakter veřejných příspěvkových organizací, jímž je v rámci deregulace svěřena větší zodpovědnost a jsou vybízeny k tržnějšímu chování. Jejich kontrola je svěřena tzv. Monitoru, což je kontrolní agentura, která má oprávnění vydávat autorizační potvrzení o nabytí statusu NHS Foudation Trust, sleduje jejich činnost a v případě závadného jednání má rovněž oprávnění zasáhnout.<sup>54</sup> Tyto nové fondy uzavírají ujednání se soukromými poskytovateli o možnosti využití kapacity soukromého sektoru pro pacienty NHS. Do soukromých center se většinou přesouvaly jednodušší a často se opakující zákroky a tak se podařilo zvýšit kapacity NHS a podstatně snížit čekací doby.

---

<sup>53</sup> HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů*, 2009, [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: [http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod\\_do\\_zs.pdf](http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf)..

<sup>54</sup> OLIVER, A. *Heald care reform in England: progres and plans*. Health Policy Monitor. 2006, [online] [cit. 2012-03-31] Dostupné z :[http://www.hpm.org/de/Surveys/LSE\\_-\\_GB/07/Health\\_care\\_reform\\_in\\_England\\_progress\\_and\\_plans.html](http://www.hpm.org/de/Surveys/LSE_-_GB/07/Health_care_reform_in_England_progress_and_plans.html).



Reforma se však dotkla i strany poptávky, kterou ve Velké Británii tvoří asociace (fondy) praktických lékařů či samotné lékařské praxe. Praktičtí lékaři dostávají od britského ministerstva zdravotnictví prostředky, které používají jednak na vlastní léčení, ale i na kontraktaci péče pro „své“ pacienty v sekundární a terciární sféře. Tato funkce je popisována jako tzv. „gatekeeping“, to znamená, že pacienti směřují ke specialistům nebo do nemocnice na základě doporučení praktického lékaře. Toho si mohou pacienti sami vybrat, jejich volba je však omezena geografickou lokalitou. Kompetence praktického lékaře je však mnohem širší než v jiných zemích. Poskytují také např. gynekologickou péči, péči ORL, a zajišťují i drobné chirurgické zákroky. Tomu také odpovídá jejich vzdělání a nutnost absolvování dalších vzdělávacích kurzů. Jedinými specialisty, kteří pracují v primární sféře jsou stomatologové, lékárníci a optici. Ostatní specialisté poskytují zdravotní péči pouze v nemocnicích nebo v soukromých ordinacích, kde si pacient hradí zdravotní péči přímo nebo ze soukromého pojištění.

Sekundární a terciární péči poskytují všeobecné okresní nemocnice sdružené do nemocničních trustů NHS. Nemocnice stanovují své ceny podle nákladů a dochází k soutěži mezi nimi díky uzavírání smluv s objednateli zdravotní péče, kterými jsou většinou praktičtí lékaři. Pacient si může zajistit rychlejší zdravotní péči na soukromých nemocnicích a klinikách, kterou si však musí uhradit.<sup>55</sup>

Reformní kroky se dotkly i nastavení finančních toků. Aby se zefektivnilo poskytování zdravotní péče a poskytovatelé byli motivováni mezi sebou soutěžit o pacienty, dochází k postupnému nahrazování finančních plateb platbami za výsledek (paymens by results). Ty mají poskytovatele motivovat k postupnému upřednostňování ambulantní péče před nemocniční v případech, kdy je to možné a ke zkrácení doby hospitalizace.

Obyvatelé Velké Británie mají rovný a ve většině případů bezplatný přístup ke zdravotní péči. Výjimku tvoří např. platby za zubní péči, vyšetření zraku a léková

---

<sup>55</sup> PFEIFEROVÁ, A. *Analýza vybraných modelů financování zdravotnictví*. Praha: 2011. bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická, Národohospodářská fakulta.

spoluúčast. V oblasti zubní péče se doplácí až 80% nákladů,<sup>56</sup> spoluúčast u stomatologa činí 48 GBP za prohlídku + 1 nebo více výplní, na preventivní stomatologickou prohlídku pacient připlácí 17,50 GBP, osvobozeny však jsou těhotné ženy, děti do 18 let a studenti do 19 let. Pacienti připlácí i za léky, a to 7,65 GBP za recept s výjimkou osob starších 60 let, dětí do 16 let a studentů do 18 let, jenž jsou od platby za recept osvobozeny. Těhotné ženy a osoby, které berou speciální léky jsou osvobozené od spoluúčasti, musí však předložit potvrzení o osvobození.<sup>57</sup> Vstup pacienta k určitému specialistovi je možný jen na doporučení jeho praktického lékaře. Pacient může také jít ke specialistovi přímo bez doporučení, ale poskytnutou zdravotní péči si pak musí zaplatit.<sup>58</sup>

Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných zdrojů (cca 80%), soukromé zdravotní pojištění se podílí cca 15% a přímé platby jednotlivců činí cca 5%. Veřejné prostředky jsou tvořeny daněmi z příjmu obyvatelstva a z příspěvků národního pojištění. Daň z příjmu je progresivní, platí pouze osoby nad určitou příjmovou hranici. Někteří obyvatelé mohou tedy být od platby daně osvobozeni a přesto mají stejný přístup ke zdravotní péči jako ostatní.

K nejvýznamnějším úspěchům reformy ve Velké Británii patří zvýšení kapacity systému, které souvisí s redukcí délky čekacích dob na ambulantní i nemocniční zdravotní péči. Hlavními determinanty reformy se staly protržní prvky jako je větší volba pacienta při výběru lékaře, navázání úhradového mechanismu na provedené výkony i využívání kapacit soukromého sektoru. Tento trend je pro Británii velkým zvratem, neboť až do počátku reformy mělo zdravotnictví v zemi plně charakter státního modelu.

---

<sup>56</sup> ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM, *Velká Británie*, [online]. [citováno 2013 - 07-19]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/znz-britanie/>.

<sup>57</sup> CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Průvodce 2012, Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. 11. upravené vydání. Praha:BMSS-Start,s.r.o., 2012. 64s.

<sup>58</sup> OLSON,O. *Financování zdravotnictví v Rakousku, Německu, Švýcarsku a Velké Británii*. Zdravotnictví a právo. roč. 12,č.7-8/2008, s. 46-48, ISSN 1211-6432.

## 2.6 Slovensko

Základní statistická data:

Slovensko má cca 5 390 000 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 640 lůžek, na 100 000 obyvatel připadalo 300 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se v roce 2011 pohybovaly kolem 8,7 % HDP.

Slovensko je jazykově i kulturně Čechům nejbližší země na světě. Přestože se obě země vydaly v roce 1993 vlastní cestou, jistá podobnost ve vývoji obou států zůstává. Slovenské zdravotnictví řeší v současné době obdobné problémy jako české.

Obdobně jako v České republice je právo na zdravotní péči garantováno Ústavou SR, dle jejíhož článku 40 mají občané na základě zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Zdravotní pojištění na Slovensku realizují zdravotní pojišťovny, které před reformou měly charakter veřejnoprávních institucí a disponovaly s prostředky z veřejného zdravotního pojištění, které podléhaly přerozdělení. Slovenský zdravotnický systém byl z finančního pohledu značně nevyrovnaný. Poptávka po zdravotních službách na jedné straně, ale i jejich nabídka na straně druhé významně převyšovaly objem peněz, jež mohl být na jejich financování použit. Za klíčové determinanty nárůstu poptávky a nákladů je považováno stárnutí populace, tlak na využívání moderních a často drahých technologií a nárůst chronických chorob.<sup>59</sup>

Tato nepříliš příznivá situace přinutila vládu Slovenské republiky vydat se na cestu zásadních změn v celém hospodářství, přičemž reforma zdravotnictví, zahájená v roce 2002 ministrem zdravotnictví Rudolfem Zajacem, byla chápána jako klíčová.

K realizaci zdravotnické reformy na Slovensku bylo přijato 5 zásadních opatření :

### 1. oddlužení zdravotnictví

---

<sup>59</sup> PAŽITNÝ, P., ZAJAC, R. *Ozdravené zdravotnictví ve službách občanů, Příběh reformy od koncepce po implementaci. Združení pre reformu zdravotnictva*. Bratislava, 2004 [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/BielaKniha.pdf/>.

2. zavedení symbolických poplatků za zdravotní služby
3. možnost flexibilně definovat míru veřejných zdrojů v systému
4. zvýšení maximálních a minimálních vyměřovacích základů zdravotního pojištění
5. transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti

Zdravotnická zařízení neměla žádnou ekonomickou motivaci poskytovat kvalitní a cenově přijatelnou zdravotní péči, neboť jejich případné dluhy přebíral stát a nečelila tedy hrozbě zániku v případě neúspěšného hospodaření.<sup>60</sup> Prvým krokem vedoucím k oddlužení bylo přijetí zákona, který omezil záruky státu za závazky zrušené zdravotní pojišťovny do výšky jistiny dluhu. Proces oddlužování a konsolidace pohledávek ve zdravotnictví se realizoval prostřednictvím státní akciové společnosti Veritel<sup>6</sup> a.s. Oddlužení proběhlo v letech 2003 až 2005. Do první etapy oddlužování byli zařazeni vybraní poskytovatelé, do druhé zdravotní pojišťovny a do třetí zdravotnická zařízení ve správě státu. Ve čtvrté etapě převzala společnost Veritel<sup>6</sup> a.s. pohledávky zdravotních pojišťoven za neplátců pojistného. Celkem vyčlenila vláda na oddlužení zdravotnictví cca 12 miliard korun získaných z privatizace. Oddlužení však nebylo prováděno celoplošnou transformací a většina poskytovatelů se později začala znovu zadlužovat.

Od června 2003 byly na Slovensku zavedeny paušální poplatky za služby spojené se zdravotní péčí. Za návštěvu u lékaře a za vystavení receptu na léky činil poplatek 20 Sk, za stravu a ubytování v nemocnici se hradilo 50,- Sk, za poskytnutí LSPP 60 Sk a za využití dopravní služby 2 Sk/km. Zavedení regulačních poplatků mělo snížit počet návštěv u lékaře a spotřebu léčiv a zvýšit spoluodpovědnost pacientů za svůj zdravotní stav. Dle Mikoše<sup>61</sup> přinesly poplatky již v roce 2003 úsporu ve výši 4 mld. Sk.

---

<sup>60</sup> PAŽITNÝ, P., ZAJAC, R. *Stratégia reformy zdravotníctva-reálnej reformy pre občana*, Združenie pre reformu zdravotníctva. Bratislava, 2004 [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/zdravotnictvo.pdf>.

<sup>61</sup> MIKLOŠ, I. *Kniha reformem. Ako si Slovensko získalo mezinárodné uznanie v ekonomickej oblasti*. Bratislava: Ministerstvo financií SR, 2005 [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: [http://www.upms.sk/media/KNIHA\\_REFORIEM.pdf](http://www.upms.sk/media/KNIHA_REFORIEM.pdf).

V průběhu reformy byla také přijata novela zákona o zdravotním pojištění, která rozdělila zdravotní pojištění na veřejné a individuální. Veřejné zdravotní pojištění je povinné a zabezpečuje každému pojištěnci stejný rozsah zdravotní péče bez ohledu na jeho společenské postavení a výši příjmů. Individuální pojištění je dobrovolné a dává pojištěncům možnost uhradit si širší rozsah zdravotní péče nad rámec základního solidárního balíku. Rozsah a cenu této péče měla stanovit smlouva mezi pojištěncem a komerční pojišťovnou.<sup>62</sup>

Další změny, které zákon o zdravotním pojištění přinesl, se týkaly zvýšení minimálních i maximálních vyměřovacích základů i zvýšení pojistných sazeb pro některé skupiny pojištěnců. Zvýšila se i platba státu za státní pojištěnce, která byla stanovena na 4 % z vyměřovacího základu, jímž byl 12-ti násobek minimální měsíční mzdy. Nově byl rovněž zaveden institut ročního zúčtování zdravotního pojištění, který má zabezpečit odvod zdravotního pojištění ze všech příjmů pojištěnců. Toto opatření reagovalo na úniky uvnitř systému, kdy docházelo k obcházení zákona tím, že někteří občané dostávali po jedenáct měsíců minimální mzdu a jeden měsíc obdrželi zbylou vysokou sumu, z níž však pojistné odvedli pouze do výše maximálního limitu. Reforma tedy rozdělila placení pojistného do dvou fází – měsíční zálohy a roční zúčtování.<sup>63</sup>

Snaha rovnoměrně rozdělit pojistné mezi zdravotní pojišťovny vedla k častým změnám přerozdělovacích mechanismů. Pojistné určené k přerozdělení se postupně zvyšovalo z 60 % v roce 1995 až na 100% v roce 1999. Od tohoto roku se veškeré vybrané pojistné přerozdělovalo na základě indexu rizika podle věkových skupin pojištěnců, a tak v podstatě ztratila smysl pluralita zdravotních pojišťoven.

Krokem, který se nakonec politici neodvážili prosadit kvůli odporu veřejného mínění k celé reformě, bylo stanovení základní zdravotní péče, na jejíž úhradu ze zdravotního pojištění by měli všichni nárok. Vláda chtěla určit prioritní choroby a péči, kterou by si

---

<sup>62</sup> KUVÍKOVÁ, H, ŠTRANGFELDOVÁ, J. *Ciele a princípy reformy zdravotníctva v Slovenskej republike. Zdravotníctví v České republice*, 2005, roč.VIII, č.4, ISSN: 1213-6050.

<sup>63</sup> SZALAY, T. KOVÁČ, P. *Nová zdravotnícka legislatíva. VIA PRACTICA* 4/2004, Solen s.r.o. Bratislava, ISSN 1336-4790.

žádný jedinec nebyl schopný zaplatit sám a která měla zůstat plně hrazená ze zdravotního pojištění. U ostatní péče chtěla připustit spoluúčast pacientů, zejména u služeb, jejichž úhrada pacienta nezruinuje.

V první fázi sestavili experti seznam hrazené péče na základě příkladu z amerického státu Oregon, který podobný soupis připravil již na konci 80. let pro potřeby státem hrazené zdravotní péče. Tento seznam následně přizpůsobila skupina lékařů a medicínských expertů slovenským společenským poměrům. Výsledkem bylo 6 700 diagnóz, které měly být plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Ty v roce 2004 představovaly 41 procent výkonů a 67 procent nákladů na zdravotní péči. U zbylých 4 300 neprioritních diagnóz mohla vláda vyhláškou stanovit míru finanční spoluúčasti pacientů. Oba seznamy mohla vláda kdykoli vyhláškou změnit. Toto rozdělení zdravotní péče se nakonec do praxe nezavedlo.

Proběhla transformace zdravotních pojišťoven i poskytovatelů zdravotní péče na akciové společnosti. V roce 1995 začalo na trhu působit 13 zdravotních pojišťoven. V případě jejich platební neschopnosti za ně nesl odpovědnost stát, ten ale neměl žádný dosah na jejich řízení a hospodaření. Reforma v roce 2005 transformovala zdravotní pojišťovny z původně veřejnoprávních institucí na akciové společnosti. Přitom ve dvou případech zůstal jediným vlastníkem stát (VZP a.s. a Společná zdravotná pojišťovna a.s.), ostatní jsou soukromé. Cílem bylo vytvořit tržní vztahy a konkurenční prostředí. Pro kontrolu činnosti zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení vznikl Státní úřad pro dozor nad zdravotnictvím.<sup>64</sup>

S příchodem nové vlády v roce 2006 byla velká část reformy zrušena. Nejvýraznější změnou bylo zrušení nejčastěji hrazených regulačních poplatků. V současné době platí Slováci:

- za recept v lékárně – 0,17 eura
- za přepravu sanitou (s výjimkou záchranné služby) – 0,07 eura/kilometr

---

<sup>64</sup> KUVÍKOVÁ, H, ŠTRANGFELDOVÁ, J. *Ciele a princípy reformy zdravotníctva v Slovenskej republike. Zdravotníctví v České republice, 2005, roč.VIII, č.4, ISSN: 1213-6050.*

- za ošetření na noční pohotovosti – 1,99 eura
- za pobyt průvodce při poskytování ústavní péče 3,32 eura za den
- za výdej zdravotnických pomůcek – 0,17 eura
- za lázeňskou léčbu – podle diagnózy od 1,66 eura za den až po 7,30 eura za den

Po zrušení poplatků za návštěvu lékaře bylo zapotřebí alespoň nějakým způsobem regulovat návštěvy v ambulancích. Proto byla zavedena nová povinnost – byly obnoveny lékařské obvody a návštěva u ambulantního specialisty je (až na výjimky) možná na základě doporučení praktického lékaře. Pokud pacient doporučení nemá, musí zaplatit za tzv. nadstandard, kdy se platba pohybuje kolem 15 euro. Dále je možné si připlatit za další nadstandardní služby např. za přednostní vyšetření v ambulanci – od 5 do 10 eur, za výběr operátora nebo porodníka od 100 eur, za nadstandardní pokoj v nemocnici – od 10 eur, za psychofyzickou přípravu na porod – od 20 eur, za přítomnost další osoby při porodu – od 15 eur.<sup>65</sup>

Slovensko dále hledá nejvhodnější cesty pro přerozdělení pojistného. Od 1. července 2012 zavedlo další parametr – nizozemský PCG model. Jedná se o prediktivní model pro stanovování potenciální rizikovosti pojištěnců na základě nákladů na léky a celkových nákladů na péči v předcházejících obdobích. PCG model (pharmacy-based cost group – skupiny stanovené podle užívání léků) je jedním z parametrů nizozemského systému přerozdělování: další jsou zvláště nákladná péče, pohlaví, věk, DRG, další socioekonomické údaje o pojištěncích (PSC, příjem atd.). Nizozemský model PCG vychází z dat na základě časových řad minimálně od roku 2006 a zohledňuje lékařskou péči a „politiku“ v Nizozemí.

V horizontu dvou let se uvažuje o zavedení dalšího parametru přerozdělování – DRG, které je nyní na Slovensku kompletně implementováno společností InEK podle německého vzoru. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podepsal s německým

---

<sup>65</sup> Ekonomica, *Zdravotnicke poplatky sa vrátia v novej podobe*. [online]. [citováno 2013 - 07-13]. Dostupné z: [http:// : http://ekonomika.sme.sk/c/5888394/zdravotnicke-poplatky-sa-vratia-v-novej-podobe.html#ixzz2YvyCuFKj](http://ekonomika.sme.sk/c/5888394/zdravotnicke-poplatky-sa-vratia-v-novej-podobe.html#ixzz2YvyCuFKj).

Institutem pro úhradový systém v nemocnicích (InEK) smlouvu o spolupráci při vývoji a zavádění DRG systému na Slovensku.

Jak již bylo uvedeno výše, v průběhu reformy se slovenské zdravotní pojišťovny změnilly na akciové společnosti. V současné době působí na Slovensku 3 zdravotní pojišťovny. Vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny jsou to pojišťovna Dôvera a Union. V roce 2007 však slovenská vláda v čele s premiérem Ficem zakázala zdravotním pojišťovnám zisk. Toto rozhodnutí ale slovenský Ústavní soud zrušil. Od srpna 2011 tak novela zákona o zdravotních pojišťovnách dovoluje vytváření zisku, ovšem za splnění dvou podmínek. První z nich je použití zisku na tvorbu rezervního fondu, a to až do výše 20% základního jmění. Druhou podmínkou je povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánované zdravotní péče pro pojištěnce zařazené na čekacích listinách.<sup>66</sup> Výdaje na vlastní provoz pak zákon omezil na 3,5 procenta částky vybrané od pojištěnců. Současně vláda uvažuje o přechodu ze systému několika zdravotních pojišťoven na systém jediný. Problémem však je, že by současné zdravotní pojišťovny musela od jejich vlastníků odkoupit. Nizozemskou firmou vlastněná pojišťovna Union obhospodařuje relativně menší část trhu (400 tisíc pojištěnců), z toho vyplývají i nižší náklady na její likvidaci. Dôvera má ovšem na slovenském trhu čtvrtinový podíl (1,4 milionu pojištěnců), je důležitým hráčem, a pokud jde o zdravotnictví, má její hlavní vlastník, miliardářská kapitálová skupina Penta, na Slovensku ještě celou řadu železek v ohni. Ale hlavně: Dôvera je po transakcích souvisejících se spojením s jinou soukromou zdravotní pojišťovnou Apollo zatížena závazkem vůči svým akcionářům ve výši 400 milionů eur, tedy asi deset miliard korun.<sup>67</sup> Cílem složité účetní operace bylo zajistit možnost výplaty zisku akcionářům i v případě, že zákon znovu zakáže pojišťovnám zisk vytvářet. Podstatné ale je, že bez uhrazení pohledávky fakticky nejde pojišťovnu státem převzít. Celkově se náklady na převzetí Dôvery odhadují na 600 milionů eur, tedy asi patnáct miliard českých korun. Ten, kdo může na šachy se zdravotními pojišťovnami doplatit nejvíce, jsou samozřejmě pacienti. Likvidace konkurence a obnovení monopolu státní

---

<sup>66</sup> HAVLOVÁ, K. *Slovenské pojišťovny budou moci opět vytvářet zisk*. Zdravotnické noviny č. 9/2011, s. 11, ISSN 0044-1996.

<sup>67</sup> Pravda, Sme, ČTK, *Slovensko: Vytvoření jediný zdravotní pojišťovny bude mít zpoždění*. Zdravotnické noviny č. 17/2013, s. 12, ISSN 1805-2355.



pojišťovny jim totiž podle ekonomických zákonů nepochybně přinese horší služby za víc peněz.<sup>68</sup> V průběhu reformy došlo k privatizaci velké části zdravotnických zařízení. Problémem však zůstávají fakultní nemocnice, které se nestihly privatizovat a navzdory zvýšeným platbám od zdravotních pojišťoven mají problémy s hospodařením a vysokým tempem se zadlužují.

## 2.7 Česká republika

Česká republika má cca 10 505 000 obyvatel, počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel činil v roce 2011 700 lůžek, na 100 000 obyvatel připadalo 370 lékařů. Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují kolem 7,4 % HDP.<sup>69</sup>

Článek 31 Listiny základních práv a svobod zakotvuje právo občanů České republiky na bezplatnou zdravotní péči.<sup>70</sup> Tento nárok není neomezený, je vázán na rozsah veřejného zdravotního pojištění, přičemž limity tohoto nároku mohou být stanoveny pouze zákonem.<sup>71</sup> K možnosti limitace nároku na bezplatnou zdravotní péči se opakovaně vyjádřil Ústavní soud České republiky, který konstatoval, že právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je zúženo na rozsah veřejného pojištění, a tedy na redistribuci pojistných částek, přičemž celá hlava čtvrtá Listiny základních práv a svobod je ve svém souhrnu závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu.<sup>72</sup> Zdravotní

---

<sup>68</sup> PALATA, L. *Slovensko: Konec soukromých zdravotních pojišťoven*. Kaleidoskop. 5.9.2012, [online]. [citováno 2013 - 07-09]. Dostupné z: <http://www.finmag.cz/cs/finmag/kaleidoskop/slovensko-konec-soukromych-zdravotnich-pojistoven-fico-jde-na-nakupy/>

<sup>69</sup> WHO, World Development Indicators: Health systéme [online]. [citováno 2013 - 09-03]. Dostupné z: [http://www. http://wdi.worldbank.org/table/2.15](http://www.worldbank.org/table/2.15) .

<sup>70</sup> WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, 931s. ISBN 978-80-7357-750-6.

<sup>71</sup> ZÁLESKÁ, D., Hrazené zdravotní služby, *Zdravotnické fórum*, červenec 2013, Woltes Kluwer, s. 2-6, ISSN 1804-9664.

<sup>72</sup> Nález ústavního soudu ČR č. 206/1996 Sb. ze dne 10. července 1996 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákona České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, Zdravotního řádu vydaného nařízením vlády České republiky č. 216/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky, ve znění pozdějších předpisů, In: *Sbírka zákonů*. 1.8.1996. ISSN 1211-1244.

péče v České republice je tedy hrazena především z veřejných zdrojů, do nichž spadají zejména prostředky veřejného zdravotního pojištění, prostředky státu a prostředky místních rozpočtů – krajů a obcí. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je financováno přibližně 77 % výdajů na zdravotnictví, prostředky státu a místních rozpočtů saturují kolem 7 % a zbytek (kolem 16 %) financí plynoucích do zdravotnictví tvoří soukromé zdroje. Celkem vydává Česká republika do zdravotnictví kolem 7,4 % hrubého domácího produktu.<sup>73</sup>

Tabulka č. 5: **Celkové náklady na zdravotnictví v ČR (v mil. Kč)**

Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Veřejné prostředky celkem</b>	191 356	197 027	206 563	218 719	243 692	243 283	242 408	246 018
<b>V tom:</b>								
<b>Státní a místní rozpočty</b>	21 363	22 828	22 851	21 493	26 034	20 781	16 863	15 647
<b>Zdravotní pojištění</b>	170 093	174 200	183 713	197 280	217 658	222 500	225 545	230 371
<b>Soukromé zdroje</b>	27 418	29 783	35 370	45 801	47 954	45 754	46 376	46 719
<b>Náklady celkem</b>	218 774	226 810	241 935	264 520	291 646	289 035	288 784	292 737

Zdroj: ÚZIS - Aktuální informace 41/2009 a 28/2012<sup>74,75</sup>

Veřejné zdravotní pojištění je tedy rozhodující složkou ve financování zdravotní péče v České republice. Je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České

<sup>73</sup>ÚZIS, Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických datech, [online] [citováno 2013 - 08-18] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2012-ve-statistickych-udajich>.

<sup>74</sup> ÚZIS. Aktuální informace 28/2012. Celkové výdaje na zdravotnictví 2007–2011. [online] [cit. 2013-07-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.

<sup>75</sup> ÚZIS. Aktuální informace 41/2009. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2008. [online] [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>

republiky a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky. Tyto osoby nemají možnost ze systému veřejného zdravotního pojištění vystoupit a nemohou se rozhodnout se tohoto systému neúčastnit. Mají možnost využívat práva, jež z tohoto systému vyplývají (především právo na úhradu poskytnuté zdravotní péče), ale mají také zákonem uložené povinnosti (zejména oznamovat rozhodné skutečnosti a platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění). V České republice neexistuje tzv. rodinné pojištění, kdy nezaopatřené osoby jsou pojištěny z pojištění jiného rodinného příslušníka – živitele, ale každá osoba je pojištěna samostatně.

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je placeno procentem z příjmu, sazba pojistného činí 13,5 % a je určena zákonem. Uplatňuje se tak zásada solidarity, protože osoby s vyššími příjmy do systému přispívají více než osoby s příjmy nižšími. V případě potřeby však mají všichni stejný nárok na úhradu zdravotní péče a rozhodujícím kritériem je pouze zdravotní stav.

Za některé kategorie osob, které z různých (vzhledem ke svému postavení zřetele hodných) důvodů nemohou platit pojistné sami, platí pojistné stát. Jedná se zejména o důchodce, nezaopatřené děti, uchazeče o zaměstnání vedené v evidenci úřadu práce, ženy na rodičovské dovolené, osoby ve výkonu trestu apod. Výše pojistného, které za tyto kategorie osob platí stát, však neodpovídá skutečným nákladům na zdravotní péči za „státní“ pojištěnce. I zde se projevuje zásada solidarity, neboť ostatní pojištěnci – aktivní plátcí ze svého pojistného dotují náklady na zdravotní péči státních pojištěnců. Ze statistik vyplývá, že pojištěnci-aktivní plátcí pojistného spotřebují asi 40 % výdajů veřejného zdravotního pojištění, ale zaplatí přibližně 76 % jeho příjmů.<sup>76</sup>

Pokud pojištěnec není zaměstnán, nepodniká ani nespadá do kategorie pojištěnců, za něž platí pojistné stát, musí si platit pojistné sám jako tzv. osoba bez zdanitelných příjmů (samoplátce). Pojistné v tomto případě činí 13,5 % minimální mzdy.

Na trhu veřejného zdravotního pojištění působí v současné době sedm zdravotních pojišťoven. Největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,

---

<sup>76</sup> NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

kde je pojištěno přibližně 60% obyvatel České republiky. Zbývající část pojištěnců je pojištěna u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, které byly původně zřízeny pro zaměstnance určitého resortu, odvětví či podniku. Vlivem zákonné úpravy zakotvující svobodnou volbu zdravotní pojišťovny však v podstatě tento charakter ztratily a dnes pojišťují všechny pojištěnce, kteří projeví přání být u nich pojištěni a zaregistrují se. Největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou je Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, která má k 1. 1. 2014 více než 1 200 000 pojištěnců, což je kolem 11,4 % trhu zdravotního pojištění. Mezi zdravotními pojišťovnami dochází k přerozdělování příjmů z pojistného. Veškeré vybrané pojistné (100 %) se přerozděluje dle věku, pohlaví a nákladnosti pojištěnců.

Rozsah zdravotní péče hrazené pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění je určen zákonem<sup>77</sup> a je pro všechny zdravotní pojišťovny závazný. Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami je tedy v tomto směru minimální a přesouvá se do úrovně úhrady tzv. rozšířené péče, kdy některé zdravotní pojišťovny přispívají svým pojištěncům např. na nehrazená očkování, plavání, onkologickou prevenci či vitamínové preparáty. Tyto příspěvky jsou však hrazeny ze zvláštního fondu – tzv. fondu prevence, do něhož mohou pojišťovny přispívat max. ve výši 3 promile příjmů vybraných v rámci veřejného zdravotního pojištění. Jednotlivé pojišťovny se také mohou lišit svou smluvní politikou, tzn. tím, s kterým poskytovatelem zdravotní péče uzavřou smluvní vztah. Provozní náklady zdravotních pojišťoven jsou přísně limitovány právní úpravou<sup>78</sup> a jsou odvislé od výše vybraného pojistného po přerozdělení, počtu pojištěnců, výnosu pokut, penále atd. Pohybují se kolem 3,5 % celkových nákladů zdravotních pojišťoven.

Soukromé zdravotní pojištění v pravém smyslu slova v České republice prakticky neexistuje, a to zejména z důvodu velkého rozsahu péče kryté veřejným zdravotním pojištěním. Jedním z produktů privátního pojištění, které je na trhu nabízeno, je přípojištění nadstandardních služeb při pobytu v nemocnici (jednolůžkový pokoj apod.).

---

<sup>77</sup> Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, § 13 a násl.

<sup>78</sup> Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Nejvíce je však využíváno připojištění léčebných výloh při pobytu v zahraničí. Toto připojištění kryje náklady na zdravotní péči, které by český pojištěnec musel při poskytnutí lékařského ošetření v zahraničí uhradit, neboť v rámci veřejného zdravotního pojištění by mu byly proplaceny pouze náklady, které by byly uhrazeny za stejnou péči poskytovatelům v České republice.

Nabídka produktů privátního pojištění se rozšířila v souvislosti s přijetím tzv. ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, kdy v rámci reformy zdravotnictví byla pojištěncům nabídnuta možnost volby mezi produktem zcela krytým veřejným zdravotním pojištěním nebo nákladnější variantou, kterou si však pojištěnec musel doplatit. Tato právní úprava byla platná od 1. 1. 2012. Od tohoto data bylo možné jako ekonomicky náročnější variantu zvolit kvalitnější typ oční čočky, odlehčenou sádru či jinou očkovací látku. Ministerstvo zdravotnictví uvažovalo o rozšíření nabídky této ekonomicky náročnější varianty, bylo však třeba citlivě balancovat mezi zájmy pacientů, poskytovatelů i pojišťoven tak, aby nikomu nebyla odepřena potřebná péče, ale zároveň aby se systém veřejného zdravotního pojištění nedostal do finančně neúnosné situace. Při výběru dalších variant měly významnou roli sehrát odborné společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Od nich měly vzejít prvotní návrhy toho, co by mělo být dalším nadstandardem, a ty pak měly být dále posuzovány Ministerstvem zdravotnictví.<sup>79</sup> Dříve, než byl rozsah nadstandardů rozšířen, byla možnost volby ekonomicky náročnější varianty nálezem Ústavního soudu ČR sp. zn. ÚS36/11 zrušena ke dni 5.8.2013. Ústavní soud shledal nezákonným, že výši úhrad zdravotních služeb v základní variantě, jakož i vymezení zdravotních služeb, které jsou ekonomicky náročnější variantou, stanoví prováděcí právní předpis, konkrétně vyhláška Ministerstva zdravotnictví. Poukázal přitom na ustanovení Listiny základních práv a svobod, dle níž lze meze základních práv a svobod stanovit pouze zákonem. Dosavadní právní úprava ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče vykazovala dle Ústavního soudu protiústavní omezení základních práv.<sup>80</sup>

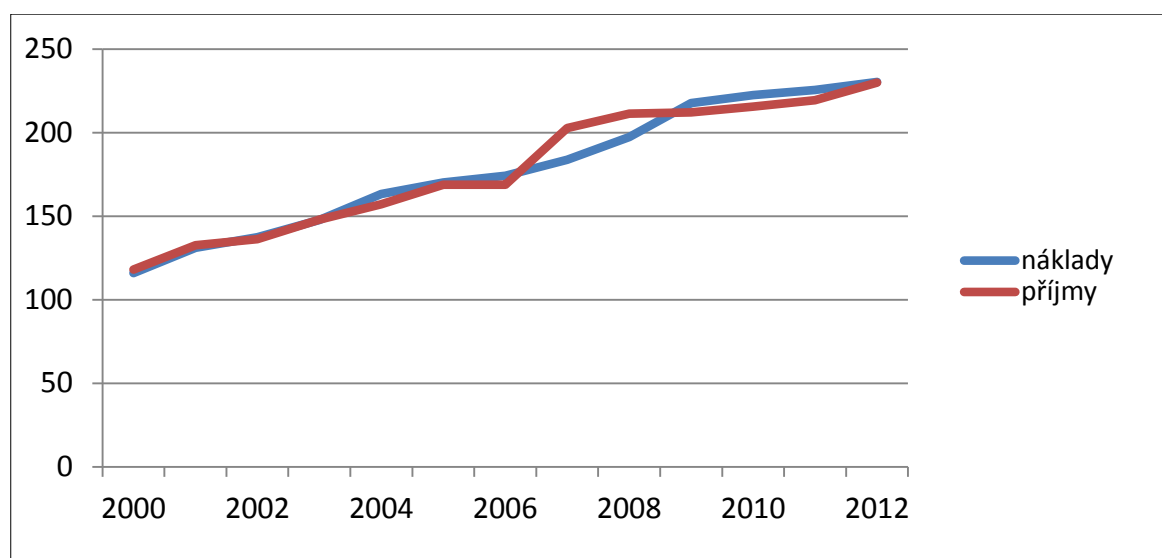
---

<sup>79</sup> ALEXA, J. *Reforma zdravotnictví – systémové změny*. Pojistné rozpravy. č. 28/2011, s. 11-15, ISSN 0862-6162.

<sup>80</sup> Nález Ústavního soudu ČR sp. Zn. PL ÚS 36/11 ze dne 20. června 2013 In: Sbirka zákonů, Ministerstvo vnitra, 2013, částka 92, s. 2220–22246, ISSN 1211-1244.

I Česká republika se potýká s nedostatkem financí ve zdravotnictví. Náklady na zdravotní péči rostou rychleji než příjmy zdravotního pojištění ať už z důvodu nových šetrnějších a diagnosticky výkonnějších, ale nákladných léčebných metod, či z důvodu velké poptávky po zdravotní péči. Pojištěnci v České republice jsou totiž zvyklí na to, že zdravotní péče je téměř bezplatná, mnohdy netuší co jejich vyšetření a léčba stojí. To může vést k častějším návštěvám u lékaře. Vliv na příjmy zdravotních pojišťoven má pochopitelně i hospodářská recese, která způsobuje, že rostou menším tempem než výdaje.

**Graf č. 1: Vývoj příjmů a nákladů zdravotních pojišťoven za období od roku 2000 – 2012 (v mld. Kč)**



Zdroj: ÚZIS – Aktuální informace č. 41/ 2009 a 28/2012 <sup>81, 82</sup>

### 2.7.1 Regulační poplatky

S účinností od 1. 1. 2008 byly v České republice novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví. Proklamovanými cíli reformy veřejných financí bylo mimo jiné zamezit „plýtvání“ ve

<sup>81</sup> ÚZIS. Aktuální informace 28/2012. Celkové výdaje na zdravotnictví 2007–2011. [online] [cit. 2013-07-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.

<sup>82</sup> ÚZIS. Aktuální informace 41/2009. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2008. [online] [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.

zdravotnictví (regulace návštěv u lékaře a omezení výdajů na léčiva hrazená z veřejného zdravotního pojištění).<sup>83</sup> V neposlední řadě bylo cílem zvýšit příjmy provozovatelů zdravotnických zařízení ze zdrojů mimo veřejné zdravotní pojištění. Tento krok České republiky podpořila ve své zprávě o hospodářském vývoji ČR – 2008 i OECD, která již v minulosti doporučovala zavedení regulačních poplatků jako jeden z kroků zajištění fiskální udržitelnosti veřejných financí.<sup>84</sup>

Právní úprava regulačních poplatků provedená § 16a a následujícími ustanoveními zákona č. 48/1997 Sb. prošla určitým vývojem a mnohdy se stala tématem politických diskuzí a soupeření.

Od 1. 1. 2008 je pojištěnec či jeho zákonný zástupce v souvislosti s poskytováním **hrazené péče** povinen platit **zdravotnickému zařízení**, které zdravotní péči poskytl, regulační poplatek. Poplatky ve zdravotnictví byly v době svého zavedení předmětem ostré politické diskuze a citlivým tématem zůstávají dodnes. Přesto výše poplatků i osvobození některých kategorií osob od jejich hrazení, doznalo od roku 2008 jen drobných změn.

Existují v podstatě tři typy regulačních poplatků, jedná se o:

1. **Regulační poplatek ve výši 30 Kč**, který se platí v ambulantní péči, a to **za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření** (což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konsiliárního vyšetření a je vykázáno příslušnými výkony dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami).<sup>85</sup> Je nutné podotknout, že regulační poplatek v této výši má být hrazen pouze tehdy, pokud lékař provádí klinické vyšetření pacienta. Nemá tedy být vybírán v situacích, kdy je pojištěnec vydáván pouze předpis na pravidelně užívané léky, aniž by jej lékař vyšetřil apod.

---

<sup>83</sup> HÁVA, P., MAŠKOVÁ, M. *Zdravotní politika visegrádských zemí(2)*. Zdravotnictví v České republice, roč.12, č. 2 (2009), s. 70-78. ISSN 1213-6050.

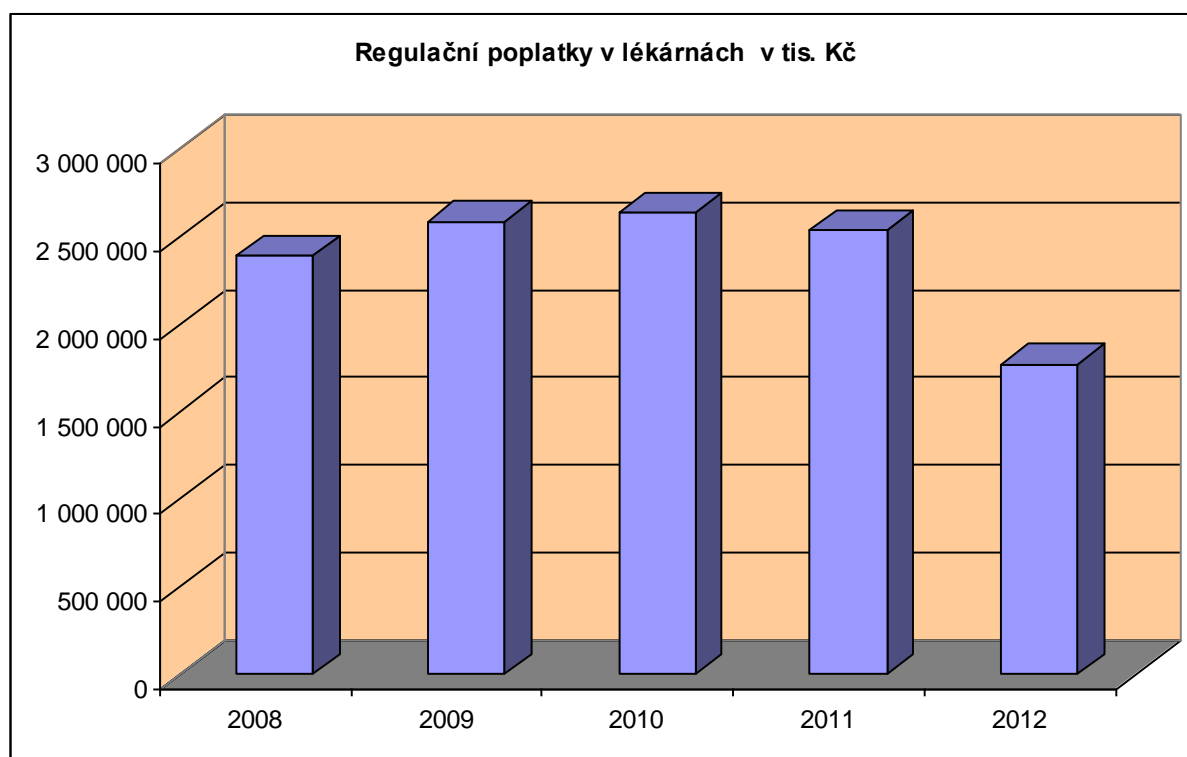
<sup>84</sup> OECD: 2008 Economic Review – The Czech Republic, [online]. [cit. 2014-04-004] Dostupné z : <http://www.oecd.org/eco/surveys/40502371.pdf> .

<sup>85</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely*, [online]. [cit. 2013-07-10] Dostupné z : [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn\\_1821\\_1197\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html) .

Ve stejné výši se platí regulační poplatek lékárně. Právní úprava ukládala až do 31. 12. 2011 hradit 30 Kč za vydání každého z veřejného zdravotního pojištění plně či částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu bez ohledu na počet balení, tzn. kolik druhů léků bylo na receptu předepsáno, tolikrát se regulační poplatek hradil. Jednalo se o jeden z nejméně populárních regulačních poplatků. S účinností od 1. 1. 2012 byl novelou zákona č. 48/1997 Sb. tento poplatek změněn tak, že se hradí za jeden recept pouze jedenkrát, a to za recept bez ohledu na počet druhů léků či počet balení.

Výši uhrazených regulačních poplatků pojištění všech zdravotních pojišťoven v lékárnách od roku 2007 do roku 2012 znázorňuje graf č. 2.

**Graf č. 2: Uhrazené regulační poplatky v lékárnách.**



*Zdroj: Vlastní výzkum – analýza dat z výročních zpráv zdravotních pojišťoven za období let 2008- 2012<sup>86, 87,88,89 ,90,91,92,93</sup>*

<sup>86</sup>Výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>.

<sup>86</sup> Výroční zprávy Vojenské zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/informace-dle-zakona/vyrocní-zpravy/>.



Od roku 2008 se úhrada za poplatky v lékárnách pohybovala ročně od 2 400 mil. Kč do 2 600 mil. Kč. K významnému snížení došlo v roce 2012, kdy částka vybraná za tento poplatek činila 1 773 tis. Kč. V roce 2012 činil tedy meziročně pokles vybraných regulačních poplatků v lékárnách cca 710 mil. Kč a byl způsoben změnou účinnou od 1.1. 2012, kdy se začal namísto poplatku za položku na receptu hradit poplatek za celý recept.

Platba za recept či položku na něm je obvyklá v řadě zemí. Např. ve Francii hradí pacienti 0,5 EUR za každou položku na receptu, v Rakousku hradí pojištěnce rovněž za položku na receptu, a to 5,15 EUR. Ve Velké Británii pacienti připlácí 7,65 GBP za recept s výjimkou osob starších 60 let, dětí do 16 let, studentů do 18 let, jenž jsou od platby za recept osvobozeni. Těhotné ženy a osoby, které berou speciální léky, jsou osvobozené od spoluúčasti, musí však předložit potvrzení o osvobození.<sup>94</sup> Pro případ opakovaných lékařských předpisů existuje ve Velké Británii možnost nákupu předplatného certifikátu, na jehož základě jsou po dobu jeho platnosti lékařské předpisy

---

<sup>87</sup> Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/vyrocní-zpravy/>.

<sup>88</sup> Výroční zprávy Oborové zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocní-zpravy>.

<sup>89</sup> Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny Škoda za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocní-zpravy>.

<sup>90</sup> Výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>.

<sup>91</sup> Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny Škoda za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocní-zpravy>.

<sup>92</sup> Výroční zprávy České průmyslové zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomické-informace.html>.

<sup>93</sup> Výroční zprávy Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>.

<sup>94</sup> CENTRUM MEZISTÁTNIÍCH ÚHRAD. *Průvodce 2012, Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. 11. upravené vydání. Praha: BMSS-Start,s.r.o., 2012. 64s.

bez poplatku. Jeho cena je stanovena bez ohledu na hodnotu předepsaných medikamentů.

<sup>95</sup> Slovinci hradí za recept v lékárně 0,17 EUR.<sup>96</sup>

Kromě poplatku za recept je však téměř ve všech zemích obvyklá i poměrně vysoká spoluúčast pacientů při úhradě léků. Např. ve Švédsku hradí pacienti léčiva plně v přepočtu do částky 700 Kč za rok, od 700 do 1 323 Kč hradí 50 %, v pásmu od 1 323 do 2 576 Kč platí 25 %, od 2 576 do 3 353 Kč platí 10 % a při překročení částky 3 353 Kč jsou dále léčiva hrazena pojišťovnou v plném rozsahu. Děti a prevence pro těhotné ženy jsou od poplatků osvobozeny. Vysoká spoluúčast při úhradě léčiv je i v Itálii a ve Francii, kde se dle typu léku hradí až 85 % jeho ceny. Obdobně v Německu činí spoluúčast 10 % ceny léčiv (min. 5 a max. 10 EUR).<sup>97</sup>

2. **Regulační poplatek ve výši 100 Kč** za každý den, ve kterém byla poskytována:

- ústavní péče,
- komplexní lázeňská péče,
- ústavní péče v dětských odborných léčebnách.

Tento poplatek doznal od svého zavedení významných změn. Především od 1. 1. 2008 až do 31. 11. 2011 činil poplatek za ústavní péči pouze 60,- Kč. Ke zvýšení na 100,- Kč došlo s účinností od 1. 12. 2011. Regulační poplatek za hospitalizaci byl v době svého zavedení terčem značné kritiky zejména u novorozeneckých dětí. Proto byla s účinností od 1. 9. 2008 přijata novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která zrušila uvedený poplatek při ústavní péči o novorozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno. Trendy ve výši vybraných regulačních poplatků za hospitalizaci u všech zdravotních pojišťoven jsou zřejmé z grafu č.3.

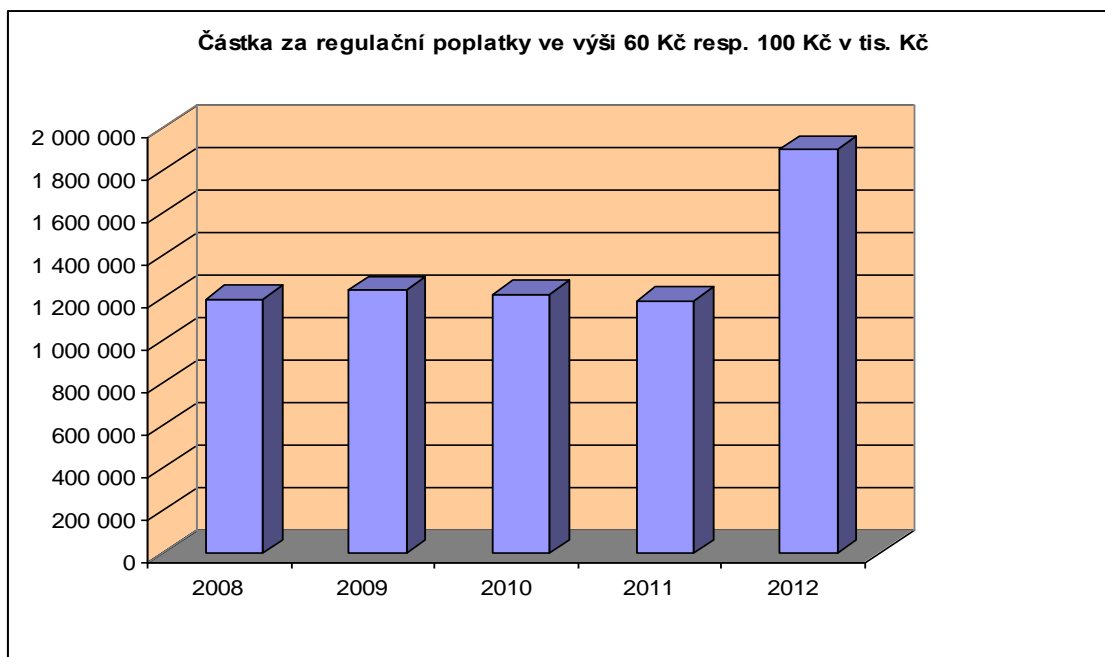
---

<sup>95</sup> OLSON, O. *Financování zdravotnictví v Rakousku, Německu, Švýcarsku a Velké Británii*. Zdravotnictví a právo. roč. 12, č. 7-8/2008. s. 46-48, ISSN 1211-6432.

<sup>96</sup> Ekonomika, *Zdravotnícke poplatky sa vrátia v novej podobe*. [online]. [citováno 2013 - 07-13]. Dostupné z: : <http://ekonomika.sme.sk/c/5888394/zdravotnicke-poplatky-sa-vratia-v-novej-podobe.html#ixzz2YvyCuFKj>.

<sup>97</sup> SIMON, M. *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionweise*. Bern 2010, 3. aktualizované vydání. 420 s. ISBN 978345647573 3456847572.

**Graf č. 3: Regulační poplatky za ústavní péči.**



*Zdroj: Vlastní výzkum – analýza dat z výročních zpráv zdravotních pojišťoven za období let 2008-2012*

Rozdíl let 2011 a 2012 ve výši více než 710 mil. Kč souvisí se zvýšením tohoto poplatku z 60 na 100,- Kč s účinností od 1.12.2011.

Poplatek za pobyt v nemocnici je obvyklý téměř ve všech evropských zemích. Pouze v několika zemích je veškerý pobyt pacienta hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se například o Polsko, Litvu, Španělsko či Řecko.

Ve Švédsku se spoluúčast při hospitalizaci liší podle jednotlivých zařízení, maximálně však činí v přepočtu 7,46 eura denně. V Belgii činí základní spoluúčast 14,14 eura za den. Při hospitalizaci v Bulharsku se platí spoluúčast ve výši 2,46 eura denně, maximálně však po dobu 10 dnů. V Rakousku se výše příspěvku pacienta liší podle typu nemocnice a spolkové země, pohybuje se kolem 10 eur za den.<sup>98</sup> V Německu hradí v případě pobytu v nemocnici pacient 10 EUR za den pobytu (max. však 28 dní), osoby do 18-ti let nehradí žádnou spoluúčast. Ve Francii je při pobytu v nemocnici hrazen paušální příspěvek ve

<sup>98</sup> GOLA, P. *Hospitalizační poplatky v Evropě*. Zdravotnické noviny č. 19/2010, s.9. ISSN 0044-1996.

výši 12-16 euro, dle typu zdravotnického zařízení. Další poplatek ve výši 18 euro se hradí u nákladných zákroků s cenou nad 91 euro, poplatek však nesmí překročit 20% celkových nákladů.<sup>99</sup> Pochopitelně jsou stanoveny výjimky pro některé kategorie pojištěnců (děti, těhotné ženy) či pro některé zákroky (CT vyšetření apod.).

Nálezem Ústavního soudu ČR sp. Zn. ÚS36/11 ze dne 20.6.2013, který byl publikován ve Sbírce zákonů ČR pod číslem 238/2013, byl poplatek za hospitalizaci zrušen ke dni 31.12.2013. Své rozhodnutí Ústavní soud odůvodňuje zejména tím, že poplatek má být ve své podstatě platbou za poskytnuté hotelové služby. Má to být ekvivalent nákladů, které by pacient tak jako tak musel mimo zdravotnické zařízení nutně vynaložit. Konstrukci poplatku však vytýká, že nerozlišuje případy, kdy pobyt na lůžku je pouze běžnou součástí léčby a v krajním případě by bylo možné jej nahradit pobytem mimo zdravotnické zařízení a případy, kdy pobyt v nemocnici je nutnou součástí medicínského výkonu a je nenahraditelný – například pobyt na jednotce intenzivní péče. Dále tomuto poplatku Ústavní soud vytýká absenci jakýchkoli limitů. Poplatek dopadá plošně na osoby výdělečně činné i nečinné a platí se v plné výši bez ohledu na délku hospitalizace. Dle názoru Ústavního soudu takto pojatá právní úprava vybočuje z kontextu poplatku za hospitalizaci hrazeného v okolních zemích, kde je většinou stanovena určitá maximální doba, po kterou se platí. Ústavní soud ve svém nálezu konstatoval, že zrušením poplatku až s účinností od 1.1.2014 byl zákonodárci poskytnut dostatečný časový prostor pro to, aby mohl nastavit parametry v intencích citovaného nálezu.<sup>100</sup> Ústavní soud tedy předpokládal, že poplatek bude zachován, budou však nastaveny limity jeho úhrady běžné v okolních zemích.

**3. Regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v pracovní dny od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli či svátek, pokud se nejedná o pravidelnou ordinační dobu. Regulační poplatek za**

---

<sup>99</sup> ZÁMEČNÍK, M. *Zdravotní péče v evropských zemích*. Vox pediatrice, Roč. 8.č.6/2008, s.7-8. ISSN 1213-2241.

<sup>100</sup> Nález Ústavního soudu ČR sp. Zn. PL ÚS 36/11 ze dne 20. června 2013. In: Sbírka zákonů, Ministerstvo vnitra, 2013, částka 92, s. 2220–22246. ISSN 1211-1244.

využití pohotovostní služby se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pacienta do lůžkové péče.<sup>101</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, že poplatky se vztahují pouze na poskytování péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. To znamená, že žádné poplatky nelze vybírat, jedná-li se o péči plně hrazenou pacientem (např. některé výkony plastické chirurgie, výkony v souvislosti dobrovolnou vakcinací, vystavení receptu na antikoncepci, výkony v soukromém zájmu pacienta apod.).<sup>102</sup>

Regulační poplatek platí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce poskytovateli zdravotní péče, poplatek zůstává příjmem tohoto poskytovatele a slouží k úhradě nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací. Regulační poplatek je tedy součástí úplaty za zdravotnickou službu.<sup>103</sup> Dle výzkumu, který v srpnu 2010 provedla agentura STEM/MARK, nemá téměř čtvrtina populace starší 15 let o dalším využití poplatku představu. Přibližně 15% osob se domnívá, že regulační poplatky jsou příjmem státního rozpočtu a vrací se zpět do zdravotnictví, dalších 8% považuje mylně za příjemce zdravotní pojišťovny a dalších 9% netuší, komu takto vybrané prostředky náleží. Z dotázaných respondentů, kteří věděli, že poplatek je příjmem poskytovatele, který jej vybral, se téměř čtvrtina domnívala, že poplatky jsou dalším příjmem zdravotnického zařízení a mohou být využity jakýmkoli způsobem dle rozhodnutí provozovatele zařízení. 31% dotázaných pak vědělo, že poplatky mají sloužit na modernizaci zdravotnických zařízení a ke zlepšení kvality služeb.<sup>104</sup>

Poskytovatel je povinen regulační poplatek od pojištěnce či jeho zákonného zástupce vybrat. Zjistí-li zdravotní pojišťovna opakované a soustavné porušování této povinnosti,

---

<sup>101</sup> § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v planém znění

<sup>102</sup> Regulační poplatky v ordinacích,[online]. [cit. 2012-03-31] Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Poplatky/poplatky.html>.

<sup>103</sup> PITNER, L. *Daň z přidané hodnoty a regulační poplatky ve zdravotnictví*. Zdravotnictví a právo, roč. 12,č.10/2008. s. 19 -20, ISSN 1211-6432.

<sup>104</sup> STEM/MARK, *Regulační poplatky trochu jinak*, Zdravotnictví v České republice, roč.14, č. 4/2010, s. 137. ISSN 1213-6050.

je oprávněna poskytovateli uložit pokutu až do výše 1 000 000,- Kč a to i opakovaně.<sup>105</sup> Poskytovatel však nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazených služeb, které regulačním poplatkům nepodléhají. Rovněž za opakované porušení této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna uložit zdravotnickému zařízení pokutu, v tomto případě do výše 50 000,- Kč. Opakované uložení pokuty jak za nevybírání, tak za neoprávněné vybírání regulačních poplatků, je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování hrazených služeb uzavřené mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, a to bez výpovědní lhůty.<sup>106</sup>

### 2.7.2 Osvobození od regulačních poplatků

Zákonodárce provedl v podstatě dva typy osvobození od regulačních poplatků. Osvobodil od regulačního poplatku ve výši 30,- Kč některá vyšetření většinou prováděná ve veřejném či obecném zájmu a v zájmu podpory preventivních vyšetření. Jedná se např. o preventivní prohlídky, dispenzární péči poskytovanou vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství, dále o vyšetření prováděná při odběru krve či krevní plazmy, laboratorní či diagnostická vyšetření vyžádaná ošetřujícím lékařem. Tento regulační poplatek není hrazen ani dětmi do 18 let.

Druhá skupina osvobození se týká všech regulačních poplatků. Zde se jedná o osvobození jednak ze sociálních důvodů, jednak se opět jedná o případy léčení či vyšetřování osob z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo tam, kde stát určité postupy podporuje. Žádný regulační poplatek tj. ani za ošetření ve zdravotnickém zařízení, ani za pohotovost, recept či za hospitalizaci neplatí např.:

- pojištěnci pobírající dávky v hmotné nouzi, musí se však prokázat rozhodnutím vydaným příslušným orgánem o dávce dle zákona o pomoci v hmotné nouzi<sup>107</sup>,

---

<sup>105</sup> VYROUBALOVÁ, S. *Regulační poplatky u lékaře a právní následky jejich nezaplacení*. Gynekolog, roč. 17, č. 1/2008, s. 25-26, ISSN 1210-1133.

<sup>106</sup> § 16a, odst. 10 a 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

<sup>107</sup> zákon. č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění

- děti umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy, pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče,
- pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v příslušných zařízeních<sup>108</sup>,
- při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit při nařízené izolaci, či při nařízených karanténních opatřeních<sup>109</sup>
- při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a následné dispenzarizaci dárce podle transplantačního zákona.<sup>110</sup>

Osvobození některých kategorií pojištěnců od placení regulačních poplatků (zejména dětí, těhotných žen a osob sociálně slabých) je zavedeno ve většině evropských zemí, v nichž se poplatky či jiná forma spoluúčasti platí. Např. ve Švédsku jsou poplatky za návštěvu lékaře poměrně vysoké a činí v přepočtu na české koruny přibližně 77 až 154 Kč za návštěvu u praktického lékaře, 62 až 230 Kč za návštěvu u ambulantního specialisty, 150 až 230 Kč za návštěvu lékařské pohotovosti. Poplatek za den hospitalizace v nemocnici se pohybuje v přepočtu kolem 62 Kč, ale je omezen na maximální částku 700 Kč na jednu hospitalizaci. Vysoká spoluúčast je u zubního lékaře, kde si pacienti sami hradí téměř veškerou péči. Pokud se jedná o léčiva, hradí je pacienti plně v přepočtu do částky 700 Kč za rok, od 700 do 1 323 Kč hradí 50 %, v pásmu od 1 323 do 2 576 Kč platí 25 %, od 2 576 do 3 353 Kč platí 10 % a při překročení částky 3 353 Kč jsou dále léčiva hrazena pojišťovnou v plném rozsahu. Děti a prevence pro těhotné ženy jsou od poplatků osvobozeny.

Obdobně v Německu, kde činí spoluúčast 10 % ceny léčiv (min. 5 a max. 10 EUR) a v případě pobytu v nemocnici pacient hradí 10 EUR za den pobytu (max. však 28

---

<sup>108</sup> § 48, 50 - 52 zákona. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

<sup>109</sup> zákon č 258/2005Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

<sup>110</sup> Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) ve znění pozdějších předpisů

dní), nehradí osoby do 18 let žádnou spoluúčast.<sup>111</sup> Švýcarsko patří mezi země s nejvyšším podílem soukromých výdajů na zdravotnictví. Pojištěnci si zde sami volí částku, do jejíž výše jim pojišťovny nehradí zdravotní péči. Výše pojistného je pak závislá na této částce. Kromě toho dále hradí spoluúčast ve výši 10 %, 30 Kč za den hospitalizace a 70 % ceny léčiv. Ze spoluúčasti nejsou vyjmuty ani děti, ale pro sociálně slabé existuje systém adresných příspěvků. Vysoká spoluúčast pacientů je i ve Francii, a proto se zde stává nutností soukromé připojištění, které náklady spoluúčasti kryje a má jej zřízeno přibližně 91 % obyvatelstva. Občané hradí 30 až 40 % nákladů při návštěvě lékaře, při pobytu v nemocnici 123 Kč na den a dále až 20 % nákladů na zdravotní péči. Na léčiva přispívají ve výši 0 – 65 % dle typu léčiv. Od spoluúčasti jsou osvobozeny těhotné ženy od 5. měsíce těhotenství, novorozenci 30 dní po porodu a děti s handicapem do 20-ti let věku.<sup>112</sup>

Zavedení regulačních poplatků se v České republice projevilo na zvýšení podílu soukromých zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Zatímco v roce 2007 se soukromé výdaje podílely na celkových výdajích 14,6 %, meziročně vzrostly o přibližně 30 % a v roce 2008 činily více než 17,1 % celkových výdajů na zdravotnictví.

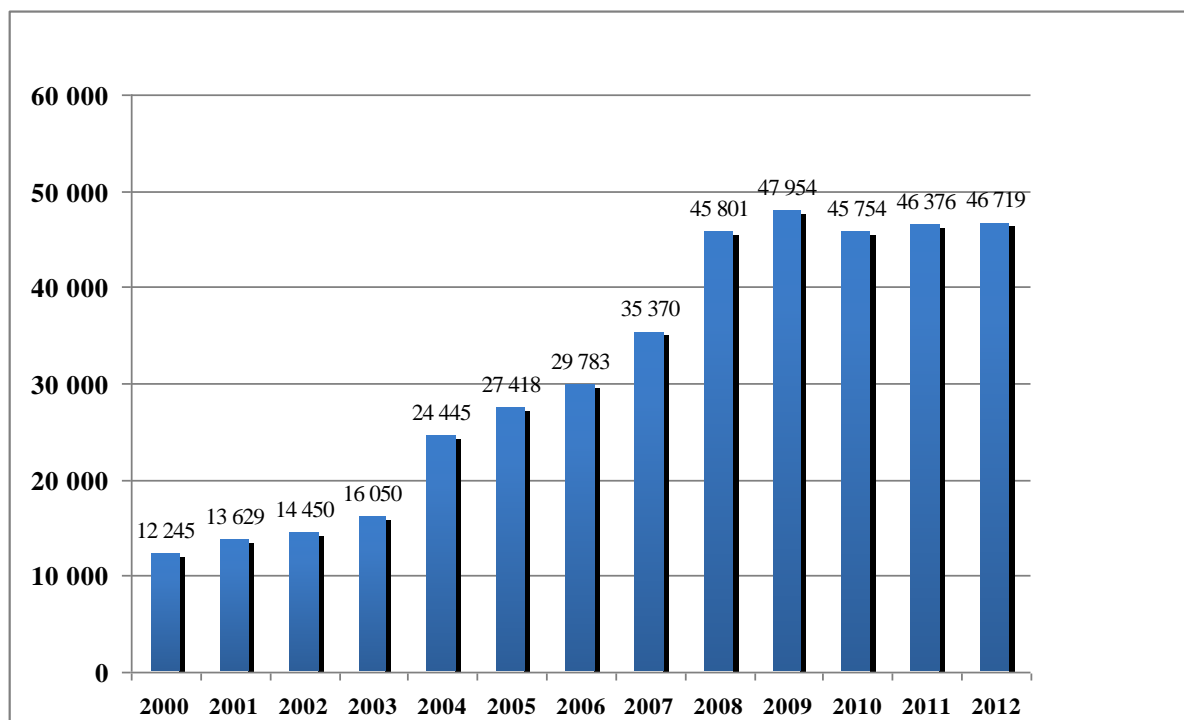
---

<sup>111</sup> CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Průvodce 2012, Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. 11. upravené vydání. Praha: BMSS-Start,s.r.o., 2012. 64s.

<sup>112</sup> MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*, Praha. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. 2009. 79s. ISBN-978-80-254-3776-6.



**Graf č. 4: Soukromé zdroje plynoucí do zdravotnictví (v mil. Kč)**



Zdroj: ÚZIS – Aktuální informace č. 41/ 2009 a 28/2012<sup>113,114</sup>

Následující tabulka informuje o částce, kterou pojištěnci všech zdravotních pojišťoven v České republice zaplatili v letech 2008 až 2012 poskytovatelům zdravotní péče za regulační poplatky a doplatky na léky.

---

<sup>113</sup> ÚZIS. *Aktuální informace 41/2009. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2008.* [online] [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.

<sup>114</sup> ÚZIS. *Aktuální informace 28/2012. Celkové výdaje na zdravotnictví 2007–2011.* [online] [cit. 2013-07-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>

**Tabulka č. 6: Přehled regulačních poplatků a doplatků zaplacených pojištěnci všech zdravotních pojišťoven v ČR za období let 2008 – 2012 (v tis. Kč).**

<b>Období</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Částka za regulační poplatky ve výši 30 Kč</b>	1 797 402	1 601 957	1 341 175	1 312 383	1 428 144
<b>Částka za regulační poplatky ve výši 60 , resp.100 Kč</b>	1 196 287	1 237 824	1 109 627	1 116 392	1 899 475
<b>Částka za regulační poplatky ve výši 90 Kč</b>	181 546	202 025	163 773	167 540	174 027
<b>Regulační poplatky v lékárnách</b>	2 391 678	2 588 789	2 641 074	2 540 881	1 773 196
<b>Započitatelné doplatky na léky a potraviny pro zvl. lék. účely</b>	1 104 814	1 650 494	2 346 368	2 426 339	2 458 902
<b>Celkem všechny uhrazené poplatky a započitatelné doplatky</b>	6 805 988	7 281 099	7 323 483	7 370 363	7 746 744

*Zdroj: Vlastní výzkum - analýza dat z výročních zpráv zdravotních pojišťoven za období let 2008- 2012*

Z tabulky č. 6 je zřejmý pokles vybraných regulačních poplatků ve výši 30 Kč za návštěvu praktického lékaře či ambulantního specialisty v letech 2009 až 2012 oproti roku 2008. Tento pokles byl způsoben osvobozením dětí do 18 let od tohoto poplatku, které nastalo s účinností od 1.4.2009. Osvobození se však týká pouze ošetření u praktického lékaře, gynekologa, zubního lékaře, lékaře poskytovatele ambulantní specializované péče a za návštěvní službu poskytovanou registrujícím praktickým lékařem v domácnosti pacienta.

I nadále je pojištěnec mladší 18 let (či jeho zákonný zástupce) povinen hradit 30 korunový poplatek za návštěvu klinického psychologa, klinického logopeda a za recept. Pokles ve výběru regulačních poplatků činil z tohoto důvodu v roce 2009 oproti roku 2008 více než 196 mil. Kč a v dalších letech se ještě prohloubil.

V roce 2012 došlo k významnému nárůstu uhrazených regulačních poplatků za hospitalizaci (o více než 710 mil. Kč), což souvisí se zvýšením tohoto poplatku z 60 na 100,- Kč s účinností od 1.12.2011. Současně je zřejmý pokles vybraných regulačních poplatků v lékárnách (o cca 710 mil. Kč), a to v souvislosti se změnou účinnou od 1.1.2012, kdy namísto poplatku za položku na receptu se začal hradit poplatek za celý recept.

### 2.7.3 Ochranný limit

Poskytovatelé sdělují zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče informace o vybraných regulačních poplatcích. Lékárny navíc sdělují i výši doplatku za léčiva, který se započítává do tzv. ochranného limitu. Informace o úhradě jednotlivých typů regulačních poplatků dostávají zdravotní pojišťovny pomocí tzv. signálních kódů, které poskytovatelé vykazují. Poskytovatel zdravotních služeb ani lékárna nemá povinnost sledovat u jednotlivých pacientů, kolik Kč zaplatili na poplatcích a doplatcích započítatelných do limitu. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny.<sup>115</sup>

Ochranný limit činí 5 000,- Kč ročně a započítávají se do něho pouze regulační poplatky ve výši 30,- Kč a doplatky na částečně hrazené léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. U léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely se však započítává doplatek 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

---

<sup>115</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely*. [online]. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn\\_1821\\_1197\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html).

nahradit. V takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši.<sup>116</sup>

U dětí mladších 18 let a u pojištěnců starších 65 let byl novelou zákona č. 48/1997 Sb. s účinností od 1. 4. 2009 ochranný limit snížen na částku 2 500,- Kč ročně.

Částku, o kterou započitatelné poplatky a doplatky překročí shora uvedený ochranný limit, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen.<sup>117</sup> Jedná se tedy o výdaj zdravotní pojišťovny, přestože příjem z regulačních poplatků zůstává ve zdravotnickém zařízení.

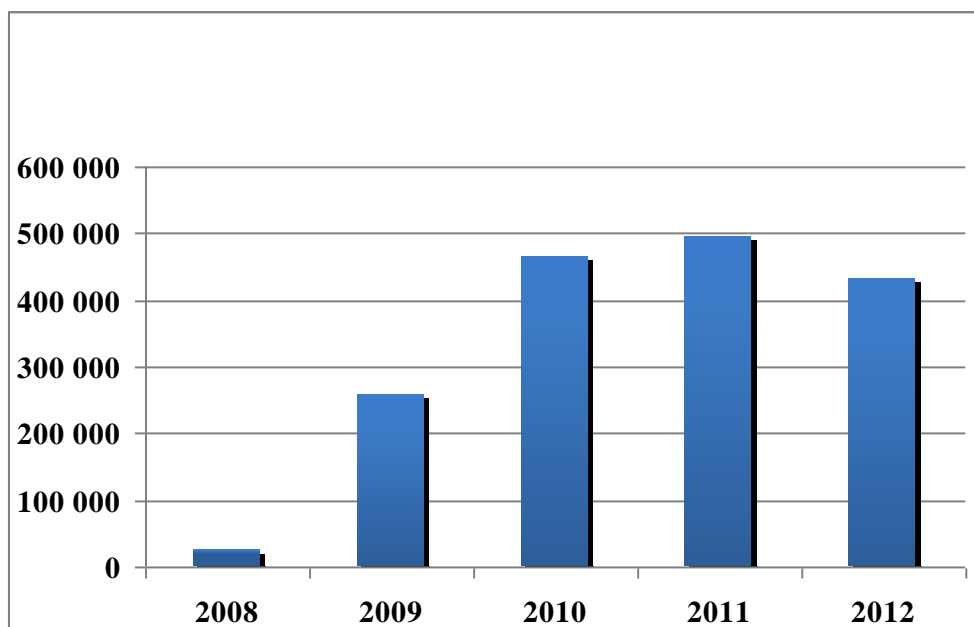
Prostřednictvím ochranného limitu je zajištěna dostupnost péče pro chronicky nemocné pacienty, či pro pacienty se závažnými diagnózami s častější a nákladnější zdravotní péčí. Jakmile pacient překročí výši ochranného limitu, platí regulační poplatky sice dál, ale každé čtvrtletí mu zdravotní pojišťovna poplatky a doplatky na léky zaplacené nad limit vrátí.

---

<sup>116</sup> MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *NÁVOD NA POUŽITÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ, V ROCE 2008 – publikace pro širokou veřejnost.* MZ ČR 2007, s. 20.

<sup>117</sup> § 16b, odst. 2 zák. č. 48/1997sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

**Graf č. 5: Překročení ochranného limitu- vratky zdravotních pojišťoven (v tis. Kč).**



*Zdroj: Vlastní výzkum- analýza dat z výročních zpráv zdravotních pojišťoven za období let 2008- 2012*

Oproti roku 2008 je v následujících letech patrné zvýšení částek, o které byl ochranný limit překročen a které tedy zdravotní pojišťovny vracely svým pojištěncům. Zejména výrazný je rozdíl mezi lety 2008 a 2009. Zatímco v roce 2008 se jednalo o 22 628 mil. Kč, v roce 2009 se tato částka zvýšila na 258 323 mil. Kč, v roce 2010 na 461 872 mil. Kč a v roce 2011 se jednalo již o více než 491 mil. Kč. Tento stav byl způsoben tím, že (jak výše uvedeno) od 1. 4. 2009 byl ochranný limit u dětí do 18 let a důchodců nad 65 let snížen na částku 2 500,- Kč. Současně se na nárůstu případů i částek překročení ochranného limitu podílela i ta skutečnost, že od 1. 4. 2009 se pojištěncům starším 65 let do ochranného limitu započítávají i doplatky za léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely určené k podpůrné doplňkové léčbě. Nižší překročení ochranného limitu v roce 2012 (o cca 60 mil. Kč) bylo způsobeno zejména změnou úhrady poplatku v lékárnách (poplatek za recept oproti dřívějšímu poplatku za každou položku na receptu).

Poplatky ve zdravotnictví, jejich zavedení, trvání či zrušení jsou vždy politickým tématem a otázkou předvolebního boje politických stran. Zavedení poplatků v ČR se setkalo s odmítavou reakcí zejména levicově orientovaných stran. Snaha o zrušení poplatků vedla v roce 2009 k tomu, že kraje v čele se sociálně demokratickými hejtmany

začaly hradit za pacienty ošetřené v krajských zdravotnických zařízeních regulační poplatky. Od ledna 2009 začal s těmito praktikami Středočeský kraj, a to prostřednictvím tzv. darovací smlouvy. Od února 2009 se k němu přidaly i ostatní kraje v České republice. Tento postup vyvolal řadu reakcí od správních řízení vedených zdravotními pojišťovnami proti krajským nemocnicím, po správní řízení vedené proti některým krajům Ministerstvem vnitra České republiky. Ministerstvo vnitra z tohoto důvodu zahájilo v lednu 2010 správní řízení s několika kraji. Týkalo se to Zlínského, Královéhradeckého, Jihočeského, Ústeckého, Libereckého, Pardubického, Moravskoslezského a Středočeského kraje. Dle názoru Ministerstva vnitra byl postup těchto krajů v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění především proto, že kraje překračovaly meze své působnosti a svým postupem zbavovaly pojištěnce jejich zákonné povinnosti. Tím docházelo k eliminaci regulačního efektu poplatků. Otázkou zůstával i soulad postupu krajů s Listinou základních práv a svobod, a to zejména z hlediska rovnosti v právech, která je deklarována v čl. 1 Listiny.<sup>118</sup> Dále se objevovaly i názory, že pacienti krajských zdravotnických zařízení budou ekonomicky zvýhodněni oproti pacientům jiných poskytovatelů. Toto zvýhodnění může dosáhnout až částky 5000,- Kč na pacienta ročně.<sup>119</sup> Proti postupu krajů protestovaly zejména lékárny s tím, že budou požadovat náhradu škody, kterou utrpěly, když pacienti místo do jejich lékáren chodili pro léky do krajských zařízení, kde nemuseli platit poplatky.<sup>120</sup>

Správní řízení vedené Ministerstvem vnitra ČR však nakonec nebylo dokončeno, neboť v okamžiku, kdy se problematikou se začaly zabývat soudy, bylo nejprve přerušeno a posléze zastaveno.

Nejvyšší správní soud svým rozhodnutím čj. 3 Ads 106/2010 ze dne 10.11.2010 zamítl kasační stížnost vedenou Zdravotnickou záchrannou službou Olomouckého kraje

---

<sup>118</sup> POSPÍŠIL, P. ELIÁŠOVÁ, P. *Náhradní mechanismy výběru regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních a sankční oprávnění zdravotních pojišťoven.* Zdravotnictví a právo, roč. 13, č. 9/2009, s. 5-11, ISSN 1211-6432.

<sup>119</sup> POSPÍŠIL, P. ELIÁŠOVÁ, P. *Několik poznámek k možnosti úhrady regulačních poplatků z rozpočtu krajů.* Zdravotnictví a právo. roč. 12, č. 12/2008, s. 11-14, ISSN 1211-6432.

<sup>120</sup> VAJSKEBR, P. *Lékárníci budou chtít náhradu škody od krajů, které platí za lidi.* Zdravotnické noviny. roč. 58, 2012. č. 23, s. 1-2. ISSN 0044-1996.

proti Zdravotní pojišťovně Metal– Aliance. Nejvyšší správní soud došel k závěru, že zdravotnické zařízení, které opakovaně a soustavně nevybírá v případech uvedených v § 16a odst. 1 písm. a) až e) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, od pojištěnců nebo jejich zákonných zástupců regulační poplatky v okamžiku poskytnutí zdravotní péče, se dopouští správního deliktu podle § 16a odst. 9 tohoto zákona.<sup>121</sup> Stejný názor vyslovil Nejvyšší správní soud i v rozsudku 3 Ads 152/2010 ze dne 5.1.2011, kdy se jednalo o kasační stížnost jejímiž účastníky byly Oblastní nemocnice Kladno a.s. a opět Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance.<sup>122,123</sup>

Kraje tedy platily za pojištěnce ošetřené v krajských zařízeních regulační poplatky cca jeden rok. Dle údajů krajských úřadů vydaly za rok 2009 na úhradu regulačních poplatků celkem 480,7 mil. Kč. Tento postup mohl paradoxně vést k vyššímu čerpání zdravotní péče u některých kategorií pacientů, neboť regulační poplatky za ně uhradil kraj, ale krajská zařízení zároveň oznamovala pojišťovnám, že tito pacienti regulační poplatky zaplatili. Zdravotní pojišťovny je pak započítávaly do ochranného limitu a při jeho překročení vracely nadlimitní regulační poplatky pojištěnci, přestože tento je nehradil. Uvedený postup byl tedy dle názoru autorky kontraproduktivní a jistě zkreslil i statistické údaje za rok 2009 a částečně i 2010.

S proplácením regulačních poplatků za pacienty skončily všechny kraje v roce 2009, příp. 2010. Jedině Středočeský kraj refunduje poplatky do současnosti. Od přímé úhrady poplatků poskytovateli přešel v roce 2010 na tzv. „plzeňský model“, kdy pacient poplatek nejdříve zaplatí, a poté na předepsaném formuláři žádá o jeho vrácení. Tento

---

<sup>121</sup> Rozhodnutí nejvyššího soudu ČR čj, 3 Ads 106/2010 ze dne 10.11.2010, [online]. [cit. 2013-08-04] Dostupné z : [http://www.nssoud.cz/main2col.aspx?cls=EvidencniListVety&evl\\_id=7523&menu=188](http://www.nssoud.cz/main2col.aspx?cls=EvidencniListVety&evl_id=7523&menu=188).

<sup>122</sup> Rozhodnutí nejvyššího soudu ČR čj, 3 Ads 152/2010 ze dne 5.1.2011, [online]. [cit. 2013-08-04] Dostupné z : [http://www.nssoud.cz/files/SOUDNI\\_VYKON/2010/0152\\_3Ads\\_100\\_20110113090857\\_prevedeno.pdf](http://www.nssoud.cz/files/SOUDNI_VYKON/2010/0152_3Ads_100_20110113090857_prevedeno.pdf).

<sup>123</sup> POLICAR, R. *NSS odmítá úhrady regulačních poplatků krajů*. Zdravotnické právo a bioetika, [online]. [citováno 2014 - 06-11]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/nss-odmita-uh rady-regulacnich-poplatku-kraji/>.

postup, dle vyjádření kraje, přinesl značnou úsporu finančních prostředků, neboť zatímco v předchozích letech kraj vydal na refundaci poplatků kolem 80 mil. Kč ročně, po přechodu na „plzeňský model“ tato částka významně poklesla a v roce 2013 představovala kolem 7mil. čtvrtletně. Dle názoru autorky je tento postup v rozporu s platnou právní úpravou, zejména s Listinou základních práv a svobod. Středočeský kraj nejenže diskriminuje pacienty, kterým je poskytnuta péče v „nekrajských“ zařízeních, ale nezachovává rovný přístup ani k pacientům, jež využili služeb poskytovatelů zřizovaných krajem, mají však bydliště mimo Středočeský kraj.

Dle statistických dat měly regulační poplatky zejména v prvních letech po svém zavedení vliv na spotřebu zdravotnických služeb v České republice. Současně přinesly do zdravotnictví další zdroje. Ministerstvo zdravotnictví České republiky uvádí, že bezprostředně po jejich zavedení v roce 2008 přinesly poplatky do systému přibližně 10 miliard Kč. Pro rok 2009 není takový odhad k dispozici, v roce 2010 odhadovalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky v případě zrušení regulačních poplatků propad systému veřejného zdravotního pojištění na 7 miliard Kč.<sup>124</sup> Tato částka odpovídá i celkové výši regulačních poplatků zaplacených pojištěnci všech zdravotních pojišťoven za rok 2010. Obdobný trend lze vysledovat i v letech 2011 a 2012.

---

<sup>124</sup> ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 46/2010* [online] [citováno 2012 - 07-18] Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2006-2009>



## **3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **3.1 Cíle práce**

Cílem práce je zmapovat dopad regulačních poplatků na četnost návštěv pacientů u lékaře a na náklady hrazené z veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých segmentech zdravotní péče včetně nákladů na léčiva.

### **3.2 Hypotézy**

K dosažení zmíněného cíle stanovila autorka dvě základní hypotézy, které mají být výzkumem potvrzeny či vyvráceny, a to:

**H1: Regulační poplatky měly vliv na snížení návštěv pacientů u lékaře**

**H2: Regulační poplatky měly vliv na snížení nákladů na zdravotní péči ve zkoumaných odbornostech a segmentech zdravotní péče**

## **4 METODIKA**

### **4.1 Použité metody výzkumu a charakteristika výběrového souboru**

Pro praktickou část práce byl použit kvantitativní výzkum. Jako metoda byla zvolena obsahová analýza dat z informačního systému Zdravotní pojišťovny MV ČR, pobočky České Budějovice a Plzeň za období let 2007 až 2013. Výzkum byl zaměřen na ambulantní odbornosti, u nichž byly zavedeny regulační poplatky. Nebyla sledována data o vývoji počtu ošetřovacích dnů ústavní péče.

Pobočka spravuje oblast Jihočeského, Plzeňského a Karlovarského kraje. Počet pojištěnců pobočky, jejichž data byla analyzována, se pohyboval od 170 379 pojištěnců v roce 2007 po 196 049 pojištěnců v roce 2013.

Průměrný počet pojištěnců pobočky České Budějovice a Plzeň v jednotlivých letech znázorňuje následující tabulka.

Tabulka č. 7: **Průměrný počet pojištěnců ZP MV ČR pobočky České Budějovice a Plzeň za období let 2007 – 2013.**

<i>Období</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
<i>Průměrný počet pojištěnců</i>	170 739	178 351	183 575	186 730	188 735	193 802	196 049

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle § 22 zák. c. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a § 23 odst. 9 zák. c. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, jsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání. Pro účely vědecké, publikační a pedagogické mohou pracovníci využívat pouze zobecněné informace bez uvádění konkrétních údajů, zejména jmenných. Z výše uvedeného důvodu jsou v práci použita pouze anonymizovaná data, aby nedošlo k porušení platné právní úpravy a tato data byla použita výhradně ve smyslu požadovaném zákonodárcem.

Do výzkumu bylo zařazeno 1981 poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb, s nimiž má pobočka uzavřeny smlouvy. Byla analyzována data u lékařské služby první pomoci a dále v nejvíce frekventovaných odbornostech ambulantní specializované péče. Jednalo se o stomatologii, interní lékařství, diabetologii, gastroenterologii, kardiologii, gastroenterologii, pneumologii, alergologii, neurologii, pediatrii, dermatovenerologii, psychiatrii, chirurgii, gynekologii, ortopedii, ORL, oftalmologii, urologii, psychologii a logopedii. Náklady na poskytnutou péči byly dále kromě výše uvedených odborností analyzovány i u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost. Detailní počty jednotlivých odborností jsou uvedeny v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8: Průměrný počet poskytovatelů zdravotní péče ve sledovaných odbornostech za období od roku 2007 do roku 2013.**

Číselné označení odbornosti	Odbornost – název	Průměrný počet poskytovatelů za období let
		2007-2013
3	Pracoviště LSPP	29
14	Pracoviště klinického stomatologa	839
101	Pracoviště interního lékařství	122
103	Pracoviště diabetologie	28
105	Pracoviště gastroenterologie a hematologie	15
107	Pracoviště kardiologie	25
205	Pracoviště pneumologie a ftizeologie	29
207	Pracoviště alergologie a klinické imunologie	36
209	Pracoviště neurologie	61
301	Pracoviště pediatrie	21
305	Pracoviště psychiatrie	75
306	Pracoviště dětské psychiatrie	7
404	Pracoviště dermatovenerologie	68
501	Pracoviště chirurgie	76
603	Pracoviště gynekologie a porodnictví	195
606	Pracoviště ortopedie	72
701	Pracoviště otorinolaryngologie	57
705	Pracoviště oftalmologie	96
706	Pracoviště urologie	32
708	Pracoviště anesteziologie a intenzivní medicíny	8
901	Pracoviště klinické psychologie	48
903	Pracoviště klinické logopedie	42
001, 002	Praktičtí lékaři	911

Zdroj: Vlastní výzkum – data ZP MV ČR

#### 4.1.1 Návštěvy

Pro účely výzkumu byl sledován počet vykázaných klinických vyšetření za období let 2007 až 2013. Jako výchozí období pro porovnání nárůstu či poklesu návštěv byl vzat rok 2007, tedy období před zavedením regulačních poplatků. Do výzkumu nebyla zahrnuta vyšetření, při nichž se regulační poplatky nevybírají, tedy preventivní prohlídky,

očkování, návštěvy související s dispenzarizací pacienta, návštěvy, při nichž není pacient klinicky vyšetřován apod. Byl použit průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce pobočky v roce 2007, tedy před zavedením poplatků, který byl porovnán s průměrným počtem návštěv za sledované období, tj. za období let 2008-2013. Ve všech uvedených odbornostech byl sledován počet vykázaných klinických vyšetření příslušnými lékaři ambulantní specializované péče. Jednalo se o výkony komplexního, cíleného a kontrolního vyšetření. Obsah výše uvedených vyšetření je stanoven platnou právní úpravou – vyhl. MZ ČR č. 134/1998Sb., v platném znění, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.<sup>125</sup> Výkony klinických vyšetření jsou základními výkony, kterými zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou pojištěncům.

Výkony klinických vyšetření se dělí na komplexní vyšetření, opakované komplexní vyšetření, cílené vyšetření a kontrolní vyšetření. Do výkonů klinických vyšetření jsou dle jednotlivých autorských odborností zahrnuty materiální a přístrojové náklady výkonů agregovaných do klinických vyšetření. Při jedné návštěvě lze vykázat pouze jeden z výkonů klinických vyšetření.

### **Komplexní vyšetření**

Výkonem komplexní vyšetření se vyazuje:

1. vyšetření pacienta při převzetí do péče praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, gynekologa – porodníka a praktického zubního lékaře
2. vyšetření pacienta při převzetí do pravidelné dlouhodobé péče ambulantního specializovaného lékaře a dále vždy, pokud došlo u konkrétního lékaře k přerušení péče delší než dva roky.

---

<sup>125</sup> Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou nevydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů*. 10.12.1998. ISSN 1211-1244.

## **Cílené vyšetření**

Výkonem cílené vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem zaměřené na subjektivní obtíže
2. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v pravidelné péči při významné změně průběhu choroby
3. dispensární vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem
4. vyšetření pacienta spojené s vystavením návrhu na komplexní a příspěvkovou lázeňskou péči nebo na pobyt v ozdravovně
5. předoperační vyšetření pacienta

## **Kontrolní vyšetření**

Výkonem kontrolní vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta, kdy ošetřující lékař kontroluje průběh nebo výsledek léčby
2. vyšetření pacienta při ukončení léčby ošetřujícím lékařem
3. vyšetření pacienta při ukončení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem
4. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v průběhu stabilizované choroby
5. vyšetření pacienta před poskytnutím terapeutického úkonu

Ve všech uvedených případech se tedy jedná o výkony, při jejichž vykázání je dle platné právní úpravy pojištěnec povinen hradit regulační poplatek ve výši 30,- Kč, příp. 90,- Kč při návštěvě lékařské služby první pomoci.

V odbornosti 014 - stomatologie byl sledován počet vyšetření vykazovaných výkony 00902 - péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku, 00903 – vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou, 00904 - stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče, 00906 - stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce, 00907 - stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let, 00908 - akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby, 00909- klinické stomatologické vyšetření. V době svého zavedení vyvolával ve stomatologii diskuzi výkon 00900 – komplexní vyšetření stomatologem při registraci pojištěnce (nový výkon od 1.1.2012). Protože tento výkon není spojen

s preventivní péčí o pacienta, podléhá úhradě regulačního poplatku.<sup>126</sup> I tento výkon byl tedy do sledovaného souboru zahrnut.

Autorka dále sledovala, zda regulační poplatky neovlivnily průměrný počet návštěv pouze v prvních letech po jejich zavedení a zda v dalším období neztratily poplatky regulační efekt. Za tímto účelem bylo období po zavedení regulačních poplatků rozděleno na dvě stejně velké části, a to na období let 2008–2010 a na období let 2011–2013. Obě tato období byla pak dále porovnána k roku 2007.

Porovnání průměrných počtů návštěv za období let 2008 až 2013 i za jednotlivá tříletá období ku roku 2007 bylo testováno pomocí jednovýběrového t-testu. Jedná se o často používanou metodu testování statistických hypotéz. Jednovýběrový t-test slouží k porovnání střední hodnoty  $\mu$  s konstantou ( $H_0: \mu = \mu_0$ ). Modifikovaná hodnota testového kritéria označovaná jako p-value je nejnižší možná hladina významnosti, při které lze ještě zamítnout nulovou hypotézu. Nejnižší možnou hladinu významnosti, na které ještě můžeme nulovou hypotézu zamítnout je p-hodnota. Pro vyhodnocování se používá standardně hladina významnosti 0,05 (5%).<sup>127</sup> Dosažená hladina významnosti  $p < 5\%$  znamená statisticky významný rozdíl (buď nižší, nebo vyšší průměr). Vzájemné odlišnosti zkoumaných hodnot jsou pak vyjádřeny směrodatnou odchylkou.

Pro doplnění autorka dále sledovala, jaký byl trend vývoje počtu návštěv v čase – tj. zda po zavedení poplatků, tj. po roce 2008 návštěvy dále klesaly, stagnovaly či stoupaly. Trend počtu návštěv v čase (časový vývoj) v letech 2008–2013 byl zpracován lineární regresí a otestován F-testem. Dosažená hladina významnosti  $p < 5\%$  znamená statisticky významný pokles nebo nárůst.

První část výzkumu – analýza počtu vykázaných klinických vyšetření nemohla být realizována u praktických lékařů, kteří jsou hrazeni kapitační platbou, v níž jsou uvedena klinická vyšetření zahrnuta a nejsou samostatně vykazována. Autorka tedy u praktických lékařů nemá k dispozici data za dobu před zavedením regulačních poplatků.

---

<sup>126</sup> NEUBAUEROVÁ, L, *Kód 00900 a regulační poplatek*. Zdravotnické noviny č. 15/2012, str. 40. ISSN 1805-2355.

<sup>127</sup> BISKUP, R. *Vyhodnocování výsledků testování hypotéz na základě „p-value“* [online][citováno 2014 - 05-11] Dostupné z: [http://home.ef.jcu.cz/~birom/stat/cviceni/09/p\\_value.pdf](http://home.ef.jcu.cz/~birom/stat/cviceni/09/p_value.pdf).

### 4.1.2 Náklady

Ve druhé části výzkumu byly sledovány průměrné náklady na jednoho pacienta v daných odbornostech. Do této části výzkumu byly zahrnuti i praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost, neboť v případě nákladů bylo data možné získat. Do výzkumu nákladů však nebyla zahrnuta odbornost 708 – anestezie a intenzivní medicína, neboť jak autorka zjistila během výzkumu, náklady za tuto odbornost se v účetnictví pobočky nezobrazují samostatně ale společně s odborností 710 – léčba bolesti. Proto z důvodu možného zkreslení údajů je nakonec autorka z výzkumu vyloučila.

Jako průměrné náklady byly vzaty náklady na jednoho pojištěnce, tedy náklady vykázané v dané odbornosti za příslušný kalendářní rok vydělené průměrným počtem všech pojištěnců pobočky České Budějovice a Plzeň v daném roce. Toto kritérium se zdá nejobjektivnější, neboť náklady sledované v absolutních číslech jsou v jednotlivých letech zkresleny změnou (nárůstem) počtu pojištěnců. Pokud bychom sledovali průměrné náklady na jedno v dané odbornosti ošetřené rodné číslo, byl by výsledek zkreslen tím, že pokud by v důsledku zavedení regulačních poplatků poklesl počet návštěv, mohlo by paradoxně dojít k navýšení průměrných nákladů na jedno ošetřené rodné číslo, neboť pacienti navštívili lékaře méně často a se závažnějšími diagnózami.

Stejně jako u návštěv, bylo i u nákladů porovnání průměrných hodnot za období let 2008 až 2013 i za jednotlivá tříletá období ku roku 2007 testováno pomocí jednovýběrového t-testu s tím, že vzájemné odlišnosti zkoumaných hodnot jsou vyjádřeny směrodatnou odchylkou.

#### **Operacionalizace pojmů:**

- **návštěvy u lékaře** - klinická vyšetření, při nichž se dle platné právní úpravy vybírají regulační poplatky
- **kontakty** - veškerá vyšetření vykázaná poskytovateli, včetně preventivních, dispenzarizace pacienta apod., tzn. veškeré kontakty pacienta s lékařem bez ohledu na regulační poplatky

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Návštěvy

Počty návštěv (v absolutních číslech) v jednotlivých odbornostech, které absolvovali pojištěnci pobočky od roku 2007 do roku 2013 znázorňuje tabulka č. 9.

**Tabulka č. 9: Počty vykázaných klinických vyšetření v absolutních číslech.**

Odbornost	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
LSPP	17 955	10 816	12 351	10 907	10 937	11 421	11 510
Stomatologie	57 168	57 043	61 672	65 472	57 363	63 313	66 658
Interní lékařství	55 819	44 820	47 027	49 442	50 857	52 753	53 807
Diabetologie	19 299	18 194	19 361	20 547	20 797	21 540	22 086
Gastroenterologie	16 574	15 769	15 485	15 004	14 957	15 533	15 589
Kardiologie	12 874	13 386	15 369	16 052	17 632	19 212	19 807
Pneumologie	21 193	16 083	17 120	17 559	18 223	18 628	19 210
Alergologie	22 594	18 545	20 058	20 610	20 200	20 488	19 257
Neurologie	34 541	30 613	33 021	34 749	35 507	36 370	37 652
Pediatric	10 086	9 442	10 167	9 599	9 583	9 462	10 068
Psychiatrie	26 903	24 021	25 469	27 114	30 370	31 499	32 055
Dětská psychiatrie	990	1 005	1 154	1 510	1 600	1 806	1 797
Dermatovenerologie	68 449	53 292	59 745	60 740	61 145	62 300	65 499
Chirurgie	112 086	96 320	104 341	101 763	102 154	107 677	116 357
Gynekologie	150 059	108 158	106 608	106 186	104 342	103 002	104 323
Ortopedie	57 120	50 554	53 423	56 280	56 852	59 614	60 457
Otorinolaryngologie	54 171	43 621	45 172	45 058	45 693	44 788	48 589
Oftalmologie	69 491	60 672	63 752	66 761	67 091	69 898	79 429
Urologie	28 981	22 760	25 174	26 706	27 404	27 890	28 597
ARO	16 448	19 700	21 438	23 012	23 179	24 565	25 645
Klinická psychologie	5 707	5 744	5 635	6 395	6 323	5 986	6 088
Klinická logopedie	4 659	4 460	5 405	5 653	5 792	6 203	6 419

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 9 jsou uvedena data v absolutních číslech. Počet pojištěnců, u nichž byla vykázaná vyšetření analyzována, se však v jednotlivých zkoumaných obdobích měnil (viz. tabulka č.7). Pro statistické zpracování nebylo tedy možné vycházet z absolutních údajů,



ale údaje o počtu vykázaných vyšetření byly přepočteny na průměrný počet klinických vyšetření, připadajících na jednoho pojištěnce v dané odbornosti.

**Tabulka č. 10: Průměrný počet vykázaných klinických vyšetření na jednoho pojištěnce za období let 2007 – 2013.**

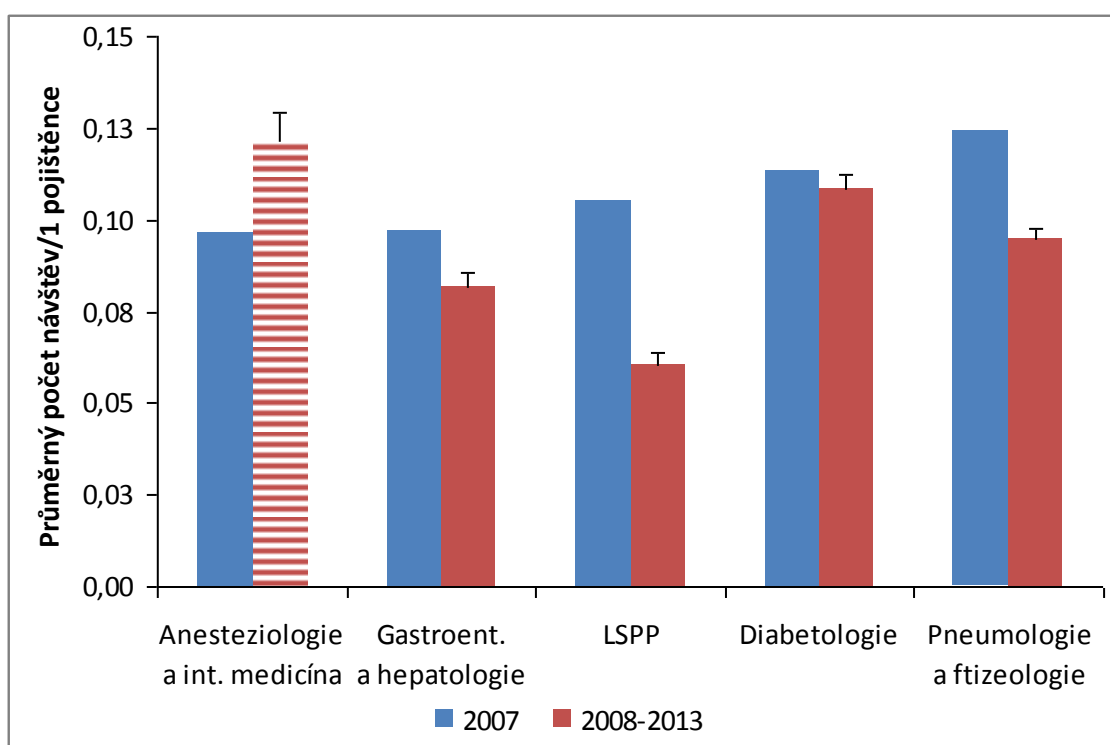
Odbornost	Průměrný počet vykázaných klinických vyšetření na jednoho pojištěnce za jednotlivá období						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
LSPP	<b>0,1054</b>	0,0606	0,0673	0,0584	1,0579	0,0589	0,0587
Stomatologie	<b>0,3355</b>	0,3198	0,3359	0,3506	0,3054	0,3267	0,3395
Interní lékařství	<b>0,3276</b>	0,2513	0,2562	0,2648	0,2695	0,2722	0,2745
Diabetologie	<b>0,1133</b>	0,1021	0,1055	0,1112	0,1102	0,1111	0,1127
Gastroenterologie	<b>0,0973</b>	0,0884	0,0884	0,0804	0,0792	0,0801	0,0795
Kardiologie	<b>0,0756</b>	0,0751	0,0837	0,086	0,0934	0,0991	0,1011
Pneumologie	<b>0,1244</b>	0,0902	0,0933	0,094	0,0966	0,0961	0,0983
Alergologie	<b>0,1326</b>	0,104	0,1093	0,1104	0,107	0,1057	0,0982
Neurologie	<b>0,2027</b>	0,1716	0,1799	0,1861	0,1881	0,1877	0,1921
Pediatric	<b>0,0592</b>	0,0529	0,0554	0,0514	0,0508	0,0488	0,514
Psychiatrie	<b>0,1579</b>	0,1347	0,1387	0,1452	0,1609	0,1625	0,1635
Dětská psychiatrie	<b>0,0058</b>	0,0056	0,0063	0,0081	0,0085	0,0093	0,0092
Dermatovenerologie	<b>0,4017</b>	0,2988	0,3255	0,3253	0,324	0,3215	0,3341
Chirurgie	<b>0,6579</b>	0,5401	0,5684	0,545	0,5413	0,5556	0,5935
Gynekologie	<b>0,8807</b>	0,6064	0,5807	0,5687	0,5529	0,5315	0,5321
Ortopedie	<b>0,3353</b>	0,2835	0,291	0,3014	0,3012	0,3076	0,3084
Otorinolaryngologie	<b>0,3179</b>	0,2446	0,2461	0,2413	0,2421	0,2311	0,2478
Oftalmologie	<b>0,4079</b>	0,3402	0,3473	0,3575	0,3555	0,3607	0,4051
Urologie	<b>0,1701</b>	0,1276	0,1371	0,143	0,1452	0,1439	0,1459
ARO	<b>0,0965</b>	0,1105	0,1168	0,1232	0,1228	0,1268	0,0311
Klinická psychologie	<b>0,0335</b>	0,0322	0,307	0,0342	0,335	0,0309	0,0311
Klinická logopedie	<b>0,0273</b>	0,0251	0,0294	0,0303	0,0307	0,032	0,0327

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání statistické významnosti rozdílu v počtu návštěv v roce 2007 oproti průměrnému počtu návštěv po zavedení regulačních poplatků, tedy za období let 2008-2013 je znázorněno v grafech č. 6 až 10.

Graf č. 6: Průměrný počet návštěv ve vybraných odbornostech ambulantní specializované péče – porovnání roku 2007 a let 2008-2013 – anestézie a intenzivní medicína, gastroenterologie, lékařská služba první pomoci, diabetologie a pneumologie.

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr.

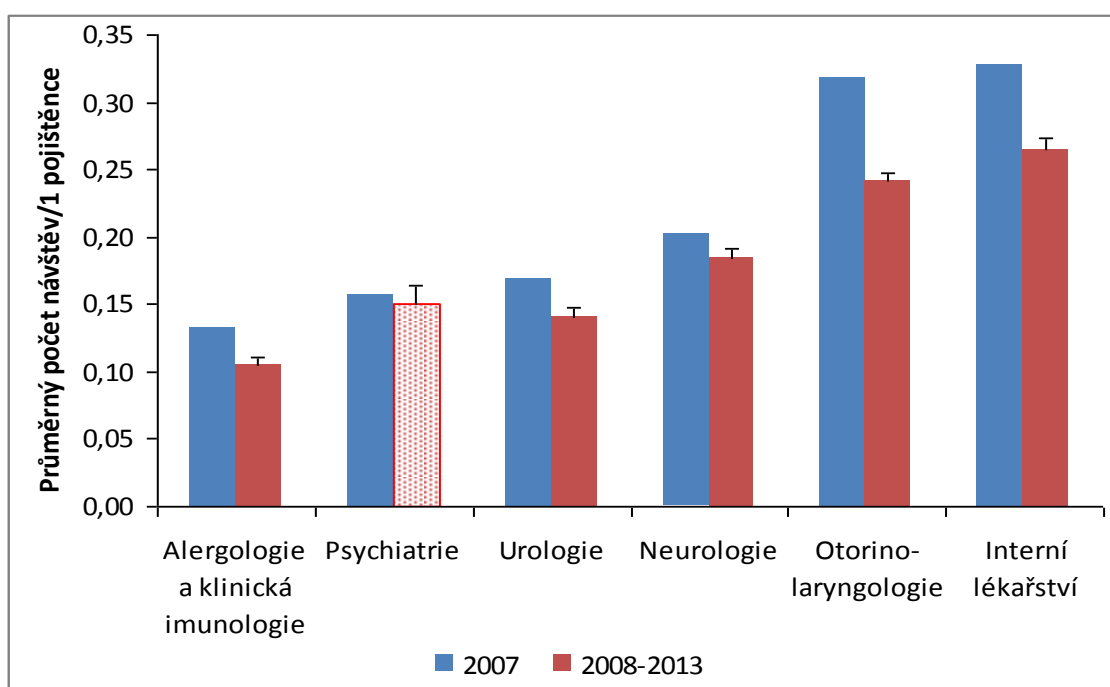


Zdroj: Vlastní výzkum

U odborností znázorněných v grafu č. 6 došlo ke statisticky významnému nárůstu počtu návštěv pouze v odbornosti anestéziologie a intenzivní medicína. U ostatních odborností byl zaznamenán statisticky významný pokles s tím, že jak vyjadřuje směrodatná odchylka, o větší vzájemné odlišnosti zkoumaných dat se jednalo také pouze v odbornosti ARO, v dalších odbornostech nedošlo k větší variabilitě dat.

Graf č. 7: Průměrný počet návštěv ve vybraných odbornostech ambulantní specializované péče – porovnání roku 2007 a let 2008-2013 – alergologie, psychiatrie, urologie, neurologie, ORL, interní lékařství.

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování = statisticky neprůkazný rozdíl.

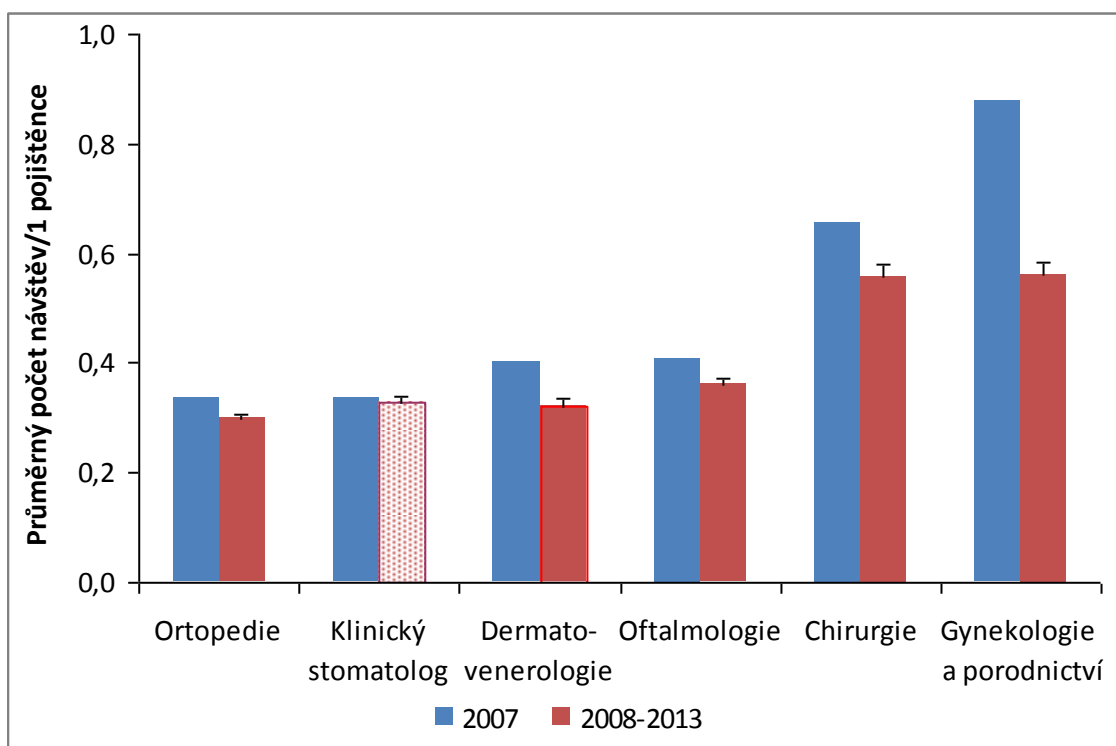


Zdroj: Vlastní výzkum

U všech odborností znázorněných na grafu č.7 došlo za období let 2008 - 2013 ke statisticky významnému poklesu průměrného počtu vykázaných návštěv oproti roku 2007. Pouze u odbornosti 305 – psychiatrie sice k poklesu došlo, ale nebyl statisticky významný.

**Graf č. 8: Průměrný počet návštěv ve vybraných odbornostech ambulantní specializované péče – porovnání roku 2007 a let 2008-2013 – ortopedie, stomatologie, dermatovenerologie, oftalmologie, chirurgie a gynekologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.

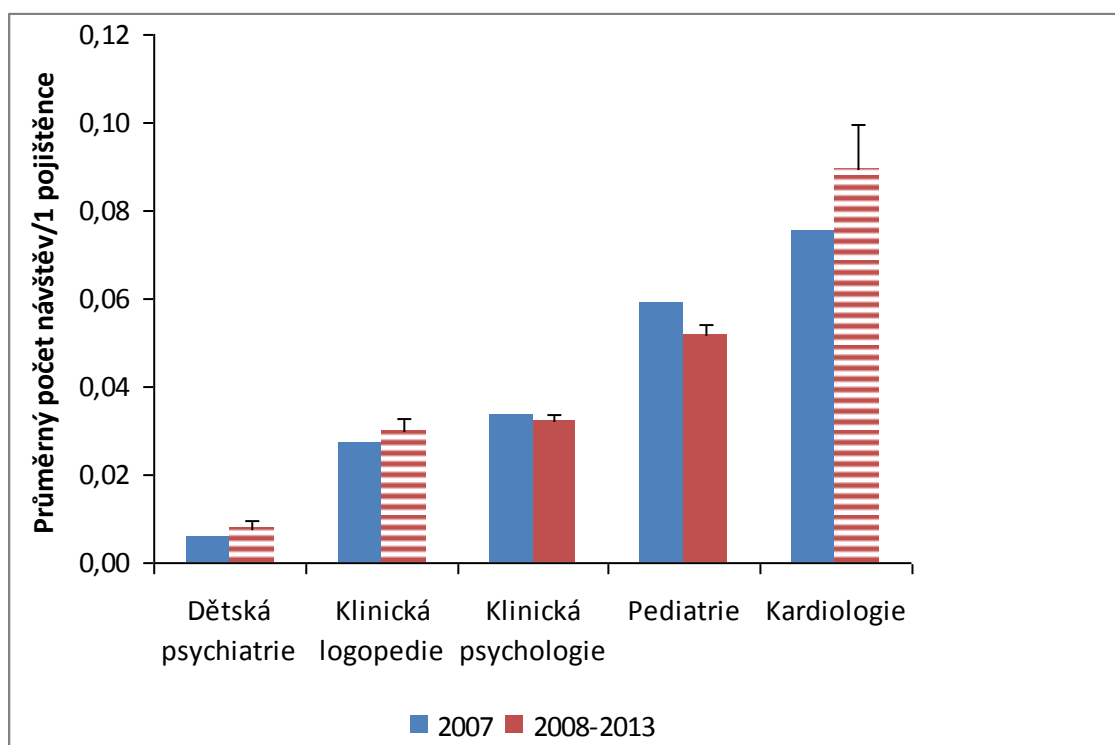


Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud se jedná o odbornosti znázorněné na grafu č. 8, došlo ve všech případech ke statisticky významnému poklesu průměrného počtu návštěv. Pouze ve stomatologii k poklesu sice došlo, nebyl však statisticky významný. Nízká směrodatná odchylka vypovídá o malé variabilitě dat vstupujících do průměru.

**Graf č. 9: Průměrný počet návštěv ve vybraných odbornostech ambulantní specializované péče – porovnání roku 2007 a let 2008-2013 – dětská psychiatrie, logopedie, pediatrie, kardiologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr.



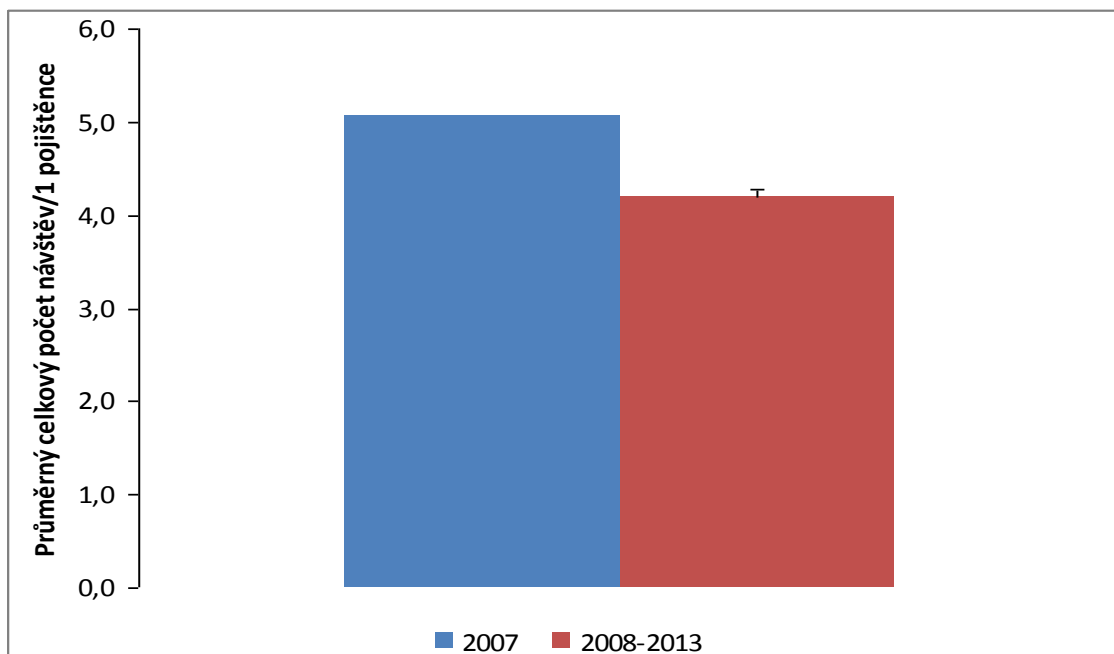
Zdroj: Vlastní výzkum

Ke statisticky významnému nárůstu návštěv došlo oproti roku 2007 u odborností dětská psychiatrie, klinická logopedie a kardiologie. Největší variabilita sledovaných hodnot vyjádřená směrodatnou odchylkou byla zjištěna u kardiologie, kde v roce 2008 činila průměrná hodnota návštěv na jednoho pojištěnce 0,075, postupně však narůstala až na hodnotu 0,101 v roce 2013. V odbornostech klinická psychologie a pediatrie došlo za období let 2008 - 2013 ke statisticky významnému poklesu počtu návštěv.

Porovnání celkového průměrného počtu návštěv za všechny sledované odbornosti za období let 2008-2013 ve srovnání s rokem 2007 znázorňuje graf č. 10.

Graf č. 10: Celkový průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce.

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 10 je patrný výrazný pokles celkového průměrného počtu návštěv, při nichž bylo vykázáno klinické vyšetření za období let 2008-2013 oproti roku 2007. Zatímco v roce 2007 připadalo na každého pojištěnce v průměru více než 5 návštěv, za období let 2008-2013 průměrný počet návštěv poklesl na 4,2 návštěvy. Nízká směrodatná odchylka svědčí o malé variabilitě dat vstupujících do výzkumu. Jak již bylo výše uvedeno, jedná se o data bez návštěv praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost, neboť ti mají klinická vyšetření zahrnutá v kapitační platbě a zdravotním pojišťovnám je nevykazují.

Vývoj počtu návštěv za jednotlivé roky v procentech ve srovnání s rokem 2007 je zachycen v tabulce č. 11.

**Tabulka č. 11: Procentuální podíl počtu návštěv v jednotlivých letech a odbornostech k roku 2007.**

Odbornost	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>LSPP</b>	<b>100%</b>	57,5%	63,8%	55,4%	55,0%	55,9%	55,7%
<b>Stomatologie</b>	<b>100%</b>	95,3%	100,1%	104,5%	91,0%	97,4%	101,2%
<b>Interní lékařství</b>	<b>100%</b>	76,7%	78,2%	80,8%	82,2%	83,1%	83,8%
<b>Diabetologie</b>	<b>100%</b>	90,1%	93,1%	97,1%	97,3%	98,1%	99,5%
<b>Gastroenterologie</b>	<b>100%</b>	90,9%	86,7%	82,6%	81,5%	82,4%	81,7%
<b>Kardiologie</b>	<b>100%</b>	99,3%	110,8%	113,8%	123,6%	131,2%	133,7%
<b>Pneumologie</b>	<b>100%</b>	72,5%	75,0%	75,6%	77,6%	77,3%	78,8%
<b>Alergologie</b>	<b>100%</b>	78,4%	82,4%	83,2%	80,7%	79,7%	74,1%
<b>Neurologie</b>	<b>100%</b>	84,7%	88,7%	91,8%	92,8%	92,6%	94,7%
<b>Pediatric</b>	<b>100%</b>	89,4%	93,6%	86,8%	85,8%	82,5%	86,8%
<b>Psychiatrie</b>	<b>100%</b>	85,3%	87,9%	92,0%	101,9%	102,9%	103,5%
<b>Dětská psychiatrie</b>	<b>100%</b>	97,0%	108,2%	139,2%	145,9%	160,4%	157,7%
<b>Dermatovenerologie</b>	<b>100%</b>	74,4%	81,0%	81,0%	80,6%	80,0%	83,2%
<b>Chirurgie</b>	<b>100%</b>	82,1%	86,4%	82,8%	82,3%	84,5%	90,2%
<b>Gynekologie</b>	<b>100%</b>	68,9%	65,9%	64,6%	62,8%	60,3%	60,4%
<b>Ortopedie</b>	<b>100%</b>	84,5%	86,8%	89,9%	89,9%	91,8%	92,0%
<b>Otorinolaryngologie</b>	<b>100%</b>	76,9%	77,4%	75,9%	76,1%	72,7%	78,0%
<b>Oftalmologie</b>	<b>100%</b>	83,4%	85,1%	87,7%	87,2%	88,4%	99,3%
<b>Urologie</b>	<b>100%</b>	75,0%	80,6%	84,1%	85,4%	84,6%	85,8%
<b>ARO</b>	<b>100%</b>	114,4%	121,0%	127,7%	127,2%	131,3%	135,5%
<b>Klinická psychologie</b>	<b>100%</b>	96,1%	91,6%	102,2%	100,0%	92,2%	92,7%
<b>Klinická logopedie</b>	<b>100%</b>	91,4%	107,7%	110,7%	112,2%	117,0%	119,7%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>83%</b>	<b>83%</b>	<b>82%</b>	<b>83%</b>	<b>86%</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

U odborností, které jsou v prvním sloupci tabulky č. 11 zvýrazněny červenou barvou, je patrný nárůst návštěv v procentním vyjádření po celé sledované období. Velký procentní nárůst je patrný u kardiologie, kde návštěvy od roku 2007 postupně narůstají a v roce 2013 činil počet návštěv téměř 134% roku 2007 a dále u dětské psychologie s nárůstem 158% v roce 2013 proti roku 2007. Ke statisticky nevýznamným změnám došlo u stomatologie a psychiatrie (v tabulce označeny modrou barvou). U ostatních sledovaných odborností (označených žlutě) je po celé sledované období zřejmý procentuální pokles návštěv oproti roku 2007.

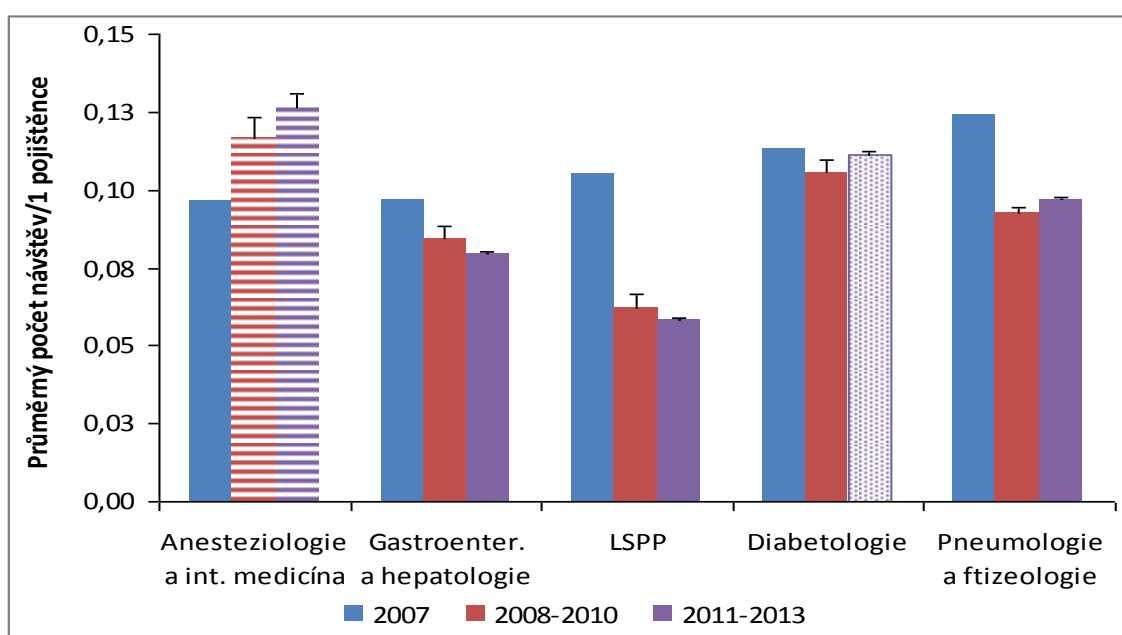
Autorka dále sledovala, zda regulační poplatky neovlivnily průměrný počet návštěv pouze v prvních letech po svém zavedení a zda tedy v dalším období neztratily

poplatky regulační efekt. Za tímto účelem bylo období po zavedení regulačních poplatků rozděleno na dvě stejné části, a to na období let 2008 - 2010 a na období let 2011 - 2013. Obě tato období byla pak dále porovnána k roku 2007. Zjištěné rozdíly byly opět vyhodnoceny pomocí jednovýběrového t-testu.

Výsledky jsou znázorněny v grafech č. 11– 15.

**Graf č. 11: Průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 - anesteziologie a intenzivní medicína, gastroenterologie, lékařská služba první pomoci, diabetologie, pneumologie**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl



Zdroj: Vlastní výzkum

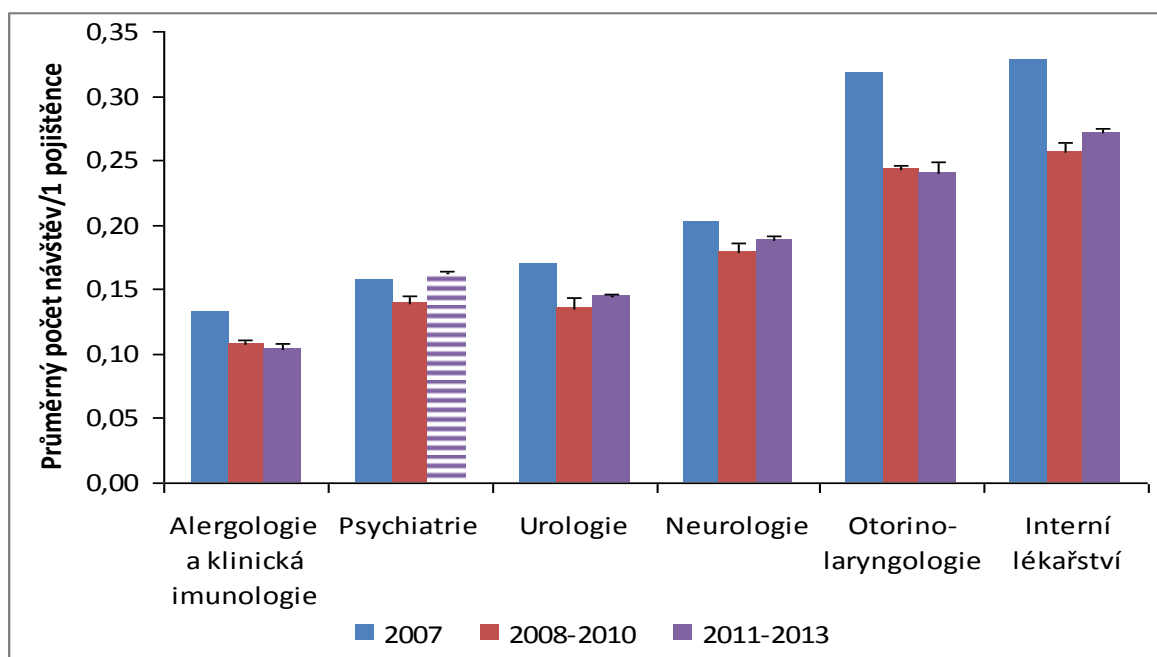
Za obě období došlo v porovnání s rokem 2007 ke statisticky významnému nárůstu návštěv v anesteziologii. Z grafu č. 11 je zřejmé, že počet návštěv v této odbornosti postupně narůstal a průměr, jak za období let 2008-2010, tak za dobu 2011-2013 statisticky významně přesáhl rok 2007. V diabetologii došlo za období let 2008-2010 ke statisticky významnému poklesu oproti roku 2007, v dalších letech se počet návštěv postupně zvyšoval, v průměru ale byl i za období let 2011-2013 zaznamenán pokles



oproti roku 2007. Tento pokles však nebyl statisticky významný. Obdobný trend lze sledovat i v pneumologii s tím rozdílem, že ve druhém období sice došlo k pozvolnému nárůstu počtu návštěv oproti letům 2008-2010, v průměru však i v tomto druhém období návštěvy statisticky významně poklesly oproti roku 2007. V odbornostech gastroenterologie a lékařská služba první pomoci byl zaznamenán trend významně se snižujícího počtu návštěv i v letech 2010-2013.

**Graf č.12: Průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 - alergologie, psychiatrie, urologie, neurologie, ORL, interní lékařství.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl



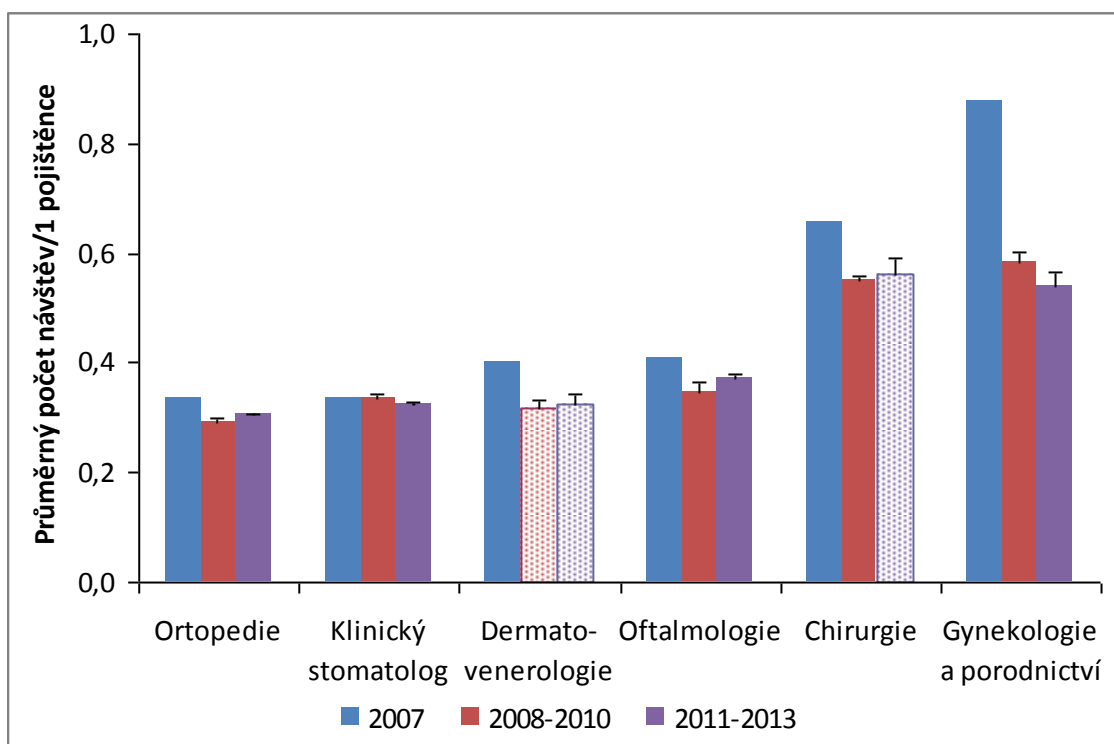
Zdroj: Vlastní výzkum

U odborností uvedených v grafu č. 12 došlo ke změně u psychiatrie, kdy v prvním období po zavedení poplatků (v letech 2008-2010) došlo ke statisticky významnému poklesu průměrného počtu návštěv, v dalších letech (2011-2013) však průměrný počet návštěv v porovnání s rokem 2007 statisticky významně stoupl. V odbornostech alergologie a ORL (ušní, nosní, krční) je zřejmý trvalý pokles návštěv v obou sledovaných

obdobích, přičemž v obou obdobích se jednalo o statisticky významné rozdíly oproti roku 2007. V ostatních odbornostech znázorněných v grafu č.12 (urologie, neurologie, interní lékařství) došlo v období let 2011-2013 k nárůstu průměrného počtu návštěv oproti období bezprostředně po zavedení poplatků, oproti roku 2007 se však stále jednalo o statisticky významný pokles.

**Graf č.13: Průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 - ortopedie, stomatology, dermatovenerologie, oftalmologie, chirurgie, gynekologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



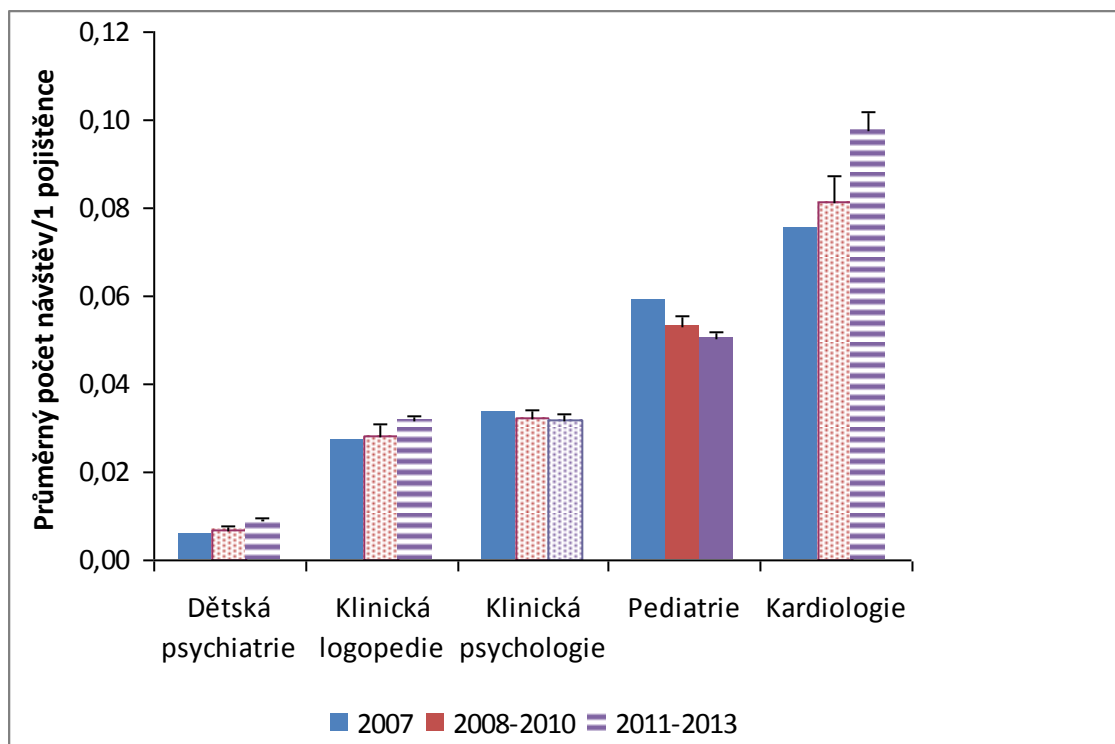
Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je patrné z grafu č. 13 ke změně v průměrném počtu návštěv po rozdělení na dvě tříletá období došlo u dermatovenerologie, neboť ve druhém období začal počet návštěv mírně stoupat, avšak v porovnání s rokem 2007 nebyl pokles návštěvnosti v žádném ze zkoumaných období statisticky významný. U odbornosti 501 – chirurgie došlo za období let 2008-2010 ke statisticky významnému poklesu, v dalším období průměrný počet

návštěv vzrostl. Oproti roku 2007 se však stále jednalo o pokles, ten však již nebyl statisticky významný. Ve stomatologii je po rozdělení na dvě tříletá období zřetelný v druhém období mírný pokles v návštěvnosti oproti období 2008-2010. Při testování obou období oproti roku 2007 zaznamenala obě období statisticky významný pokles návštěv. Obdobný trend je patrný i v gynekologii, kdy v dalším období po zavedení poplatků se počet návštěv dále snížil a jak v období let 2008-2010, tak v 2011-2013 došlo ke statisticky významnému poklesu návštěv oproti roku 2007. V odbornosti ortopedie a oftalmologie došlo v období let 2011-2013 k nárůstu průměrného počtu návštěv oproti období bezprostředně po zavedení poplatků, stále se však jednalo o statisticky významný pokles oproti roku 2007.

**Graf č. 14: Průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 - dětská psychiatrie, logopedie, pediatrie, kardiologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl

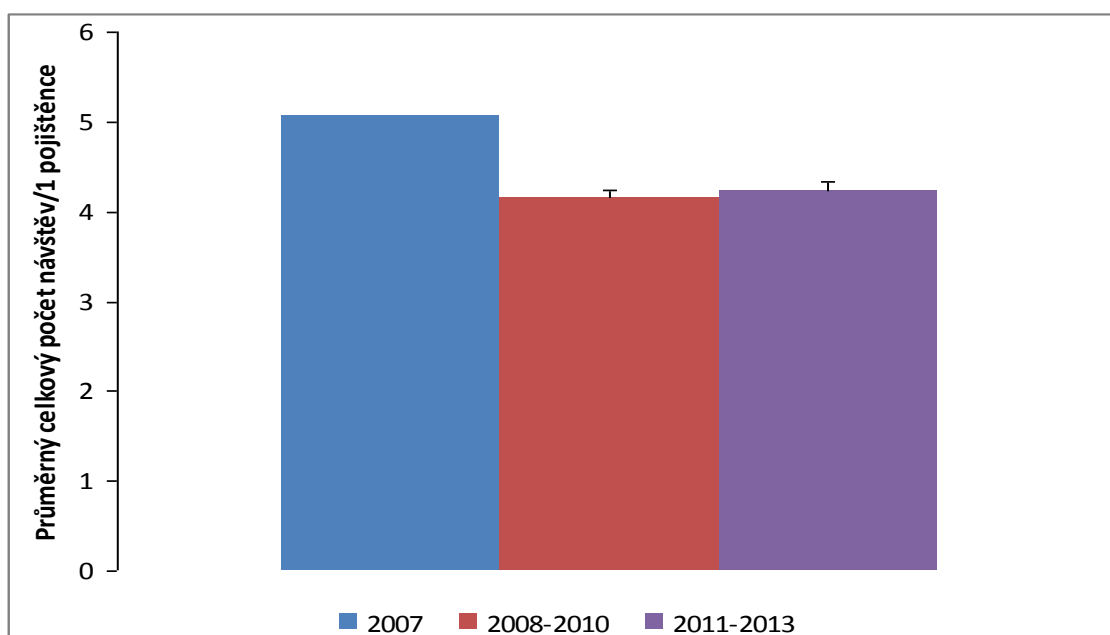


Zdroj : Vlastní výzkum

U odborností dětská psychiatrie, klinická logopedie a kardiologie došlo shodně v prvním období po zavedení regulačních poplatků ke statisticky nevýznamnému nárůstu průměrného počtu návštěv, v dalším období však došlo k nárůstu, který již byl statisticky významný. Vyšší směrodatná odchylka u kardiologie svědčí o větší variabilitě dat, vstupujících do výzkumu. V odbornosti 901 – klinická psychologie došlo k trvalému pozvolnému poklesu návštěv. V porovnání s rokem 2007 se po rozdělení na dvě tříletá období změnil rozdíl v průměrném počtu návštěv v obou obdobích ve statisticky nevýznamný. Trvalý pokles návštěvnosti je zřejmý u odbornosti pediatrie, přičemž v obou sledovaných obdobích se jednalo o statisticky významný pokles oproti roku 2007.

**Graf č. 15: Průměrný celkový počet návštěv na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl

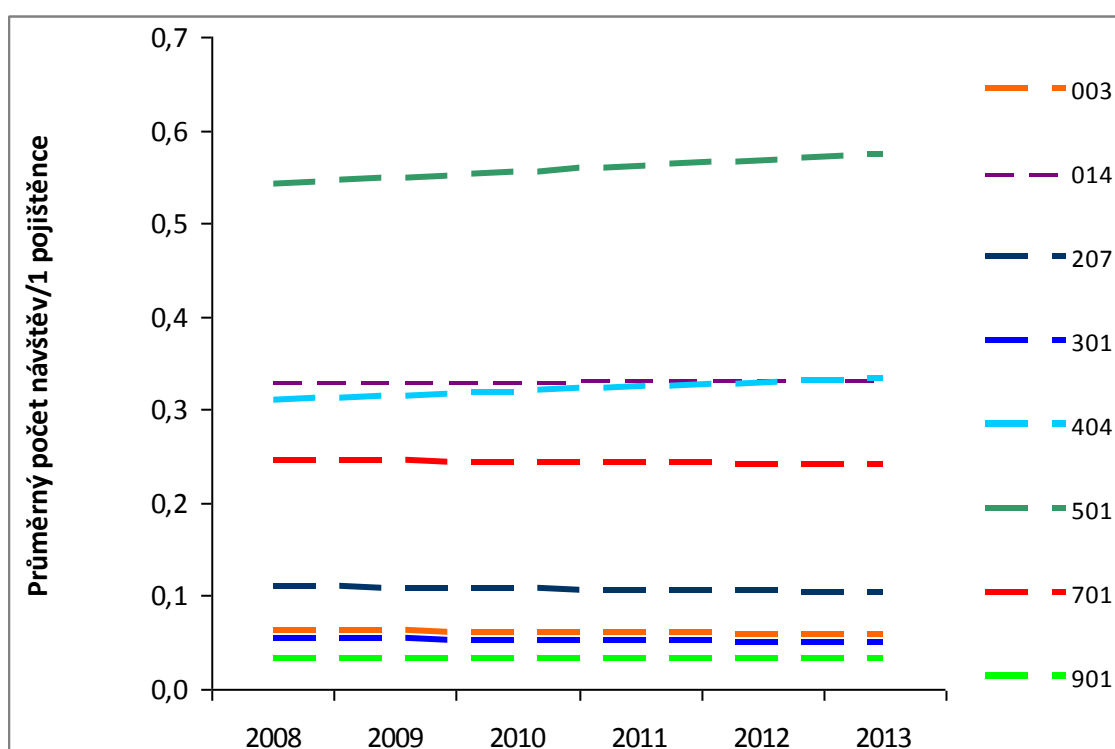


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č.15 je zřejmé, že i když za období let 2011-2013 průměrný celkový počet návštěv na jednoho pojištěnce oproti letům 2008-2010 vzrostl, stále se jednalo o statisticky významný pokles oproti období před zavedením poplatků.

Autorka se dále snažila zjistit, jaký je trend ve vývoji počtu návštěv v dalším období po zavedení poplatků, tj. od roku 2008. Ověřovala, zda v dalších letech počet návštěv významně klesá, roste či stagnuje. Trend počtu návštěv v čase byl zpracován lineární regresí a otestován F testem. Výsledky jsou znázorněny v grafech č. 16 až 18.

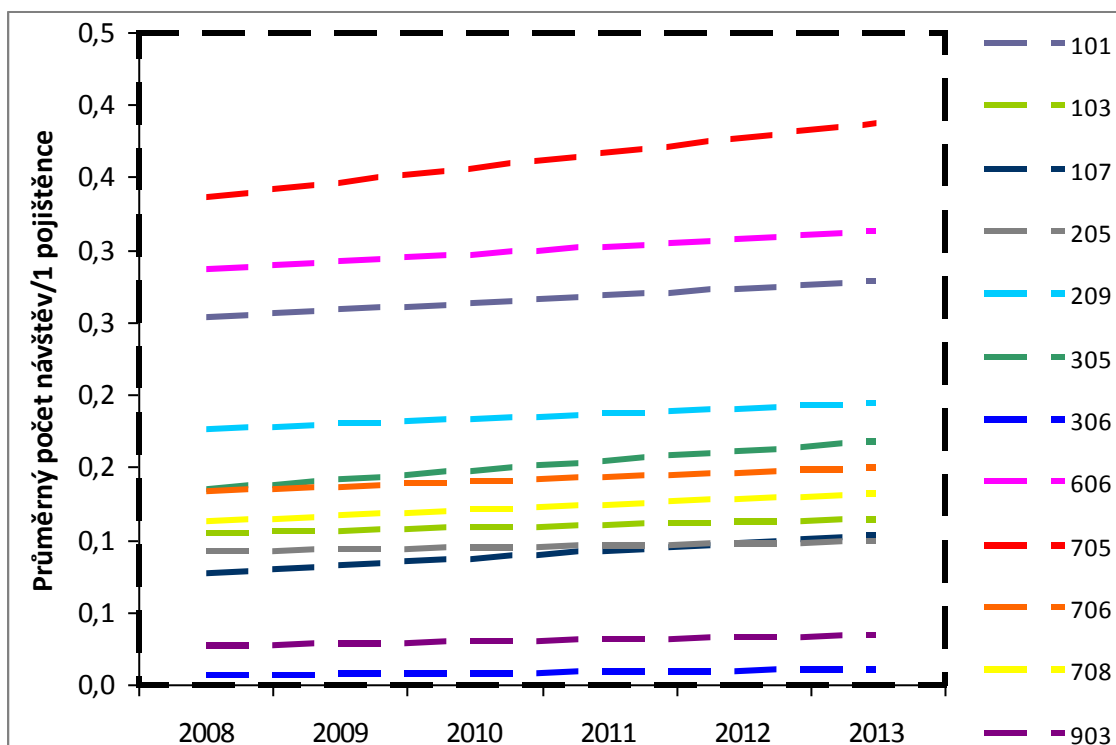
**Graf č. 16: Vývoj počtu návštěv po zavedení poplatků – od roku 2008 -2013 - statisticky neprůkazné změny.**



Zdroj: Vlastní výzkum

Stagnace ve vývoji počtu návštěv po zavedení poplatků je zřejmá u odborností znázorněných v grafu č. 16. Jedná se o pracoviště lékařské služby první pomoci (odb. 003), kde oproti období před zavedením poplatků došlo v roce 2008 ke statisticky významnému poklesu v počtu návštěv, v dalších letech však počet návštěv dále významně neklesal ani nerostl. Ustálený počet návštěv je od roku 2008 zřejmý i u odbornosti 901 – klinická logopedie, 501- chirurgie, 404 – dermatovenerologie, ORL (odb. 701), alergologie – odb. 207, stomatologie – odb. 014.

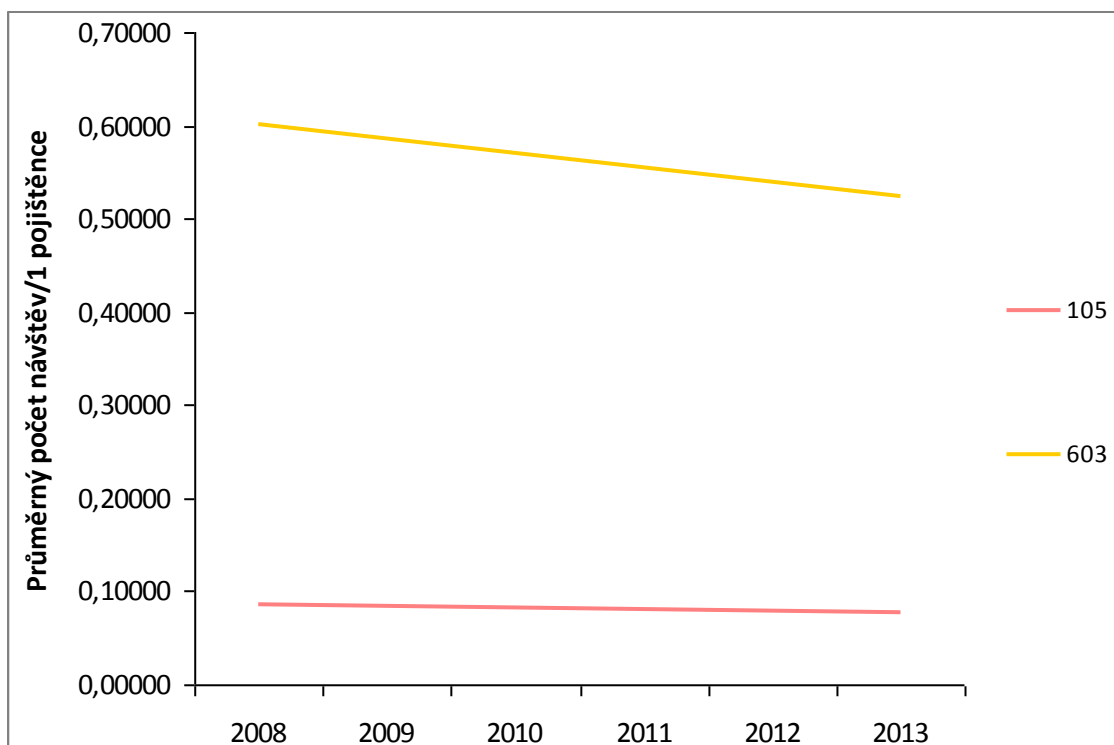
**Graf č. 17: Trendy ve vývoji počtu návštěv po zavedení poplatků – od roku 2008 - 2013- statisticky průkazné nárůsty.**



Zdroj: Vlastní výzkum

Zatímco u odborností znázorněných v předchozím grafu po zavedení regulačních poplatků počet návštěv stagnoval, graf č. 17 znázorňuje odbornosti, u nichž od roku 2008 došlo ve vývoji návštěvnosti k nárůstu. Je zřejmé, že od roku 2008 dochází k postupnému nárůstu průměrného počtu návštěv. Z předchozích údajů však vyplývá, že kromě odborností 107 – kardiologie, klinická logopedie (903), anesteziologie a intenzivní medicíny (708) a dětské psychologie (306) jsou tyto nárůsty pod úrovní roku 2007.

**Graf č. 18: Trendy ve vývoji počtu návštěv po zavedení poplatků – od roku 2008 - 2013- statisticky průkazné poklesy.**



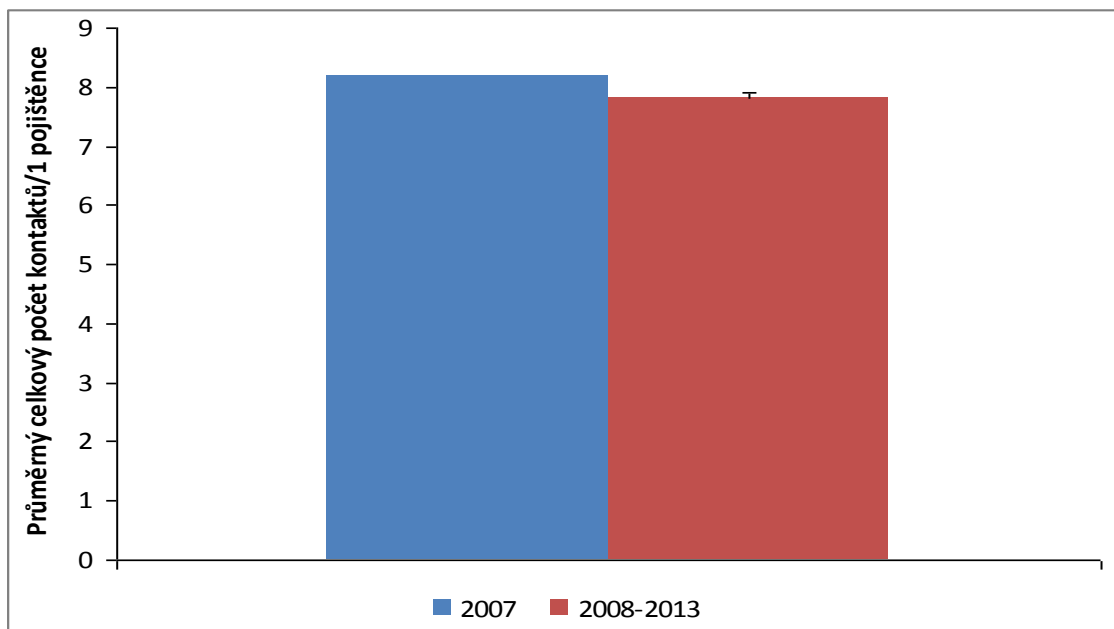
Zdroj: Vlastní výzkum

Po roce 2008 počet návštěv dále klesal pouze u odborností gynekologie a gastroenterologie.

Pro doplnění autorka dále analyzovala a statisticky zpracovala i údaje o průměrném počtu všech kontaktů na jednoho pojištěnce ve sledovaných odbornostech zdravotních služeb. Do tohoto souboru dat byly zahrnuty všechny tzv. „kontakty“, tj. všechny návštěvy, bez ohledu na to, zda se při nich regulační poplatky platí či nikoli. Jednalo se tedy jak o klinická vyšetření, tak o preventivní prohlídky, dispenzarizaci či další návštěvy, při nichž byl proveden pouze ošetrovací zákrok bez klinického vyšetření. Získaná data byla opět statisticky zpracována a vyhodnocena pomocí jednovýběrového t-testu se stanovenou hladinou významnosti 5%, kdy pokud je hladina významnosti  $p > 5\%$ , jedná se o statisticky významné odchylky. Porovnání průměrného počtu všech kontaktů za období 2008-2013 ku roku 2007 je znázorněno v grafu č. 19.

**Graf. č. 19 Průměrný počet všech kontaktů - porovnání roku 2007 a let 2008-2013.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr



Zdroj: Vlastní výzkum

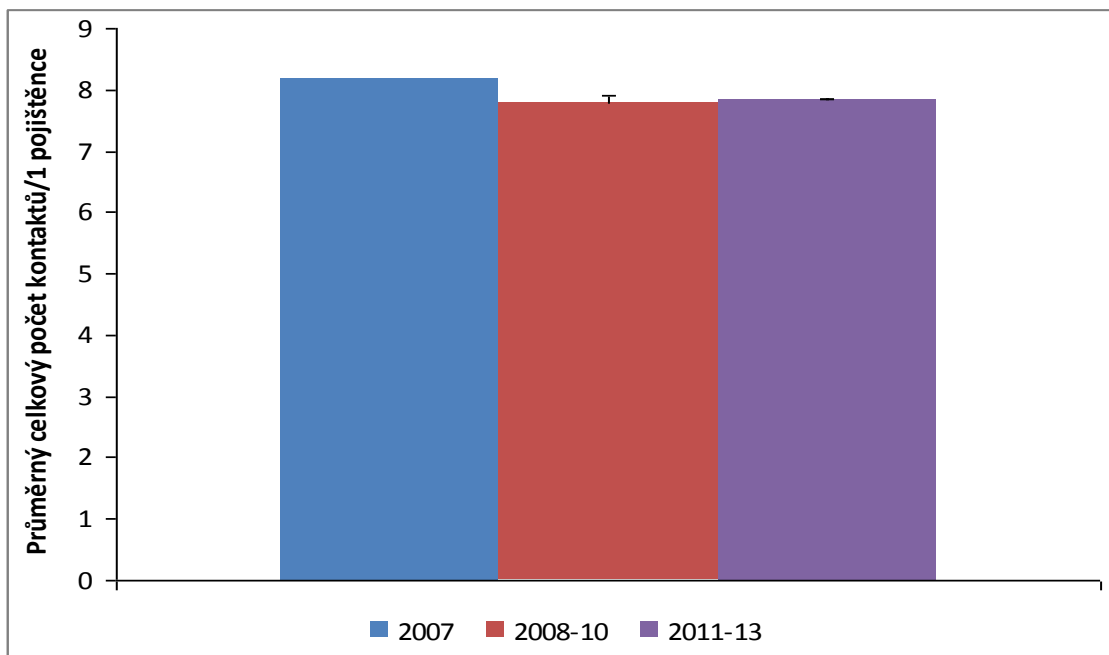
Jak je z grafu č. 19 patrné, i při porovnání průměrného počtu všech kontaktů za období let 2008-2013 došlo oproti roku 2007 ke statisticky významnému poklesu. Zatímco v roce 2007 navštívili pojištěnci celkem za všechny sledované odbornosti lékaře 8,2 krát, v letech 2008-2013 činil průměrný počet kontaktů 7,82 na jednoho pojištěnce. Dosažená hladina významnosti činila 0,01%, rozdíl byl tedy statisticky významný.

Stejně jako u vývoje počtu návštěv, při nichž se vykazuje klinické vyšetření autorka porovnála i počet kontaktů za kratší období, tj. za období let 2008-2010 a dále za období let 2011-2013. Cílem bylo zjistit, zda regulační poplatky neovlivnily počet kontaktů pouze v počátečním období po jejich zavedení.



**Graf. č. 20: Průměrný celkový počet kontaktů na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a období let 2008-2010 a 2011 až 2013**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 20 je zřejmé, že v letech 2010-2013 se počet kontaktů oproti období bezprostředně po zavedení regulačních poplatků mírně zvýšil. Zatímco tedy, jak je již výše uvedeno, činil v roce 2007 průměrný celkový počet kontaktů na jednoho pojištěnce 8,2, za období let 2008-2010 tento počet poklesl na 7,79 kontaktů a za období 2011-2013 činil průměrný počet kontaktů na jednoho pojištěnce 7,86. V obou sledovaných tříletých obdobích se v porovnání s rokem 2007 jednalo o staticky významný pokles. Pro úplnost nutno připomenout, že ani do tohoto souboru dat nemohla být zahrnuta data praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost.

## 5.2 Náklady

Autorka dále analyzovala náklady uhrazené pobočkou ZP MV ČR České Budějovice a Plzeň v jednotlivých obdobích na jednotlivé zkoumané odbornosti zdravotní péče. Pro statistické zpracování byly opět použity průměrné náklady na jednoho

pojišťence pobočky, neboť absolutní čísla nebylo možné kvůli měnícímu se počtu pojištěnců použít. Je nutné zdůraznit, že se jedná o průměr na pojišťence celkem, nikoliv na ošetřeného pojištěnce, neboť náklady na ošetřeného pojištěnce by v uvedeném případě nebyly dostatečně vypovídající, protože právě v důsledku regulačních poplatků došlo ke snížení počtu ošetřených pacientů, ti však mohli přijít se závažnějšími diagnózami a průměrné náklady na ošetřené rodné číslo mohly paradoxně stoupnout právě díky tomuto vlivu. V případě nákladů byla analyzována i data týkající se praktických lékařů.

Údaje o průměrných nákladech za jednotlivé odbornosti v Kč za období let 2007 -2013 jsou sumarizovány v tabulce č. 12.

**Tabulka č. 12: Průměrné náklady na jedno rodné číslo v Kč.**

Období	Průměrné náklady v Kč						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pracoviště Pl + PLDD – 001+002	913	963	1 102	1 203	1 162	1158	1 159
Pracoviště LSPP	15	8	8	13	13	13	13
Pracoviště klinického stomatologa	956	963	1 020	1 031	1 054	1039	1 047
Pracoviště interního lékařství	112	97	102	108	108	110	96
Pracoviště diabetologie	25	28	31	33	34	35	38
Pracoviště gastroent.e a hematologie	46	44	68	78	78	62	54
Pracoviště kardiologie	39	52	61	67	76	82	88
Pracoviště pneumologie a ftizeologie	44	37	38	38	40	39	40
Pracoviště alergologie a kl.imunologie	40	40	45	47	46	48	46
Pracoviště neurologie	64	60	66	70	71	70	72
Pracoviště pediatrie	10	11	17	18	18	18	17
Pracoviště psychiatrie	63	61	70	77	87	93	98
Pracoviště dětské psychiatrie	3	4	4	6	6	8	7
Pracoviště dermatovenerologie	75	61	73	75	77	79	83
Pracoviště chirurgie	154	124	165	148	145	133	129
Pracoviště gynekologie a porodnictví	278	312	316	340	358	314	329
Pracoviště ortopedie	59	55	57	59	60	61	64
Pracoviště otorinolaryngologie	83	78	82	84	86	78	81
Pracoviště oftalmologie	129	118	133	152	154	155	163
Pracoviště urologie	39	36	41	47	51	52	50
Pracoviště klinické psychologie	27	29	35	40	41	43	43
Pracoviště klinické logopedie	19	22	30	29	37	39	40

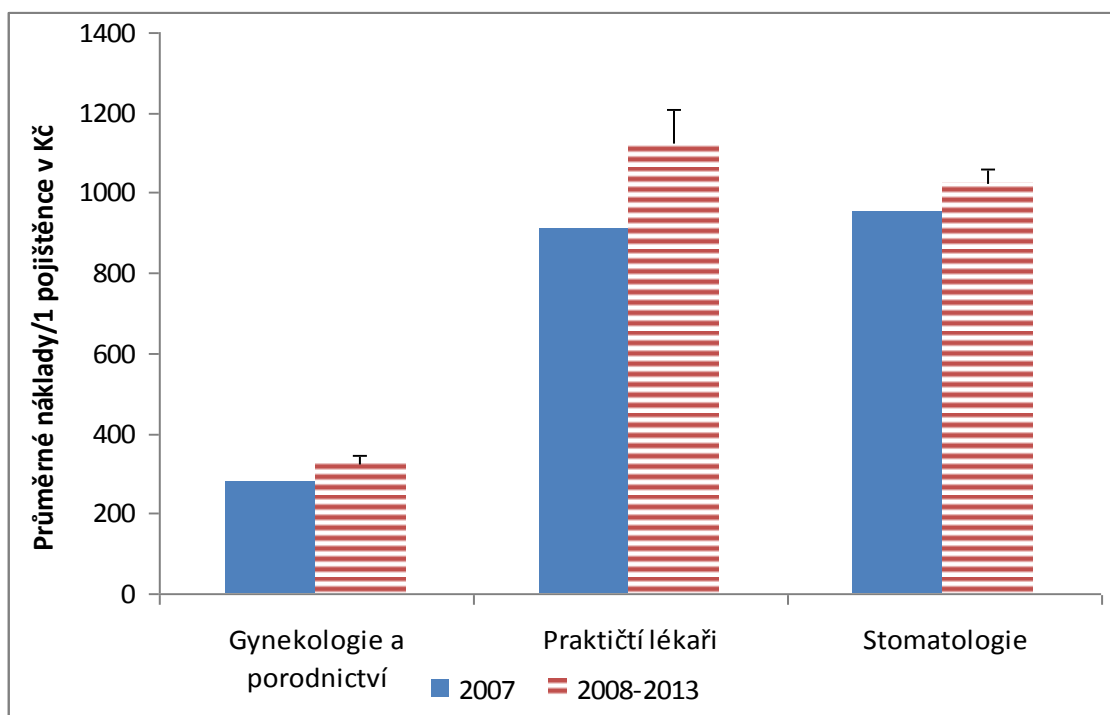
Zdroj: Vlastní výzkum

Pro účely výzkumu byly pak porovnány průměrné náklady na jednotlivé odbornosti uhrazené v roce 2007 a průměrné náklady za období let 2008-2013. Výsledné hodnoty byly opět vyhodnoceny jednovýběrovým t-testem se stanovenou hladinou významnosti 5%.

Porovnání průměrných nákladů v jednotlivých odbornostech za rok 2007 a průměru za období 2008-2013 znázorňují grafy č.21 až 26.

**Graf č. 21: Porovnání průměrných nákladů na pojištěnce – rok 2007 a průměr za období 2008 -2013 – praktičtí lékaři , stomatologie, gynekologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr.



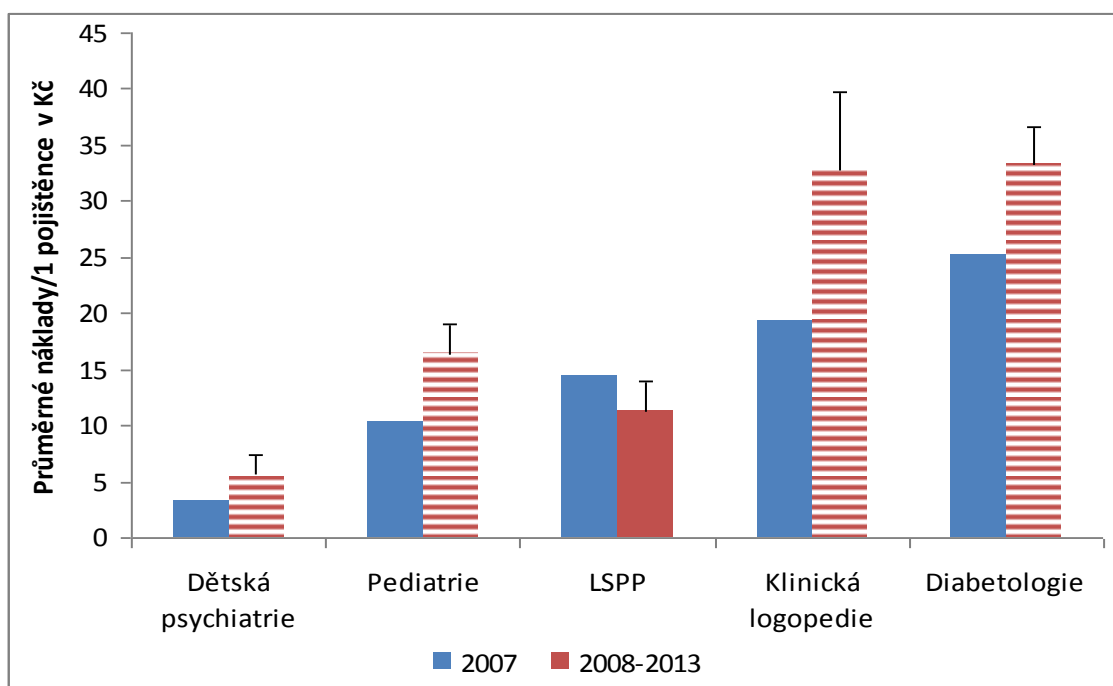
Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu č.21 jsou znázorněny odbornosti tzv. primární péče, tedy registrující lékaři. Ve všech těchto odbornostech došlo za období let 2008–2013 ke statisticky významnému nárůstu průměrných nákladů na jednoho pojištěnce. O největší nárůst se jednalo u praktických lékařů, kdy průměrné náklady na jednoho pacienta vzrostly z částky 913,- Kč v roce 2007 na částku 1 124,- Kč za období let 2008-2013. Vyšší

směrodatná odchylka u praktických lékařů svědčí i o větších rozdílech v průměrných nákladech za jednotlivé odbornosti v jednotlivých letech.

**Graf č. 22: Porovnání průměrných nákladů na pojištěnce – rok 2007 a průměr za období 2008 -2013 – dětská psychiatrie, pediatrie, LSPP, klinická logopedie a diabetologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr.

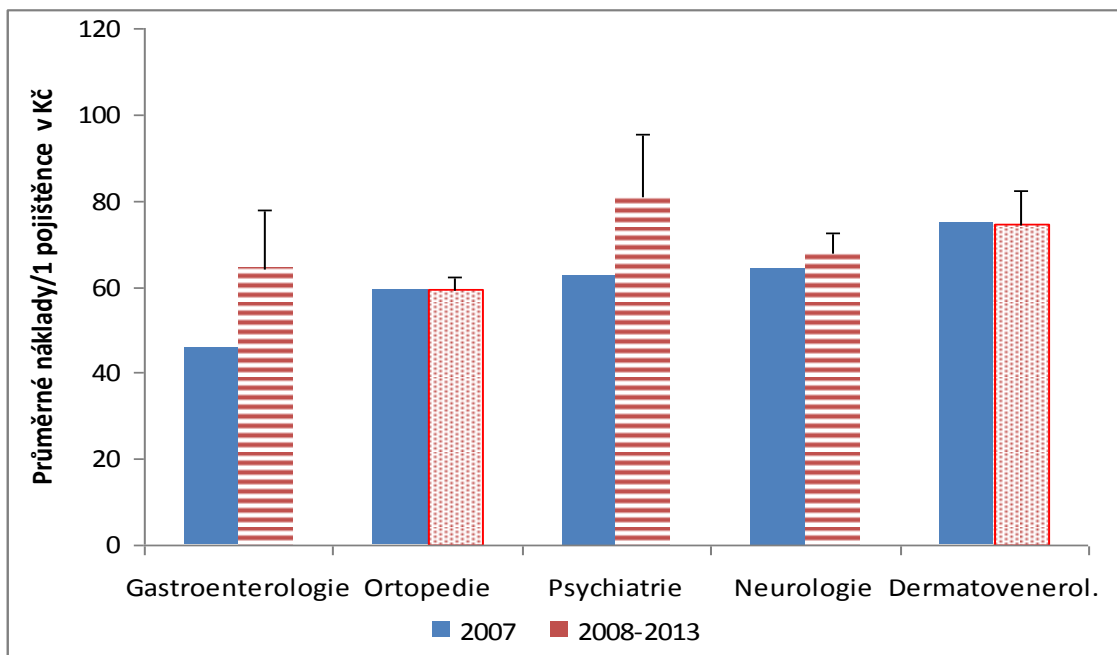


Zdroj: Vlastní výzkum

Z odborností uvedených v grafu č.22 statisticky významně poklesly náklady na jednoho pojištěnce pouze u lékařské služby první pomoci. V ostatních případech došlo ke statisticky významnému nárůstu nákladů. Směrodatná odchylka znázorňuje největší variabilitu dat u klinické logopedie a diabetologie.

**Graf č. 23: Porovnání průměrných nákladů na pojištěnce – rok 2007 a průměr za období 2008 - 2013 – gastroenterologie, ortopedie, psychiatrie, neurologie, dermatovenerologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování – statisticky neprůkazný rozdíl.

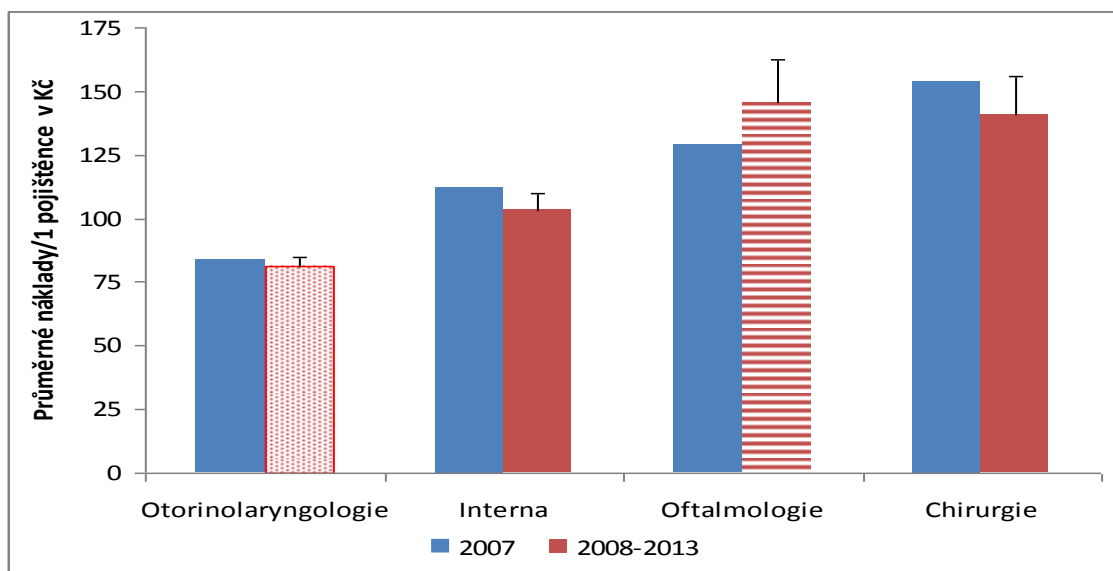


Zdroj: Vlastní výzkum

U odborností uvedených v grafu č. 23 byl zaznamenán statisticky nevýznamný rozdíl oproti roku 2007 u ortopedie a dermatovenerologie. V případě ostatních odborností průměrné náklady na jednoho pojištěnce za období let 2008-2013 v porovnání s rokem 2007 statisticky významně vzrostly. Největší odlišnosti v datech vstupujících do výzkumu, vyjádřené směrodatnou odchylkou byly zjištěny v gastroenterologii a psychiatrii.

**Graf č. 24: Porovnání průměrných nákladů na pojištěnce – rok 2007 a průměr za období 2008 - 2013 –otorinolaryngologie, interní lékařství, oftalmologie, chirurgie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování – statisticky neprůkazný rozdíl.

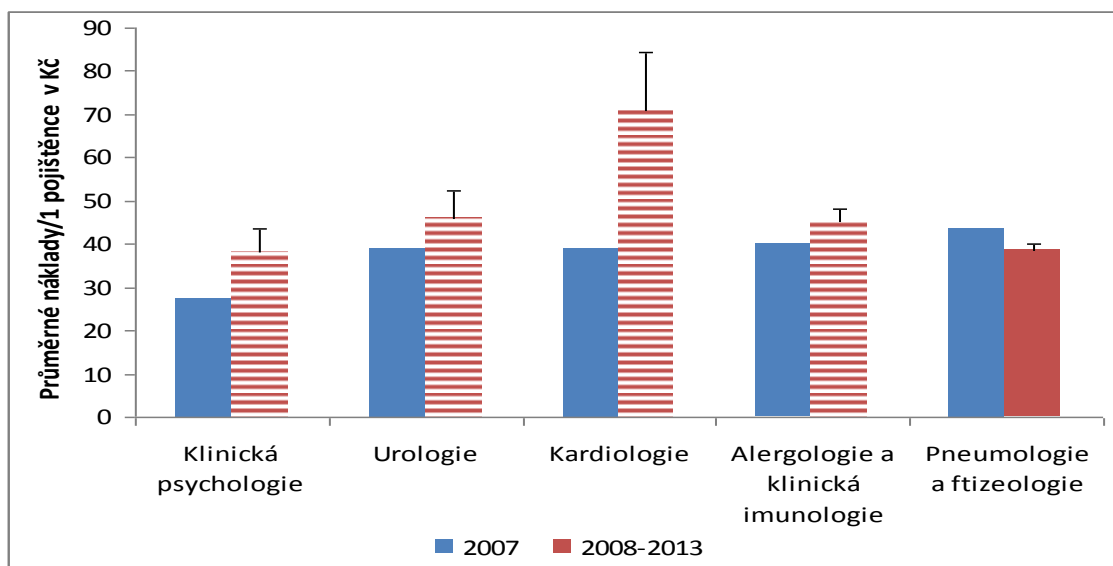


Zdroj: Vlastní výzkum

Ke statisticky nevýznamnému rozdílu v průměrných nákladech na zdravotní péči došlo u odbornosti 701 – ušní, nosní, krční (ORL). K nárůstu nákladů, který je statisticky významný došlo u oftalmologie. Statisticky významný pokles průměrných nákladů byl zjištěn u interního lékařství a chirurgie. Největší variabilita údajů vstupujících do výzkumu vyjádřená směrodatnou odchylkou je zřejmá u oftalmologie a chirurgie.

**Graf č. 25 : Porovnání průměrných nákladů na pojištěnce – rok 2007 a průměr za období 2008 - 2013 – psychologie, urologie, kardiologie, alergologie, pneumologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr.



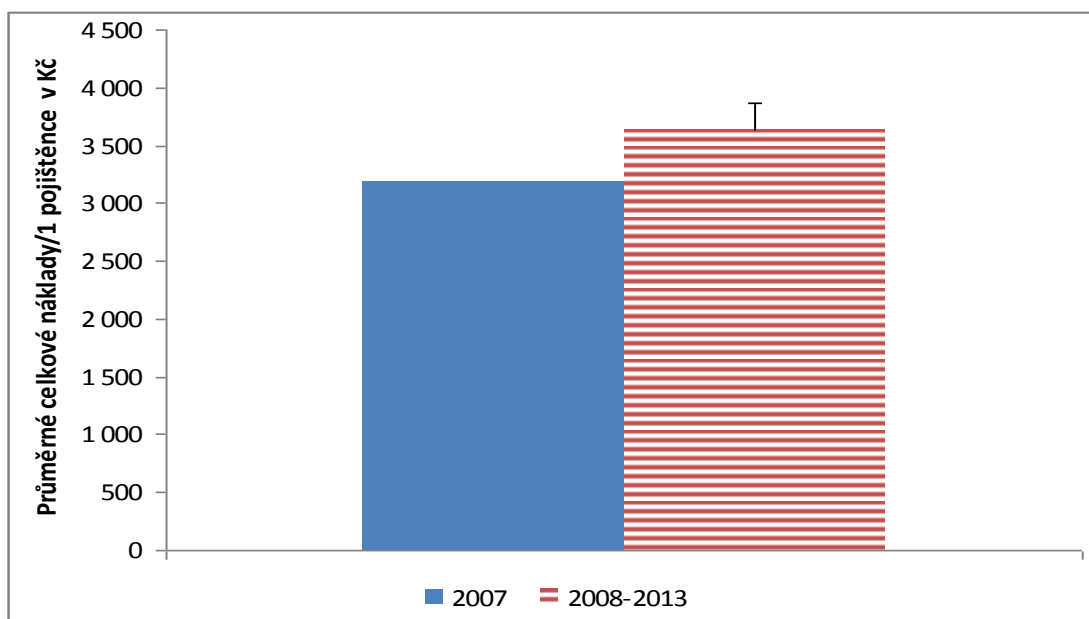
Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je patrné z grafu č.25 ke statisticky významnému poklesu nákladů došlo u odbornosti 205 – pneumologie. U ostatních v grafu znázorněných odborností došlo ke statisticky výraznému nárůstu průměrných nákladů, z nichž nejvýraznější je nárůst v kardiologii. V této odbornosti došlo také k největší různorodosti sledovaných dat, kdy náklady na jednoho pojištěnce postupně výrazně narůstaly a zatímco průměr za období let 2008-2013 činil 71,- Kč, náklady se v jednotlivých letech pohybovaly v rozpětí 52 až 88 Kč na jedno rodné číslo.

Graf č.26 znázorňuje porovnání celkových průměrných nákladů za všechny sledované odbornosti za období let 2008-2013 s rokem 2007.

**Graf č. 26: Porovnání celkových průměrných nákladů na pojištění – rok 2007 a průměr za období 2008-2013.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkové průměrné náklady na jednoho pojištěnce za všechny sledované odbornosti vzrostly z částky 3 195,- Kč v roce 2007 na částku 3 636,- Kč za období let 2008-2013. Jednalo se o statisticky významný nárůst.



**Tabulka č. 13: Procentuální podíl nákladů na jednoho pojištěnce v jednotlivých odbornostech k roku 2007.**

Odbornost	název	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
001+002	PL + PLDD	100%	105%	121%	132%	127%	127%	127%
003	LSPP	100%	58%	55%	90%	90%	90%	90%
014	Klinický stomatolog	100%	101%	107%	108%	110%	109%	110%
101	Interní lékařství	100%	87%	91%	96%	96%	98%	85%
103	Diabetologie	100%	112%	122%	132%	135%	139%	149%
105	Gastroenterologie a hepatologie	100%	95%	149%	171%	170%	134%	118%
107	Kardiologie	100%	133%	156%	172%	194%	209%	224%
205	Pneumologie a ftizeologie	100%	84%	88%	87%	92%	90%	91%
207	Alergologie a klinická imunologie	100%	100%	112%	117%	115%	119%	115%
209	Neurologie	100%	94%	103%	109%	110%	109%	113%
301	Pediatric	100%	106%	168%	170%	173%	169%	168%
305	Psychiatrie	100%	98%	112%	123%	140%	149%	156%
306	Dětská psychiatrie	100%	113%	126%	179%	201%	238%	211%
404	Dermatovenerologie	100%	82%	98%	100%	103%	106%	111%
501	Chirurgie	100%	81%	107%	96%	94%	86%	84%
603	Gynekologie a porodnictví	100%	112%	114%	122%	129%	113%	118%
606	Ortopedie	100%	92%	96%	99%	102%	103%	107%
701	Otorinolaryngologie	100%	93%	98%	101%	103%	94%	97%
705	Oftalmologie	100%	91%	103%	118%	119%	120%	126%
706	Urologie	100%	91%	105%	120%	130%	133%	129%
901	Klinická psychologie	100%	107%	127%	145%	148%	155%	156%
903	Klinická logopedie	100%	113%	157%	149%	189%	202%	205%
	CELKEM	100,0%	100,3%	111,6%	117,8%	119,0%	116,7%	117,5%

Zdroj: Vlastní výzkum

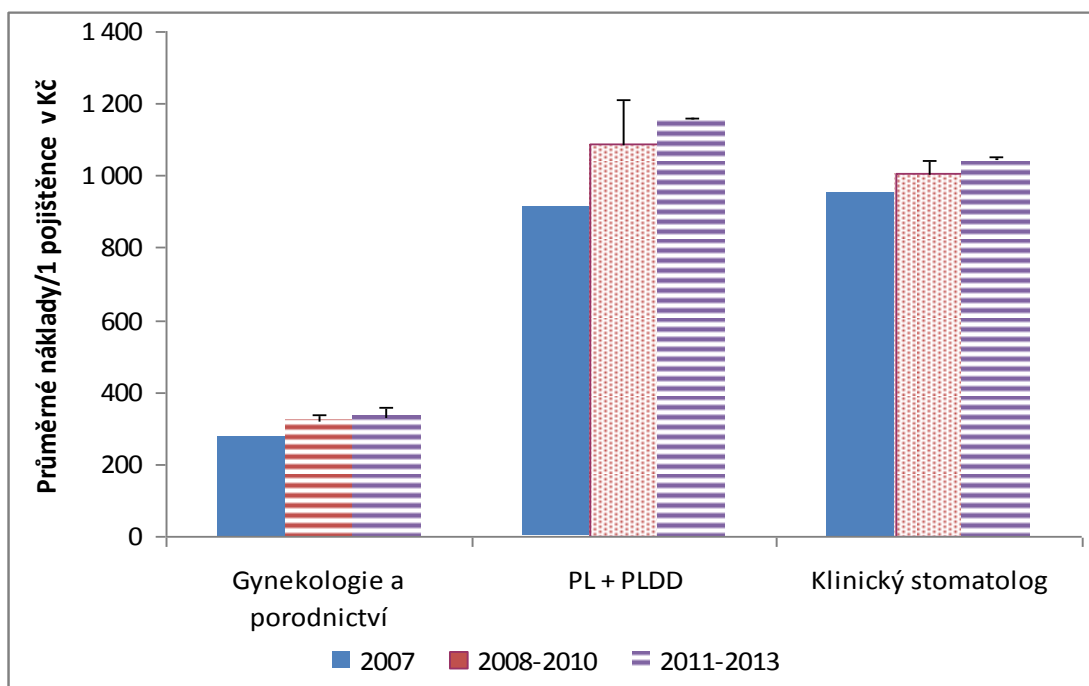
U odborností, které jsou v prvním sloupci tabulky č. 13 zvýrazněny červenou barvou, je po celé sledované období patrný procentuální nárůst nákladů na jedno rodné číslo oproti roku 2007. Velký procentní nárůst je patrný zejména u kardiologie, kde náklady od roku 2007 postupně narůstají a v roce 2013 dosáhly 224% roku 2007, hranici nárůstu 200% překročila i klinická logopedie a dětská psychiatrie. Ke statisticky nevýznamným rozdílům (v tabulce č.13 zvýrazněny modře) došlo u dermatovenerologie, ortopedie a otorinolaryngologie. Ke statisticky významnému poklesu průměrných nákladů došlo pouze u lékařské služby první pomoci, v plicním lékařství, v interním lékařství a v chirurgii.

Obdobně jako u návštěv autorka dále sledovala, zda zavedení regulačních poplatků neovlivnilo náklady na zdravotní péči pouze v prvních letech po jejich zavedení a zda v dalším období došlo ke změnám, tzn. k nárůstu či poklesu průměrných nákladů na pojištěnce. Za tímto účelem bylo období po zavedení regulačních poplatků opět rozděleno na dvě tříletá období - na období let 2008 - 2010 a na období let 2011- 2013. Obě tato období byla pak dále porovnána k roku 2007. Pro statistické vyhodnocení byl opět použit jednovýběrový t-test.

Výsledky jsou znázorněny v grafech č. 27 až 32.

**Graf č. 27: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 - gynekologie , praktičtí lékaři, stomatologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



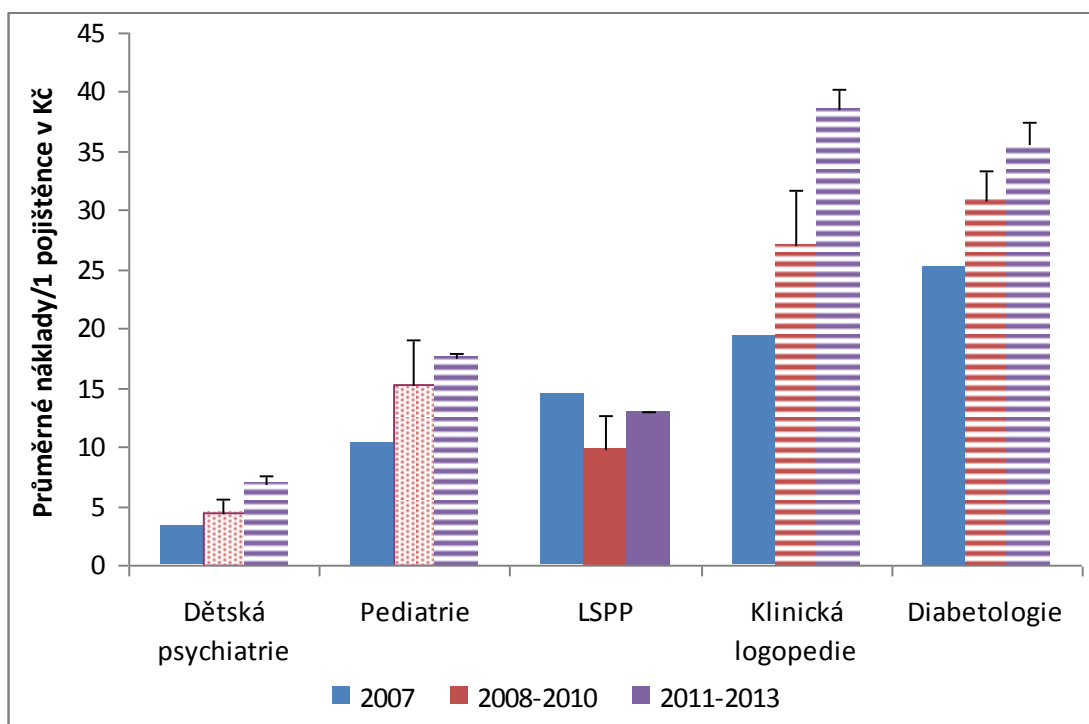
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 27 jsou zachyceny odbornosti tzv. primární péče. Z údajů, v něm uvedených, je zřejmé, že zatímco u praktických lékařů a stomatologů v prvním období po zavedení poplatků (2008-2010) nebyl nárůst nákladů statisticky významný, v dalších letech (2011-

2013) došlo ke statisticky výraznému nárůstu. V odbornosti gynekologie je statisticky významný nárůst nákladů k roku 2007 patrný v obou sledovaných obdobích. Největší variabilita dat vstupujících do výzkumu je zřejmá u praktických lékařů v období let 2008-2010, kdy se náklady pohybovaly v rozmezí 963 až 1203 Kč na jednoho pojištěnce.

**Graf č. 28: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 – dětská psychiatrie, pediatrie, lékařská služba první pomoci, klinická logopedie, diabetologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



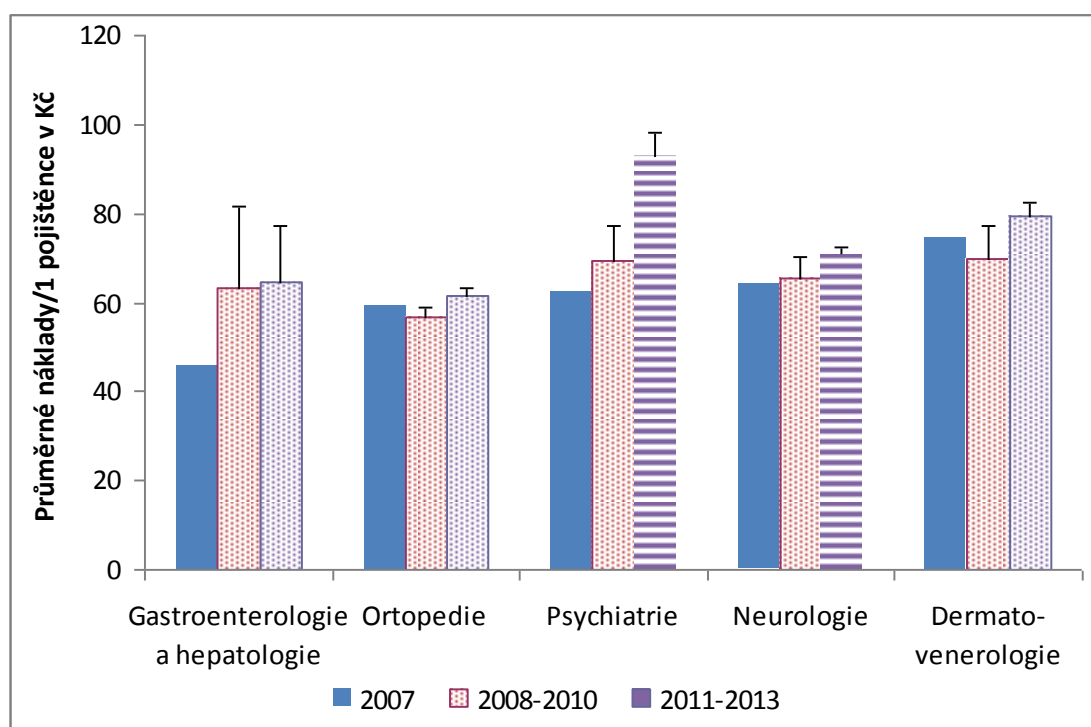
Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je patrné z grafu č. 28 došlo ke statisticky významnému poklesu nákladů na jednoho pojištěnce v obou sledovaných obdobích pouze u lékařské služby první pomoci. Přitom větší pokles je zřejmý v prvním tříletém období, v dalším období náklady vzrostly, v porovnání s rokem 2007 se však stále jednalo o statisticky významný pokles. U klinické logopedie a diabetologie došlo v obou sledovaných obdobích k nárůstu nákladů, který byl statisticky významný. Největší variabilitu nákladů znázorňuje směrodatná odchylka u

klinické logopedie v prvním období po zavedení poplatků, kde oproti průměru ve výši 27 Kč na pojištěnce se v jednotlivých letech náklady pohybovaly od 22 po 30 Kč. V odbornosti dětská psychiatrie a pediatrie byl nárůst nákladů pozvolný, v prvním období byl statisticky nevýznamný, v letech 2010-2013 však došlo ke statisticky významnému nárůstu nákladů.

**Graf č. 29: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013–gastroenterologie, ortopedie, psychiatrie, neurologie, dermatovenerologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování–statisticky neprůkazný rozdíl



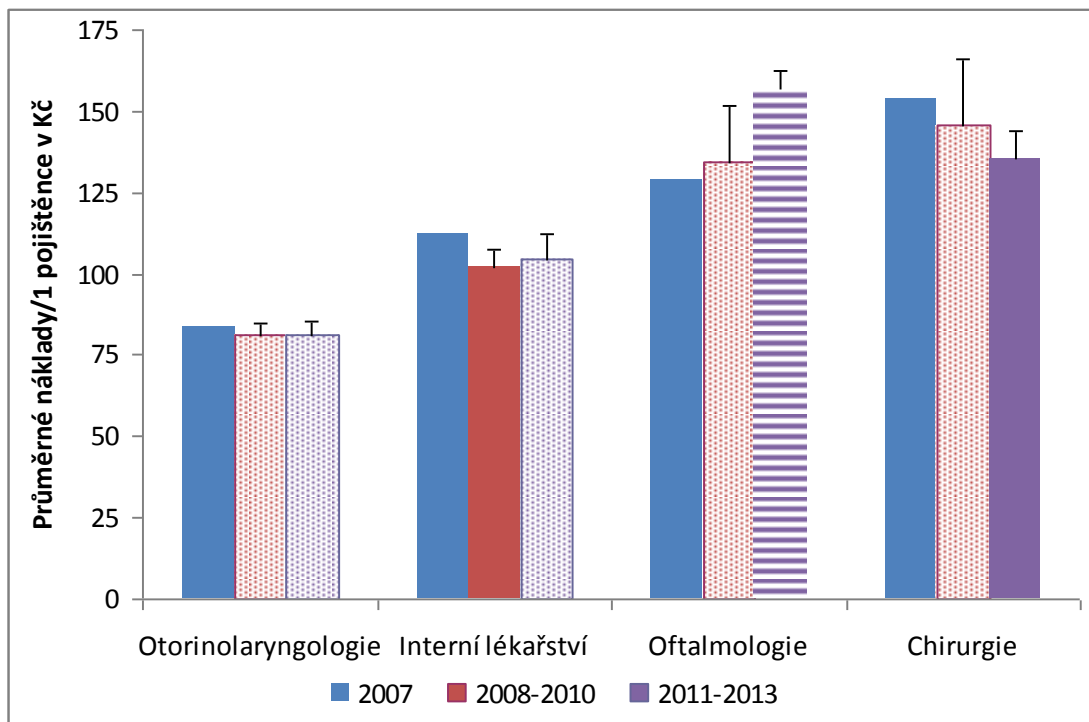
Zdroj: Vlastní výzkum

U odbornosti gastroenterologie došlo v obou sledovaných obdobích ke statisticky nevýraznému nárůstu nákladů. Směrodatná odchylka u této odbornosti vyjadřuje velkou variabilitu dat vstupujících do výpočtu v obou sledovaných obdobích. V odbornosti ortopedie shodně jako kožním lékařství (dermatovenerologie) došlo v prvním období k poklesu nákladů na jedno rodné číslo, v dalším k nárůstu. Žádný z těchto rozdílů však

v porovnání s rokem 2007 nebyl statisticky významný. V psychiatrii byl v prvním období zjištěn pouze statisticky nevýznamný nárůst, v dalším období (2011-2013) však došlo k výraznému nárůstu nákladů, který byl v porovnání s rokem 2007 statisticky významný. Obdobný trend lze vysledovat i v neurologii.

**Graf č. 30: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013 – ORL, interní lékařství, oční, chirurgie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování – statisticky neprůkazný rozdíl.



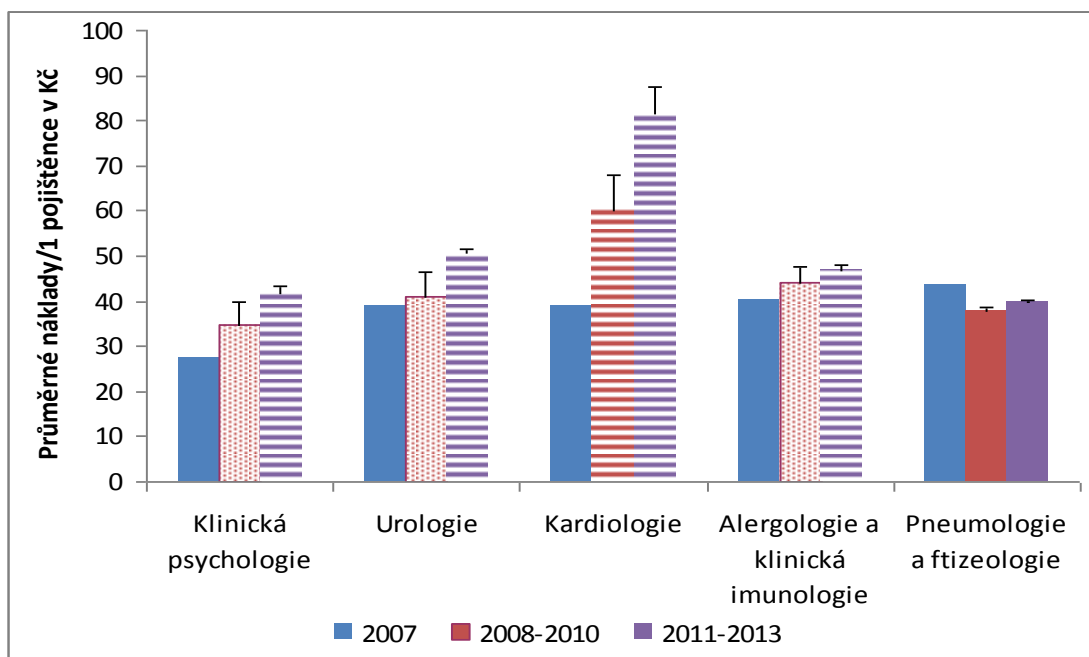
Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud se jedná o odbornost ušní, nosní krční (ORL), byl v obou sledovaných obdobích zjištěn pokles průměrných nákladů na jednoho pojištěnce, v obou obdobích se jednalo o statisticky nevýznamné rozdíly. V interním lékařství došlo v letech 2008-2010 dokonce ke statisticky významnému poklesu průměrných nákladů, pokles přetrvával i v dalším období, v porovnání s rokem 2007 však v tomto období nebyl rozdíl statisticky významný. Obrácený trend je zřejmý u chirurgie, kde pokles nákladů v prvním období byl statisticky nevýznamný, v dalším období po zavedení poplatků průměrné náklady dále

klesly, v porovnání s rokem 2007 se jednalo o statisticky významný pokles. V očním lékařství došlo v letech 2008-2010 ke statisticky nevýznamnému nárůstu nákladů, v dalším období byl zaznamenán vyšší, statisticky významný nárůst nákladů na jedno rodné číslo oproti roku 2007.

**Graf č. 31: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013- klinická psychologie, urologie, kardiologie, alergologie, pneumologie.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – plná barva = statisticky významně nižší průměr, vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



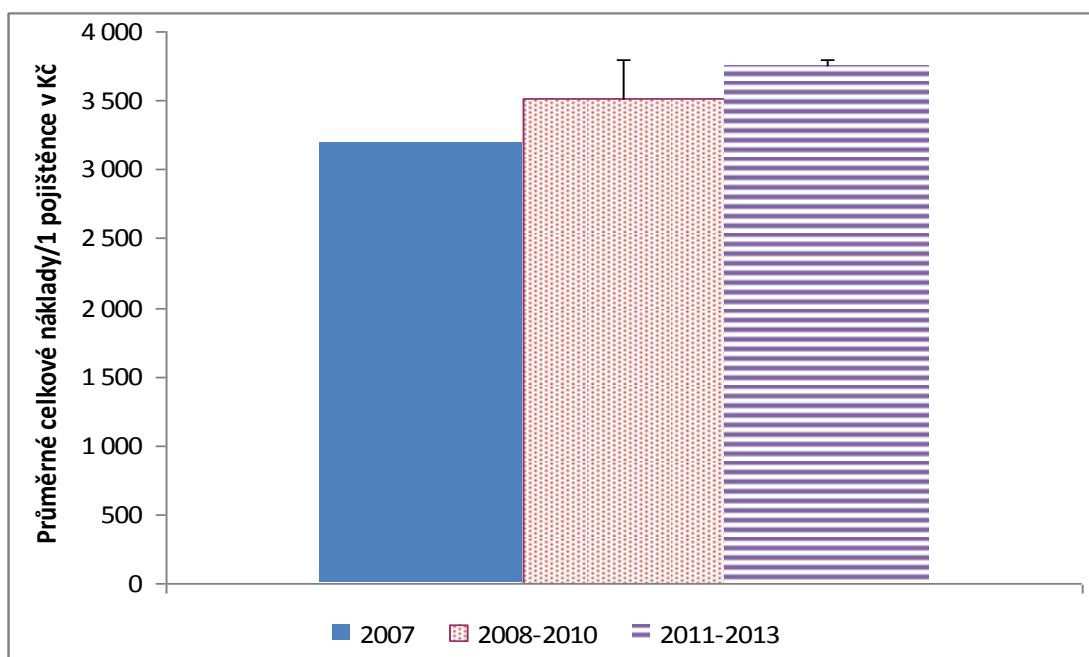
Zdroj: Vlastní výzkum

V odbornostech klinická psychologie, urologie a alergologie je v prvním období po zavedení poplatků zaznamenán pouze statisticky nevýznamný nárůst nákladů oproti roku 2007. V dalším období však ve všech těchto odbornostech průměrné náklady na jednoho pojištěnce v porovnání s rokem 2007 statisticky významně vzrostly. V odbornosti kardiologie je zaznamenán statisticky významný nárůst nákladů v obou sledovaných obdobích, zatímco opačný trend – statisticky významný pokles v obou obdobích k roku

2007 je zřejmý v plicním lékařství (pneumologie - odb. 205). Směrodatná odchylka vyjadřuje velkou variabilitu dat vstupujících do výpočtu zejména u kardiologie.

**Graf č. 32: Celkové průměrné náklady na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 32 je patrné, že průměrné náklady na jednoho pojištěnce rostly v letech 2008-2010 pozvolna a jejich nárůst nebyl v porovnání s rokem 2007 statisticky významný. Zatímco v roce 2007 činily průměrné náklady na jednoho pojištěnce 3 195,- Kč, v letech 2008-2010 se jednalo o 3 510,- Kč na jednoho pojištěnce. V dalším období, tj. v letech 2011-2013 vzrostly průměrné náklady na jednoho pojištěnce statisticky významně a činily 3 762,- Kč.

### 5.2.1 Náklady na léky vydané na recepty

Autorka dále sledovala, zda regulační poplatky hrazené v lékárně přinesly očekávaný regulační efekt a vedly ke snížení nákladů na léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Vývoj průměrných nákladů na léky vydané na recepty pro pojištěnce pobočky ZP MV ČR České Budějovice a Plzeň je zachycen v tabulce č. 14.

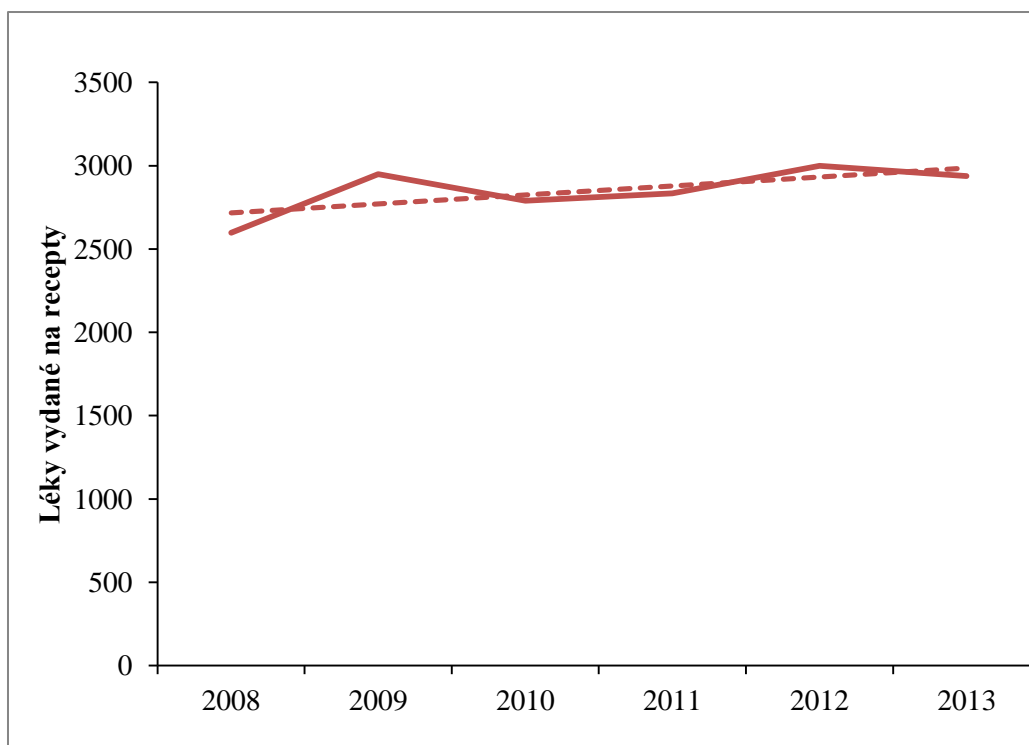
**Tabulka č. 14: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce na léky vydané na recepty**

Období	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
náklady na 1 pojištěnce v Kč	2 765	2 598	2 950	2 790	2 835	2 999	2 937
procentní vyjádření k roku 2007	100%	94%	107%	101%	103%	108%	106%

Zdroj: Vlastní výzkum

Trendy ve vývoji průměrných nákladů léky vydané na recepty na jednoho pojištěnce jsou zachyceny v grafu č. 33.

**Graf č. 33: Vývoj průměrných nákladů na léky na jednoho pojištěnce v letech 2007-2013 v Kč**



Zdroj: Vlastní výzkum

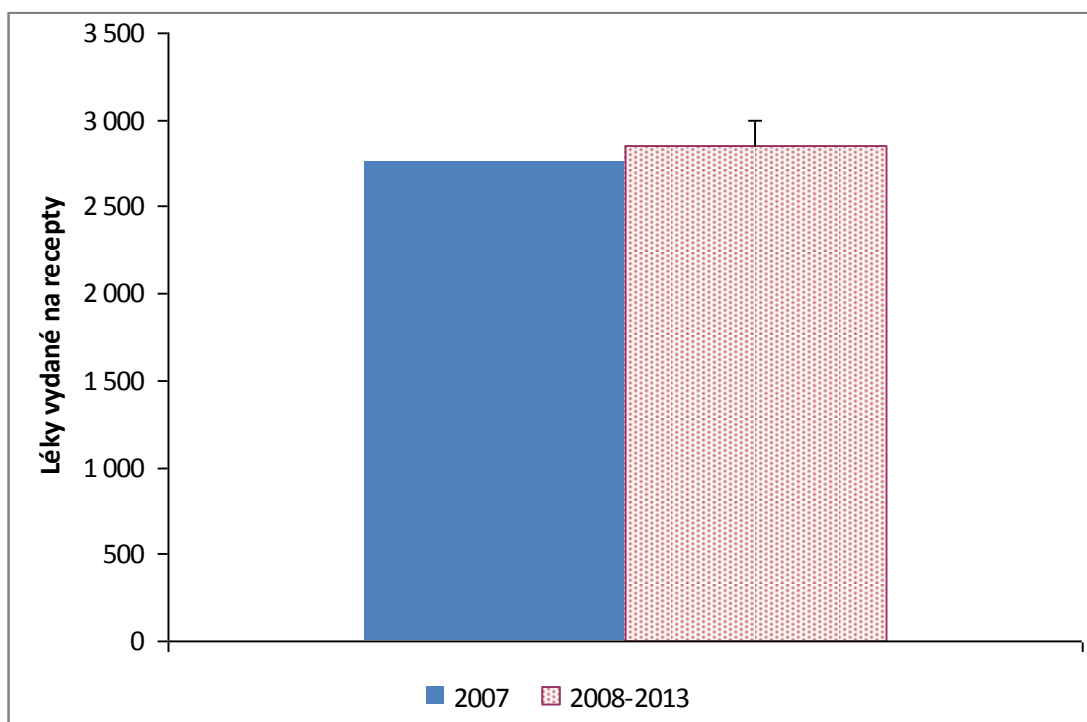


Z tabulky č. 14 i z grafu č. 33 je zřejmé, že k největšímu poklesu průměrných nákladů na léky došlo bezprostředně po zavedení regulačních poplatků, tj. v roce 2008, k výraznému nárůstu pak došlo v roce 2009, kdy náklady na léky na jednoho pojištěnce dosáhly částky 2 950,- Kč, což bylo o 7% více než v roce 2007. Obdobná částka byla pak zaznamenána v roce 2012 a 2013.

Stejně jako v předchozích případech autorka i u léků analyzovala rozdíl v průměrných nákladech na jedno rodné číslo před zavedením regulačních poplatků, tedy v roce 2007 a průměrné náklady na léky za období let 2008 až 2013. Získaná data byla opět statisticky zpracována a vyhodnocena pomocí jednovýběrového t-testu se stanovenou hladinou významnosti 5%.

#### **Graf č. 34: Náklady na léky vydané na recepty na jednoho pojištěnce v Kč.**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí výplní – tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



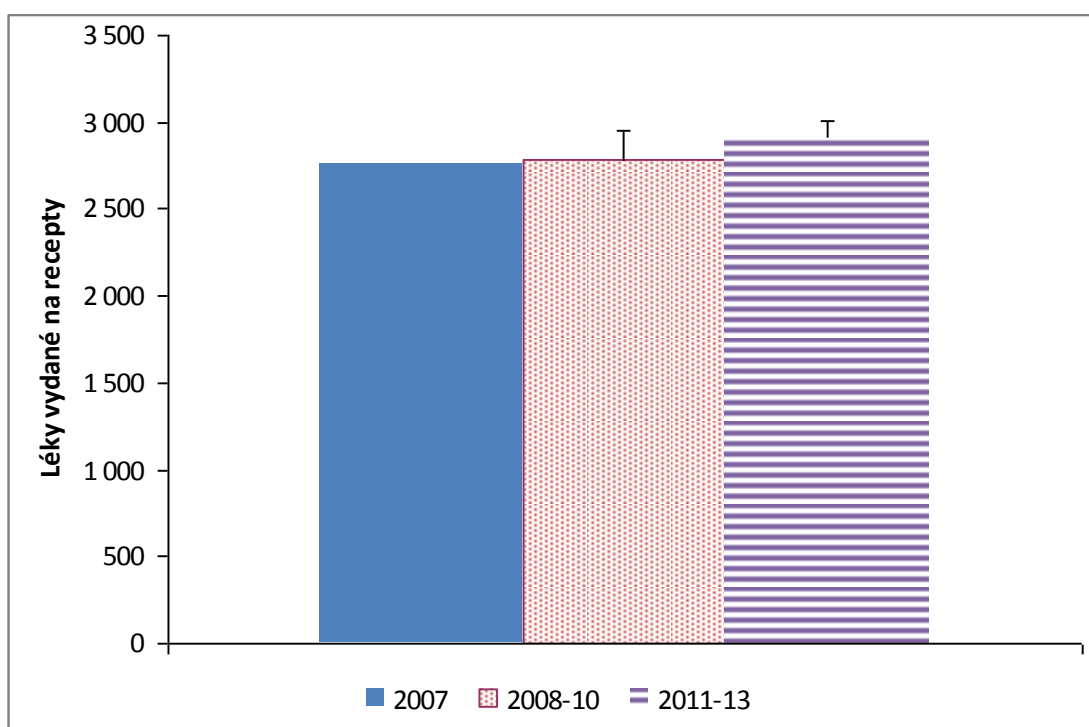
Zdroj: Vlastní výzkum

Zatímco průměrné náklady na léky v roce 2007 činily 2 765,- Kč na jednoho pojištěnce, za období let 2008-2013 stouply na 2 851,- Kč. Tento nárůst nebyl statisticky významný.

Dále autorka i u nákladů na léky zjišťovala, jak se měnil vývoj průměrných nákladů na léky v jednotlivých obdobích po zavedení poplatků. Za tímto účelem bylo stejně jako v předchozích případech období po zavedení regulačních poplatků rozděleno na dvě tříleté části, a to na období let 2008–2010 a na období let 2011-2013. Obě tato období byla pak dále porovnána k roku 2007. Statistické zpracování proběhlo opět pomocí jednovýběrového t-testu .

**Graf č. 35: Celkové průměrné náklady na léky vydané na recepty na jednoho pojištěnce, porovnání roku 2007 a let 2008-2010 a 2011 až 2013**

Statisticky významné rozdíly ve srovnání s rokem 2007 jsou vyznačeny pomocí odlišných výplní – vodorovné šrafování = statisticky významně vyšší průměr, tečkované šrafování=statisticky neprůkazný rozdíl.



Zdroj: Vlastní výzkum

Po zavedení poplatků v letech 2008 - 2010 vzrostly celkové průměrné náklady na léky na jednoho pojištěnce z částky 2 765,- Kč na 2 779,- Kč. Tento nárůst nebyl v porovnání s rokem 2007 statisticky významný. K výraznějšímu nárůstu došlo za období let 2011-2013, kdy průměrné náklady na léky na jedno rodné číslo v porovnání s rokem 2007 statisticky významně vzrostly, a to na částku 2 924,- Kč.

## 6 DISKUZE

Zdravotnictví ve většině světových zemí zápolí s ekonomickými limity. Medicína je vyspělejší, víc toho ví, ale není možné vše zaplatit. V důsledku lepší diagnostiky se začátek chronických onemocnění posouvá do časnějších stádií a díky lepší terapii se život chronicky nemocných úspěšně prodlužuje. Přibývá počet pacientů, jsou vyvinuty účinné, ale velmi nákladné léky. Z tohoto důvodu k menšímu či většímu omezování zdravotní péče dochází ve všech zdravotnických systémech. Existuje několik možností jak nastavit určité bariéry čerpání péče. Omezování zdravotní péče bývá označováno termínem "rationing". Dle Holčíka<sup>128</sup> rozlišujeme tzv. implicitní a explicitní rationing. Implicitní rationing stanoví limity, které lékař nesmí překročit, a je na něm, komu péči poskytne a komu ne. K omezování péče nedochází tedy navenek, ale spíše ve skrytu ordinace. Explicitní rationing je založen na jasném určení toho, jaká péče je hrazena a jaká již ne. Je to jednoznačné vymezení nároku na zdravotní službu. K tomuto omezení však vlády i zdravotní pojišťovny přistupují nerady, protože je zřejmé, co se omezuje a kdo za to může.

Existuje však ještě další možnost, a to přenést část odpovědnosti na pacienta, který se sám rozhoduje, zda půjde k lékaři nebo ne. Rozhodování pacientů je v tomto případě ovlivňováno různými typy regulačních poplatků, které mají vytvořit umělou bariéru mezi pacientem a poskytnutím zdravotní služby. Ve většině zemí však poplatky nejsou aplikovány plošně. Existují různá jejich omezení a limity, které se většinou týkají seniorů, dětí a osob sociálně či zdravotně znevýhodněných. Účelem regulačních poplatků, které byly v České republice zavedeny od 1. ledna 2008 bylo, jak je již výše uvedeno, snížit spotřebu zdravotní péče a zamezit tak jejímu nadužívání a dále přinést do zdravotnictví další soukromé zdroje.

Autorka se v praktické části práce snažila zmapovat dopad regulačních poplatků na četnost návštěv pacientů u lékaře a na náklady hrazené z veřejného zdravotního pojištění ve vybraných ambulantních odbornostech i náklady na léky vydané na recepty. Byly stanoveny dvě základní hypotézy:

---

<sup>128</sup> HOLČÍK, J. *Perspektivy péče o zdraví a zdravotnictví*. Časopis lékařů českých. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2011, roč. 150, č. 9, s. 475-479. ISSN 0008-7335.

### **H1: Regulační poplatky měly vliv na snížení návštěv pacientů u lékaře**

### **H2: Regulační poplatky měly vliv na snížení nákladů na zdravotní péči ve zkoumaných odbornostech a segmentech zdravotní péče**

Za účelem testování první hypotézy autorka sledovala vývoj počtu návštěv, při nichž jsou vybírány regulační poplatky u 22 odborností ambulantní péče a to za období před zavedením regulačních poplatků a po jejich zavedení za období let 2008-2013. Hladina významnosti zjištěných rozdílů byla stanovena na 0,05 a ověřována pomocí jednostranného jednovýběrového t-testu.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že k nejvýraznějšímu a trvalému poklesu počtu návštěv došlo u lékařské služby první pomoci. Zde v prvním roce po zavedení regulačních poplatků poklesl počet návštěv na 58,7 % roku 2007, k nepatrnému nárůstu došlo v roce 2009, kdy počet návštěv vzrostl na 65,3% roku 2007, v dalším období se však počet návštěv lékařské služby první pomoci ustálil a až do roku 2013 nepřesáhl průměrný počet návštěv na jednoho pojištěnce cca 57% roku 2007. Poplatek ve výši 90,- Kč za využití lékařské služby první pomoci měl tedy výrazný regulační efekt. Tento výsledek odpovídá i zjištění Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), dle něhož v roce 2008 poklesl počet ošetření na lékařské službě první pomoci celkem o 41,1% oproti roku 2007. Počty ošetření na LSPP pro děti a dorost poklesly ve stejném období o 25,0 %, počty ošetření na LSPP stomatologické o 36,7 %. Za celé posuzované období 2007 až 2012 zůstává toto podstatné snížení počtu ošetření v rámci LSPP zachováno. Počty ošetření na LSPP pro dospělé v roce 2012 byly o 45,0 % nižší než v roce 2007 a počty ošetření na LSPP pro děti a dorost o 20,6 % nižší. Výjimkou je LSPP stomatologická dokonce s nárůstem za celé období do roku 2012 na 107,3% počtu roku 2007. Vzrostl však počet výjezdů zdravotnické záchranné služby, a to z 686 tisíc případů v roce 2007 na 795 tisíc případů v roce 2012.<sup>129</sup> Je tedy možné, že pacienti i s ohledem na vliv regulačních poplatků v některých případech raději využili služeb záchranné služby než lékařské služby první pomoci.

---

<sup>129</sup> ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 40/2013 [online]. [citováno 2014 - 01-11] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012>.

V odbornosti 014 – stomatologie nebyl zjištěn významný rozdíl mezi průměrným počtem návštěv před zavedením poplatků a průměrem za období let 2008-2013. Po celé sledované období počty návštěv u stomatologa oscilují kolem 100 % roku 2007. Tento výsledek opět odpovídá zjištěním Ústavu zdravotnických informací, dle něhož počty návštěv ve stomatologických ambulancích se zavedením regulačních poplatků od roku 2008 nezaznamenaly výrazný pokles srovnatelný s poklesem návštěv u jiných ambulantních oborů. Důvodem může být i určitá již zažitá tichá akceptace nutné spoluúčasti při návštěvě zubní ordinace, resp. dosažení určité stabilní hladiny potřeby stomatologické péče.<sup>130</sup>

Ke statisticky významnému nárůstu počtu návštěv došlo v kardiologii. V roce 2008 počet návštěv stagnoval a nepřekročil návštěvnost v roce 2007, v dalších letech však začal počet návštěv prudce stoupat a v letech 2012 a 2013 došlo zhruba ke 30% nárůstu oproti roku 2007. Důvodem může být zejména to, že v České republice patří nemoci srdce a oběhové soustavy mezi nejčastější civilizační choroby.<sup>131</sup> Svoji roli hraje i prevence a osvěta a s tím související větší míra zachytu onemocnění. Regulační poplatky neodradily pacienty s onemocněním srdce od návštěvy lékaře. To odpovídá i úvahám Krůtilové, která ve svém článku dochází k závěru, že poplatky evidentně zatěžují domácnosti. Tato zátěž není však až tak vysoká, aby způsobila převratné změny ve spotřebě určitého druhu služeb.<sup>132</sup>

Obdobně jako v kardiologii neměly poplatky žádný vliv na počet návštěv v odbornosti anestézie a intenzivní medicína. I v tomto případě se jedná o situace, kdy pacient přichází se závažným, mnohdy život ohrožujícím či bolestivým stavem a regulační poplatek ve výši 30,- Kč jej od návštěvy lékaře neodradí.

Ke statisticky významnému nárůstu návštěv došlo i v odbornosti 903 – klinická logopedie. V roce 2008 sice počet návštěv poklesl na cca 91% skutečnosti roku 2007,

---

<sup>130</sup> ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 47/2012, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2011, [online]. [citováno 2014 - 01-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2011>.

<sup>131</sup> ŠIMON, J. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. Praha: Grada Publishing. 2001, 264s. ISBN 80-247-0085-9.

<sup>132</sup> KRŮTILOVÁ, V. *Dopady regulačních poplatků na domácnosti*. Zdravotnictví v České republice, roč.13, č.1(2010), s. 168-172. ISSN 1213-6050.

postupně však začal znovu narůstat a v roce 2013 dosáhl téměř 120% roku 2007. Dle názoru autorky je příčinou nárůstu zejména to, že terapeutický efekt spočívá právě v pravidelnosti návštěv, a že tedy prodloužení intervalů mezi jednotlivými návštěvami by zničilo efekt předchozí léčby.

Statisticky významný nárůst návštěv prokázal výzkum i u odbornosti 306 – dětská psychiatrie. Zatímco v roce 2008 poklesl počet návštěv v této odbornosti na 97% roku 2007, v roce 2009 došlo k nárůstu na 108%, tento nárůst nadále pokračoval a v letech 2012 a 2013 se pohyboval kolem 160% roku 2007. Autorka se domnívá, že v tomto případě svoji roli sehrálo i to, že od 1.4.2009 došlo ke změně zákona o veřejném zdravotním pojištění a děti do 18 let byly od úhrady regulačního poplatku osvobozeny.

Osvobození některých kategorií pojištěnců od placení regulačních poplatků (zejména dětí, těhotných žen a osob sociálně slabých) je zavedeno ve většině evropských zemí, v nichž se poplatky či jiná forma spoluúčasti platí. Od veškeré formy poplatků jsou např. osvobozeny děti ve Švédsku, obdobně v Německu nehradí osoby do 18-ti let žádnou spoluúčast. V Norsku jsou od spoluúčasti osvobozeny děti do 16-ti let věku.<sup>133</sup> Naopak ve Švýcarsku nejsou od spoluúčasti osvobozeny ani děti, existuje však systém adresných příspěvků určený pro sociálně slabé. Ve Francii, která je známá vysokou spoluúčastí pacientů, jsou osvobozeni novorozenci 30 dní po porodu a děti s handicapem do 20-ti let věku.<sup>134</sup>

Ve všech dalších sledovaných odbornostech (kromě psychiatrie, kde pokles návštěvnosti nebyl statisticky významný) došlo po zavedení poplatků k významnému snížení počtu návštěv pacienta u lékaře. Tento závěr opět odpovídá zjištění Ústavu zdravotnických informací ČR, dle něhož celkové počty ambulantních ošetření poklesly v roce 2008 o 17% oproti roku 2007, zatímco v předchozích letech se tyto počty snižovaly

---

<sup>133</sup> CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Průvodce 2012. Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. 11. upravené vydání. Praha :BMSS-Start,s.r.o., 2012. 64s

<sup>134</sup> MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 79s. ISBN-978-80-254-3776-6.

pouze o 2-3% ročně. Do roku 2012 došlo opět k růstu počtu ambulantních ošetření/ na cca 89,6 % roku 2007.<sup>135</sup>

U 22 sledovaných ambulantních odborností celkem 16 vykázalo statisticky významný pokles v průměrném počtu návštěv za období let 2008-2013 oproti roku 2007. Stejně tak statisticky významně poklesl i celkový průměrný počet návštěv za období let 2008-2013 oproti stejnému údaji v roce 2007.

Na základě těchto výsledků byla tedy stanovena hypotéza H1: **Regulační poplatky měly vliv na snížení návštěv pacientů u lékaře potvrzena.**

V poslední době se v médiích objevují informace o tom, že poplatky měly regulační efekt pouze v počátečním období po jejich zavedení a že se později jejich regulační efekt ztratil.<sup>136</sup> Autorka se tedy na datech, která měla k dispozici, snažila tuto úvahu potvrdit či vyvrátit. Za tím účelem bylo období po zavedení poplatků rozděleno na dvě tříletá období - 2008 - 2010 a 2011 - 2013. Rozdíl v průměrném počtu návštěv za tato období byl pak znovu pomocí jednovýběrového t-testu porovnáván vůči období před zavedením poplatků, tedy vůči roku 2007. Z výsledků, které jsou prezentovány v grafech č. 9-12, vyplynulo, že za období let 2011- 2013 počet návštěv oproti počátečnímu období po zavedení poplatků – tj. oproti 2008-2010 vzrostl, při porovnání průměrných hodnot za období let 2011- 2013 oproti roku 2007 však pouze u 5-ti odborností z 22 zkoumaných došlo ke statisticky významnému nárůstu počtu návštěv. U 4 odborností byly výsledné rozdíly statisticky nevýznamné. U zbývajících 13 odborností přetrvával při porovnání s rokem 2007 statisticky významný pokles i v období let 2011-2013. Rovněž při porovnání celkové průměrné návštěvnosti za období let 2011-2013 oproti roku 2007 byl zjištěn statisticky významný pokles návštěv. Je tedy zřejmé, že poplatky vedly k omezení počtu návštěv u lékaře i v období let 2011 až 2013, přestože, zejména v některých odbornostech, jejich regulační efekt postupně klesal. O tomto závěru svědčí i další analýza, která sledovala trend vývoje počtu návštěv po zavedení poplatků tedy od roku 2008. Data byla zpracována lineární regresí a otestována F testem. Jak je patrné z grafů č. 16-18, u většiny odborností

---

<sup>135</sup> ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 40/2013 [online] [citováno 2014 - 01-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012>.

<sup>136</sup> HEGER, L. Záznam z jednání Poslanecké sněmovny ČR dne 14.6.2014. [online]. [citováno 2014 - 06-16]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2013ps/stenprot/006schuz/s006239.htm>.

se počet návštěv začal pozvolna zvyšovat. Statisticky neprůkazný nárůst – tj. stagnace ve vývoji počtu návštěv je zřejmá u lékařské služby první pomoci, kde k největšímu poklesu došlo právě v roce 2008, v pozdější době se pak počet návštěv ustálil. Neprůkazné změny byly po roce 2008 zjištěny i ve stomatologii, ORL, alergologii, pediatrii, kožním lékařství chirurgii a klinické psychologii. Trvalý pokles zaznamenala pouze gynekologie a odbornost 105- gastroenterologie. Zatímco u gynekologie lze trvajícím pokles vysvětlit regulačním efektem poplatků, kdy zřejmě pacientky zvažovaly nutnost návštěvy lékaře pouze kvůli banalitě, u gastroenterologie se autorka zamýšlela nad důvodem tohoto poklesu. Vysvětlení zřejmě spočívá v tom, že autorka sledovala vývoj návštěv, při nichž se hradí regulační poplatky. V gastroenterologii je však velká část vyšetření zaměřena na screening a prevenci, při nichž se poplatky nehradí. Pokud sledujeme všechna vyšetření v této odbornosti za období let 2008-2013 (tedy počet kontaktů) zjistíme, že průměrná návštěvnost na jednoho pacienta v roce 2008 činila 0,1485 kontakty a v dalším období neklesala, naopak nepatrně vzrostla a oscilovala kolem 0,153 kontaktu na pojištěnce. Z toho lze odvodit, že poplatky sice měly regulační efekt, ale díky osvobození preventivních vyšetření od jejich úhrady neznamenal pro pacienta překážku a počet preventivních vyšetření neomezily.

Dle údajů OECD patří Česká republika k zemím s největší návštěvností pacientů u lékaře. Jak znázorňuje tabulka č.15, návštěvnosti českých pacientů se vyrovnají pouze Slováci (zde je patrný nárůst návštěvnosti po zrušení některých poplatků v roce 2006) a vyšší návštěvnost vykazuje pouze Japonsko. Ostatní země jsou hluboko pod průměrnými daty České republiky. Pokud se jedná o japonské zdravotnictví potýká se s podobnými problémy jako české. Dle Goše<sup>137</sup> je japonský systém zdravotního pojištění ovlivňován specifickou kombinací faktorů, která vede k nadměrnému používání vyšetření a léčiv, k ničím neomezovaným požadavkům pacientů a k enormnímu nárůstu výdajů. Všichni japonští občané jsou bez výjimky zahrnuti buď do národního zdravotního pojištění (osoby samostatně výdělečně činné) nebo do sociálního pojištění (zaměstnanci). Vzhledem k tomu, že soukromí i veřejní poskytovatelé zdravotní péče jsou placeni nikoliv za čas

---

<sup>137</sup> GOŠ, J. JANKŮ, M, *Problematický systém zdravotní péče v Japonsku*. [online]. [citováno 2014 - 06-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/problematicky-system-zdravotni-pece-v-japonsku-168633?category=ze-zahranici>.



strávený s pacienty, ale za jednotlivá předepsání léku nebo za jednotlivá vyšetření, jsou tyto subjekty vedeny k předepisování co největšího počtu léků a k objednávání co největšího počtu vyšetření a testů. Japonští pacienti navštěvují častěji ambulantní pracoviště a zůstávají v nemocnicích déle než pacienti v dalších státech skupiny OECD. Tamní model lékařských konzultací bývá nazýván „tři hodiny čekání, tři minuty vyšetření“. Proto i japonská vláda hledá přijatelná řešení pro regulaci poptávky po zdravotní péči.

**Tabulka č. 15: Počet lékařských konzultací na osobu a rok.**

Země	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Česká republika</b>	13,0	12,6	11,4	11,2	11,0	11,1
<b>Slovensko</b>	10,4	11,2	12,1	11,6	11,6	11,0
<b>Německo</b>	7,9	8,1	8,6	9,2	9,9	9,7
<b>Francie</b>	6,8	6,8	6,7	6,7	6,7	6,8
<b>Rakousko</b>	6,7	6,8	6,9	6,9	6,6	6,9
<b>Velká Británie</b>	5,1	5,0	5,9	5,0	neuveďeno	neuveďeno
<b>Nizozemsko</b>	5,6	5,7	5,9	5,7	6,6	6,6
<b>Japonsko</b>	13,6	13,4	13,2	13,1	13,1	neuveďeno
<b>USA</b>	3,8	4,0	3,9	4,1	neuveďeno	neuveďeno

Zdroj: OECD, Health Data <sup>138</sup>

I ze shora uvedených údajů OECD je v České republice zřejmý pokles konzultací bezprostředně po zavedení poplatků v roce 2008 z 12,6 konzultací na osobu a rok na 11,2 konzultací ročně.

---

<sup>138</sup> OECD: 2013, *Doctors' consultations*, Number per capita. [online]. [citováno 2014 - 05-20]. Dostupné z: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/190800401e1t007.pdf?expires=1403120213&id=id&accname=freeContent&checksum=1D115CA157708B206384811F19BCF9E9>.

Přestože autorka v práci sleduje zejména počet návštěv, při nichž se vybírají regulační poplatky, analyzovala i data za všechny tzv. kontakty pacientů u lékaře. Průměrný počet všech kontaktů za rok 2007 byl porovnán s průměry za období let 2008 -2013. Výsledek byl opět statisticky zpracován pomocí jednovýběrového t-testu. I z této analýzy byl zjištěn statisticky významný pokles návštěv po zavedení poplatků, kdy v roce 2007 každý pojištěnec v průměru navštívil lékaře 8,2x po zavedení poplatků se průměrná návštěvnost za období let 2008-2013 snížila na 7,82 kontaktu. Obdobné výsledky byly zjištěny i po rozdělení sledovaného období na dva tříleté úseky. Z této analýzy je však zřejmý větší regulační efekt poplatků v prvním období po jejich zavedení – tj. v letech 2008-2010, kdy počet kontaktů se snížil na 7,79 kontaktu na pojištěnce, v dalším období se však zvýšil na průměrné číslo 8,86. Nutno připomenout, že uvedená data se liší od údajů OECD zejména z toho důvodu, že v nich nejsou zahrnuty kontakty u praktických lékařů, kde četnost návštěv je zcela jistě největší.

Cílem zavedení regulačních poplatků bylo i omezení nákladů veřejného zdravotního pojištění, a to jak nákladů na výkony, tak zejména nákladů na léčiva. V další části práce autorka tedy sledovala, zda po zavedení regulačních poplatků došlo ke snížení nákladů na zdravotní péči ve zkoumaných odbornostech. Stejně jako u návštěv byly porovnány průměrné náklady na jednoho pojištěnce v roce 2007 a průměrné náklady za období let 2008-2013. Sledovány byly veškeré náklady na zdravotní péči v dané odbornosti, tedy včetně výkonů prevence, ošetrovacích zákroků bez klinických vyšetření atd. Výsledek byl opět statisticky zpracován pomocí t- testu.

Z výsledků vyplynulo, že po zavedení regulačních poplatků došlo ke statisticky významnému snížení nákladů pouze u čtyř odborností. Jednalo se zejména o lékařskou službu první pomoci, kde v roce 2008 poklesly průměrné výdaje na jednoho pojištěnce o 42% proti roku 2007. Od roku 2010 do 2013 činí tento pokles oproti roku 2007 stabilně 10%. Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR <sup>139</sup> však na druhé straně došlo k nárůstu výdajů na segment zdravotnické záchranné služby, který např. v roce 2009 činil cca 11 % oproti roku 2007. Lze tedy předpokládat, že pacienti v některých případech raději volali zdravotnickou záchrannou službu, za jejíž výjezd se poplatek neplatí, než aby

---

<sup>139</sup> ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 60/2010, Zdravotní pojišťovny – náklady na segmenty zdravotní péče [online]. [citováno 2014 - 01-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pece-4>.

zvolili návštěvu pohotovosti. Vývoj nákladů na segment zdravotnické záchranné služby u pobočky České Budějovice a Plzeň v této souvislosti zkoumala i autorka. Je skutečností, že náklady na jednoho pojištěnce v tomto segmentu oproti roku 2007 rostou, v roce 2008 činil nárůst 29 % oproti roku 2007. Tento nárůst se postupně zvyšoval až v roce 2013 dosáhly výdaje na tento segment 189% roku 2007. Autorka se však domnívá, že tento nárůst zcela nesouvisí s placením poplatků na LSPP, ale že je dán jiným způsobem úhrady zdravotnické záchranné služby (nákladnější způsob výjezdů v důsledku víceúrovňového setkávacího systému Rendez-Vous, vyšší bodová hodnota atd.).

K poklesu nákladů na zdravotní péči došlo dále v interním lékařství, chirurgii a v plicním lékařství. Pokles nákladů v těchto odbornostech zřejmě souvisí s regulačními poplatky, na druhé straně má svůj původ i ve změnách způsobu úhrad péče poskytnuté v těchto segmentech. Např. v interním lékařství se pokles nákladů na jednoho pacienta pohyboval od roku 2009 do roku 2012 v úrovni 2-9%, v roce 2013 průměrné náklady poklesly o 15% oproti roku 2007 (meziročně se jednalo o pokles ve výši cca 13%). To jistě souvisí se snížením bodové hodnoty nejčastěji používaných klinických vyšetření – komplexního, cíleného a kontrolního vyšetření internistou, k němuž došlo novelou Seznamu zdravotních výkonů s účinností od 1.1.2013.<sup>140</sup> Na snížení nákladů v plicním lékařství (pneumologie a ftizeologie) se podílí i zrušení úhrady plošného očkování 11-ti letých dětí proti TBC (tzv. kalmetizace), k němuž došlo s účinností od 12.3.2009.<sup>141</sup>

Statisticky nevýznamné změny byly zjištěny v dermatovenerologii, ortopedii a otorinolaryngologii, kde průměrné náklady na jednoho pojištěnce oproti roku 2007 v podstatě stagnovaly. V ostatních sledovaných ambulantních odbornostech (14 z 22) průměrné náklady na jednoho pojištěnce statisticky významně vzrostly. U odborností tzv. primární péče nárůst nákladů souvisí s různými bonifikacemi, které zdravotní pojišťovny poskytovatelům po roce 2007 hradí, ve snaze motivovat je k aktivnímu zajišťování preventivní péče a lepším službám pro klienty. V gynekologii se jedná např. o bonifikace za provedené preventivní prohlídky, za registraci nových pacientek, za prodloužení

---

<sup>140</sup> Vyhláška č. 467/2012 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, In: Sbíрка zákonů ČR. 27.12.2012.

<sup>141</sup> Vyhláška č. 65/2009, kterou se mění vyhláška č. 537/2006Sb., o očkování proti přenosným nemocem, In: Sbíрка zákonů ČR. 12.3.2013.

ordinačních hodin. U praktických lékařů došlo po roce 2007 k navýšení úhrady očkování, ke zvýšení kapitační platby pokud lékař ordinuje alespoň dva dny v týdnu v pozdějších odpoledních hodinách či pokud umožní neakutním pacientům objednat se na dohodnutý čas.

Rovněž celkové průměrné náklady na jednoho pojištěnce za období let 2008-2013 statisticky významně vzrostly.

Po rozdělení sledovaného období na dva tříleté úseky se ukázalo, že v prvním období po zavedení poplatků ve většině odborností náklady vzrostly pouze statisticky nevýznamně. V dalším období (2011-2013) pak u většiny odborností došlo ke statisticky významnému nárůstu průměrných nákladů na jednoho pojištěnce oproti roku 2007. Pokles nákladů za obě období byl zjištěn pouze u lékařské služby první pomoci a u pneumologie a ftizeologie.

Trend pozvolna vzrůstajících nákladů se potvrdil i při testování celkových průměrných nákladů na pacienta v obou obdobích k roku 2007. Za období let 2008-2010 celkové průměrné náklady v porovnání s rokem 2007 vzrostly pouze statisticky nevýznamně, v dalším období byl však nárůst statisticky významný.

Autorka dále zjišťovala, zda se zavedení regulačních poplatků za položku na receptu (od 1.1.2012 za recept) projevilo v úsporách výdajů na léčiva. K výraznému poklesu nákladů na léky došlo u pobočky České Budějovice a Plzeň bezprostředně po zavedení poplatků v roce 2008, kdy průměrné náklady na léky na jednoho pojištěnce klesly na 94% roku 2007. V roce 2009 došlo k nárůstu průměrných nákladů na léky na jednoho pojištěnce na 107% nákladů roku 2007 a kolem této hranice náklady kolísaly i v dalších obdobích po zavedení poplatků. Jak je patrné z grafu č. 30, průměrné náklady na léky na jednoho pojištěnce za období let 2008-2013 oproti průměrným nákladům v roce 2007 stouply, avšak nárůst nebyl statisticky významný. Po rozdělení období po zavedení poplatků na dva tříleté úseky z výzkumu vyplynulo, že v prvním období (2008-2010) byl nárůst průměrných nákladů na léčiva pozvolný a rozdíl oproti roku 2007 byl statisticky nevýznamný, později v letech 2011 - 2013 se rozdíl oproti roku 2007 zvýšil a stal se statisticky významným. Je však nutné konstatovat, že na růstu cen léčiv se od roku 2012 podílela i o 4% navýšená sazba DPH. Pokud tedy na pobočce České Budějovice a Plzeň vzrostly v roce 2012 meziročně náklady o necelých 6%, skutečný nárůst činil pouze 2%, protože na zbytku se podílí právě vyšší DPH.

Dle údajů ÚZIS<sup>142</sup> se úhrady zdravotních pojišťoven za léčiva na recept v roce 2008 snížily o 820 mil. Kč na 97,6 % skutečnosti roku 2007. Podle názoru autorky měla však na tento pokles vliv i ta skutečnost, že se pacienti, ve snaze ušetřit na regulačních poplatcích, koncem roku 2007 léčiva předzásobili. Současně vedlo zavedení poplatku za položku na receptu k tomu, že u volně dostupných levnějších léků se pacientům vyplatilo raději si léčivo zakoupit v lékárně, než platit regulační poplatek. To vedlo rovněž k úsporám nákladů veřejného zdravotního pojištění.

Jak dále uvádí ÚZIS<sup>143</sup> počet receptů přijatých v zařízeních lékárenské péče v roce 2007 dosáhl cca 90 mil. kusů. V roce 2008 došlo ke snížení na necelých 69 mil. ks, což je cca 76,5 % roku 2007. V dalších letech následoval mírný růst až na 73,9 mil. ks za rok 2011, načež v roce 2012 následoval pokles na 69 668 tis. ks receptů, což je 77,4 % počtu roku 2007. Počet receptů celkem i počet receptů k tíži veřejného zdravotního pojištění v roce 2012 je téměř srovnatelný s počty v roce 2008 po zavedení regulačních poplatků. Jelikož celková spotřeba léků ve finančním vyjádření v letech 2009 až 2012 se spíše stabilně pohybuje mezi 58 až 59 mld. Kč a spotřeba léků vyjádřená definovanými denními dávkami ve stejném období mírně stoupá (obojí viz SÚKL), nejedná se v tomto případě ani tak o pokles spotřeby léků, jako o předepisování větších balení na recepty.

Autorka se domnívá, že na udržení nákladů na léčiva má kromě regulačního poplatku ve výši 30,- Kč velký podíl i regulace většiny léčiv hrazených z veřejného zdravotního pojištění maximální cenou. Tato regulace je dominantním finančním nástrojem, neboť ve finančním vyjádření reguluje přibližně dvě třetiny distribuovaných léků.

Regulační poplatek za léky je ve většině průzkumů veřejného mínění, které se po zavedení regulačních poplatků prováděly, nejvíce negativně hodnocen. Dle výzkumu, který prováděla autorka na přelomu let 2009 a 2010 v Jihočeském kraji<sup>144</sup> považovala

---

<sup>142</sup> ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 63/2009, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005–[online]. [citováno 2014 - 01-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2005-2008>.

<sup>143</sup> ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 40/2013, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2012. [online]. [citováno 2014 - 01-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012>.

<sup>144</sup> PRAŽMOVÁ, V. DUŠEK, K. *Outcome of regulatory fees in healthcare*. Journal of nursing, social studies and public health, roč. 2 č. 1-2(2011), s. 60-72, ISSN 1804-1968

většina dotázaných respondentů poplatků za položku na receptu za nejméně akceptovatelný ze všech zavedených regulačních poplatků. Pro jeho zrušení se vyjádřilo celkem 69 % dotázaných respondentů. Obdobně dle nejnovějšího průzkumu agentury STEM/MARK <sup>145</sup> jsou pro odstranění poplatku za recept téměř dvě třetiny populace ve věku 18-65 let - častěji lidé s nižším vzděláním. Jan Mertl ve svém článku České regulační poplatky <sup>146</sup> uvádí, že regulační poplatek je specifickou součástí ceny léku. Jeho regulační smysl považuje za krajně sporný, neboť předpis léku může pacient těžko ovlivnit, pokud se nejedná o lék, který si sám může koupit za cenu levnější, než je regulační poplatek. Regulační poplatek za léky pouze navyšuje cenu léku a je tak de facto určitou přírůžkou k jeho ceně, která je příjmem lékárny. Jako jediné pozitivum vidí Mertl skutečnost, že poplatek stimuluje pacienta k nákupu doposud hrazených levných léků mimo úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

Jakub Král <sup>147</sup> upozorňuje, že reálným dopadem zrušení regulačního poplatku ve výši 30,- Kč bude nárůst úhrad léčiv tak, aby se objem prostředků, který se do systému dostává pomocí poplatků zachoval ve vyšších cenách. Upozorňuje dále, že zrušení poplatku může mít na pacienty i negativní dopad, a to zejména na chronicky nemocné a seniory. Po zrušení poplatků budou pacienti muset doplatit více na doplácích na léky, aby dosáhli ročního ochranného limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč pro seniory a děti do 18-ti let. Dle analýzy Ministerstva zdravotnictví ČR tvoří regulační poplatky u seniorů až polovinu ročního ochranného limitu.

Jak výše uvedeno celkem u 14-ti sledovaných odborností (z celkového počtu 22) průměrné náklady na jednoho pojištěnce statisticky významně vzrostly. U nákladů na léčiva byl nárůst průměrných nákladů za období let 2008-2013 oproti roku 2007 sice statisticky nevýznamný, ale ani zde nebyl prokázán pokles nákladů.

---

<sup>145</sup> STEM/MARKT, *Poplatky v nemocnici ano, u lékaře a za recept ne*. [online] [citováno 2014 - 05-06] Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/poplatky-v-nemocnici-ano-u-lekare-a-za-recept-ne/>.

<sup>146</sup> MERTL, J. *České regulační poplatky*. Zdravotnictví v České republice, roč.11, č. 4(2008), s. 120-123. ISSN 1213-6050.

<sup>147</sup> KRÁL, J. *Analýza dopadu zrušení regulačních poplatků za položku na receptu*. Zdravotnictví a právo, roč. 14, č. 7-8/2010, s. 11-13, ISSN 1211-6432.

Na základě uvedených skutečností byla hypotéza H2, která zněla: **Regulační poplatky měly vliv na snížení nákladů na zdravotní péči ve zkoumaných odbornostech a segmentech zdravotní péče vyvrácena.**

Provedeným výzkumem byl potvrzeno, že zavedení regulačních poplatků mělo vliv na snížení počtu návštěv u lékaře. Skutečnost, že ve většině zkoumaných odborností nedošlo k poklesu nákladů na zdravotní péči svědčí, dle názoru autorky, o tom, že poplatky neměly tzv. "rdousící efekt" a neodradily pacienty od léčby v případě závažnějších onemocnění či ošetrovacích zákroků.

Téma poplatků ve zdravotnictví je nyní velmi aktuální, neboť současná vláda deklarovala ve svém vládním prohlášení, že jejím cílem je od 1.1.2015 zrušení všech typů poplatků kromě poplatku za využití ústavní pohotovostní služby, který (jak potvrdil i výzkum provedený autorkou) má přetrvávající regulační efekt.

První krok ke zrušení poplatků učinil (jak již výše uvedeno) Ústavní soud ČR, který svým náležením ze dne 20.6.2013, zrušil ke dni 31.12.2013 poplatek za hospitalizaci. Ústavní soud však neuvažoval o úplném zrušení poplatku, ale dal impuls k jeho změně - případnému snížení a limitaci. Nová vláda však v souladu se svým vládním prohlášením změnu zákona neprovedla a poplatek neobnovila. Právě s tímto typem poplatku ale většina obyvatel paradoxně souhlasila. Jak ukazuje nejnovější průzkum agentury STEM/MARK, platit za pobyt v nemocnicích nevdá 60-ti procentům Čechů.<sup>148</sup>

Zrušením regulačního poplatku za pobyt v nemocnici však došlo k podstatnému snížení příjmů lůžkových zdravotnických zařízení, neboť poplatek za ústavní péči představoval pro tyto poskytovatele v souhrnu cca 2 miliardy korun ročně. Tento výpadek se vláda rozhodla kompenzovat navýšením příjmů za státní pojištění, k němuž dojde s účinností od 1. července 2014.<sup>149</sup> Parlament České republiky schválil novelu zákona o zdravotním pojištění, dle níž od července 2014 dojde ke zvýšení měsíční platby za státní pojištění o 58 Kč. Toto navýšení by mělo přinést do systému veřejného zdravotního

---

<sup>148</sup> STEM/MARKT, *Poplatky v nemocnici ano, u lékaře a za recept ne*. [online] [citováno 2014 - 05-06] Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/poplatky-v-nemocnici-ano-u-lekare-a-za-recept-ne/>.

<sup>149</sup> ČTK. *Vláda se dohodla na penězích pro zdravotnictví*, *Zdravotnictví Medicína* č.8/ 2014, s. 1-3. ISSN 2336-2989.

pojištění v roce 2014 přibližně 2,1 miliardy korun a každý další rok cca 4,2 miliardy korun. Novela ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost kompenzovat poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb výpadek příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků. Kompenzace bude probíhat formou měsíčních zálohových plateb, kdy pojišťovna uhradí smluvnímu poskytovateli v měsíci červenci 2014 částku ve výši 7/12 a v každém dalším měsíci roku 2014 ve výši 1/12 z úhrnu poplatků vykázaných v roce 2013 příslušné zdravotní pojišťovně.<sup>150</sup>

Jak lze předpokládat, budou kompenzaci požadovat i segmenty ambulantní péče. Česká lékařská komora již dříve deklarovala, že je pro ni nepřijatelné úplné zrušení poplatků, že by však souhlasila s jejich úpravou, limitací apod.<sup>151</sup> Proti zrušení poplatků vystupují i praktičtí lékaři.<sup>152</sup> Je tedy pravděpodobné, že pokud skutečně od 1.1.2015 dojde ke zrušení poplatků vyžádá si tento krok další zdroje z již velmi napjatého státního rozpočtu, neboť shora uvedené navýšení platby za státní pojištěnce celkový výpadek příjmů z regulačních poplatků, který se ročně pohyboval v rozmezí 5,2 - 5,7 miliardy korun nepokryje.

Cesty, jak získat pro zdravotnictví více prostředků, mohou být různé. Jednou z nich je v současné době poměrně často zmiňované snížení provozních nákladů zdravotních pojišťoven. Celkové provozní náklady všech zdravotních pojišťoven se ročně pohybují kolem 7,5 mld. korun. Uvažované snížení o 10% by přineslo úsporu ve výši cca 750 mil. Kč, což není zanedbatelná částka, ale v celkových objemech finančních prostředků, které do zdravotnictví vstupují, není na druhé straně až tak významná. Provozní náklady českých zdravotních pojišťoven činí v současné době kolem 3,3% celkových příjmů zdravotních pojišťoven a jako takové patří k nejnižším v Evropě. Např. v Německu se provozní náklady zdravotních pojišťoven pohybují kolem 6,8% příjmů. Ve Francii činí 5,5% atd. Provoz zdravotních pojišťoven v České republice je v současné době v přepočtu

---

<sup>150</sup>CITORES KŮT, F. *Poslanci schválili peníze na kompenzaci poplatku za hospitalizaci*, Zdravotnictví Medicína č.10/ 2014, s. 1-3. ISSN 2336-2989

<sup>151</sup>KUBEK, Milan. *Upravit systém "regulačních" poplatků - nikoli zrušit*. Tempus medicorum, 2009, roč. 18, č. 1, s. 38-39. ISSN: 1214-7524.

<sup>152</sup>CITORES KŮT, F. *Praktici žádají zachování regulačních poplatků*. Zdravotnictví Medicína č. 8/2014, s.3, ISSN 2336-29-87.



na klienta dvakrát levnější než např. provoz bank. Přitom nároky na činnost zdravotních pojišťoven se stále stupňují a to bez jakékoli finanční kompenzace. Jedná se např. o veškerou administrativu spojenou s regulačními poplatky, administrativu spojenou s předpisy EU, financování Národního referenčního centra, atd. V nejbližší době je nutné počítat s náklady na zveřejňování statisíců smluv s poskytovateli zdravotních služeb. Provozní náklady zdravotních pojišťoven nelze tedy snižovat neomezeně, protože pak by mohly utrpět činnosti, které jsou pro zdravotní pojišťovny prioritní – výběr pojistného, vymáhání pohledávek či revizní činnost ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče. To by v konečném důsledku mohlo znamenat další destabilizaci zdravotnického systému.<sup>153</sup>

Další z možností, která v současné době bývá často diskutována je snižování počtu zdravotních pojišťoven či dokonce ponechání pouze zdravotní pojišťovny jediné. Autorka se v tomto směru ztotožňuje se závěry Zuzany Darmopilové<sup>154</sup> a domnívá se, že motivace vyjednávat, zajímat se o pojištěnce, chovat se efektivně je vyšší v pluralitních systémech s více plátcí, než v systému unitárním.

Dle názoru autorky by se měla zvýšit role pojištěnců při kontrole zdravotní péče. Každý občan by měl více vidět do nákladů na financování své zdravotní péče. V současné době je pojištěncům v České republice téměř veškerá péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění – tudíž je pro ně bezplatná. Pacienti často vůbec nemají tušení, kolik stojí péče, která jim byla poskytnuta a jaké výkony si ošetřující lékař vykázal. Dle platné právní úpravy má sice každý pojištěnec jedenkrát ročně právo na bezplatný výpis z účtu poskytnuté péče, požádá o něj však menšina a nepatrný zlomek z těch, kteří požádají, najde odvahu písemně zdravotní pojišťovnu upozornit na nesrovnalosti ve svém účtu. Objevují se názory na to, že zdravotním pojišťovnám by měla být uložena povinnost jedenkrát ročně automaticky zasílat výpis z účtu na své náklady.<sup>155</sup> Výpis z účtu však obsahuje citlivé osobní údaje a proto musí být zasílán doporučeně do vlastních rukou každého pojištěnce. Pokud by skutečně měl být zasílán každému zletilému pacientovi,

---

<sup>153</sup> GAJDÁČEK, J. *Provozní náklady českých zdravotních pojišťoven jsou nejnižší v Evropě*, Zdravotnictví medicína č. 8/2014, s.12, ISSN 2336-29-87.

<sup>154</sup> DARMOPILOVÁ, Z. *Role plátce ve zdravotním systému*. Zdravotnictví v České republice, roč.15, č. 3-4(2012), s. 12-16. ISSN 1213-6050.

<sup>155</sup> BUCHAR, J. *Některá doporučení k hospodaření se zdroji ze zdravotního pojištění a k racionalizaci činnosti zdravotních pojišťoven*. Zdravotnictví a právo, roč. 12, č.2/2008, s. 26-32. ISSN 1211-6432.

jednalo by se o významnou nákladovou položku jdoucí k tíži provozních nákladů zdravotních pojišťoven. Tento problém by mohla vyřešit možnost nahlížení do účtu poskytnuté péče elektronicky, prostřednictvím přidělených přístupových práv. Tuto možnost již některé zdravotní pojišťovny svým pojištěncům nabízejí - viz např. projekt ZP MV ČR Karta života, který je přístupný na webových stránkách ZP MV ČR, jak pojištěncům, tak praktickým lékařům a zdravotnickým záchranným službám (pokud k tomu dal pojištěnec souhlas). Karta života kromě dalších funkcí umožňuje prostřednictvím přiděleného hesla kdykoli nahlédnout do výpisu poskytnuté péče za poslední tři roky, aniž by pojištěnec musel žádat o výpis či jinak pojišťovnu kontaktovat.<sup>156</sup>

Autorka se domnívá, že systému by dále pomohlo, pokud by se pacienti začali více zajímat o to, kolik zdravotní péče, která jim byla poskytnuta, stojí. Při každé návštěvě lékaře by v dokumentaci podpisem potvrdili jaká péče jim byla poskytnuta, případně by podepsali jakýsi účet, který by se zakládal do dokumentace. To by dle názoru autorky eliminovalo případné spory o tom, zda péče byla či nebyla poskytnuta, v jakém rozsahu apod. Pacienty by tento postup alespoň částečně motivoval k úsporám, neboť by si byli vědomi ceny péče. Poskytovatelé by na druhé straně nemohli vykázat péči, která nebyla poskytnuta.

---

<sup>156</sup> viz. <http://www.zpmvcr.cz/karta-zivota/>

## 7 ZÁVĚR

Autorka se ve své disertační práci pokusila na datech jedné z poboček zaměstnanecké zdravotní pojišťovny analyzovat vliv regulačních poplatků ve zdravotnictví na počet návštěv pacientů u lékaře a na náklady zdravotní péče.

Jak vyplynulo z provedeného výzkumu, regulační poplatky znamenaly v řadě ambulantních odborností snížení počtu návštěv. Jejich regulační efekt přetrvával i v pozdějším období od jejich zavedení – v období let 2011- 2013. Dle názoru autorky tak v mnohých odbornostech poplatky zamezily zbytečnému čerpání zdravotní péče a umožnili lékařům více se věnovat pacientům se závažnějšími diagnózami.

Provedený výzkum nepotvrdil, že by poplatky měly vliv na snížení nákladů na zdravotní péči. Naopak, z 22 sledovaných ambulantních odborností u 14-ti průměrné náklady na jednoho pojištěnce statisticky významně vzrostly. Skutečnost, že poplatky nevedly ke snížení nákladů na zdravotní péči, svědčí o tom, že poplatky neznamenal pro pacienty zásadní překážku, která by jim v případě vážnějších diagnóz bránila v čerpání zdravotní péče. Jak autorka uvádí v kapitole Diskuze, zvýšení nákladů či jejich stagnace souvisí i s dalšími okolnostmi, jako je podpora prevence, mantinely nastavené úhradovými vyhláškami, změny v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami apod.

Poplatky přinesly do zdravotnictví další soukromé zdroje, které se ročně pohybovaly kolem 5,5 mld. Kč. Současně znamenaly i úsporu finančních prostředků v souvislosti s menším počtem vykázaných vyšetření, která tedy zdravotní pojišťovny nemusely hradit.

Jak již bylo výše uvedeno, reformovat zdravotnictví se snaží všechny vyspělé země. Regulační poplatky, které v České republice zřejmě končí, měly i dle provedeného výzkumu, regulační efekt a přinesly do zdravotnictví další soukromé zdroje. Dle názoru autorky bude v souvislosti se stárnutím populace, s rostoucími diagnostickými i léčebnými možnostmi v budoucnu nadále nutné zabývat se udržení poptávky po zdravotnických službách na přijatelné hranici a možnostmi zvýšení příjmů plynoucích do zdravotnictví.

Práce podává ucelený přehled o dané problematice a může být využita jako podkladový materiál pro další úvahy o regulačních opatřeních ve zdravotnictví.

## 8 Seznam použité literatury:

ALEXA, J. *Reforma zdravotnictví – systémové změny*. Pojistné rozpravy. č. 28/2011, s. 11-15. ISSN 0862-6162.

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví, Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, 223s. ISBN 978 – 80-7357-503-8.

BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Soukromé zdravotní pojištění v OECD*. Zdravotnictví v ČR. 2008, roč. 11 č. 4 s. 77-81. ISSN 1213-6050.

BENCKO, V. ZELENÝ, T. *Princip neziskovosti ve zdravotnictví - šance pro jeho trvale udržitelné financování?* Zdravotnické fórum č.1/2012. s. 19- 23. ISSN 1214-9664.

BISKUP, R. *Vyhodnocování výsledků testování hypotéz na základě „p-value“* [online]. [citováno 2014 - 05-11] Dostupné z: [http://home.ef.jcu.cz/~birom/stat/cviceni/09/p\\_value.pdf](http://home.ef.jcu.cz/~birom/stat/cviceni/09/p_value.pdf).

BUCHAR, J. *Některá doporučení k hospodaření se zdroji ze zdravotního pojištění a k racionalizaci činnosti zdravotních pojišťoven*. Zdravotnictví a právo. roč. 12, č.2/2008, s. 26-32. ISSN 1211-6432.

CARRERA, P. *Health Care Financing Reforms in Germany: The Case for Rethinking the Evolutionary Approach to Reforms*. Journal of Health Politics, Policy and Law, říjen 2008. ISSN 0361- 6878.

CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Reforma Nizozemského systému zdravotního pojištění – 1.1.2006*. [online]. [citováno 2013-07-20]. Dostupné z: [http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma\\_nl.doc.html](http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma_nl.doc.html).

CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Průvodce 2012. Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. 11. upravené vydání. Praha: BMSS-Start,s.r.o., 2012. 64s.

CITORES KŮT, F. *Poslanci schválili peníze na kompenzaci poplatku za hospitalizaci*. Zdravotnictví Medicína č.10/ 2014, s. 1-3. ISSN 2336-2989.

CITORES KŮT, F. *Praktici žádají zachování regulačních poplatků*. Zdravotnictví Medicína č. 8/2014, s.3. ISSN 2336-29-87.

ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. *Velká Británie*. [online]. [citováno 2013 - 07-19]. Dostupné z: <http://www.czfd.cz/clanek/znz-britanie/>.

ČTK. *Vláda se dohodla na peněžích pro zdravotnictví*. Zdravotnictví Medicína č.8/2014, s. 1-3. ISSN 2336-2989.

DALEY,C.,GUBB, J. Health reform in the Netherlands. Civitas.2011. [online]. [citováno 2013 - 07-20]. Dostupné z: [http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma\\_nl.doc.html](http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma_nl.doc.html).

DARMOPILOVÁ,Z. *Role plátce ve zdravotním systému*. Zdravotnictví v České republice, roč.15, č. 3-4(2012), s. 12-16. ISSN 1213-6050.

Ekonomica. *Zdravotnícke poplatky sa vrátia v novej podobe*. [online]. [citováno 2013 - 07-13]. Dostupné z: : <http://ekonomika.sme.sk/c/5888394/zdravotnicke-poplatky-sa-vratia-v-novej-podobe.html#ixzz2YvyCuFKj>.

GAJDÁČEK, J. *Provozní náklady českých zdravotních pojišťoven jsou nejnižší v Evropě*. Zdravotnictví medicína č. 8/2014, s. 12, ISSN 2336-29-87.

GOLA,P. *Hospitalizační poplatky v Evropě*. Zdravotnické noviny č. 19/2010, 10.5.2010, s.9. ISSN 0044-1996.

GOŠ, J. JANKŮ, M. *Problematický systém zdravotní péče v Japonsku*. [online]. [citováno 2014 - 06-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/problematicky-system-zdravotni-pece-v-japonsku-168633?category=ze-zahranici>.

GREß, S. *Health Insurance Reform in the Netherlands*. CESifo DICE Report 1/2007, [online].[citováno 2013 - 07-07]. Dostupné z: <http://www.stefan-gress.eu/mediapool/40/403223/data/dicereport107-rm1.pdf>.

HAVLOVÁ, K. *Slovenské pojišťovny budou moci opět vytvářet zisk*. Zdravotnické noviny č. 9/2011, s. 11. ISSN 0044-1996.

HÁVA, P. MAŠKOVÁ, M. *Zdravotní politika visegrádských zemí (2)*. Zdravotnictví v České republice. roč.12, č. 2(2009), s. 70-78. ISSN 1213-6050.

HEGER, L. *Záznam z jednání Poslanecké sněmovny ČR dne 14.6.2014*. [online]. [citováno 2014 - 06-16]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2013ps/stenprot/006schuz/s006239.htm>.

HESSE, S. *Integration of care after 2004 reform act* Health Policy Monitor. 2005 , [online]. [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_-\\_Germany/06/Integration\\_of\\_care\\_after\\_2004\\_reform\\_act.html](http://hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_-_Germany/06/Integration_of_care_after_2004_reform_act.html).

HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 2009. [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: [http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod\\_do\\_zs.pdf](http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf).

HOFMACHER, M. M.,RACK, H.M. *Health care systems in transition: Austria*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory

on health Systems and Polices. 2006, [online]. [citováno 2013 - 08-19]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/96438/E72787.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/96438/E72787.pdf).

HOLČÍK, J. *Perspektivy péče o zdraví a zdravotnictví*. Časopis lékařů českých, Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2011, roč. 150, č. 9, s. 475-479. ISSN 0008-7335.

JANDOVÁ, L. *Reforma zdravotnictví v Německu*. Národní pojištění, č. 8-9/2007 [online]. [citováno 2013 - 07-19]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/casopis-narodni-pojisteni-c-8-9-2007.htm>.

KRÁL, J. *Analýza dopadu zrušení regulačních poplatků za položku na receptu*. Zdravotnictví a právo. roč. 14, č. 7- 8/2010, s. 11-1. ISSN 1211-6432.

KRŮTILOVÁ, V. *Dopady regulačních poplatků na domácnosti*. Zdravotnictví v České republice. roč. 13, č. 1 (2010), s. 168-172. ISSN 1213-6050.

KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy vybraných vyspělých zemí v mezinárodním srovnání*. 3.LF UK Praha, 1998. ISBN 802-38-093-77.

KUBEK, M. *Upravit systém "regulačních" poplatků - nikoli zrušit*. Tempus medicorum, 2009, roč. 18, č. 1, s. 38-39. ISSN: 1214-7524.

KUBÍNOVÁ, M. *Systém financování i zdravotní péče v ČR a ve Francii*. Masarykova univerzita, 2007. Diplomová práce .

KUVÍKOVÁ, H. ŠTRANGFELDOVÁ, J. *Ciele a princípy reformy zdravotníctva v Slovenskej republike*. Zdravotnictví v České republice , 2005, roč.VIII, č.4, ISSN: 1213-6050.

LISAC, M. *Health care reform in Germany: Not the big bang*. Health Policy Monitor. 2006 , [online]. [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_Germany/08/Health\\_care\\_reform\\_in\\_Germany\\_Not\\_the\\_big\\_bang.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_Germany/08/Health_care_reform_in_Germany_Not_the_big_bang.html).

LUNDY, J. FINDER, B. *Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland*. [online ]. Kaiser Family Foundation, Washington, 2009 [citováno 2013-05-07]. Dostupné z www: <http://www.kff.org/insurance/7852.cfm>.

MAAYTOVÁ, A. *Výdaje na zdravotnictví, Hodnocení nákladové efektivity*. Zdravotnické fórum. roč. 2011, č. 2/2011 s. 16-21., ISSN 1804-9664.

MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 79s. ISBN-978-80-254-3776-6.

MEDICAL TRIBUNE CZ. *Reforma zdravotnictví, v čem se lze poučit od Nizozemska*. [online]. [citováno 2012 - 07-15]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/25659-reforma-zdravotnictvi-v-cem-se-lze-poucit-od-nizozemska>.

MERTL, J. *České regulační poplatky*. Zdravotnictví v České republice, roč. 11, č. 4(2008), s. 120-123. ISSN 1213-6050.

MICHALENKOVÁ, A. Komparace procesu reformy zdravotnictví v ČR a v SR. 2006. diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA BRNO. Ekonomicko-správní fakulta.

MIKLOŠ, I. *Kniha reforem. Ako si Slovensko získalo mezinárodné uznanie v ekonomickej oblasti*. Bratislava : Ministerstvo financií SR , 2005, [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: [http://www.upms.sk/media/KNIHA\\_REFORIEM.pdf](http://www.upms.sk/media/KNIHA_REFORIEM.pdf).

Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely*. [online] [cit. 2012-07-10] Dostupné z : [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn\\_1821\\_1197\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *NÁVOD NA POUŽITÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ, V ROCE 2008 – publikace pro širokou veřejnost*. MZ ČR 2007, s. 20.

Nález Ústavního soudu ČR sp. Zn. PL ÚS 36/11 ze dne 20. června 2013. In: Sbíрка zákonů, Ministerstvo vnitra, 2013, částka 92, s. 2220–22246. ISSN 1211-1244.

Nález ústavního soudu ČR č. 206/1996 Sb. ze dne 10. července 1996 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákona České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, Zdravotního řádu vydaného nařízením vlády České republiky č. 216/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky, ve znění pozdějších předpisů, In: *Sbíрка zákonů*. 1.8.1996. ISSN 1211-1244.

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries*. Paris: OECD, 2004. s 14-17. ISBN 97-89-26400668-3.

OECD: 2008 Economic Review – The Czech Republic. [online]. [cit. 2014-04-004] Dostupné z: <http://www.oecd.org/eco/surveys/40502371.pdf>.

- OECD: 2013 *Doctors' consultations*, Number per capita. [online]. [citováno 2014 - 05-20]. Dostupné z: <http://www.oecdlibrary.org/docserver/download/190800401e1t007.pdf?expires=1403120213&id=id&accname=freeContent&checksum=1D115CA157708B206384811F19BCF9E>.
- OLIVER, A. Health care reform in England: progress and plans. *Health Policy Monitor*. 2006, [online] [cit. 2012-03-31] Dostupné z: [http://www.hpm.org/de/Surveys/LSE\\_-\\_GB/07/Health\\_care\\_reform\\_in\\_England\\_progress\\_and\\_plans.html](http://www.hpm.org/de/Surveys/LSE_-_GB/07/Health_care_reform_in_England_progress_and_plans.html).
- OLSON, O. *Systém zdravotního pojištění v Německu a Rakousku*. *Zdravotnictví a právo*. roč. 12,č.5/2008, s. 37-38. ISSN 1211-6432.
- OLSON, O. *Financování zdravotnictví v Rakousku, Německu, Švýcarsku a Velké Británii*. *Zdravotnictví a právo*, roč. 12,č. 7-8/2008, s. 46-48. ISSN 1211-6432.
- PALATA, L. *Slovensko: Konec soukromých zdravotních pojišťoven*. *Kaleidoskop*, 5.9.2012, [online]. [citováno 2013 - 07-09]. Dostupné z: <http://www.finmag.cz/cs/finmag/kaleidoskop/slovensko-konec-soukromych-zdravotnich-pojistoven-fico-jde-na-nakupy/>.
- PAŽITNÝ, P. ZAJAC, R. *Ozdravené zdravotnictví v službách občanů, Příběh reformy od koncepce po implementaci*. Združení pro reformu zdravotnictví. Bratislava, 2004, [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/BielaKniha.pdf/>.
- PAŽITNÝ, P. ZAJAC, R. *Stratégia reformy zdravotníctva-reálnej reformy pre občana*. Združení pro reformu zdravotnictví. Bratislava, 2004, [online]. [citováno 2013 - 07-04]. Dostupné z: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/zdravotnictvo.pdf>.
- PFEIFEROVÁ, A. *Analýza vybraných modelů financování zdravotnictví*, Praha, 2011 (bakalářská práce, Vysoká škola ekonomická, Národohospodářská fakulta).
- PIKHART, Z. *Dopady regulace cen léků a poskytování soukromé zdravotní péče na kvalitu zdravotnictví*. [online]. [citováno 2013 - 07-11]. Dostupné z: <http://brightside.blog.cz/1008/dopady-regulace-cen-leku-a-poskytovani-soukrome-zdravotni-pece-na-kvalitu-zdravotnictvi>.
- PITNER, L. *Daň z přidané hodnoty a regulační poplatky ve zdravotnictví*. *Zdravotnictví a právo*. roč. 12,č.10/2008, s. 19-20. ISSN 1211-6432.
- POLICAR, R. *NSS odmítá úhrady regulačních poplatků kraji*. *Zdravotnické právo a bioetika*, [online]. [citováno 2014 - 05-11]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/nss-odmita-uh rady-regulacnich-poplatku-kraji/>.



POSPÍŠIL, P. ELIÁŠOVÁ, P. *Náhradní mechanismy výběru regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních a sankční oprávnění zdravotních pojišťoven.* Zdravotnictví a právo. roč. 13,č.9/2009, s. 5-11. ISSN 1211-6432.

POSPÍŠIL, P. ELIÁŠOVÁ, P. *Několik poznámek k možnosti úhrady regulačních poplatků z rozpočtu krajů.* Zdravotnictví a právo, roč. 12,č12/2008, s. 11-14. ISSN 1211-6432.

Pravda. Sme. ČTK. *Slovensko: Vytvoření jediné zdravotní pojišťovny bude mít zpoždění.* Zdravotnické noviny č. 17/2013, s. 12. ISSN 1805-2355.

PRAŽMOVÁ, V. DUŠEK, K. *Outcome of regulatory fees in healthcare.* Journal of nursing, social studies and public health, roč. 2 č. 1-2(2011), s. 60-72. ISSN 1804-1968.

Regulační poplatky v ordinacích, [online]. [cit. 2012-03-31] Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Poplatky/poplatky.html>.

ROUBAL, T. JELÍNKOVÁ, K. BOHUMSKÝ, P. *Srovnání zdravotnických systémů.* 1. část. Pojistné rozpravy č. 20 s. 39-53. Praha 2007. ISSN 0862-6162.

Rozhodnutí nejvyššího soudu ČR čj. 3 Ads 106/2010 ze dne 10.11.2010. [online]. [cit. 2013-08-04] Dostupné z : [http://www.nssoud.cz/main2col.aspx?cls=EvidencniListVety&evl\\_id=7523&menu=188](http://www.nssoud.cz/main2col.aspx?cls=EvidencniListVety&evl_id=7523&menu=188).

Rozhodnutí nejvyššího soudu ČR čj. 3 Ads 152/2010 ze dne 5.1.2011. [online]. [cit. 2013-08-04] Dostupné z : [http://www.nssoud.cz/files/SOUDNI\\_VYKON/2010/0152\\_3Ads\\_100\\_20110113090857\\_prevedeno.pdf](http://www.nssoud.cz/files/SOUDNI_VYKON/2010/0152_3Ads_100_20110113090857_prevedeno.pdf).

SIMON, M. *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionweise.* Bern 2010, 3. aktualizované vydání. 420 s. ISBN: 978345647573 3456847572.

STEM/MARK. *Regulační poplatky trochu jinak.* Zdravotnictví v České republice, roč.14, č. 4/2010, s. 137. ISSN 1213-6050.

STEM/MARKT. *Poplatky v nemocnici ano, u lékaře a za recept ne.* [online] [citováno 2014 - 05-06] Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/poplatky-v-nemocnici-ano-u-lekare-a-za-recept-ne/>.

SZALAY, T. KOVÁČ, P. *Nová zdravotní legislativa.* VIA PRACTICA 4/2004, Solen s.r.o. Bratislava, ISSN 1336-4790.

ŠIMON, J. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční.* Praha: Grada Publishing, 2001, 264s. ISBN 80-247-0085-9.

THEVENET,A. Les institutions sanitaires et sociales de la France. 5. vydání. Paříž : Presses Universitaires de France, 1999. s. 14 .ISBN 2 13 046004 6.

ÚZIS. *Aktuální informace 41/2009. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2008.* [online] [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.

ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 63/2009, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005-2008.* [online]. [citováno 2014 - 01-06] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2005-2008>.

ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 60/2010, Zdravotní pojišťovny – náklady na segmenty zdravotní péče.* [online]. [citováno 2014 - 01-06] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pecce-4>.

ÚZIS ČR. *Aktuální informace 28/2012, Celkové výdaje na zdravotnictví 2007 – 2011.* [online]. [citováno 2013 - 07-18] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.

ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 47/2012, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2011.* [online]. [citováno 2014 - 01-11] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2011>.

ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 40/2013, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2012.* [online]. [citováno 2014 - 01-11] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012>.

ÚZIS ČR. *Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických datech.* [online]. [citováno 2013 - 08-18] Dostupné z : <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2012-ve-statistickych-udajich>.

VAJSKEBR,P. *Lékárníci budou chtít náhradu škody od krajů, které platí za lidi.* Zdravotnické noviny. Roč. 58, 2012, č. 23, s.1-2. ISSN 0044-1996.

VEPŘEK, J.,VEPŘEK, P.,JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra.* 1. vyd.Praha: Grada Publishing, spol s r.o., 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.

Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních

pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limit. In: *Sbírka zákonů*. 10.12.2003. ISSN 1211-1244.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů*. 10.12.1998. ISSN 1211-1244

Vyhláška č. 467/2012 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 27.12.2012. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 65/2009, kterou se mění vyhláška č. 537/2006Sb., o očkování proti přenosným nemocem, In: *Sbírka zákonů ČR*. 12.3.2013. ISSN 1211-1244.

Výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online] [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocnizpravy>.

Výroční zprávy Vojenské zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/informace-dle-zakona/vyrocnizpravy/>.

Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/vyrocnizpravy/>.

Výroční zprávy Oborové zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocnizpravy>.

Výroční zprávy České průmyslové zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomicke-informace.html>.

Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny Škoda za období let 2008-2012. [online] [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravy>.

Výroční zprávy Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny za období let 2008-2012. [online]. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>.

VYROUBALOVÁ, S. *Regulační poplatky u lékaře a právní následky jejich nezaplacení*. *Gynekolog*, roč. 17, č. 1/2008, s. 25-26. ISSN 1210-1133.

WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, 931s. ISBN 978-80-7357-750-6.

WHO. *World Development Indicators: Health systéme*. [online]. [citováno 2013 - 09-03] Dostupné z: <http://www.wdi.worldbank.org/table/2.15> .

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Regional Office for Europe: European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition: Germany*. 2004. [online]. [citováno 2013 - 06-30] Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/80703/E85472.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf).

Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. In: *Sbírka zákonů*. 28. 3. 1997. ISSN 1211-1244.

Zákon. č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. In: *Sbírka zákonů*. 31.3.2006. ISSN 1211-1244.

Zákon. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 31.12.2006. ISSN 1211-1244.

Zákon č 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví. In: *Sbírka zákonů*. 14.7.2000. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) ve znění pozdějších předpisů . In: *Sbírka zákonů*. 18.6.2002. ISSN 1211-1244.

ZÁLESKÁ, D. Hrazené zdravotní služby. *Zdravotnické fórum*. Červenec 2013, Woltes Kluwer, s. 2-6, ISSN 1804-9664.

ZÁMEČNÍK, M. *Zdravotní péče v evropských zemích*. Vox pediatrie. Roč.8 ,č.6/2008, s.7-8.ISSN 1213-2241.

ZEMEK, R. *Privátní pojištění v Německu*. Zdravotnické noviny. 2012, č. 14, s.14-16. ISSN 1805-2355.

ZIMMERMANN, M.*Health financing reform idea: health fund*. Heald Policy Monitor. 2006 [online]. [citováno 2013 - 09-05]. Dostupné z: [http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann\\_Stiftung\\_Germany/07/Health\\_financing\\_reform\\_idea\\_health\\_fund.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/Bertelsmann_Stiftung_Germany/07/Health_financing_reform_idea_health_fund.html).

## 9 KLÍČOVÁ SLOVA

- Reforma zdravotnictví
- Zdravotní péče
- Spoluúčast
- Regulační poplatky
- Náklady na zdravotní péči

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

LSPP – lékařská služba první pomoci

ORL – otorinolaryngologie – ušní nosní krční

ARO – pracoviště anesteziologie a intenzivní medicíny

### **Seznam číselných označení lékařských odborností:**

001	Praktický lékař pro dospělé
002	Praktický lékař pro děti a dorost
003	Pracoviště LSPP
014	Pracoviště klinického stomatologa
101	Pracoviště interního lékařství
103	Pracoviště diabetologie
105	Pracoviště gastroenterologie a hepatologie
107	Pracoviště kardiologie
205	Pracoviště pneumologie a ftizeologie
207	Pracoviště alergologie a klinické imunologie
209	Pracoviště neurologie
301	Pracoviště pediatrie
305	Pracoviště psychiatrie
306	Pracoviště dětské psychiatrie
404	Pracoviště dermatovenerologie
501	Pracoviště chirurgie
603	Pracoviště gynekologie a porodnictví
606	Pracoviště ortopedie

701	Pracoviště otorinolaryngologie (ORL)
705	Pracoviště oftalmologie
706	Pracoviště urologie
708	Pracoviště anesteziologie a intenzivní medicíny (ARO)
901	Pracoviště klinické psychologie
903	Pracoviště klinické logopedie