

Důsledky zavedení a zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Ing. Klára Plecítá

Bc. Martin Kölbl

Brno 2016

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí diplomové práce Ing. Kláře Plecité za její ochotný přístup, připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci: Důsledky zavedení a zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR vypracoval samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací*.

Jsem si vědom, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 30. prosince 2015

Abstract

Kölbl, M. *Consequences of implementation and cancellation of regulatory fees on health care in the Czech Republic*. Brno, 2015. Diploma Thesis. Mendel University in Brno.

This thesis is focused on issues with increased financial participation of patients in Czech health care, which was established by implementation of regulatory fees in 2008. Their reason was decrease overuse of health care and influx of financial sources to the health care. In the empirical analysis impacts of regulatory fees were examined by testing the average values of selected indicators before and after their implementation. Impacts of cancelled regulatory fees are illustrated on the compared average values of selected indicators when they were used and after they were cancelled. Another goal of the thesis is based on the relevant literary sources study and executed analysis propose changes of financial participation in health care of Czech Republic.

Keywords

Implementation of regulatory fees in health care of the Czech Republic, cancellation of regulatory fees in health care of the Czech republic, participation in health care, number of examinations, number of issued prescription.

Abstrakt

Kölbl, M. *Důsledky zavedení a zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR*. Brno, 2015. Diplomová práce. Mendelova univerzita v Brně.

Diplomová práce se zabývá problematikou zvýšení finanční spoluúčasti pacientů ve zdravotnictví České republiky, ke kterému došlo zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Důvodem jejich zavedení bylo snížení nadužívání zdravotní péče a přílivu dalších finančních prostředků do systému zdravotnictví. V rámci empirické analýzy došlo k zjišťování dopadů zavedení regulačních poplatků pomocí testování středních hodnot vybraných ukazatelů v době před jejich zavedením a v průběhu jejich fungování. Dopady zrušení regulačních poplatků jsou pak ilustrovány na porovnání středních hodnot vybraných ukazatelů v době jejich fungování a po jejich zrušení. Dalším cílem práce je pak na základě prostudování relevantních literárních zdrojů a provedených analýz navrhnout změny spolufinancování zdravotní péče v České republice.

Klíčová slova

Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví České republiky, zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví České republiky, spolufinancování zdravotní péče, počet ošetření, počet vydaných receptů.

Obsah

1	Úvod a cíl práce	15
2	Literární rešerše	18
2.1	Financování zdravotní péče	18
2.1.1	System veřejného zdravotního pojištění v ČR	22
2.2	Financování zdravotnictví ČR.....	23
2.3	Demografický vývoj ČR.....	27
2.4	Spoluúčast pacientů při financování zdravotnictví.....	29
2.4.1	Dopady zavedení spoluúčasti ve zdravotnictví.....	32
2.5	Zavedení regulačních poplatků v ČR v roce 2008.....	33
2.5.1	Změny regulačních poplatků k 1. 4. 2009.....	36
2.5.2	Změny regulačních poplatků k 1. 12. 2011 a 1. 1. 2012	37
2.5.3	Změny regulačních poplatků k 1. 1. 2014.....	38
2.5.4	Změny regulačních poplatků k 1. 1. 2015.....	38
2.5.5	Práce zabývající se regulačními poplatky v ČR.....	39
2.5.6	Dopady zrušení regulačních poplatků v ČR.....	41
2.6	Regulační poplatky ve zdravotnictví Slovenska	42
3	Metodika	43
4	Vlastní část práce a diskuze	50
4.1	Vývoj základních ukazatelů potřebných pro analýzu	50
4.2	Analýza dopadů zavedení poplatků ve zdravotnictví ČR.....	53
4.2.1	Analýza dopadů zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře v jednotlivých ambulancích ČR.....	66
4.3	Dopady zrušení regulačních poplatků v ČR	88
4.3.1	Dopady zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví Slovenska	92
4.4	Návrhy a doporučení.....	94
5	Závěr	100
6	Literatura	104

A Obrázky a tabulky**129**

Seznam obrázků

Obr. 1	Schéma systému financování zdravotnictví z daňových výnosů	20
Obr. 2	Schéma systému financování zdravotnictví pomocí veřejného zdravotního pojištění	21
Obr. 3	Schéma systému financování zdravotnictví pomocí soukromého zdravotního pojištění	22
Obr. 4	Zdroje financování zdravotnictví ČR v letech 2000-2013	23
Obr. 5	Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2012 (v Kč)	27
Obr. 6	Vývoj zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR	39
Obr. 7	Schematické znázornění jednotlivých hypotéz týkajících se dopadů zavedení regulačních poplatků	44
Obr. 8	Schematické znázornění jednotlivých hypotéz týkajících se dopadů zrušení regulačních poplatků	45
Obr. 9	Počet vydaných receptů v ČR v letech 2001-2013	51
Obr. 10	Celkový počet ošetření LPS v ČR v letech 2001-2013 - přepočteno na 100 obyvatel	52
Obr. 11	Celkový počet ošetření v ambulantní péči ČR v letech 2001-2013 - přepočteno na 100 obyvatel	53
Obr. 12	Vývoj spotřeby distribuovaných léčivých přípravků udávaný v DDD/1000/den	56
Obr. 13	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na celkový počet ošetření v ambulantní péči v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel	60
Obr. 14	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na celkový počet ošetření LPS v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel	62
Obr. 15	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření v ordinaci praktického lékaře v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel	69

Obr. 16	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	72
Obr. 17	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na ambulanci pneumologie a ftizeologie v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	73
Obr. 18	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na kožní ambulanci v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	75
Obr. 19	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na ORL (vč. foniatrie) v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	76
Obr. 20	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na chirurgii (vč. hrudní a cévní chirurgie) v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	77
Obr. 21	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na gynekologii v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	79
Obr. 22	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na stomatologii v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	81
Obr. 23	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na oční ambulanci v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	82
Obr. 24	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na ortopedii v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	85
Obr. 25	Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na geriatrii v ČR a na Slovensku - přepočít na 100 obyvatel	86
Obr. 26	Vývoj počtu primárních výjezdů ZZS a počtu ošetření ZZS bez ohrožení života v ČR v letech 2005-2013	144
Obr. 27	Vývoj počtu pracovních neschopností v letech 2001-2012	146
Obr. 28	Vývoj počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v letech 2001-2013 - přepočít na 100 obyvatel	148

Obr. 29	Srovnání vývoje počtu ošetření na ambulanci pneumologie a ftizeologie v ČR a na Slovensku v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	150
Obr. 30	Srovnání vývoje počtu ošetření na kožní ambulanci v ČR a na Slovensku v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	152
Obr. 31	Srovnání vývoje počtu ošetření na ORL (vč. foniatric) v ČR a na Slovensku v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	154
Obr. 32	Vývoj počtu ošetření na chirurgii (vč. cévní a hrudní chirurgie) v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	156
Obr. 33	Vývoj počtu zubních lékařů a ošetření na LPS stomatologie v Plzeňském kraji v letech 2005-2013	160
Obr. 34	Vývoj počtu ošetření na stomatologii v ČR v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	160
Obr. 35	Vývoj počtu ošetření na oční ambulanci v ČR v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	162
Obr. 36	Vývoj počtu ošetření na ambulanci ortopedie ve Zlínském kraji v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	164
Obr. 37	Vývoj počtu ošetření na ambulanci ortopedie v ČR v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel	164
Obr. 38	Vývoj počtu ošetření na vybraných ambulancích na Slovensku v letech 2003-2013 - přepočten na 100 obyvatel	169
Obr. 39	Otevřené otázky ke kvalitativnímu výzkumu	172

Seznam tabulek

Tab. 1	Celkové náklady na zdravotnictví ČR v běžných cenách (v milionech Kč)	24
Tab. 2	Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování ve vybraných zemích OECD v roce 2012	26
Tab. 3	Charakteristiky věkového složení populace ve střední variantě - prognóza ČSÚ	28
Tab. 4	Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování ve vybraných zemích OECD v roce 2007	34
Tab. 5	Výdaje domácností v ČR na regulační poplatky v běžných cenách (v tisících Kč)	41
Tab. 6	Počet vydaných balení léčivých přípravků v dodávkách do lékáren ČR	55
Tab. 7	Změny po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře u jednotlivých ambulancí v ČR	67
Tab. 8	Celkový počet hospitalizovaných v ČR - přepočet na 10 000 obyvatel	87
Tab. 9	Srovnání počtu vydaných receptů po zrušení regulačního poplatku za vydaný recept	90
Tab. 10	Srovnání počtu návštěv u lékařů po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ve vybraných ambulancích ČR	91
Tab. 11	Dopady zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ve vybraných ambulancích Slovenska	93
Tab. 12	Spoluúčast ve zdravotnictví v ambulantní péči ve vybraných zemích Evropy	129
Tab. 13	Osvobození nebo snížení spoluúčasti ve zdravotnictví v ambulantní péči ve vybraných zemích Evropy	130
Tab. 14	Spoluúčast ve zdravotnictví v nemocniční péči ve vybraných zemích Evropy	131

Tab. 15	Osvobození nebo snížení spoluúčasti v nemocniční péči ve vybraných zemích Evropy	132
Tab. 16	Tabulka hodnot testovacích kritérií u výpočtu párového t-testu	133
Tab. 17	Údaje o počtu vydaných receptů potřebné k testování hypotézy H1	134
Tab. 18	Údaje o počtu vydaných receptů potřebné k testování hypotézy H2	135
Tab. 19	Počet vydaných receptů v jednotlivých krajích ČR	136
Tab. 20	Dodávky léčivých přípravků do lékáren po čtvrtletích v letech 2005-2008	137
Tab. 21	Údaje týkající se léčivých přípravků v letech 2003-2013	138
Tab. 22	Celkový počet ošetření v ambulantní péči v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel	139
Tab. 23	Celkový počet ošetření LPS v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel	140
Tab. 24	Počet primárních výjezdů ZZS v jednotlivých krajích ČR	141
Tab. 25	Počet ošetřených bez ohrožení života u ZZS v jednotlivých krajích ČR	142
Tab. 26	Počet ošetřených s ohrožením života u ZZS v jednotlivých krajích ČR	143
Tab. 27	Počet ošetřených v ordinaci praktického lékaře v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel	145
Tab. 28	Počet ošetřených na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel	147
Tab. 29	Počet ošetřených na ambulanci pneumologie a ftizeologie v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel	149
Tab. 30	Počet hlášených onemocnění TBC v ČR v letech 2001-2013	150
Tab. 31	Počet ošetřených na kožní ambulanci v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel	151

Tab. 32	Počet ošetřených na ORL (vč. foniatrie) v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	153
Tab. 33	Počet ošetřených na chirurgii (vč. cévní a hrudní chirurgie) v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	155
Tab. 34	Počet nahlášených úrazů na chirurgii - přepočten na 100 obyvatel	155
Tab. 35	Počet ošetřených na gynekologii v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	157
Tab. 36	Počet narozených dětí v ČR v letech 2001-2012	158
Tab. 37	Počet ošetřených na stomatologii v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	159
Tab. 38	Počet ošetřených na oční ambulanci v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	161
Tab. 39	Počet ošetřených na ortopedii v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	163
Tab. 40	Počet ošetřených na geriatrici v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel	165
Tab. 41	Odhadovaná úspora zdravotních pojišťoven v důsledku zavedení poplatku za návštěvu lékaře	166
Tab. 42	Počet ošetřených na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v jednotlivých krajích ČR po osvobození dětí od poplatku za návštěvu lékaře - přepočten na 100 obyvatel	167
Tab. 43	Důsledky zavedení regulačních poplatků ve vybraných ambulancích na Slovensku	168
Tab. 44	Počet ošetření ve vybraných ambulancích ČR v letech 2004-2013 - přepočten na 100 obyvatel	170
Tab. 45	Průměrný věk lékařů ve vybraných oborech v roce 2013	171

Seznam zkratk

ANO - ANO 2011
ČLK - Česká lékařská komora
ČR - Česká republika
ČSSD - Česká strana sociálně demokratická
ČSÚ - Český statistický úřad
DDD - definovaná denní dávka
EU - Evropská unie
HDP - Hrubý domácí produkt
KČ - Koruna česká
KDU-ČSL - Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová
KSČM - Komunistická strana Čech a Moravy
LPS - Lékařská pohotovostní služba
NCZI - Národní centrum zdravotnických informací
ODS - Občanská demokratická strana
OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ORL - Ušní, nosní a krční ambulance
OSVČ - Osoba samostatně výdělečně činná
SK - Slovenská koruna
SPL - Sdružení praktických lékařů
SÚKL - Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZ - Strana zelených
USA - Spojené státy americké
USD - Americký dolar
ÚZIS ČR - Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO - Světová zdravotnická organizace
ZZS - Zdravotnická záchranná služba

1 Úvod a cíl práce

Už od minulého století je ve vyspělých zemích patrný trend růstu ekonomické role státu a s tím je také spojené zvyšování veřejných výdajů. Tento nárůst bývá nejčastěji vysvětlován pomocí demografických faktorů, inflace, technologického pokroku, rostoucí životní úrovně a produktivity práce, která umožňuje vybírat více finančních prostředků na daních. Svou roli hrají také politické vlivy, zejména pak vládní populismus, a snaha vyrovnat se životní úrovni okolním státům.

Tato diplomová práce je zaměřena na oblast zdravotnictví, kde byl v minulosti vidět trvalý růst výdajů ze státního rozpočtu, což je vidět v tab. 1. V důsledku demografického vývoje obyvatelstva ČR a stárnutí populace se dá předpokládat, že bude existovat tlak na jeho další růst. Na základě dostupných informací z publikace Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013 (2014), kterou vydává ÚZIS ČR, je totiž zřejmé, že s rostoucím věkem jedince rostou také náklady na jeho zdravotní péči. Toho si byl vědom také ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, a proto v roce 2007 předložil návrh na reformu zdravotnictví, jejíž výsledkem měl být i růst spoluúčasti pacientů.

Jeho reforma měla za cíl zejména zamezit plýtvání v oblasti užívání léků (předepisování léků do zásoby) a nadměrnému počtu návštěv lékařů. V oblasti léků totiž bylo velké množství nepoužitých léků, které se vracely do lékáren a celková hodnota těchto nepoužitých léků se odhadovala podle Julínka (2007) až na 10 miliard Kč ročně. Také v počtech návštěv lékařů bylo podle stejného zdroje na základě srovnání s ostatními zeměmi EU zřejmé, že v ČR dochází k nadměrnému čerpání zdravotní péče.

K zavedení regulačních poplatků v ČR došlo od 1. 1. 2008 a toto opatření bylo navrženo koalicí ODS, KDU-ČSL a SZ. V praxi tedy došlo k zavedení regulačních poplatků za pobyt v nemocnici, návštěvu pohotovosti, návštěvu lékaře a za výdej léků. Hlavními argumenty pro jejich zavedení se stalo zamezení plýtvání ve zdravotnictví spojeného s nadužíváním zdravotní péče a dále díky nim mělo dojít také k přílivu dodatečných příjmů do tohoto sektoru. Důsledkem zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře tak měl být pokles počtu návštěv u lékařů, kteří pak budou moci věnovat více času potřebným pacientům. Dále měly poplatky také omezit korupční jednání ve zdravotnictví a díky stanovenému ochrannému limitu poplatků měli být více chráněni chronicky nemocní pacienti.

Zavedení regulačních poplatků bylo spojeno s nesouhlasem opozičních stran a dokonce ani všechny koaliční strany nebyly jejich jednoznačnými zastánci. I z tohoto důvodu docházelo v průběhu let k řadě změnám. Zpoplatnění zdravotnictví nebylo vnímáno dobře ani u veřejnosti a výsledkem toho byly krajské volby v roce 2008, kdy vítězná ČSSD svou předvolební kampaň založila na nesouhlasu vůči poplatkům. Tato strana nakonec uspěla ve 13 krajích ČR se ziskem zhruba 35 % hlasů voličů. Po těchto volbách byly poplatky ve většině krajů u některých zdravotních zařízeních propláceny, ale v roce 2010 přestaly kraje postupně tyto poplatky proplácet.

Během fungování regulačních poplatků se ČSSD a KSČM několikrát pokoušely o jejich zrušení. Jejich argumentace se opírala o právo na bezplatnou zdravotní péči a negativními dopady pro sociálně slabé občany. Stížnosti ČSSD bylo vyhověno až v roce 2013, kdy k 31. prosinci 2013 zrušil Ústavní soud ČR poplatek za pobyt v nemocnici. Nová vláda ve složení ČSSD, ANO a KDU-ČSL se pak rozhodla, že k 1. lednu 2015 zruší i ostatní poplatky, s výjimkou poplatku za návštěvu pohotovosti. V prosinci 2015 tak zůstal v platnosti pouze ten za návštěvu pohotovosti. Ihned po odhlasování této změny Poslaneckou sněmovnou ČR však byly slyšet hlasy členů vlády, že se jednalo o chybu.

ČR se při vstupu do EU v roce 2004 zavázala plnit Maastrichtská kritéria, které se týkají také veřejných financí, kdy výše hrubého veřejného dluhu nesmí přesahovat 60 % HDP a deficit veřejného rozpočtu musí být menší než 3 % HDP. Právě díky poměrně vysokému deficitu veřejného rozpočtu byla vidět v posledních letech snaha politiků o snižování nákladů na jednotlivých ministerstvech ČR. Ve zdravotnictví došlo dokonce k prosazení systematických opatření, které měly za cíl udržet do budoucna finanční udržitelnost financování systému. Autor se tedy rozhodl ve své diplomové práci zabývat důsledky zavedení a zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR z hlediska čerpání zdravotní péče pacienty, protože cílem jejich zavedení mělo být omezení spotřeby zdravotní péče, která se zdála při srovnání s okolními státy jako nadužívaná.

Hlavním cílem této diplomové práce je vyhodnotit důsledky zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví v roce 2008. Tyto důsledky budou sledovány na základě rozhodnutí pacientů o čerpání zdravotní péče, protože cílem poplatků bylo snížit nadměrné čerpání zdravotní péče. Z tohoto důvodu dojde ke zkoumání, zda v důsledku zavedení poplatku za položku na receptu a poté poplatku za recept došlo k poklesu počtu vydaných receptů. Dále jestli došlo k poklesu počtu ošetření LPS následkem zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti a také jestli zavedení tohoto poplatku nezpůsobilo nárůst počtu primárních výjezdů ZZS a počtu ošetření ZZS bez ohrožení života, protože jejich služby zůstaly i nadále nezaplatněny. Dojde také k prozkoumání, zda zavedení poplatku za návštěvu lékaře vedlo ke snížení celkového počtu ambulantních ošetření a poté také, jaké změny v počtu ošetření byly pozorovány u jednotlivých ambulancí.

Vzhledem k tomu, že ke zrušení poplatků došlo v ČR v roce 2015 a uplynula tak krátká doba od jejich zrušení je v práci použita také analýza týkající se zavedení a zrušení poplatků ve zdravotnictví na Slovensku, protože tato země je ČR kulturně i zeměpisně blízká a pozorované výsledky by tak mohly být obdobné. **Dílčím cílem**, týkajícím se zavedení regulačních poplatků, je tedy zjištěné výsledky změn v počtu ošetření LPS, počtu celkových ošetření v ambulantní péči a počtu ošetření na ambulancích, ve kterých došlo v ČR ke statisticky významnému poklesu, podrobit komparaci s pozorovanými výsledky zavedení poplatků na Slovensku. Tam došlo k zavedení obdobných regulačních poplatků v přibližně stejné výši v roce 2003.

Prvním vedlejším cílem práce je vyhodnotit důsledky zrušení regulačních poplatků v českém zdravotnictví, kde budou zkoumány změny v roce 2015 vzniklé

po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře a vydaný recept. Z tohoto důvodu dojde k prozkoumání, zda v důsledku zrušení poplatku za recept došlo k nárůstu počtu vydaných receptů a jestli zrušení poplatku za návštěvu lékaře mělo za následek růst počtu ošetření v ordinaci praktického lékaře, v ambulanci gynekologie a stomatologie. Tyto vybrané ambulance byly vybrány záměrně, protože dostupná data se týkala pouze těchto ambulančí. V průběhu roku 2009 pak došlo ještě v ČR k osvobození dětí od regulačního poplatku za návštěvu lékaře, a proto dojde ještě k prozkoumání, zda po tomto osvobození došlo k nárůstu počtu ošetřených na pediatrii (vč. dorostového lékaře).

Z důvodu nastínění možných budoucích dopadů zrušení regulačních poplatků v ČR byl stanoven další **dílčí cíl**, který má ukázat pozorované dopady, které byly patrné na Slovensku po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře v roce 2006. Zkoumán tedy bude celkový počet ošetření a počet ošetření na ambulancích, ve kterých došlo v ČR po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ke statisticky významnému poklesu.

Na základě výsledku analýz, získaných znalostí z prostudování relevantní literatury a informací získaných z kvalitativního výzkumu je **druhým vedlejším cílem** navrhnout doporučení a návrhy týkající se spolufinancování zdravotní péče v ČR.

2 Literární rešerše

Teoretická část diplomové práce je zaměřena zejména na financování zdravotnictví. V jejím úvodu dojde k představení základních modelů financování zdravotní péče, při kterém budou uvedeny výhody a nevýhody jednotlivých modelů. Po jejich představení dojde k vysvětlení financování zdravotnictví v ČR. Zároveň zde bude také znázorněn rostoucí vývoj výdajů na zdravotnictví a srovnání s ostatními státy EU v počtu návštěv lékařů, ze kterého bude zřejmé, že v ČR dochází k nadměrné spotřebě zdravotní péče. Pro budoucí financování zdravotnictví v ČR je také velmi důležitý demografický vývoj obyvatelstva ČR a právě z tohoto důvodu je v práci představena prognóza ČSÚ. Na základě předpokladu stárnutí populace a výše uvedených faktů došlo v ČR k zavedení regulačních poplatků za vydaný recept, návštěvu pohotovosti, návštěvu lékaře a za jeden den hospitalizace. Z tohoto důvodu se také další část literární rešerše zabývá spoluúčastí pacientů ve zdravotnictví a jsou představeny její jednotlivé formy a možné dopady. Poté už dojde k představení procesu zavádění regulačních poplatků v ČR a z důvodu budoucího srovnání dopadů zavedení a zrušení poplatků se Slovenskem, budou také představeny jednotlivé poplatky ve zdravotnictví Slovenska.

2.1 Financování zdravotní péče

Z důvodu zaměření diplomové práce se na začátku literární rešerše rozhodl autor věnovat problematice financování zdravotní péče a představení jednotlivých modelů financování zdravotní péče. Znalost těchto jednotlivých základních modelů je totiž základem pro pochopení systému financování zdravotnictví a bez těchto znalostí by pak nebylo možné formulovat návrhy a změny v systému financování zdravotnictví.

V otázce financování zdravotní péče je podle Bartáka (2010) řešena otázka, jakým způsobem dochází k tvoření, alokaci a spotřebě finančních prostředků. Mezi základní funkce financování zdravotní péče podle něj patří výběr prostředků (např. příspěvků na veřejné nebo soukromé pojištění, výběr daní, přímých plateb a spoluúčasti), řízení rizika, nakupování péče o zdraví, poskytování zdravotnických služeb.

Ve světě existuje několik modelů financování zdravotní péče, které se liší výše zmíněnými čtyřmi charakteristikami. V praxi se v jednotlivých státech nachází většinou jeden převládající způsob úhrady financování, který je doplňován dalšími typy. Ve většině vyspělých států pak převládá jednoznačně financování pomocí veřejných zdrojů.

Peková, Pilný a Jetmar (2012) uvádí, že u většiny vyspělých států jsou patrné bezplatné a rovnocenné zdravotní služby pro všechny obyvatele a tzv. speciální zdravotní služby (kosmetické zákroky, zubní protézy) jsou poskytovány za úhradu. Tito autoři rozlišují tři základní modely financování zdravotnictví a to financování převážně ze zdravotního pojištění (hrazené občany, zaměstnavatelem a státem), z daní (hrazené státem) a soukromých zdrojů (hrazené přímo občany).

Na rozdíl od předchozích autorů rozeznává Gladkij (2003) čtyři základní modely zdravotnických systémů a to socialistický model (Semaškův model), Beveridgeův systém (národní zdravotní službu), systém založený na povinném zdravotním pojištění (Bismarckův systém) a smíšený systém s převahou liberalistických prvků. Oproti předchozím autorům popisuje i socialistický model, a protože právě tento model fungoval na našem území v nedávné minulosti, ztotožňuje se autor s tímto dělením dle Gladkije (2003).

Socialistický model (Semaškův model)

Jak uvádí Gladkij (2003), tento model byl charakteristický pro bývalé socialistické státy. Právě z tohoto důvodu byl na našem území tento model dominantní od konce padesátých let minulého století až do roku 1989. Všechna zdravotnická zařízení byla ve vlastnictví státu a financování zdravotnictví probíhalo prostřednictvím státního rozpočtu. Celé zdravotnictví bylo centrálně řízené a dostupná zdravotní péče byla pro obyvatele zdarma.

Výhody tohoto systému spatřoval výše zmíněný autor ve všeobecné dostupnosti zdravotní péče, důrazu na prevenci a návaznosti péče. Naopak jako nevýhody uvádí mimo jiné nízkou výkonnost systému, chronický nedostatek finančních prostředků, nedostatečnou motivaci obyvatel k péči o zdraví a zcela nesoutěživé prostředí poskytovatelů zdravotní péče.

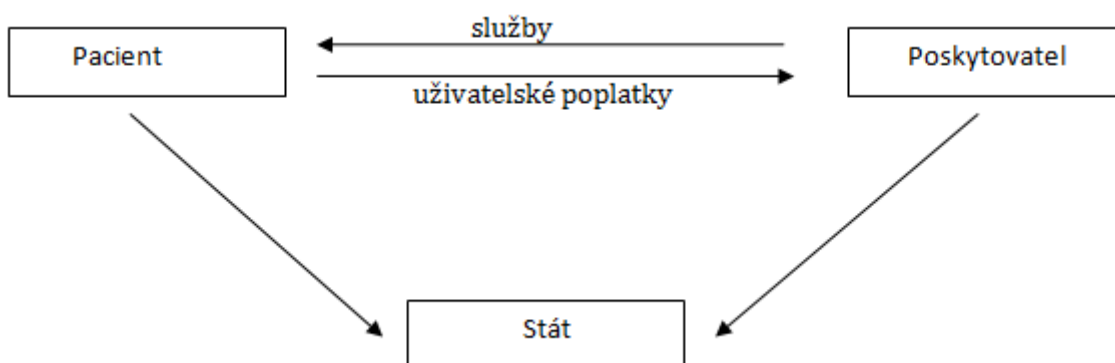
Čeledová a Čevela (2010) a Němec (2008) považují tento model za krajní formu Beveridgeova modelu, ve kterém bylo uplatňované naprosté zestátnění zdravotnictví.

Beveridgeův systém

Podle Němce (2008) se jedná o model zdravotnictví financovaný prostřednictvím všeobecných daní a jeho typickým příkladem je model Národní zdravotní služby využívaný ve Velké Británii. Model je podle stejného autora založený na univerzálním pojištění celého obyvatelstva u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní péče, kteří se liší různou vlastnickou formou. Financování zdravotnických zařízení je záležitostí specializovaných úřadů při státní správě, které provozují zdravotnická zařízení nebo s těmito zařízeními uzavírají smlouvu o poskytování zdravotní péče.

Zlámal a Bellová (2013) připomínají, že model funguje na principu všeobecné dostupnosti zdravotní péče pro občany a spravedlivém přístupu ke zdravotnickým službám. Tento model se podle autorů kromě již zmíněné Velké Británie využívá např. v Kanadě, Irsku, skandinávských státech či státech jižní Evropy.

Gladkij (2003) vidí výhody tohoto systému v obecné dostupnosti služeb, dostatečné nabídce služeb, nízkých nákladech na zdravotní služby, dostatečné pozornosti prevenci a dobře vyřešenou následností služeb. Naopak jako nevýhody uvádí nedostatek finančních prostředků na investice, problémy financování při ekonomické krizi, dlouhé čekací doby na neurgentní operace a malou motivaci obyvatel k péči o zdraví.



Obr. 1 Schéma systému financování zdravotnictví z daňových výnosů

Zdroj: Vlastní zpracování na základě BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*

Systém založený na povinném zdravotním pojištění (Bismarckův systém)

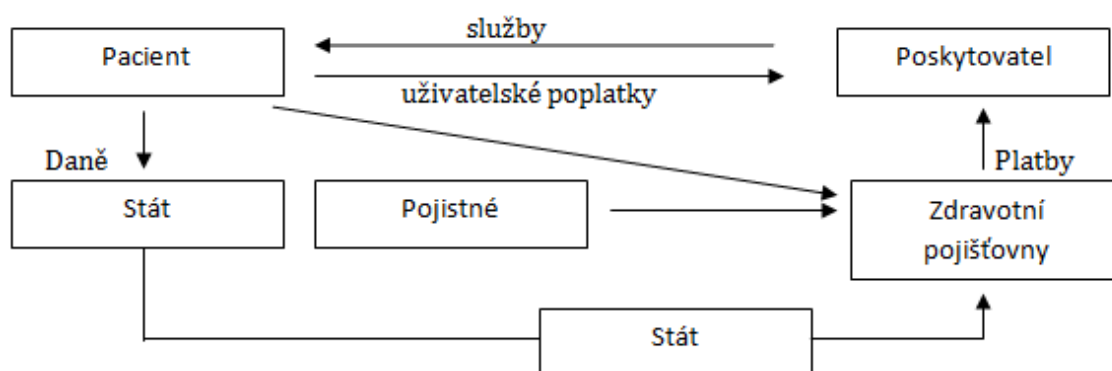
Podle Němce (2008) se jedná o model sociálního zdravotního pojištění, které je financováno prostřednictvím povinných odvodů pojistného z příjmu pojištěnců. Poskytovatelé zdravotní péče mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami nebo mají právo účtovat zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům.

Barták (2010) uvádí, že pojistné bývá povinné pro většinu obyvatelstva určitého státu. Příspěvky na pojištění mohou být placeny zaměstnanci, zaměstnavateli, ale také státem. V tomto systému existují podle autora rozdíly v počtu zdravotních pojišťoven, kdy může být pouze jedna velká zdravotní pojišťovna, anebo existují modely s několika zdravotními pojišťovnami. Samotná volba pojišťovny bývá dána svobodným rozhodnutím, ale může být dána také bydlištěm pojištěnce, profesní skupinou či pojišťovnou živitele. Autor připomíná, že tento systém financování je založen na solidárním přerozdělování vybraných peněžních prostředků.

Podle Holmana a kol. (2005) představuje zdravotní pojištění, stejně jako ostatní druhy pojištění, pro jedince tzv. utopené náklady. To znamená, že pokud by se jedinec rozhodl zdravotní služby nečerpat, na pojistném neušetří. Pokud však začne čerpat zdravotní služby, jsou pro něj zdravotní služby tzv. volným statkem a u těchto druhů statků má člověk tendenci k nadměrné spotřebě.

Jako představitele tohoto modelu uvádí Zlámal a Bellová (2013) ČR, Slovensko, německy mluvící státy, Francii atd.

Gladkij (2003) vidí výhody tohoto systému zejména ve vysoké dostupnosti základní zdravotní péče všem obyvatelům, dostatečné pestrosti nabídky zdravotních služeb a vyhovující síti zdravotnických zařízení. Naopak jako nevýhody uvádí, že část finančních prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost, administrativní těžkopádnost a možnost, že pokud se pojišťovny dostanou do finanční tísně, existuje tendence řešit tuto situaci na úkor klientů a poskytovatelů.



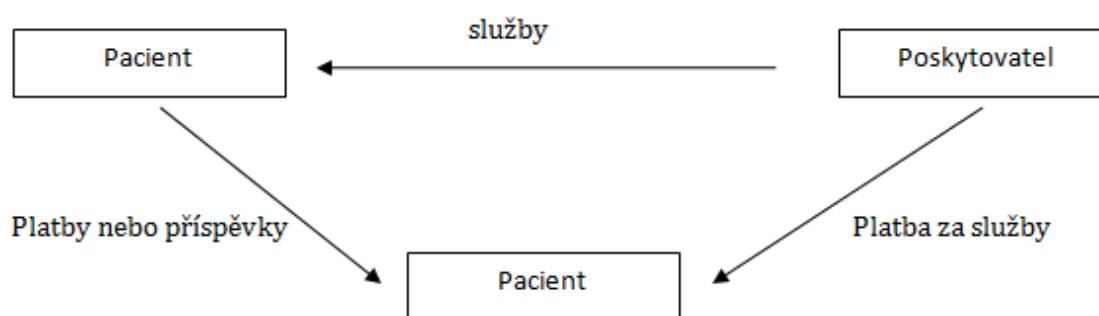
Obr. 2 Schéma systému financování zdravotnictví pomocí veřejného zdravotního pojištění
Zdroj: Vlastní zpracování na základě BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*

Smíšený systém s převahou liberalistických prvků

Zlámal a Bellová (2013) uvádí USA jako příklad země, ve které je tento systém uplatňován. Liberální systém charakterizují přímé úhrady za zdravotnické úkony s minimální úrovní solidarity, což však neznamená, že by občané této země nebyli zdravotně pojištěni. Občané jsou pojištěni soukromým pojištěním, kterým je pojištěno zhruba 70 % obyvatelstva. Část financování tohoto systému však pochází také z veřejných zdrojů.

Podle Bartáka (2010) je soukromé pojištění založeno na kalkulaci zdravotnických rizik určených zdravotní pojišťovnou na základě zdravotního stavu jedince a jeho naděje na dožití. S tím je také spojena možnost, že tento typ může být pro určitou skupinu obyvatel (např. lidé s nedostatkem finančních prostředků, nemocní lidé atd.) nedostupný. Soukromé zdravotní pojištění mívá spíše charakter kolektivního pojištění, kdy např. zaměstnavatel hradí pojistné za zaměstnance formou zaměstnaneckých benefitů.

Gladkij (2003) vidí výhody tohoto systému ve velkém výběru kvalitních služeb, podpoře rozvoje medicínských technologií a přispění soutěživosti mezi poskytovateli zdravotnických služeb. Naopak jako nevýhody uvádí malou dostupnost kvalitní péče nemajetným nebo málo zámožným občanům, velký podíl nákladů na administrativu, nedostatečnou preventivní péči a nedostatečnou návaznost péče.



Obr. 3 Schéma systému financování zdravotnictví pomocí soukromého zdravotního pojištění
Zdroj: Vlastní zpracování na základě BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*

2.1.1 Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR

V ČR převládá financování pomocí veřejného zdravotního pojištění, a proto je tato podkapitola věnována systému veřejného zdravotního pojištění v ČR a dojde zde k představení tohoto systému v praxi ČR.

Systém veřejného zdravotního pojištění vznikl v ČR na počátku devadesátých let minulého století a začal fungovat od 1. 1. 1993. Hlavním úkolem systému, který zabezpečují zdravotní pojišťovny, je podle Kahouna a kol. (2009) výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které je vybíráno od plátců pojistného a úhrada zdravotní péče poskytovatelům zdravotnických služeb. Právní úprava je zabezpečena zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Základním principem veřejného zdravotního pojištění je podle stejného autora fakt, že každý občan ČR musí být zdravotně pojištěn.

Na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů jsou zdravotně pojištěny:

- osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR a
- osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Dalším principem je podle Kahouna a kol. (2009) svobodná volba pojišťovny a lékaře, kdy si každý jedinec může svobodně vybrat zdravotní pojišťovnu.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů stanovuje výši pojistného, které činí u všech skupin obyvatel 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období a rozlišuje tři skupiny plátců pojistného:

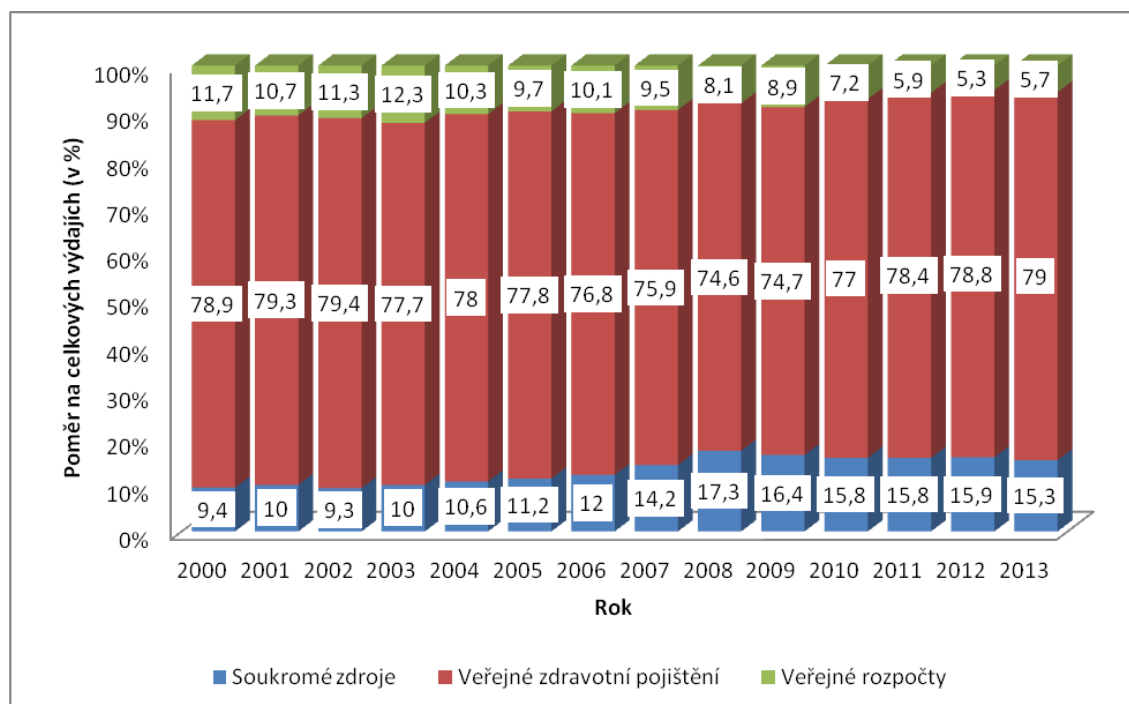
- stát
 - nezaopatřené děti podle zákona o státní sociální podpoře,
 - ženy na mateřské dovolené a rodičovské dovolené, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění,
 - příjemce rodičovského příspěvku,
 - osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi,

- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV, a osoby pečující o tyto osoby,
 - uchazeče o zaměstnání,
 - osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a
 - osoby celodenně, osobně a řádně pečující alespoň o 1 dítě do 7 let věku nebo nejméně o 2 děti do 15 let.
- zaměstnavatel a
 - pojištěnec.

2.2 Financování zdravotnictví ČR

Po představení obecných mechanismů financování zdravotní péče je další kapitola věnována specifickým údajům týkajících se zdravotnictví ČR nebo jeho financování.

Jak bylo ukázáno v předcházející kapitole, tak při financování zdravotnictví ČR převládá financování pomocí veřejného zdravotního pojištění, které je doplňováno soukromými zdroji a příjmy z veřejných rozpočtů.



Obr. 4 Zdroje financování zdravotnictví ČR v letech 2000-2013

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007-2013

Jak můžeme vidět na grafu uvedeném výše, tak téměř 80 % zdravotní péče je financováno pomocí veřejného zdravotního pojištění. Druhým nejčastějším zdrojem jsou soukromé zdroje, kam patří výdaje občanů placené přímo za zdravotní péči. U nich je patrný růst v roce 2008 spojený se zavedením regulačních po-

platků ve zdravotnictví a v dalších letech mírně sestupná tendence, která je způsobena jejich postupným omezováním a rušením. Nejmenším zdrojem jsou pak veřejné rozpočty, u kterých je vidět během tohoto období pokles zhruba o 50 %.

Na základě používané mezinárodní metodiky uvedené v publikaci ÚZIS ČR Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013 (2014) se v ČR považují za veřejné výdaje na zdravotnictví peněžní prostředky ze státního rozpočtu či územních rozpočtů, do kterých patří krajské a obecní rozpočty. Dále mezi veřejné výdaje patří také výdaje systému zdravotního pojištění, které podléhají zákonům o VZP a o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Tab. 1 Celkové náklady na zdravotnictví ČR v běžných cenách (v milionech Kč)

	2000	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Soukromé výdaje	13 873	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	46 388	44 381
Veřejné prostředky	132 962	206 563	218 719	244 754	243 281	242 410	246 918	246 562
v tom:								
Zdravotní pojištění	115 792	183 713	197 280	217 658	222 500	225 547	231 270	229 905
Státní a místní rozpočet	17 170	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	15 648	16 657
Náklady celkem	146 835	241 935	264 520	292 708	289 035	287 768	293 306	290 943

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006, 2010-2013

V tabulce uvedené výše můžeme vidět trend růstu nákladů na zdravotní péči v ČR. Od roku 2000 do roku 2013 došlo zhruba ke zdvojnásobení celkových výdajů na zdravotnictví, které v roce 2013 dosáhly částky téměř 291 miliard Kč. Tato částka by zřejmě byla ještě vyšší, pokud by od roku 2010 nedošlo ke stagnaci ve vývoji, do kterého se mohla promítnout světová hospodářská krize, na kterou státy reagovaly celkovým omezováním výdajů, což můžeme vidět na klesající hodnotě příjmů ze státního a místních rozpočtů.

ČR čelí při financování zdravotní péče, stejně jako ostatní vyspělé země, globálním trendům, které mají za následek zhoršování finanční udržitelnosti těchto systémů.

Vepřek, Vepřek a Janda (2002) spatřují největší příčinu růstu výdajů ve zdravotnictví v rychlém rozvoji medicínských technologií, které měly za následek účinnější, ale zároveň i nákladnější léčebné procesy. Autoři totiž zmiňují, že po uvolnění importu a dalších organizačních změnách po roce 1989 se českému zdravotnictví podařila poměrně rychlá modernizace technologického vybavení, byť podle autorů byla tato modernizace nevyvážená a neúplná. Jako další příčiny růstu výdajů uvádí například absenci jasného vymezení státem garantované péče, nejasnou roli jednotlivých účastníků systému, nedostatečnou motivaci prvků sys-

tému, nevhodný výběr a alokaci investic či nedostatečnou úroveň managementu větších zdravotnických zařízení.

Podle Pražmové a Talpové (2014) pak trpí ČR nedostatkem finančních prostředků ve zdravotnictví, protože náklady rostou z důvodu zavádění nových a nákladnějších léčebných metod, popřípadě z důvodu velké poptávky po zdravotní péči.

Vysokou poptávku po zdravotní péči potvrzuje i Vašek (2007) ve svém článku uveřejněném na serveru Ihned.cz, kde představuje výsledky studie Fakta o českém zdravotnictví, která se stala podkladem pro uskutečněné změny ve zdravotnictví. Podle ní průměrný Čech navštíví ročně lékaře či zubaře 16 x, což je zdaleka nejvíce v EU a oproti Rakousku je toto číslo dvakrát větší. Podle této studie se v ČR dále ročně utratí 20 miliard Kč v důsledku plýtvání a korupce.

Na závěr této kapitoly si ještě ukážeme tabulku výdajů na zdravotnictví z roku 2012 ve vybraných zemích OECD, kde můžeme vidět procentuální velikost přímých úhrad na soukromých zdrojích. Tato tabulka totiž následně poslouží při formulaci návrhů a doporučení pro změny v systému spolufinancování zdravotnictví ČR. Rozdíl mezi celkovými soukromými výdaji a přímými úhradami jsou ostatní soukromé výdaje, kam patří nejčastěji soukromé zdravotní pojištění. Přímé platby obyvatelstva i soukromé zdravotní pojištění jsou efektivní v různých případech. Pro řešení nadužívání zdravotní péče může být dobrým nástrojem zavedení přímých úhrad, které však neřeší demografickou situaci obyvatelstva. Naopak soukromé zdravotní pojištění může dobře fungovat při demografických změnách.

Tab. 2 Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování ve vybraných zemích OECD v roce 2012

	Veřejné výdaje (v %)	Soukromé výdaje		
		celkem (v %)	z toho přímé úhrady obyvatelstva (v %)	podíl přímých úhrad na celkových soukromých zdrojích (v %)
ČR	84,0	16,0	15,0	93,8
Belgie	75,2	24,8	20,4	82,3
Dánsko	85,8	14,2	12,4	87,3
Estonsko	78,7	21,3	18,2	85,5
Finsko	75,0	25,0	18,7	74,8
Francie	77,4	22,6	7,5	33,2
Irsko	67,6	32,4	16,9	52,2
Island	80,5	19,5	18,1	92,8
Itálie	77,3	22,7	18,8	82,8
Maďarsko	62,6	37,4	28,3	75,7
Německo	76,7	23,3	13,0	55,8
Nizozemsko	85,8	14,2	6,0	42,3
Polsko	69,2	30,8	22,7	73,7
Slovensko	69,7	30,3	22,4	73,9
Slovinsko	71,5	28,5	11,9	41,8
Velká Británie	84,0	16,0	9,0	56,3
Švédsko	81,3	18,7	16,5	88,2
Švýcarsko	65,8	34,2	26,0	76,0
USA	47,6	52,4	12,0	22,9

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013

Jak můžeme vidět v tabulce uvedené výše, tak největší podíl přímých úhrad na soukromých výdajích z uvedených zemích OECD je v ČR a to 93,8 %. Kromě ČR pouze na Islandu činí tento poměr více než 90 %. Naopak nejnižší je tento poměr u USA, Francie, Slovinska a Nizozemí, kde nedosahuje ani 50 %. Právě v těchto zemích je rozšířeno soukromé zdravotní pojištění.

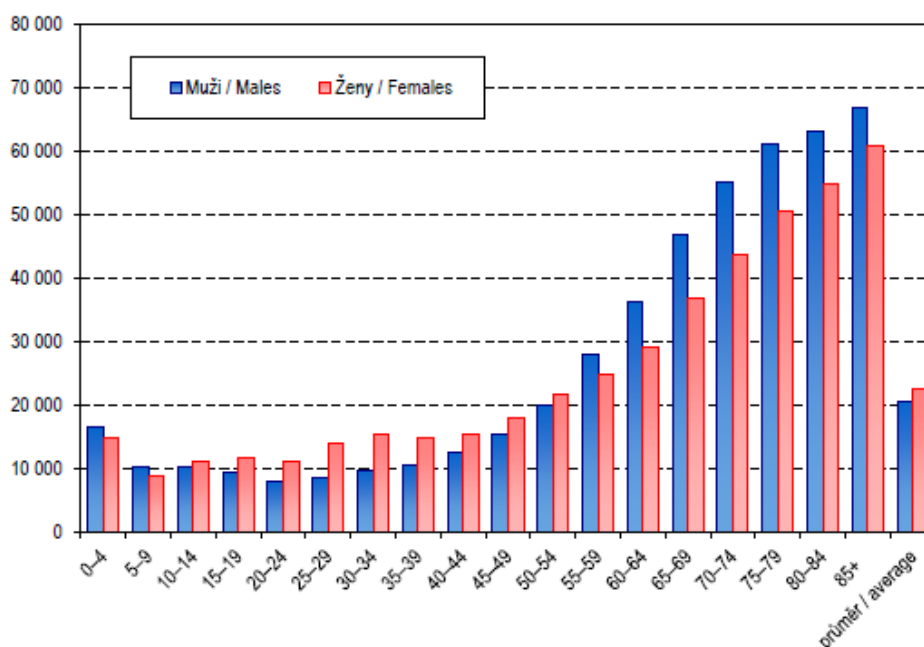
V ČR je poměr přímých plateb tak vysoký, protože zde není příliš prostor pro soukromé připojištění z důvodu širokého rozsahu péče hrazeného z veřejného zdravotního pojištění.

Problém vidí Vepřek, Vepřek a Janda (2002) v ústavním zakotvení, kde se uvádí, že veškerá poskytovaná zdravotní péče je bezplatná, a to na základě veřejného zdravotního pojištění, pokud zákon nestanoví jinak. Plně hrazena je tak i péče, která v den účinnosti Ústavy nebyla objevena a de facto neexistovala. Toto pojetí garantované zdravotní péče je dlouhodobě neúnosné. Podle autorů je nutná určitá redukce rozsahu péče, která je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, aby nedocházelo k finančním problémům v systému zdravotnictví. V knize sice

uvádí námitky proti redukci takto garantované péče, kdy dojde ke snížení sociálních jistot, zanedbávání méně závažných zdravotních situací, ale zároveň uvádí, že při omezených zdrojích nelze všem zájemcům poskytnout tu nejkvalitnější péči a to se také podle nich neděje. Do garantované péče by podle něj neměly patřit komfortní péče, jako například vybavení pokojů nemocnic, doba čekání na odložitelné výkony aj.. Dále by se do nadstandardu dala zařadit většina preventivních programů nebo nevědecká péče (např. homeopatie).

2.3 Demografický vývoj ČR

Další důležitý faktor pro budoucí finanční udržitelnost financování zdravotnictví, je podle Vepřeka, Vepřeka a Jandy (2002) také demografický vývoj. Právě studiím týkajících se demografického vývoje obyvatelstva ČR je věnována tato kapitola, protože stárnutí obyvatelstva bývá v mnoha zemích důvodem k reformám v systému financování zdravotní péče.



Obr. 5 Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2012 (v Kč)

Zdroj: ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013

Jak můžeme vidět na grafu průměrných nákladů na zdravotní péči podle věku v roce 2012, tak náklady rostou s věkem jedince a jednoznačně nejnákladnější je zdravotní péče nejstarších osob a právě z tohoto důvodu je na místě se podívat na předpokládaný demografický vývoj obyvatelstva ČR.

Autor vychází ze dvou prognóz demografického vývoje, kdy jedna je dílem ČSÚ a druhá je prací členů katedry demografie a geodemografie Univerzity Karlovy v Praze RNDr. Borisem Burcinem, Ph.D. a RNDr. Tomášem Kučerou, CSc, a proto-

že obě studie došly k velmi podobným závěrům, zmiňuje autor ve své práci výsledky studii ČSÚ, která je novější a pracuje s aktuálnějšími daty.

Prognóza ČSÚ

ČSÚ vydal novou Projekci obyvatelstva České republiky (2013), ve které se vychází z počtu obyvatel zjištěných ze Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011. V dokumentu je zachycen předpokládaný vývoj obyvatelstva až do roku 2100 a je zpracován ve třech variantách - nízké, střední a vysoké. Střední varianta je tou nejpravděpodobnější, ale výsledky by se měly interpretovat spíše pomocí intervalu obou krajních variant. Je samozřejmé, že tato projekce nedokáže předvídat neočekávané působení vnějších vlivů (např. ekonomická krize, změny v systému sociálního zabezpečení, epidemie nemocí aj.), a proto je nutné ji vysvětlovat s ohledem na vstupní parametry.

Ve své práci autor krátce představuje výsledky prognózy očekávaných změn věkového složení obyvatelstva ČR, protože pro potřeby této diplomové práce jsou nejdůležitější. Na základě údajů z již zmíněného Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011 vykazovala věková struktura obyvatelstva relativně nízký podíl dětí, poměrně silné zastoupení ekonomicky aktivních obyvatel a poměrně nízký podíl osob ve vyšším věku. Předpokládaný budoucí vývoj však slibuje razantní stárnutí populace.

Tab. 3 Charakteristiky věkového složení populace ve střední variantě - prognóza ČSÚ

	2011	2021	2031	2041	2051	2061	2071	2081	2091	2101
Počet obyvatel v tisících ve věku:										
0-14	1 522	1 613	1 332	1 231	1 262	1 144	1 061	1 055	996	937
15-64	7 328	6 710	6 525	5 990	5 342	5 029	4 902	4 545	4 359	4 248
65+let	1 637	2 205	2 516	2 876	3 174	3 163	2 818	2 708	2 610	2 499
Průměrný věk	40,9	43,2	45,9	47,8	48,9	49,8	49,8	49,3	49,5	49,8

Zdroj: Vlastní zpracování na základě Český statistický úřad. Projekce obyvatelstva České republiky (Projekce 2013)

Z tabulky můžeme vyčíst, že předpokládaný počet dětí se bude zvyšovat pouze do roku 2021, což je způsobeno zejména poslední vlnou zvýšené porodnosti v letech 2002-2008. V roce 2019 se předpokládá, že poměr dětí v populaci bude 15,4 % a v dalších dvaceti letech by měl poklesnout až na 12,1 %. Do konce hodnoceného období by se měl poměr dětí v populaci pohybovat kolem 12-13 %.

K větším změnám by mělo dojít u věkové skupiny 15-64 let, tedy ekonomicky aktivních obyvatel. V této kategorii se předpokládá pokles počtu obyvatel, kdy k nejrychlejšímu by mělo dojít do roku 2020, kdy tuto věkovou skupinu opustí silné ročníky obyvatel narozených koncem 40. a začátkem 50. let a naopak vstupovat do ní budou děti populačně slabých ročníků, které se narodily na přelomu 20. a 21.

století. K dalšímu poklesu by poté mělo dojít koncem třicátých let tohoto století, kdy dojde k přesunutí osob narozených v 70. a 80. letech do skupiny obyvatel starších než 65 let. Počet osob v této skupině by se měl tedy v letech 2040-2060 snížit ze 6 milionů na 5 milionů. Podíl osob této věkové skupiny by se měl snížit na konci uvažovaného období ze současných 70 % na 55 %.

Největší změny však budou patrné u kategorie seniorů, tedy osob starších 65 let. Vychází se z předpokladu nástupu silné generace z 2. světové války do této kategorie. Dále se zde budou odrážet nepravidelnosti věkové struktury a také očekávaný růst střední délky života. V roce 2057 se předpokládá největší počet obyvatel v této věkové struktuře, kdy by mělo dojít k téměř zdvojnásobení počtu těchto obyvatel ze současných 1,7 milionů na 3,2 milionů obyvatel. Do konce uvažovaného období by sice mělo dojít k poklesu na 2,5 milionu, ale i toto číslo převyšuje současnou hodnotu o necelý milion. Základním znakem této prognózy je tedy progresivní stárnutí obyvatelstva, kdy by se relativní zastoupení seniorů mělo zvýšit ze současné jedné šestiny až na jednu třetinu.

Dittrich a Stará (2010) se ve svém článku zabývali analýzou předpokladu, že stárnutí populace je stěžejním faktorem vedoucím k růstu výdajů ve zdravotnictví v ČR. Autoři došli k závěru, že celosvětově způsobuje stárnutí populace růst výdajů na zdravotní péči jen v relativně malé úrovni a ČR není v tomto ohledu výjimkou.

V nejkratším časovém horizontu se tedy dá říci, že demografický vývoj nemá až tak zásadní vliv na růst nákladů ve zdravotnictví. I přesto však autor považuje tento faktor v dlouhodobém měřítku za velmi podstatný vzhledem k předpokladu, že počet důchodců má vzrůst do roku 2051 o cca 1,5 milionu obyvatel, což by při současné velikosti průměrných nákladů na zdravotní péči pro tuto skupinu obyvatel mělo znamenat růst nákladů o téměř 10 miliard Kč ročně. Při tomto odhadu ještě autor zanedbal inflaci, takže se dá předpokládat, že tato částka bude ve skutečnosti ještě vyšší.

2.4 Spoluúčast pacientů při financování zdravotnictví

Nadměrná spotřeba zdravotní péče a nepříznivá prognóza demografického vývoje obyvatelstva vedla k návrhu reformy zdravotnictví ČR v roce 2007, která byla založena na růstu spoluúčasti pacientů. Právě z tohoto důvodu se další kapitola věnuje spoluúčasti pacientů při financování zdravotnictví.

Spoluúčastí se rozumí přímé platby z osobních zdrojů, které musí uhradit pacient za poskytnuté zdravotnické služby hrazené ze zdravotního pojištění. Zavedení spoluúčasti je ve většině států velkým ožehavým politickým tématem, protože zhoršuje dostupnost zdravotní péče a zároveň snižuje solidaritu zdravých s nemocnými.

Otsbye a Hunskaar (1996) uvádí několik argumentů pro zavedení spoluúčasti. Mezi tyto důvody patří:

- zohlednění nákladů spojených se zdravotní péčí,

- osoby, které spotřebovávají zdravotní péči častěji by měly platit více,
- zdravotnictví se přibližuje komerčnímu charakteru a mělo by být dostupné a obchodovatelné jako ostatní druhy zboží,
- použití finančních prostředků na zdraví na úkor jiných nežádoucích statků (alkohol, cigarety,...).

Podle Chawla (2007) je poptávka po zdravotní péči do značné míry ovlivněna spotřebitelem. Klíč k omezení nadměrné a zbytečné spotřeby zdravotních služeb spatřuje stejně jako Lu a Jonnson (2008) v zavedení dodatečných výdajů na zdravotnictví ve formě spoluúčasti pacientů

Němec (2008) pak uvádí tyto čtyři hlavní důvody zavádění spoluúčasti ve zdravotnickém systému. Tyto důvody jsou: omezení nadužívání zdravotní péče, získání dalšího zdroje pro financování zdravotní péče, zvýšení důrazu na předcházení onemocnění a snížení pojistného.

Kalina (1998), Dlouhý (2010), Pražmová a Talpová (2014), Holman a kol. (2005) zmiňují efekt nadbytečného užívání zdravotní péče a spojují jej s faktem, že zdravotnické služby mají v okamžiku spotřeby téměř nulovou cenu a pacienti si díky tomu nejsou vědomi velikosti skutečných nákladů. Tento jev je známý jako morální hazard a je jedním z důvodů růstu nákladů na zdravotní péči.

Mezi hlavní metody spoluúčasti patří podle Durdisové (2005):

- přímá platba,
- připojištění a
- strop.

Přímá platba je založena podle Durdisové (2005) na přímé úhradě za poskytnutou zdravotní službu. Autorka vidí její implementaci spíše u nezdravotních výkonů, protože její realizace je odvislá na rozhodnutí konkrétního pacienta. Mezi takové typy služeb podle ní patří např. možnost kdykoli konzultovat svůj zdravotní stav či výsledky léčby, návštěva lékaře mimo ordinační dobu, přítomnost gynekologa u porodu nebo konzultaci specialistů s praktickým lékařem. U takovýchto služeb předpokládá zpříjemnění zdravotní péče těm, kteří o to mají zájem.

V případě **připojištění** vidí Durdisová (2005) problém u výběru zdravotních služeb, které budou pacientovi poskytnuty za připojištění. Existují totiž dvě skupiny úkonů a to bezplatné a hrazené pacientem. K vytvoření prostoru pro připojištění musí dojít k převedení služeb z jedné skupiny do druhé. Standardní péče by podle ní měla být taková, která nebude představovat systémovou bariéru v přístupu ke zdravotní péči. Základ by měl být různý pro jednotlivé skupiny obyvatel, protože u dětí by měla být definována na takové úrovni, aby rodiče nebyli nuceni doplácet na jejich pojištění, pokud pro ně chtějí kvalitní péči. Většina obyvatelstva, zejména pak nevýdělečně činní a chronicky nemocní, kteří jsou na zdravotní péči závislí, by měli tak zdravotní péči odpovídající jejich základní pojistce. Autorka spatřuje možnost využití tohoto způsobu spoluúčasti zejména u nadstandardních programů pro pojištěnce (zejména prevenci), informačních službách a zvýšeného hrazení některých výkonů a léčiv.

Poslední formou spoluúčasti je podle Durdisové (2005) **strop**, kdy si do určité výše hradí péči pacient sám a při překročení této částky pak zdravotní pojišťovna. Tento způsob se příliš nehodí k pojistnému systému s volitelným připojištěním.

Jiné rozdělení forem spoluúčasti nabízí Holčík, Káňová a Prudil (2005) a to:

- **spoluúčast na pojištění** - procentní sazba, kterou pacient platí z ceny výkonu,
- **spoluplatba** - pacient platí vždy, pokud je poskytnuta zdravotní služba,
- **balancovaná platba** - pacient platí rozdíl mezi cenou pojišťovny a cenou poskytovatele a
- **platba za výlučný výkon** - pacient platí celou částku za službu, která není hrazena pojišťovnou.

Podle Němce (2008) se používají tyto tři základní formy spoluúčasti a to:

- **pevný poplatek** (co-payment) - pevná částka, kterou musí pacient za každou službu uhradit,
- **soupojištění** (co-insurance) - pevné procento z úhrady každé služby, které musí uhradit pacient a zbytek doplatí zdravotní pojišťovna a
- **franšíza** (deductibles) - pevná částka, kterou musí uhradit pacient ještě dříve než začne plnit zdravotní pojišťovna.

Jiný pohled na dělení spoluúčasti nabízí Vepřek, Vepřek a Janda (2002), kteří dělí spoluúčast na **plošnou** a **elektivní**. U plošné spoluúčasti neexistuje bezplatná varianta, ale některé skupiny mohou být od spoluúčasti osvobozeny (např. poplatek za hospitalizaci, poplatek za ambulantní péči, poplatek za recept). U elektivní spoluúčasti jde o úhradu některých služeb či produktů, u kterých existuje bezplatná varianta (např. léková politika).

Výhody zavedení spoluúčasti pacientů spatřuje Durdisová (2005) v tom, že si pacienti více uvědomují hodnotu, jakou získávají od zdravotního systému a zároveň roste úloha odpovědnosti jedince o své zdraví. Dále také autorka připomíná, že spoluúčast může vyvolat pozitivní efekty. Tím může být třeba růst efektivnosti v chování pacienta, ale může vyvolat také negativní efekty v případě nezodpovědných pacientů, kdy může dojít k odrazení od zdravotní služby, což má za následek negativní externalitu (např. epidemie různých nemocí atd.).

Doporučení pro zavedení finanční spoluúčasti v ČR nabízel Vepřek, Vepřek a Janda (2002). V případě návštěvy praktického lékaře nebo standardní hospitalizace jsou autoři pro řešení formou prvku některého pojistného plánu. U léčiv pak navrhovali pokračovat v systému spoluúčasti u částečně hrazených nebo nehrazených léků. Dále byli autoři pro zavedení poplatku za recept placený lékárně, který by byl bez výjimek. Pouze u některých typů léků spatřovali tento typ regulace jako zbytečný (např. inzulin).

Autor se ztotožňuje s efektem nadbytečného užívání zdravotní péče v důsledku morálního hazardu. Jak už bylo uvedeno dříve, tak právě i v ČR bylo patrné nadužívání zdravotní péče. Autor jako řešení spatřuje stejně jako Lu a Johnson (2008) a Chawla (2007) v uvalení dodatečných výdajů na zdravotnictví ve formě

spoluúčasti pacientů. Výhody spoluúčasti pacientů spatřuje autor stejně jako Němec (2008) zejména v omezení nadužívání zdravotní péče a přílivu dalšího zdroje do financování zdravotnictví.

2.4.1 Dopady zavedení spoluúčasti ve zdravotnictví

Dopady zavedení spoluúčasti v praxi jsou k nalezení v knize Němce (2008), kde je popsána studie společnosti Rand Corporation, která se zabývala dopady zavedení spoluúčasti v USA. Tato rozsáhlá experimentální studie probíhala od roku 1974 do roku 1982 a cílem bylo zjistit vliv spoluúčasti na chování pacientů. Zhruba 5 800 osob v šesti různých lokalitách bylo po dobu 3 nebo 5 let náhodně přiděleno k 12 experimentálním zdravotním plánům, které byly postaveny na platbě za výkon a s dvěma parametry a to výše soupojištění (0 %, 25 % nebo 95 %) a maximum spoluúčasti za rok (5 %, 10 %, 15 % celkového příjmu rodiny za rok, ale nikdy nemohlo dojít k překročení částky 1 000 USD). Z experimentu byli z pochopitelných důvodů vyřazeni lidé s nejvyššími příjmy a lidé starší než 62 let.

Studie došla k závěru, že spoluúčast odrazovala pacienty od využití všech zdravotnických služeb, i těch, které byly efektivní. Pacienty odrazovala tato spoluúčast především před jejich první návštěvou lékaře a poté už na výdaje na léčení neměla spoluúčast vliv. Dalším závěrem bylo, že pacienti bez spoluúčasti využívali více zdravotní péče, ale bez prokazatelného efektu lepšího zdravotního stavu. Naopak pacienti s větší spoluúčastí využívali méně zdravotní péče taktéž bez znatelného efektu horšího zdravotního stavu. Studie také potvrdila hypotézu, že spoluúčast má vliv na velikost výdajů zdravotnických plánů. Pacienti bez spoluúčasti měli o 23 % větší roční výdaje než pacienti se spoluúčastí ve výši 25 % a dokonce o 46 % než pacienti se spoluúčastí ve výši 95 %.

Největší dopad zavedení spoluúčasti byl spatřován u osob s nízkými příjmy, i přesto, že experiment uzpůsoboval maximální výši spoluúčasti na příjmy rodiny. Co se týká preventivních služeb mělo zavedení spoluúčasti negativní vliv, ale i bez spoluúčasti bylo využívání těchto služeb menší oproti žádoucímu stavu. Z tohoto důvodu studie nedoporučuje zavedení spoluúčasti u preventivních služeb a dále u služeb, které jsou prokazatelně spojeny s pozitivními efekty. Posledním závěrem je, že spoluúčast nemá výrazný vliv na efektivitu systému, pokud se tím myslí omezení plýtvání.

Problematikou využití přímých plateb ve zdravotnictví se zabýval ve svém článku Malý (2000), kde se autor staví poměrně zdrženlivě k užitkům zavedení vyšší spoluúčasti pacientů. Za předpokladu cenově pružné poptávky po těchto službách by podle základních ekonomických modelů mělo dojít ke snížení poptávaného množství, což by mělo zvýšit úspory a zároveň mít vliv i na větší efektivitu celého systému.

Autor se v části článku nazvaném Analýza zabývá ekonomickými a sociálními souvislostmi zavedení spoluúčasti pacientů. Co se týká prokazatelných dopadů zavedení přímých plateb ve zdravotnictví připomíná, že neexistuje seriózní empirický výzkum, který by potvrdil, že by došlo ke zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva v důsledku této změny. Pouze se dá předpokládat hypotéza, že v pří-

padě zavedení citelné plošné spoluúčasti by mohlo dojít k situaci, kdy by některé skupiny obyvatel ve snaze ušetřit za primární péči nenavštívily lékaře a zvyšovaly by tím riziko vzniku komplikací onemocnění, což by poté i zvýšilo potřeby finančních prostředků pro celý systém

Dále se autor zabýval otázkou, zda přímé platby mohou sloužit jako nástroj regulace poptávky a jaký je jejich celkový dopad na veřejné výdaje na zdravotnictví. V článku autor cituje studii Newhouse, který v podmínkách amerického prostředí došel k závěru, že za osoby s pojištěním, které pokrývá všechny služby se vydává asi o 50 % více než za osoby, které mají pojištění jen pro katastrofické výdaje. Plné pojištění tedy má za následek, že více osob využívá zdravotnické služby a pak také na jednu osobu připadá více služeb. Tato studie však nedokáže posoudit, zda tento fakt odráží nadbytečnou spotřebu nebo druhá skupina vykazuje podspotřebu.

Při porovnání zemí, kde spoluúčast hraje významnou roli, nebylo zřejmé snížení celkové poptávky a snížení tempa růstu veřejných výdajů oproti zemím, kde tomu tak není. V závěru článku uvádí, že přímé platby mohou znamenat nový významný finanční zdroj v rámci vícezdrojového financování, ale v případě ČR by podle něj byl pravděpodobně limitován nízkou koupěschopnou poptávkou.

2.5 Zavedení regulačních poplatků v ČR v roce 2008

Další podkapitola se už zabývá konkrétní podobou zvýšení finanční spoluúčasti ve zdravotnictví ČR, ke které došlo v roce 2008 zavedením regulačního poplatku za vydaný recept, za návštěvu pohotovosti, návštěvu lékaře a za pobyt v nemocnici. V kapitole tedy dojde k představení procesu zavádění regulačních poplatků v ČR včetně jejich postupných úprav.

Na úvod kapitoly, která se zabývá procesem zavádění regulačních poplatků v ČR, si ukážeme tabulku zdrojů financování zdravotnictví ve vybraných zemích OECD. Rok 2007 byl vybrán záměrně, protože cílem byla komparace situace v ČR a ostatních státech rok před zavedením regulačních poplatků v ČR.

Tab. 4 Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování ve vybraných zemích OECD v roce 2007

	Veřejné výdaje			Soukromé výdaje (v %)
	celkem (v %)	veřejné zdravotní pojištění (v %)	veřejné rozpočty (v %)	
ČR	85,2	76,9	8,3	14,8
Belgie	-	60,4	11,9	-
Dánsko	84,5	0	80,2	15,5
Finsko	74,6	14,5	60,1	25,4
Francie	79	73,8	5,2	21
Irsko	80,7	0,6	80,1	19,3
Itálie	76,5	0,1	76,4	23,5
Lucembursko *	90,9	70,3	20,6	9,1
Maďarsko	70,6	58,2	12,4	29,4
Německo	76,9	67,8	9	23,1
Nizozemsko	-	69,5	5,3	-
Norsko	84,1	12	72,1	15,9
Polsko	70,8	58,6	12,3	29,1
Portugalsko *	71,5	0,8	70,7	28,5
Rakousko	76,4	44,8	31,6	23,6
Řecko	60,3	31,2	29,1	39,7
Slovensko	66,8	60,1	6,8	33,2
Velká Británie	81,7	-	81,7	18,3
Španělsko	71,8	5,1	66,7	28,2
Švédsko	81,7	-	81,7	18,3
Švýcarsko	59,3	42,8	16,5	40,7
USA	45,4	12,7	32,7	54,5

* údaje z roku 2006

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008

Jak lze vidět v ČR činily soukromé zdroje ve financování 14,8 % a byly druhé nejnižší ze všech států, když pouze v Lucembursku byly tyto zdroje ještě nižší. Při pohledu na státy, ve kterých převládá financování pomocí veřejného zdravotního pojištění lze vidět, že hodnota soukromých výdajů v ostatních zemích převyšuje 20 % a u Slovenska dokonce 30 %.

Zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR se zabývá § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zde je psáno, že pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatek. Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

V roce 2008 byly podle § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění k 1. 1. 2008, v platnosti tyto 4 druhy regulačních poplatků:

a) Regulační poplatek ve výši 30 Kč za:

- návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
- návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,
- návštěvu u klinického psychologa a
- návštěvu u klinického logopeda.

Osvobození od tohoto typu regulačního poplatku platí pro:

- preventivní prohlídky,
- dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d),
- hemodialýzu,
- laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření a
- vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

b) Regulační poplatek ve výši 30 Kč za

- vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení.

c) Regulační poplatek ve výši 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím:

- lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři a
- ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 hod. do 7:00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče.

d) Regulační poplatek 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována:

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

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

Ve stejném paragrafu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění k 1. 1. 2008 jsou uvedeny situace, u kterých se regulační poplatky neplatí.

Všechny typy regulačních poplatků se neplatí:

- jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
- při ochranném léčení nařízeném soudem,
- při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu a
- jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů.

V paragrafu § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění k 1. 1. 2008, jsou uvedeny limity pro regulační poplatky a doplatky na léčiva.

Jako ochrana pro starší občany, děti a chronicky nemocné, kteří potřebují více zdravotní péči, byl stanoven také limit regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Tento limit činil 5 000 Kč a při jeho překročení byla zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou přesáhl tento limit. Do tohoto limitu se započítával součet regulačních poplatků za návštěvu u lékaře, za vydání položky na receptu a započítávali se sem doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši.

2.5.1 Změny regulačních poplatků k 1. 4. 2009

Ke změnám regulačních poplatků došlo k 1. 4. 2009, kdy vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Tyto změny zvýhodnily zejména děti do 18 let a seniory starší 65 let. Při zpracování celé této podkapitoly čerpal autor informace z výše uvedeného zákona.

U dětí do 18 let

- došlo ke zrušení poplatku 30 Kč u lékaře (ostatní poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně, 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu klinického psychologa nebo logopeda a 30 Kč za položku na receptu zůstávají) a
- došlo ke snížení ochranného limitu na 2 500 Kč z 5 000 Kč.

U seniorů nad 65 let

- došlo ke snížení ochranného limitu z 5 000 Kč na 2 500 Kč a
- do tohoto limitu jsou nově započítávány doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které obsahují léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept.

Dále došlo k rozšíření skupin osob osvobozených od poplatků o:

- děti umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče a
- osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory nebo ve zdravotních zařízeních ústavní péče, v případě že jim po uhrazení ubytování a stravy zůstane méně než 800 Kč popřípadě pokud nemají žádný příjem.

Ke změně došlo také u 30 Kč poplatku za položku na receptu, který se i nadále platí, ale doplatek pacienta za tuto položku bude snížen o zaplacený regulační poplatek, tak aby částka doplatku byla minimálně 30 Kč. To znamená, že pokud je lék hrazen plně nebo částečně ze zdravotního pojištění hradí se regulační poplatek vždy a v případě částečně hrazených léků se doplatek snižuje o zaplacený regulační poplatek.

K těmto změnám v tomto roce došlo zejména kvůli snahám opozičních poslanců o zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR. Vláda ČR zareagovala tím, že snížila spoluúcast u nejcitlivějších skupin obyvatelstva - u seniorů a dětí do 18 let. Z tohoto důvodu došlo ke snížení ochranného limitu u těchto skupin obyvatelstva a osvobození poplatků u dětí. Svůj vliv sehrálo při snížení ochranného limitu také snaha chránit chronicky nemocné.

2.5.2 Změny regulačních poplatků k 1. 12. 2011 a 1. 1. 2012

K další novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů došlo s účinností od 1. prosince 2011, kdy ale u některých ustanovení je účinnost odložena až k 1. lednu 2012. Při zpracování celé této podkapitoly čerpal autor informace z výše uvedeného zákona.

Změny k 1. 12. 2011

Od 1. prosince 2011 došlo k úpravě výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace ze 60 Kč na 100 Kč.

Změny k 1. 1. 2012

Od začátku roku 2012 došlo ke zrušení regulačního poplatku ve výši 30 Kč za vydání každé položky receptu, který byl nahrazen regulačním poplatkem za recept.

2.5.3 Změny regulačních poplatků k 1. 1. 2014

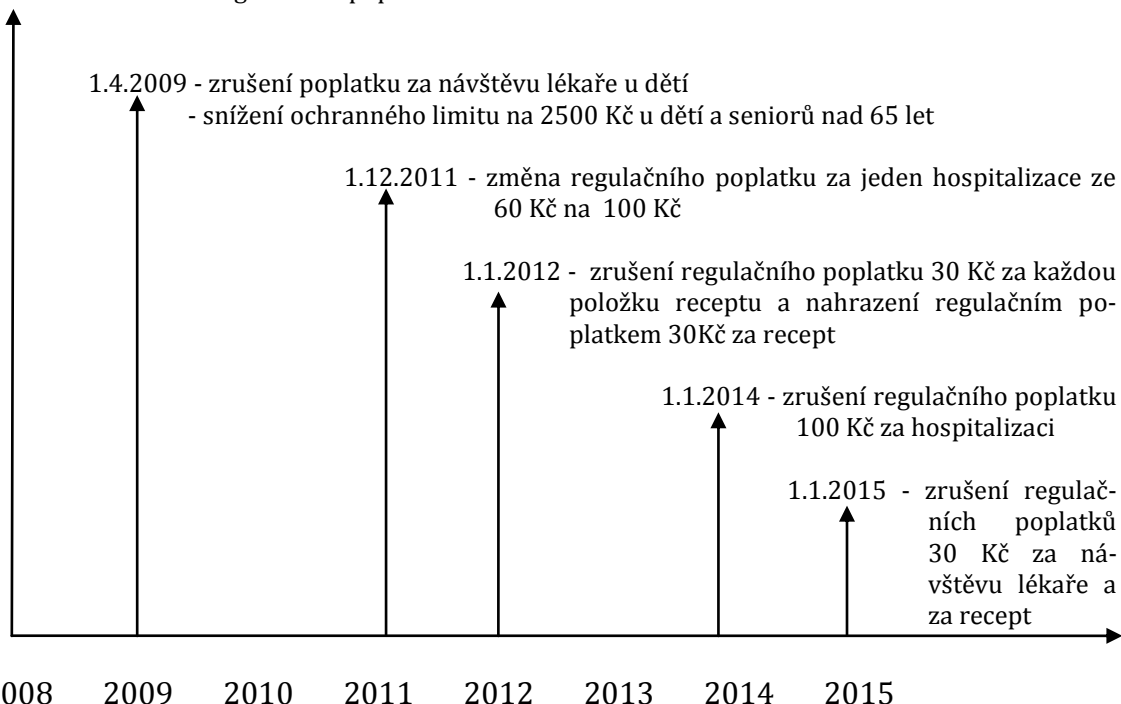
Se začátkem roku 2014 je spojeno zrušení regulačního poplatku 100 Kč za jeden den hospitalizace. K tomuto zrušení došlo na základě rozhodnutí Ústavního soudu (2013), který ruší ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona č. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které nařizovalo pojištěncům hradit regulační poplatek ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována lůžková péče nebo lůžková lázeňská léčebně rehabilitační léčba. Totéž platí i pro pobyt průvodce dítěte v lůžkovém zařízení, pokud je tento pobyt hrazen ze zdravotního pojištění. Jelikož do konce roku 2013 nebyla přijata žádná novela, neplatí pojištěnci od roku 2014 žádný regulační poplatek za ústavní péči.

2.5.4 Změny regulačních poplatků k 1. 1. 2015

K 1. 1. 2015 nabral účinnost zákon č. 256/2014 Sb., který mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Prostřednictvím této novely se ruší regulační poplatek ve výši 30 Kč za ošetření v ambulantní sféře a regulační poplatek ve výši 30 Kč za recept.

Od roku 2015 platí tedy pouze regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Zároveň však tento poplatek není započítatelný do ochranného limitu.

1.1.2008 - zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví



2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015

Obr. 6 Vývoj zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR

Zdroj: Vlastní zpracování na základě VZP

2.5.5 Práce zabývající se regulačními poplatky v ČR

Další podkapitola se zabývá pracemi ostatních autorů, které se zabývaly zavedením a zrušením regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR. Tyto studie se zabývaly zavedením regulačních poplatků z jiných pohledů než autor diplomové práce, a proto je zde autor uvádí pro rozšíření znalostí týkajících se dopadů zavedení poplatků ve zdravotnictví ČR.

Dopady regulačních poplatků na domácnosti se zabývala ve své stejnojmenné studii Krutilová (2010). Autorka připomíná, že v ČR znamenalo zavedení regulačních poplatků nový výdaj pro české domácnosti a pro některé typy domácnosti mohly tvořit finanční bariéru v přístupu ke zdravotní péči i přesto, že v systému byly zavedeny ochranné prvky.

Při své analýze vycházela z metodiky WHO, která měla za cíl změřit spravedlnost při financování zdravotní péče a zabezpečení ochrany finančních rizik. Pro zjištění dopadů regulačních poplatků na domácnosti využila pět základních typů domácností a to domácnost s dětmi, domácnost bez dětí, domácnost v čele s nezaměstnanou osobou, domácnost důchodců (bez ekonomicky aktivních členů) a domácnost OSVČ.

Autorka došla k výsledku, že průměrná česká domácnost vydala na zdraví v roce 2007 3,23 % platební kapacity a v roce 2008 3,77 %. Podle očekávání nejvíce vydávaly na zdraví domácnosti důchodců, u kterých došlo v roce 2008 k nárůstu tohoto podílu o 1,19% z 5,73 % na 6,92 %, což v porovnání s ostatními typy do-

mácnosti znamená, že domácnosti důchodců platí ze své kapsy dvakrát více finančních prostředků.

Po zavedení regulačních poplatků v ČR se roce 2008 zvětšily výdaje českých domácností na zdraví měsíčně o 59 Kč na jednu osobu a průměrná osoba v české domácnosti pak za regulační poplatky zaplatila 48 Kč měsíčně. Jak už bylo řečeno největší nárůst nastal u domácností důchodců, kde se výdaje na zdraví zvýšily o 103 Kč měsíčně a regulační poplatky činily měsíčně 105 Kč.

Při zaměření na strukturu výdajů na zdraví, tak u většiny sledovaných domácností došlo k poklesu výdajů na volně dostupná léčiva, což lze podle autorky vysvětlit jako kompenzaci zavedení regulačních poplatků a růstu cen léků a doplatků na léky.

Dlouhý (2010) se zavedením spoluúčasti ve zdravotnictví ČR předpokládal dva efekty a to odrazení od zbytečné spotřeby služeb a získání dodatečných příjmů. Celkový efekt pak podle něj závisí na elasticitě poptávky, která se liší u různých sociálních skupin obyvatelstva. Slabinu poté vidí v tom, že může odrazovat ty, kteří zdravotní péči potřebují, ale tato cena je pro ně vysoká. Tím může dojít ke snížení dostupnosti péče a narušení principu rovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Z tohoto důvodu poté dochází k osvobození slabších sociálních skupin od plateb (důchodci, chronicky nemocní), ale to jsou zároveň největší uživatelé těchto služeb. Regulační efekt poté ztrácí do určité míry svou sílu.

Spoluúčast má tedy, stejně jako jiná regulační opatření, jak své silné tak i slabé stránky. Autor připomíná, že soukromé zdroje tvoří normální součást financování zdravotnictví i v ostatních zemích a jejich velikost v ČR je oproti těmto zemím poměrně nízká. Politický boj o třicetikorunovou platbu, který u nás probíhal, považuje za zbytečný, protože tato částka by neměla nikterak výrazně ožebračit české občany a neměla by jim bránit v přístupu k péči. S vhodně zvolenými sociálními pojistkami by podle něj mohly být tyto doplatky i vyšší.

Pražmová a Talpová (2014) ve své analýze zavedení regulačních poplatků v ČR došly k závěru, že jejich zavedení mělo za následek snížení spotřeby zdravotnických služeb, jak u ambulantních ošetření, tak i u lékařské služby první pomoci. Případné zrušení těchto poplatků autorky nedoporučují, protože regulační poplatky přinesly do zdravotnictví cca. 5 miliard Kč ročně a ČLK, SPL a další odborné organizace dopředu upozorňovaly, že v případě jejich zrušení budou po státu požadovat kompenzaci těchto finančních prostředků a najít tyto zdroje bude pro něj velmi složité.

Tab. 5 Výdaje domácností v ČR na regulační poplatky v běžných cenách (v tisících Kč)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Poplatek za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	2 457 967	1 858 376	2 057 805
Poplatek za návštěvu lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	1 374 137	1 474 027	1 505 167
Poplatek za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	1 242 211	1 824 472	1 744 009
Poplatek za pohotovost	178 145	207 753	191 444	179 915	179 361	182 048
Celkem	5 571 270	5 779 848	5 621 894	5 254 230	5 336 236	5 489 029

Zdroj: Vlastní zpracování na základě Český statistický úřad. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2000-2011, Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2000-2013

Z tabulky uvedené výše můžeme vidět, že od zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví až do roku 2013, ze kterého jsou poslední dostupné údaje, činily tržby z regulačních poplatků každoročně více než 5 miliard Kč. Největší položku tvořil poplatek za recept a naopak nejnižší poplatek za pohotovost. Z tabulky jsou jasně patrné změny v regulačních poplatcích v roce 2012, kdy došlo ke zrušení poplatku za položku na receptu, která byla nahrazena poplatkem za recept a zvětšením poplatku za jeden den hospitalizace na 100 Kč.

Zrušením regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR se zabývala VZP ve své analýze Zhodnocení dopadu zrušení regulačních poplatků v lůžkových a ambulantních zařízeních (2015). V případě léčivých přípravků byl po zrušení poplatku za recept zaznamenán nárůst počtu vydaných receptů na pacienta, ale zároveň také pokles vydaných balení na receptu. U celkového počtu balení na pacienta nedošlo k výraznějším změnám. V případě počtu návštěv u ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb došlo po zrušení poplatku za návštěvu lékaře k nárůstu počtu ošetření v ordinaci praktického lékaře. U ambulancí stomatology, gynekologie a specializované ambulantní péči však k předpokládanému nárůstu nedošlo.

2.5.6 Dopady zrušení regulačních poplatků v ČR

V následující kapitole budou představeny dopady spojené se zrušením regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR. Jak bylo vidět v předchozí kapitole, toto zrušení způsobilo ročně výpadek cca 5 miliard Kč, které byly hrazeny ze soukromých zdrojů obyvatelstva.

Dalším dopadem bylo schválení novely zákona o zdravotním pojištění Poslaneckou sněmovnou ČR, ve které se zvyšuje platba státu za státního pojištěnce ze 787 Kč na 845 Kč. K tomuto kroku došlo podle Citorese (2014) a článku Poslanci schválili peníze na kompenzaci poplatku za hospitalizaci, kvůli kompenzaci zrušených poplatků za hospitalizaci a od července roku 2014 by toto opatření mělo do konce roku přinést do zdravotnictví cca 2,1 miliardy Kč. Novela přikazuje zdravotním pojišťovnám kompenzovat poskytovatelům lůžkové zdravotní péče výpa-

dek příjmů z regulačních poplatků za hospitalizaci, které by byly vybrány, pokud by jej Ústavní soud na začátku roku 2014 nezrušil. Tato kompenzace bude probíhat formou měsíčních záloh ve výši jedné dvanáctiny úhrnu regulačních poplatků, které poskytovatel lůžkové péče v roce 2013 vykázal zdravotní pojišťovně.

Podle návrhu nové Úhradové vyhlášky 2015 dostupné na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví (2015) by mělo dojít ke kompenzaci za zrušení regulačních poplatků. V případě lůžkové péče by tato kompenzace měla dosahovat 1,8 miliardy Kč, u ambulancí 1,5 miliardy Kč, u lékáren 0,7 miliard Kč a u lázní pak 0,2 miliard Kč.

Jako další dopad zrušení poplatků můžeme vidět v kompenzaci ambulantních zdravotnických zařízení a lékáren VZP. V roce 2015 podle VZP (2014) a článku Za zrušené regulační poplatky dá VZP příští rok lékařům a lékárnám 1,4 miliardy, dostanou ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb od VZP 900 milionů Kč, ke kterému dojde prostřednictvím vykazování speciálního signálního kódu za výkon a pojišťovna jim následně zaplatí částku 30 Kč. V případě lékáren se předpokládá kompenzace zhruba ve výši 490 milionů Kč a vykazování by mělo probíhat také podle signálního kódu.

2.6 Regulační poplatky ve zdravotnictví Slovenska

Kapitola věnující se regulačním poplatkům ve zdravotnictví Slovenska je v práci uvedena z důvodu komparace pozorovaných dopadů zavedení poplatků v ČR a na Slovensku. Z tohoto důvodu je nutné stručně představit poplatky ve zdravotnictví Slovenska.

Podle Havlové (2007) začala na Slovensku probíhat reforma zdravotnictví v roce 2002. Její první stabilizační fáze začala v praxi fungovat od 1. června 2003 a s tímto dnem bylo spojeno také zavedení těchto poplatků:

- za návštěvu lékaře - 20 Sk
- za vydání receptu - 20 Sk
- za den pobytu v nemocnici - 50 Sk (horní hranice hospitalizace - 21 dnů)
- za návštěvu lékařské pohotovosti - 60 Sk (pokud nedojde k následné hospitalizaci) a
- za každý kilometr dopravy sanitkou - 2 Sk.

K 1. září 2006 však došlo podle internetového článku, Slovenská vláda zrušila pacientům některé poplatky, uvedeného na serveru Zdraví a zdravotnictví (2006) ke zrušení poplatku za návštěvu lékaře a za den pobytu v nemocnici. Dále došlo také ke snížení poplatku za recept na 5 Sk.

3 Metodika

Cílem zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR v roce 2008 bylo podle Julínka (2007) omezit plýtvání v oblasti předepisování léků do zásoby a počtu návštěv u lékařů. Z tohoto důvodu se autor rozhodl pro splnění hlavního cíle týkajícího se důsledků zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR zabývat touto problematikou z hlediska rozhodování pacientů o čerpání zdravotní péče. Z tohoto důvodu dojde k prozkoumání toho, zda zavedení regulačního poplatku za položku na receptu a poté poplatku za recept vedlo k poklesu počtu vydaných receptů. Dále bude přezkoumáno, zda po zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti došlo k omezení počtu ošetření LPS a jestli po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu celkového počtu ošetření v ambulantní péči. Kromě toho se autor rozhodl sledovat také možný dopad zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti na četnost primárních výjezdů ZZS a počet ošetření ZZS bez ohrožení života. V případě využití služeb ZZS není vyžadován poplatek a dal se tedy očekávat nárůst počtu jejich primárních výjezdů a počtu ošetření bez ohrožení života. Z důvodu zaměření práce se autor blíže nevěnuje poplatku za pobyt v nemocnici, protože o hospitalizaci nerozhoduje samotný pacient, ale lékař.

Autor se tedy rozhodl otestovat těchto šest hypotéz týkajících se zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR.

H1: Zavedení regulačního poplatku za položku receptu vedlo ke snížení počtu vydaných receptů.

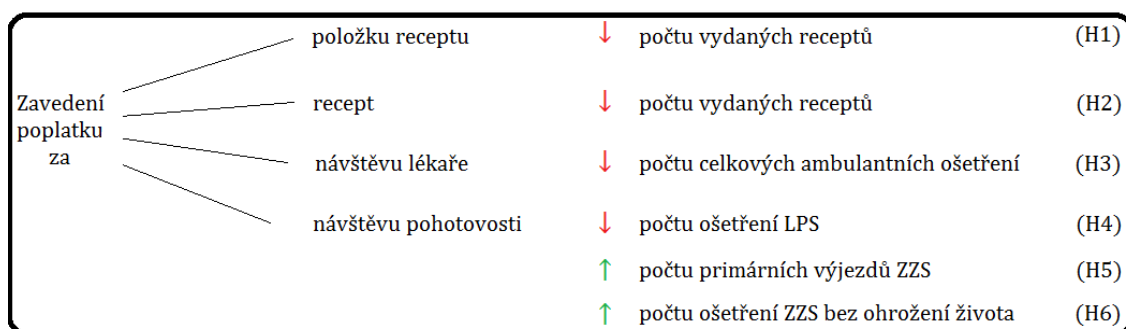
H2: Zavedení regulačního poplatku za recept vedlo ke snížení počtu vydaných receptů.

H3: Zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů snížit celkový počet ošetření v ambulantní péči.

H4: Zavedení regulačního poplatku za pohotovostní službu vedlo k motivaci občanů snížit počet návštěv LPS.

H5: Zavedení regulačního poplatku za pohotovostní službu vedlo k růstu počtu primárních výjezdů ZZS.

H6: Zavedení regulačního poplatku za pohotovostní službu vedlo k růstu počtu ošetřených bez ohrožení života u ZZS.



Obr. 7 Schematické znázornění jednotlivých hypotéz týkajících se dopadů zavedení regulačních poplatků

Zdroj: Vlastní zpracování autor

Autor se rozhodl ještě svoji analýzu důsledků zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR rozšířit také o prozkoumání počtu ošetření na jednotlivých ambulancích, u kterých byly dostupné údaje ve zdravotnických ročenkách jednotlivých krajů. Autora totiž zajímalo, zda došlo k poklesu počtu návštěv pouze v ordinaci praktických lékařů nebo také u jiných specializací. Efekt nadužívání zdravotní péče byl totiž podle autora spojován zejména s ordinací praktického lékaře pro dospělé, protože služeb tohoto lékaře využívají občané běžně nejčastěji a mnohdy si chodí se svým lékařem popovídat o svém zdravotním stavu. Důvodem pro toto rozšíření analýzy důsledků zavedení poplatků ve zdravotnictví ČR byl také fakt, že v žádných dostupných analýzách nebyly tyto výsledky k nahlédnutí.

Pro splnění prvního vedlejšího cíle týkajícího se dopadů zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR se autor potýkal s tím, že potřebné údaje v době psaní diplomové práce ještě nebyly k dispozici. Jedinou možností jak ilustrovat dopady zrušení poplatků za vydaný recept a za návštěvu lékaře, ke kterému došlo v roce 2015, tak bylo využít údaje z analýzy VZP s názvem Zhodnocení dopadu zrušení regulačních poplatků v lůžkových a ambulantních zařízeních (2015). Autor si je vědom, že tyto údaje mají omezení v tom, že se týkají pouze pojištěnců VZP, ale tato pojišťovna je dominantní na českém trhu zdravotního pojištění, a proto autor považuje tato data za relevantní. Údaje z VZP zachycovaly počet vydaných receptů, počet ošetření u praktických lékařů, stomatologů a gynekologů a právě z tohoto důvodu se autor rozhodl prozkoumat, jestli po zrušení poplatku za recept a návštěvu lékaře došlo k nárůstu počtu vydaných receptů a počtu ošetření ve výše zmíněných ambulancích. Výjimku tvořil poplatek za návštěvu lékaře u pediatrií, kdy děti byly osvobozeny od tohoto poplatku už v dubnu 2009, a proto se autor rozhodl zjistit, zda po tomto osvobození došlo k nárůstu počtu ošetření na pediatrii (včetně dorostového lékařství). Autor tedy stanovil následujících pět hypotéz důsledků zrušení regulačních poplatků.

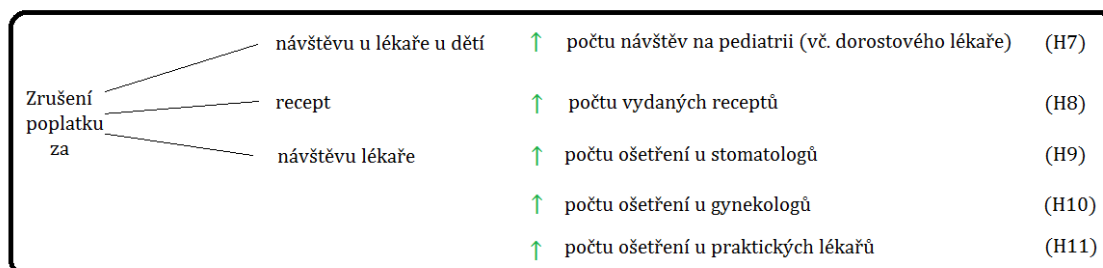
H7: Osvobození regulačního poplatku za návštěvu u lékaře u dětí vedlo k růstu počtu ošetření na pediatrii (včetně dorostového lékařství).

H8 : Zrušení regulačního poplatku za recept vedlo k růstu počtu vydaných receptů.

H9: Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů zvýšit počet ošetření u stomatologů.

H10: Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů zvýšit počet ošetření u gynekologů.

H11: Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů zvýšit počet ošetření u praktického lékaře.



Obr. 8 Schematické znázornění jednotlivých hypotéz týkajících se dopadů zrušení regulačních poplatků

Zdroj: Vlastní zpracování autor

Pro vlastní práci byl použit kvantitativní výzkum vycházející z obsahové analýzy dat získaných ze zdravotnických ročenek jednotlivých krajů České republiky (2002-2014) a Zdravotnické ročenky České republiky (2002-2014), které vydává ÚZIS ČR. Potřebné údaje pro analýzu byly sledovány v členění na jednotlivé kraje ČR od roku 2001. Tento rok byl vybrán, protože potřebná data ze zdravotnické ročenky jednotlivých krajů byly dostupné až od tohoto roku. Výjimku tvoří údaje týkající se hypotéz H5 a H6, kdy byly dostupné údaje až od roku 2005 a v případě Prahy a Středočeského kraje dokonce až od roku 2007. Posledním rokem zahrnutým do analýzy zavedení regulačních poplatků je rok 2013, protože novější zdravotnická ročenka ještě nebyla v době psaní diplomové práce vydána. V případě počtu ošetření u ambulantní péče jsou získané údaje přepočteny na 100 obyvatel, protože právě toto členění se objevovalo v jednotlivých zdravotnických ročenkách. U počtu primárních výjezdů ZZS a počtu ošetření bez ohrožení života u ZZS je výsledný údaj v absolutní velikosti.

Pro ověření hypotéz H1-H6 týkajících se dopadů zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR a dopadů na jednotlivé ambulance byl proveden statistický párový t-test. Výpočet samotného t-testu byl proveden na základě Blaškové a kol. (2012).

Při výpočtu předpokládáme, že v jednotlivých krajích ČR byly pozorovány dva kvantitativní znaky X (střední hodnota údajů před zavedením regulačních poplatků) a Y (střední hodnota údajů po zavedení regulačních poplatků), které nejsou nezávislé a mají normální rozdělení. Výpočtem se poté bude testovat nulová statistická hypotéza o rovnosti středních hodnot μ_1 a μ_2 .

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Při použití párového t-testu se začíná určením difference.

$$d_i = x_i - y_i, \text{ pro } i = 1, 2, \dots, n$$

Dalším krokem je výpočet hodnoty \bar{d} a s^2 .

$$\bar{d} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n d_i \qquad s^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (d_i - \bar{d})^2$$

Jako testovací kritérium se použije testovací statistika

$$t = \frac{\bar{d}}{S} \cdot \sqrt{n},$$

kteřá má za platnosti nulové hypotézy Studentovo t-rozdělení o $(n-1)$ stupních volnosti.

Testovaná statistická hypotéza H_0 se zamítá na stanovené hladině významnosti 0,05, pokud

$$|t| = \frac{|\bar{d}|}{s} \cdot \sqrt{n} > t_{1-\frac{\alpha}{2}}(n-1).$$

Hodnota $t_{\alpha}(n-1)$ je kritická hodnota Studentova rozdělení, pro stanovenou hladinu významnosti α a dané n , která je k dispozici v tabulce kritických hodnot Studentova t-rozdělení. Kritický obor má pak tvar:

$$W_{\alpha} = (-\infty, t_{\frac{\alpha}{2}}(n-1)) \cup (t_{1-\frac{\alpha}{2}}(n-1); +\infty)$$

V případě stanovených hypotéz H_1 - H_4 a jednotlivých ambulancí, kde se testuje zda došlo k statisticky významnému poklesu počtu návštěv u lékaře, jsou stanovené statistické hypotézy:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 > \mu_2$$

$$\text{Kritický obor množiny } W_{\alpha} = (1,771; +\infty)$$

Výjimku u velikosti intervalu kritického oboru množiny W_{α} tvoří některé ambulance, které se nenachází ve všech krajích ČR nebo zde prostě není tato ambulance sledována. V těchto případech se liší spodní hranice kritického oboru množiny W_{α} .

V případě stanovených hypotéz H_5 - H_6 , kde se testuje zda došlo k statisticky významnému růstu počtu výjezdů zdravotnické záchranné služby, počtu ošetřených bez ohrožení života a počtu ošetření na pediatrii, jsou stanovené statistické hypotézy:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 < \mu_2$$

$$\text{Kritický obor množiny } W_{\alpha} = (-\infty; -1,771)$$

K zamítnutí statistické hypotézy H_0 potom dojde, pokud testovací statistika $t \notin$ v kritickém oboru množiny W_{α} , který nalezneme v Tabulce kritických hodnot Studentova t-rozdělení podle počtu pozorování n a stanovené hladiny významnos-

ti. V našem případě se většinou $n = 14$, protože ČR má 14 krajů a hladina významnosti α je na stanovena na úrovni 0,05.

V našem případě došlo k testování středních hodnot pozorování před zavedením regulačních poplatků od roku 2001 do roku 2007 a středních hodnot pozorování po zavedení regulačních poplatků od roku 2008 do roku 2013. Na jeho základě je pak rozhodnuto o rozdílnosti obou středních hodnot. Výjimku tvoří již zmiňované hypotézy H5 a H6, kdy do středních hodnot před zavedením poplatků jsou zahrnuty jen roky 2005-2007 a u Prahy a Středočeského kraje pouze rok 2007.

U stanovených hypotéz H3 a H4 a jednotlivých specializací ambulantní péče, u kterých došlo podle párového t-testu k významnému poklesu v počtu ošetření, dojde následně ke komparaci s údaji ze Slovenska, kde byl stanoven poplatek za návštěvu lékaře a pohotovosti v podobné výši jako v ČR. Toto srovnání bylo dílčím cílem práce, který měl posloužit pro zvýšení vypovídací hodnoty pozorovaných dopadů, protože Slovensko je kulturně i zeměpisně blízké ČR a dá se tedy očekávat, že v obou zemích by mohlo dojít k analogickým výsledkům. V případě hypotéz H1 a H2 nebylo možné provést srovnání, protože na Slovensku nejsou dostupná data. U hypotéz H5 a H6 není možné srovnání z důvodu odlišného fungování systému, protože na Slovensku byl na rozdíl od ČR zaveden poplatek za kilometr dopravy sanitkou.

V případě Slovenska tedy dojde k zjišťování dopadů zavedení poplatku za návštěvu lékaře a pohotovosti na celkový počet ambulantních ošetření, na počet ošetření LPS a na počet ošetření u ambulancí, u kterých došlo v ČR ke statisticky významnému poklesu počtu ošetření. Na Slovensku došlo k zavedení těchto poplatků ve zdravotnictví od 1. června 2003, ale už k 1. září 2006 došlo k zrušení poplatku za návštěvu u lékaře. Dojde tedy k porovnání středních hodnot sledovaných ukazatelů před zavedením regulačních poplatků z let 2000-2002 a středních hodnot po zavedení regulačních poplatků z let 2004-2005. Roky 2003 a 2006 byly záměrně vynechány, protože k zavedení i zrušení poplatků došlo v průběhu těchto let. Výjimku budou tvořit počty ošetření LPS, kdy do středních hodnot po zavedení poplatku budou zahrnuty roky 2004-2013, protože tento poplatek i nadále funguje. Potřebná data týkající se Slovenské republiky byly získány ze Zdravotnické ročenky Slovenskej republiky (2001-2015), kterou vydává Národní centrum zdravotnických informací. Uváděná data budou v tomto případě opět v přepočtu na 100 obyvatel.

V případě Slovenska autor narazil na problém v celkovém počtu ošetření, uvedeném ve Zdravotnické ročence Slovenskej republiky 2004. Tato hodnota byla naprosto nepřiměřeně vysoká a bylo tak zřejmé, že se jedná o překlep. Z tohoto důvodu nemohl autor použít tuto hodnotu pro vypočtení střední hodnoty počtu ošetření po zavedení regulačních poplatků. Autor se kvůli tomu rozhodl ve všech letech shromáždit podrobněji členěná data ze Slovenska na jednotlivé ambulance v členění dle ČR.

K ověření hypotézy H7 týkající se osvobození dětí od regulačních poplatků za návštěvu lékaře bude proveden opět statistický párový t-test, který už byl po-

psán výše. Dojde k testování středních hodnot počtu ošetření před zavedením regulačních poplatků od roku 2001 do roku 2007 a hodnoty počtu ošetření v roce 2008, protože k tomuto osvobození došlo v průběhu roku 2009, tak autor tento rok nezahrnul do střední hodnoty po osvobození od poplatku. Na základě výsledků párového t-testu je pak rozhodnuto o rozdílnosti obou středních hodnot a k zamítnutí statistických hypotéz pak dojde stejným způsobem jako u hypotéz H5 a H6.

Pro ověření zbývajících hypotéz H8-H11 týkajících se dopadů zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR musel autor využít poskytnuté údaje z analýzy VZP s názvem Zhodnocení dopadu zrušení regulačních poplatků v lůžkových a ambulantních zařízeních (2015). V této analýze byly počty vydaných receptů, ošetření u praktických lékařů, gynekologů a stomatologů uvedeny pouze v absolutní velikosti pro 1. pololetí roku 2013, 2014 a 2015 a v celorepublikové výši. Kvůli nedostatečnému množství pozorování a pouze celorepublikovým údajům nebylo možné provést, jako v případě zavedení poplatků párový t-test, a proto u stanovených hypotéz H6-H9 dojde pouze k porovnání průměru hodnot z prvních pololetí roků 2013, 2014, kdy ještě fungovaly poplatky a hodnoty z prvního pololetí roku 2015, tedy po zrušení poplatků. Uváděná data budou v tomto případě v absolutních hodnotách.

K nastínění možných dopadů zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře a za vydaný recept ve zdravotnictví ČR byl stanoven ještě dílčí cíl, kdy budou představeny sledované dopady zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře na Slovensku, ke kterému došlo k 1. září 2006. V případě vydaných receptů nejde stejně jako v případě zavedení poplatku toto srovnání provést, protože na Slovensku chybí relevantní data. V práci budou tedy ukázány důsledky zrušení poplatku na celkový počet ošetření v ambulantní péči a na počet ošetření v jednotlivých ambulancích, ve kterých došlo v ČR k poklesu počtu ošetření. Proběhne tedy porovnání středních hodnot týkajících se jednotlivých sledovaných veličin na Slovensku v době fungování poplatků v letech 2004-2005 a středních hodnot po jejich zrušení z let 2007-2013. Roky 2003 a 2006 byly opět záměrně vynechány, protože k zavedení i zrušení poplatků došlo v průběhu těchto let. Potřebné data týkající se Slovenské republiky byly získány znovu ze Zdravotnické ročenky Slovenskej republiky (2005-2006, 2008-2015), kterou vydává Národní centrum zdravotnických informací. Uváděná data budou v tomto případě opět v přepočtu na 100 obyvatel.

V práci bude také využit kvalitativní výzkum, který bude mít formu dotazování praktických lékařů, lékárníků a zástupců očních optik ve formě strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Toto dotazování proběhne až po kvantitativní analýze údajů získaných z ÚZIS ČR a NCZI, protože jeho cílem bude rozšířit informace získané z předchozí kvantitativní analýzy. Kvalitativní výzkum bude proveden podle informací získaných z Hendla (2005) a bude zaměřen na osobní zkušenosti dotazovaných. Jeho prostřednictvím dojde také k potvrzení nebo vyvrácení možných domněnek autora, kterými vysvětloval pozorované důsledky zavedení regulačních poplatků.

Podle Hendla (2005) si v případě kvalitativního výzkumu vybírá výzkumník na jeho začátku téma a základní výzkumnou otázku. V průběhu výzkumu je pak

možné různě modifikovat a doplňovat tuto výzkumnou otázku. Tento autor spojuje s kvalitativním výzkumem takové přednosti jako je např. umožnění studování procesů, navrhování teorií a hledání příčinných souvislostí. Jako nevýhody pak uvádí zejména fakt, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná na celou populaci.

Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami se pak podle Hendla (2005) skládá z několika pečlivě formulovaných otázek, na které odpovídají jednotliví respondenti. S tímto druhem dotazování je spojen také fakt, že získaná data během rozhovorů by se neměla strukturálně odlišovat a dochází zde k minimalizaci možného efektu tazatele na kvalitu rozhovoru. Výhoda získaných dat touto metodou spočívá také v jejich snadnější analýze, protože se jednotlivá témata snadno naleznou v přepisu rozhovoru.

V příloze (obr. 39) diplomové práce budou uvedeny jednotlivé strukturované rozhovory s otevřenými otázkami pro jednotlivé dotazované, protože se budou lišit v závislosti na osobě dotazovaného.

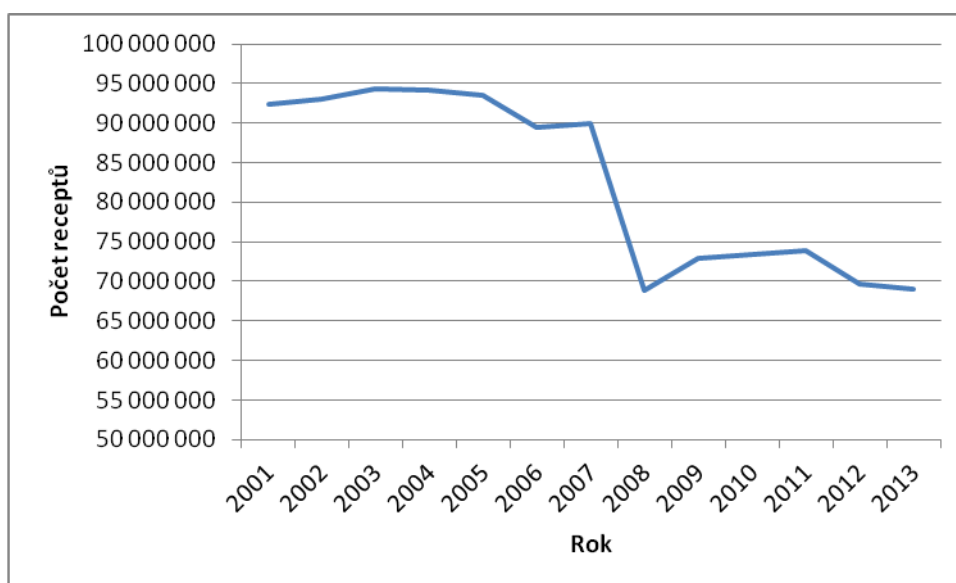
Druhým vedlejším cílem pak je návrh doporučení a úprav stávajícího systému spolufinancování zdravotní péče v ČR. Tyto návrhy se budou opírat, jak o znalosti získané z literární rešerše, která se zabývala financováním zdravotnictví, tak i o výsledky a zjištěné fakta z provedených analýz a kvalitativního výzkumu.

4 Vlastní část práce a diskuze

Diplomová práce se zabývá regulačními poplatky ve zdravotnictví ČR, které byly ve zdravotnictví ČR zavedeny v roce 2008. Jejich hlavním cílem bylo omezit nadměrné užívání zdravotní péče a zároveň přinést do zdravotnictví další zdroj financí. Z tohoto důvodu je vlastní část práce a analýza zaměřena na oblast čerpání zdravotní péče pacienty, a proto v ní dojde nejdříve k představení vývoje u počtu celkových ošetření v ambulantní péči, počtu ošetření LPS a počtu vydaných receptů v ČR v době před a po zavedení regulačních poplatků. To jsou také základní sledované ukazatele potřebné pro analýzu zavedení a zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR v roce 2015. Poté už dojde k samotné analýze dopadů zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR, kdy tyto zjištěné dopady budou poté porovnány s důsledky zavedení regulačních poplatků na Slovensku v průběhu roku 2003. Dále je pak provedena analýza zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR, kdy pro nastínění možných dopadů jsou představeny i dopady zrušení poplatků na Slovensku. V práci je také proveden kvalitativní výzkum u lékařů, lékárníků a zástupců očních optik zabývajících se problematikou dopadů zavedení a zrušení regulačních poplatků. Na základě provedených analýz a znalostí získaných z literární rešerše dojde na závěr k formulaci návrhů a doporučení pro spolufinancování zdravotnictví ČR.

4.1 Vývoj základních ukazatelů potřebných pro analýzu

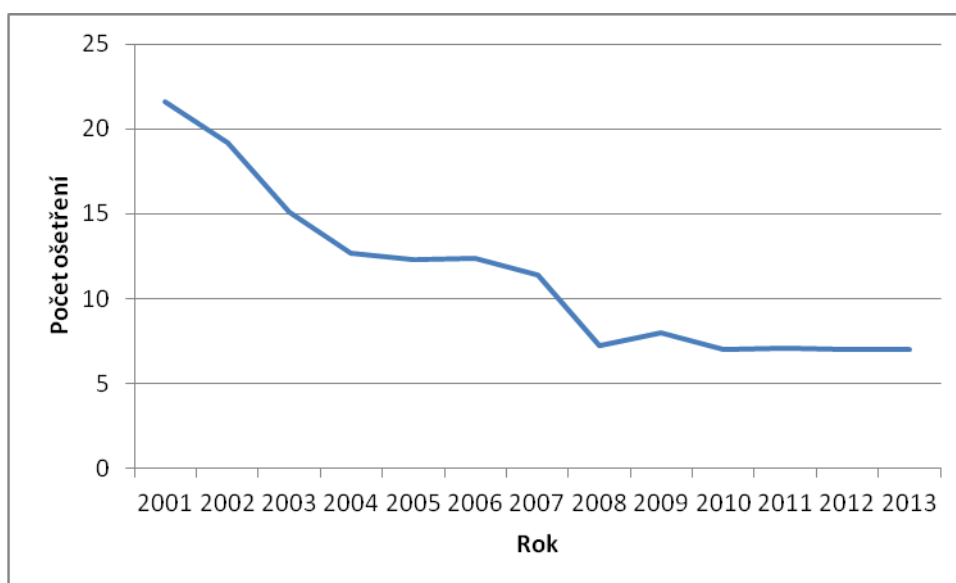
Na začátek praktické části práce je na místě uvést celorepublikové údaje shrnující vývoj základních sledovaných ukazatelů, u kterých následně dojde k analýze dopadů zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR.



Obr. 9 Počet vydaných receptů v ČR v letech 2001-2013

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

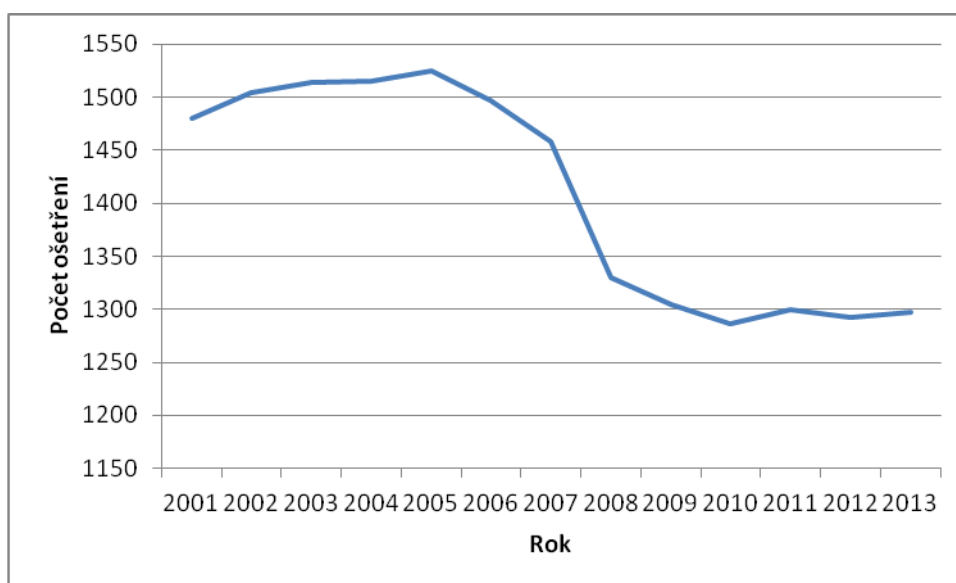
V grafu uvedeném výše můžeme vidět vývoj počtu vydaných receptů v letech 2001-2013. Jak můžeme vidět, do roku 2007 se množství vydaných receptů pohybovalo na přibližně stejné úrovni, ale v roce 2008 po zavedení regulačního poplatku za položku receptu, je zde jasně patrný pokles. K dalšímu mírnému poklesu počtu vydaných receptů došlo v roce 2012, kdy byl zrušen regulační poplatek za každou položku receptu a byl nahrazen regulačním poplatkem za recept.



Obr. 10 Celkový počet ošetření LPS v ČR v letech 2001-2013 - přepočtený na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

Graf umístěný výše zobrazuje celkový počet ošetření LPS přepočtený na 100 obyvatel v letech 2001-2013. Jak můžeme vidět, počty ošetřených LPS klesaly přibližně do roku 2004. Tento pokles mohl být způsoben rušením některých pracovišť nebo omezováním ordinační doby, ke kterému docházelo v minulosti. Tento fakt lze potvrdit např. podle Zdraví E15 (2002). K prohloubení poklesu pak došlo v roce 2008, kdy došlo k zavedení regulačního poplatku za pohotovost. Od roku 2010 už je patrná stabilní úroveň počtu ošetření LPS.



Obr. 11 Celkový počet ošetření v ambulantní péči ČR v letech 2001-2013 - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

V grafu umístěném výše lze vidět celkový počet ošetření v ambulantní péči přepočtený na 100 obyvatel v letech 2001-2013. Jak můžeme vidět, až do roku 2005 je patrný růst celkového počtu ošetření. Poté je vidět postupný pokles počtu ošetření, který byl zvýrazněn v roce 2008, kdy došlo k zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře. V letech 2011-2013 došlo k zastavení poklesu tohoto ukazatele a právě v těchto letech se ozývaly hlasy některých politiků na serveru Lidovky.cz (2012), že regulační poplatky přestávaly plnit svou regulační funkci a mělo by dojít k jejich mírnému navýšení.

4.2 Analýza dopadů zavedení poplatků ve zdravotnictví ČR

Analýza dopadů zavedení regulačních poplatků byla provedena pomocí testování stanovených hypotéz prostřednictvím párového t-testu, kdy byly na údajích z jednotlivých krajů pozorovány dva kvantitativní znaky (střední hodnota před zavedením regulačního poplatku a střední hodnota po zavedení regulačního poplatku), které se nedají považovat za nezávislé. Po testování pak proběhne u již zmíněných příkladů srovnání se Slovenskem a v některých případech také kvalitativní výzkum.

Testování hypotéz H1 a H2

Zavedení regulačního poplatku za položku receptu ve výši 30 Kč v roce 2008, který se v roce 2012 změnil na poplatek za recept ve stejné výši, mělo za cíl snížit plýtvání v oblasti léků. Lékaři totiž nemají přehled o dublovaných předepsaných balení léčivých přípravků, a tak mohlo docházet k tomu, že si pacienti mohli nechat

předepsat léky u specialistů a také u svých praktických lékařů. Pacienti pak mohli mít z tohoto důvodu zbytečně vysoké zásoby léků ve svých domácnostech. Autor se z tohoto důvodu rozhodl prozkoumat účinnost tohoto zpoplatnění a sledoval změny v počtu vydaných receptů po zavedení těchto poplatků. Dalo se předpokládat, že dojde k poklesu počtu vydaných receptů, protože pacienti kromě tohoto poplatku platili většinou ještě poplatek za návštěvu lékaře. K tomu je nutné ještě brát v potaz i čas strávený v čekárnách praktických lékařů.

H1: Zavedení regulačního poplatku za položku receptu vedlo ke snížení počtu vydaných receptů.

H2: Zavedení regulačního poplatku za recept vedlo ke snížení počtu vydaných receptů.

Autor provedl párový t-test a na základě výsledků testovacích kritérií, které se nachází v příloze (tab. 16) **potvrzuje stanovené hypotézy H1 a H2.**

V příloze (tab. 19) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zpoplatnění vydaných receptů v roce 2008 ke snížení počtu vydaných receptů o 1 496 736,42 (o 22,72 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet receptů v Plzeňském kraji (o 28,57 %) a nejméně pak v Praze (o 15,59 %). Jak lze vidět v příloze (tab. 17 a tab. 18), po zavedení poplatku za položku receptu a poté za recept došlo k poklesu počtu vydaných receptů ve všech krajích ČR.

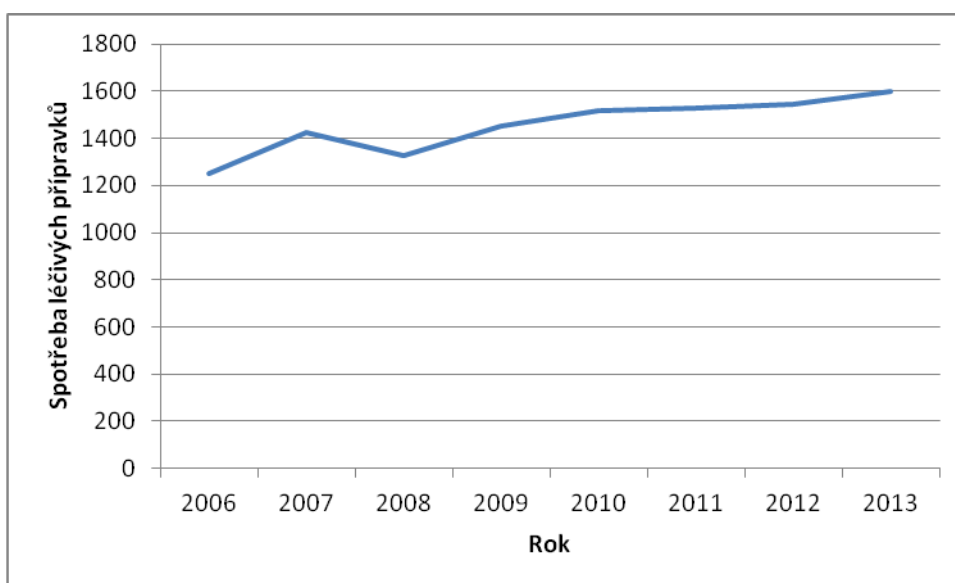
Cílem zavedení poplatku za položku na receptu a následně za recept bylo snížení plýtvání v oblasti léků. Z tohoto důvodu se autor rozhodl zabývat touto problematikou ještě z hlediska spotřeby léčivých přípravků. Na stránkách SÚKL sice nebylo možné dohledat spotřebu léčivých prostředků, ale byly zde údaje o celkovém počtu vydaných balení léčivých přípravků do lékáren. Z důvodu omezené trvanlivosti léčivých přípravků a všeobecné snahy držet skladové zásoby na nízké úrovni autor předpokládá, že pro dané období by tyto dodávky léčivých přípravků mohly být relevantním ukazatelem.

Tab. 6 Počet vydaných balení léčivých přípravků v dodávkách do lékáren ČR

	Počet vydaných balení léčivých přípravků (v milionech ks)	Počet vydaných balení volně dostupných léčivých přípravků (v milionech ks)
2005	368,96	166,18
2006	320,01	128,81
2007	343,12	130,78
2008	317,73	122,77
2009	312,30	113,61
2010	304,59	106,87
2011	296,69	100,45
2012	280,13	88,98
2013	268,39	85,86
2014	264,23	81,20

Zdroj: Vlastní zpracování na základě SÚKL. Dodávky léčivých přípravků do ČR v roce 2014

V tabulce uvedené výše můžeme vidět dodávky léčivých přípravků do lékáren. Po zavedení regulačního poplatku za položku receptu a následně za recept došlo kromě poklesu počtu vydaných receptů také k poklesu dodávek léčivých přípravků. Tyto poklesy však mohly být způsobeny i rostoucími baleními jednotlivých léčivých přípravků, a proto se autor ještě rozhodl zabývat touto problematikou z hlediska spotřeby udávané v DDD. Kořístková a Grundmann (2006) ve své práci zabývající se metodikou studií spotřeb léků uvádí, že DDD vychází z předepsané denní dávky a umožňuje provádět sledování spotřeby léků na národní a mezinárodní úrovni. Jedná se o kompromis stanovený na základě dostupné dokumentace a z tohoto důvodu neznamená doporučenou ani aktuálně užívanou dávku. Autor navíc použil přepočtenou spotřebu DDD na 1000 obyvatel za den a díky tomu je eliminován demografický vliv.



Obr. 12 Vývoj spotřeby distribuovaných léčivých přípravků udávaný v DDD/1000/den
Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011,2013

Jak můžeme vidět v grafu uvedeném výše, tak spotřeba léčivých přípravků v DDD na 1 000 obyvatel za den v posledních letech i nadále roste. Pouze v prvním roce po zavedení regulačního poplatku za recept byl patrný nárazový pokles spotřeby, ale tento efekt byl pouze krátkodobý. Tento pokles však byl s největší pravděpodobností způsoben předzásobením pacientů léky, které bylo pozorováno v poslední čtvrtině roku 2007 před zavedením regulačního poplatku za položku receptu v roce 2008, což dokládá tab. 20 uvedená v příloze. Jelikož spotřeba léčivých přípravků roste, tak můžeme také konstatovat, že pokles počtu vydaných balení léčivých přípravků patrný v tab. 6 byl způsoben s největší pravděpodobností tím, že dochází ke zvětšování balení léčivých přípravků. Tento předpoklad potvrzuje také tab. 21 uvedená v příloze, kde můžeme vidět, že po roce 2008 po zavedení poplatku za položku receptu došlo k poměrně razantnímu nárůstu průměrného doplatku na 1 recept. To by však podle autora mohlo působit proti původnímu záměru, kterým bylo omezení plýtvání léků, když bylo do lékáren vraceno velké množství nespotřebovaných léků. V případě úmrtí člověka totiž autor předpokládá, že v důsledku větších balení léčivých přípravků zůstanou po člověkovi větší zásoby nespotřebovaných léků.

Autor se ještě rozhodl dotazováním u lékárníků a praktických lékařů ověřit, jestli k poklesu počtu vydaných receptů nepřispělo opravdu předepisování větších balení léků a zda k poklesu počtu vydaných receptů nemohlo přispět také to, že praktičtí lékaři přestali předepisovat svým pacientům na recept volně dostupné léčivé přípravky.

Kvalitativní výzkum u praktických lékařů a lékárníků

Autor se rozhodl dotazováním u praktických lékařů zjistit, jestli lékaři po zavedení těchto poplatků omezili předepisování volně dostupných léčivých přípravků na recept. Dále bude prozkoumáno, zda v jejich případě nepřispělo k poklesu počtu vydaných receptů po zavedení poplatku za recept, předepisování větších balení léků a zda to bylo vyžadováno od pacientů nebo rozhodnutím lékaře.

I u lékárníků bude zjišťováno, jestli podle jejich zkušeností nepřispělo k poklesu počtu vydaných receptů po zavedení poplatku za recept předepisování větších balení léků nebo nepředepisování volně dostupných léčivých přípravků na recept.

Praktická lékařka - ambulance Miroslav

Dotazovaná lékařka neomezila předepisování volně dostupných léčivých přípravků, protože tyto léčivé přípravky předepisovala na recept v minimální míře.

V případě předepisování léků dotazovaná lékařka předepisovala už dříve velká balení nebo taková, která vydrží pacientovi 3 měsíce. Zároveň však sledovala, že pacienti po zavedení regulačního poplatku za položku receptu a následně za recept vyžadovali větší balení léků, aby omezili platby těchto poplatků. Dotazovaná lékařka jim v těchto přáních podle jejích slov občas vyhověla.

Praktická lékařka - ambulance Znojmo

Tato lékařka nepředepisovala volně dostupné léčivé přípravky na recept i před zavedením regulačního poplatku za položku receptu.

Lékařka po zavedení těchto poplatků začala podle svých slov předepisovat větší balení léků a přispěly k tomu zároveň žádosti pacientů, kteří o to měli zájem.

Praktická lékařka - ambulance Moravský Krumlov

Poslední dotazovaná lékařka předepisovala podle svých slov volně dostupné léčivé přípravky na recept v poměrně malé míře a rozhodně ne jako hlavní položku na receptu a po zpoplatnění receptů s tím přestala.

Lékařka začala po zavedení poplatku za položku receptu předepisovat větší balení léků a zároveň pozorovala, že se pacienti začali více zajímat o předepisovaná balení léčivých přípravků a měli zájem o předepisování větších balení.

Lékárna - pobočka Miroslav

Dotazovaná zástupkyně uvedla, že po zavedení poplatku za položku receptu a následně za recept byl patrný trend předepisování větších balení léků.

Volně dostupné léčivé přípravky byly podle jejích slov předepisovány na receptech dříve poměrně málo a v drtivé většině jako další položka při chřipkách a virózách. Jelikož nejprve byla zpoplatněna každá položka na receptu, došlo z pochopitelných důvodů k naprostému omezení této praxe.

Lékárna - pobočka Znojmo

Také druhá dotazovaná zástupkyně pozorovala trend předepisování větších balení léků po zavedení poplatku za položku receptu. Zároveň uvádí, že k zvětšování balení léčivých přípravků dochází také u volně dostupných léčivých přípravků.

K předepisování volně léčivých přípravků na recept podle ní docházelo v poměrně malé míře, a proto nepředpokládá, že by se na poklesu počtu vydaných receptů ve výrazné míře podílelo právě omezení předepisování těchto léků.

Informace z provedeného kvalitativního výzkumu nahrávají tomu, že zavedení poplatku za položku receptu a následně za recept vedlo skutečně k předepisování větších balení léčivých přípravků, když se na tom shodli jak praktičtí lékaři tak i zástupci lékáren. Toto zpoplatnění zřejmě vedlo také ke změně spotřebního chování pacientů, kteří se více zajímali o velikost balení předepisovaných léků a měli zájem o předepisování větších balení léčivých přípravků. Tím se chtěli vyhnout častějšímu placení tohoto poplatku. Podle dotazovaných případné omezení předepisování volně dostupných léčivých přípravků nemělo na pokles vydaných receptů vliv, protože k tomu docházelo dříve v poměrně malé výši.

Shrnutí

Hlavním cílem zavedení poplatku za položku receptu a následně za recept bylo omezení plýtvání v oblasti předepisovaných léků, kdy si pacienti nechali předepisovat zbytečně léky do zásoby. Celkově tedy zavedení regulačního poplatku za položku receptu a následně za recept vedlo k poklesu počtu vydaných receptů o 22,72 %. V roce 2008, kdy došlo k zavedení poplatku za položku na receptu, sice došlo k poklesu spotřeby léčivých přípravků, ale ten byl s největší pravděpodobností způsoben předzásobením pacientů v posledním čtvrtletí roku 2007. V dalších letech byl opět patrný postupný růst spotřeby léčivých přípravků. Z dlouhodobého hlediska je patrná rostoucí spotřeba léčivých přípravků a tak se dá říci, že k plánovanému snížení spotřeby léků zavedení těchto poplatků nepřispělo. Nárůst spotřeby léků je způsoben hlavně růstem prodeje volně dostupných léčivých přípravků, které v roce 2003 činily zhruba 5,5 miliardy Kč a v roce 2013 už zhruba 8,2 miliardy Kč. Tyto údaje jsou zmíněny v příloze (tab. 21). K tomuto vývoji přispívá také rozvoj lékáren a v poslední době i různých e-shopů s léky, čímž dochází ke zvětšování dostupnosti, která může mít vliv i na spotřební chování pacientů a upřednostňování spotřeby volně dostupných léčivých přípravků. V téže tabulce je také vidět, že zdravotní pojišťovny v roce 2008 vydaly přibližně 31 miliard Kč za léčiva, což bylo zhruba o 1 miliardu Kč méně než v roce 2007. V dalších letech však došlo k opětovnému nárůstu a v roce 2014 činila tato částka přibližně 34 miliard Kč, takže k zásadním úsporám po zavedení těchto poplatků u zdravotních pojišťoven nedošlo. K tomuto nárůstu však přispělo také snížení ochranného limitu pro děti a seniory v roce 2009, díky kterému dosáhlo na tento limit více občanů. Zdravotní pojišťovny těmto lidem pak proplácí částku, o kterou byl překročen tento limit. Svou roli zde jistě mohla sehrát také změny v daňové soustavě, kdy docházelo k navyšování daňové sazby na léčiva. Podle získaných informací se dá dále před-

pokládat, že k poklesu počtu vydaných receptů po zpoplatnění receptů přispělo, kromě omezení předepisování nepotřebných léků, také předepisování větších balení léků. Druhým cílem zavedení těchto poplatků bylo přivedení dalšího finančního zdroje do zdravotnictví. Na základě údajů z tab. 5 se dá říci, že po zavedení poplatku za položku receptu činily příjmy z tohoto poplatku zhruba 2,5 miliardy Kč ročně a po zavedení poplatku za recept přibližně 2 miliardy Kč za rok.

Testování hypotézy H3

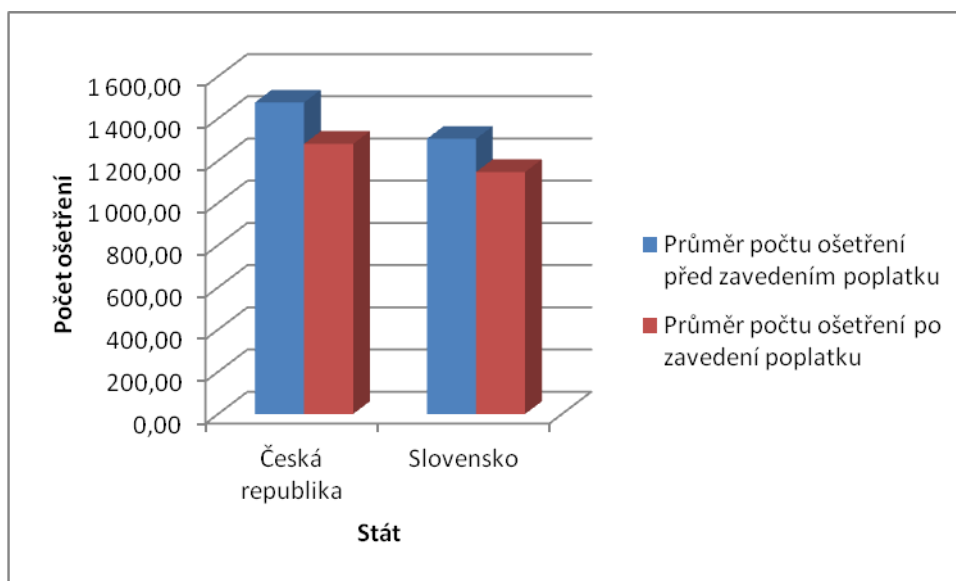
Zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ve výši 30 Kč v roce 2008 mělo za cíl snížit nadměrné užívání zdravotní péče. Jak už bylo uvedeno dříve, ČR měla ve srovnání s ostatními státy Evropy velké množství počtu návštěv lékařů, které se mohly projevovat tím, že si pacienti chodili o svých zdravotních problémech povídat se svými praktickými lékaři, protože tato péče byla poskytována bezplatně. Díky tomuto zpoplatnění mělo dojít k omezení počtu návštěv lékařů, které nebyly nezbytně nutné.

H3: Zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů snížit celkový počet ošetření v ambulantní péči.

Autor provedl párový t-test a na základě výsledků testovacích kritérií, které se nachází v příloze (tab. 16) **potvrzuje stanovenou hypotézu H3.**

V příloze (tab. 22) můžeme vidět, že průměrně v ČR došlo po zavedení poplatku za návštěvu lékaře ke snížení počtu ošetření v ambulantní péči o 195,91 návštěv (o 13,27 %).¹ Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření ve Středočeském kraji (o 21,16 %) a nejméně pak v Olomouckém kraji (o 9,35 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetření ve všech krajích ČR.

¹ Na tomto poklesu má největší podíl pokles počtu ošetření u praktických lékařů, u kterých došlo průměrně k poklesu o 121 návštěv ročně.



Obr. 13 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na celkový počet ošetření v ambulantní péči v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

V grafu uvedeném výše můžeme vidět srovnání změn v celkovém počtu ošetření po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku za návštěvu lékaře v červnu 2003 ve výši 20 Sk, a protože jsou obě země kulturně a geograficky blízké, tak by mohly být pozorované dopady u obou zemí podobné. Jak můžeme vidět v grafu uvedeném výše, tak u obou zemí došlo k přibližně stejnému poklesu celkového počtu ošetření, i když v obou zemích došlo k zavedení regulačních poplatků v jiných letech (v ČR pokles o zhruba 13 % a na Slovensku pokles zhruba o 12 %). Z tohoto důvodu autor konstatuje, že pokles počtu ošetření v ČR byl způsoben zavedením regulačních poplatků. Tento výsledný dopad se dal očekávat a potvrzuje jej i fakt, že ve všech krajích ČR došlo k poklesu celkového počtu ošetřených.

Na poklesu počtu celkových ošetření mohla podle autora sehrát svou roli také změna ve financování pracovních neschopností, ke které došlo v roce 2009. Podle Špulkové (2008) zaměstnanci od roku 2009 mají v prvních třech dnech neplacené volno, od 4. do 14. dne jim náleží náhrada mzdy za pracovní dny a od 15. dne dostávají nemocenskou od okresní zprávy sociálního zabezpečení. Před rokem 2009 se zaměstnancům první tři dny pracovní neschopnosti proplácely. Zaměstnanci z tohoto důvodu mohou podle autora své drobné zdravotní potíže řešit z důvodu možného snížení mzdy přecházením nemocí místo návštěvy lékaře. K tomu podle něj přispívají také firmy, které motivují finančně zaměstnance, kteří nejsou v průběhu roku nemocní (např. odměna za docházku, podmíněný 13. plat). U těchto typů lidí by pak nebyl způsoben pokles spotřeby zdravotní péče jeho zpoplatněním.

Shrnutí

Hlavním cílem zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře bylo snížení nadužívání zdravotní péče pacienty, které se týkalo především služeb praktických lékařů. Celkově sice můžeme vidět, že došlo k poklesu počtu ošetření v ambulantní péči o 13 %, ale tento výsledek se nedá zobecnit pro všechny ambulance, protože třetinu všech těchto ošetření tvoří návštěvy praktických lékařů, u kterých došlo k poklesu počtu ošetření o zhruba 25 %. Na základě toho se dá předpokládat, že u některých ambulancí poplatek nezpůsobil pokles v počtu ošetření. Druhým cílem zavedení poplatku za návštěvu lékaře bylo přinést do zdravotnictví další finanční zdroj. Při pohledu do tab. 5 můžeme říci, že roční příjem tohoto poplatku se pohyboval kolem 1,5 miliardy Kč.

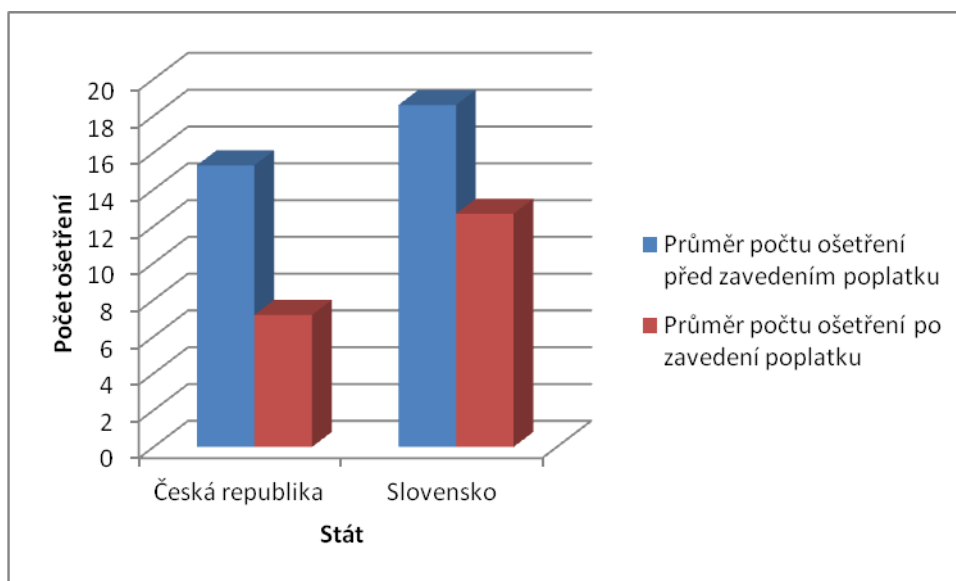
Testování hypotézy H4

Zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti ve výši 90 Kč v roce 2008 mělo za cíl snížit nadměrné využívání lékařské pohotovosti. Toto zpoplatnění mělo mít za následek to, že v případě menších zdravotních problémů by pacienti měli počkat až do rána a poté navštívit příslušného lékaře. Celkově by se pak mělo projevit poklesem počtu ošetření LPS.

H4: Zavedení regulačního poplatku za pohotovostní službu vedlo k motivaci občanů snížit počet návštěv LPS (lékařské pohotovostní služby).

Autor provedl párový t-test a na základě výsledků testovacích kritérií, které se nachází v příloze (tab. 16) **potvrzuje stanovenou hypotézu H4.**

V příloze (tab. 23) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti ke snížení počtu ošetření na LPS o 8,12 návštěv (o 53,06 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Pardubickém kraji (o 70,52 %) a nejméně pak v Praze (o 31,90 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za pohotovost došlo k poklesu počtu ošetření ve všech krajích ČR. Do počtu ošetření LPS se nezapočítává stomatologie, která je sledována odděleně.



Obr. 14 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na celkový počet ošetření LPS v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2013

V grafu uvedeném výše lze vidět srovnání změn v počtu ošetření LPS po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003, a protože jsou obě země kulturně a geograficky blízké, tak by mohly být i pozorované dopady podobné. Jak můžeme vidět v grafu uvedeném výše, tak u obou zemí došlo k výraznému procentuálnímu poklesu počtu ošetření (v ČR pokles zhruba o 52 % a na Slovensku zhruba o 32 %). V ČR došlo k výraznějšímu poklesu, k čemuž přispěl také fakt, že průměr před zavedením poplatku byl ovlivněn vysokými počty těchto ošetření v letech 2001-2003, kdy až v roce 2004 bylo vidět ustálení na stabilní úrovni, což je vidět na obr. 10. I pokud by však došlo k výpočtu průměru až od zmíněného roku 2004, tak by byl v ČR patrný výraznější procentuální pokles počtu ošetření po zavedení poplatku, který by dosahoval zhruba 42 %. Tento větší pokles v ČR by mohl být podle autora způsoben i velikostí stanoveného regulačního poplatku, který byl oproti Slovensku stanoven na vyšší úrovni a tím pádem mohl také plnit více svůj regulační účinek (na Slovensku byl poplatek ve výši 50 Sk). Na základě takto vysokého poklesu počtu ošetření se autor domnívá, že v případě využívání služeb LPS docházelo v dřívější době k nadbytečnému užívání této služby a dopadem zavedení regulačního poplatku je tento zmíněný pokles.

Shrnutí

Hlavním cílem zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti bylo snížení nadužívání zdravotní péče. Celkově došlo po zavedení poplatku k poklesu počtu ošetření o zhruba 52 %. Toto snížení počtu ošetřených pacientů sice nepřineslo zdravotním pojišťovnám žádnou finanční úsporu v proplácení zdravotní péče,

ale zavedení poplatku znamenalo podle tab. 5 pro zdravotní zařízení roční příjem ve výši zhruba 180 milionů Kč.

Pro následující dvě hypotézy H5 a H6 se nedá použít srovnání se Slovenskem z důvodu odlišného způsobu fungování zdravotnického systému v obou zemích. Na Slovensku byl totiž zaveden poplatek za každý kilometr jízdy sanitkou.

Testování hypotézy H5

Zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti ve výši 90 Kč v roce 2008 mělo za cíl snížit nadměrné využívání lékařské pohotovosti. Jelikož však nedošlo ke zpoplatnění služeb ZZS mohlo dojít u pacientů z tohoto důvodu k nárůstu počtu ošetřených ZZS. Autor se tedy rozhodl prozkoumat, zda nedošlo k nárůstu primárních výjezdů ZZS.

H5: Zavedení regulačního poplatku za pohotovostní službu vedlo k růstu počtu primárních výjezdů ZZS.

Autor provedl párový t-test a na základě výsledků testovacích kritérií, které se nachází v příloze (tab. 16) **potvrzuje stanovenou hypotézu H5.**

V příloze (tab. 24) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení poplatku za pohotovost k růstu počtu primárních výjezdů o 6 389,43 (o 14,28 %). Z procentuálního hlediska došlo k nejvyššímu růstu počtu výjezdů v Plzeňském kraji (o 32,33 %) a nejmenšímu pak v Královéhradeckém kraji (o 3,39 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za pohotovost došlo k růstu počtu primárních výjezdů ZZS ve všech krajích ČR.

Jak lze vidět, tak k nejvyššímu procentuálnímu nárůstu v počtu primárních výjezdů ZZS došlo v Plzeňském, Libereckém, Karlovarském, Pardubickém a Jihočeském kraji. Právě tyto kraje, s výjimkou Karlovarského kraje, patřily také mezi kraje s nejvyšším počtem počtu ošetření LPS před zavedením regulačního poplatku za pohotovost a dalo se zde tedy předpokládat nadužívání tohoto způsobu poskytování zdravotní péče. Z tohoto důvodu autor předpokládá existenci určité spojitosti mezi zavedením regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti a růstu počtu primárních výjezdů ZZS.

Testování hypotézy H6

Zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti ve výši 90 Kč v roce 2008 mělo za cíl snížit nadměrné využívání lékařské pohotovosti. Jelikož však nedošlo ke zpoplatnění služeb ZZS mohlo dojít u pacientů z tohoto důvodu k nárůstu počtu ošetřených ZZS. Autor se tedy rozhodl prozkoumat, zda nedošlo u pacientů k substituci využívání LPS službami ZZS. Pokud by k této substituci došlo, tak by se dalo předpokládat, že dojde k růstu počtu ošetření ZZS bez ohrožení života.

H6: Zavedení regulačního poplatku za pohotovostní službu vedlo k růstu počtu ošetřených bez ohrožení života u ZZS.

Autor provedl párový t-test a na základě výsledků testovacích kritérií, které se nachází v příloze (tab. 16) **potvrzuje stanovenou hypotézu H6.**

V příloze (tab. 25) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti k růstu počtu ošetření bez ohrožení života o 9 007,12 (o 22,09 %). Z procentuálního hlediska došlo k nejvyššímu růstu počtu ošetření bez ohrožení života v Královéhradeckém kraji (o 54,63 %). Pouze v Olomouckém kraji pak došlo k poklesu počtu takto ošetřených pacientů (o 2,18 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za pohotovost došlo k růstu počtu ošetřených bez ohrožení života ve všech krajích České republiky, s výjimkou Olomouckého kraje.

Jak můžeme vidět, tak k nejvyššímu procentuálnímu nárůstu v počtu ošetření bez ohrožení života ZZS došlo v Královéhradeckém, Pardubickém, Karlovarském a Jihočeském kraji. Právě tyto kraje, s výjimkou Karlovarského kraje, patřily také mezi kraje s nejvyšším počtem počtu ošetření LPS před zavedením regulačního poplatku za pohotovost a dalo se zde tedy předpokládat nadužívání tohoto způsobu poskytování zdravotní péče. Z tohoto důvodu autor předpokládá existenci určité spojitosti mezi zavedením regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti a růstu počtu ošetření ZZS bez ohrožení života.

Autor ještě prozkoumal, zda došlo také k nárůstu počtu ošetření ZZS s ohrožením života. Na základě údajů uvedených v příloze (tab. 26) je patrné, že po zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti nedošlo k růstu počtu takto ošetřených pacientů.

Jelikož došlo k nárůstu počtu primárních výjezdů ZZS a počtu ošetření bez ohrožení života při současném poklesu počtu ošetření s ohrožením života se dá předpokládat, že po zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti začala ZZS substituovat dříve využívané služby LPS a tuto možnou domněnku se rozhodl autor také prozkoumat dotazováním zástupce zdravotnické záchranné služby uvedené níže.

Kvalitativní výzkum u zástupců zdravotnické záchranné služby

Po zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti došlo, jak je uvedeno v analýze výše, k nárůstu počtu primárních výjezdů ZZS. Dále došlo také k nárůstu počtu ošetřených ZZS bez ohrožení života při současném poklesu počtu ošetřených s ohrožením života. Z tohoto důvodu se autor dotazováním rozhodl prozkoumat, zda služby ZZS nezačaly substituovat dřívější bezplatně poskytovanou pohotovost.

Zástupce zdravotnické záchranné služby - pobočka Znojmo

Dotazovaný zástupce ZZS ve Znojmě potvrdil, že pozoruje po zavedení poplatku za pohotovost nárůst počtu výjezdů k nepřilíživým zdravotním potížím, u kterých stačí ošetření na místě a není nutný převoz do zdravotnického zařízení. Podle jeho názoru by tyto případy měly být řešeny LPS nebo praktickými lékaři a ne ZZS.

Efekt zneužívání ZZS a její suplování lékařské pohotovosti potvrzuje také ředitel Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje Martin Houdek (2014) v rozhovoru v pořadu K věci uvedeném na webových stránkách Českého rozhlasu. Uvádí, že počty výjezdů, které se týkají závažných diagnóz (např. akutní infarkt myokardu, cévní příhoda mozková, úrazy při dopravních nehodách) zůstávají na přibližně stejné úrovni, ale dochází k nárůstu případů, ke kterým by ZZS jezdit neměla (např. dlouhotrvající zdravotní potíže). Na nárůstu počtu výjezdů se podle něj promítlo také to, že záchranáři suplují práci praktických lékařů a narůstá počet výjezdů do sociálních zařízení, kde chybí dostatečně kvalifikovaný personál. Počet těchto výjezdů se podle něj pohybuje až kolem 80 %. Podle něj by mělo dojít k většímu zapojení praktických lékařů, kteří by sloužili pohotovosti jako v minulosti.

Zneužívání ZZS potvrzuje také ředitel Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje Marek Slabý (2015) v rozhovoru pro Deník.cz. Týká se to podle něj především lidí, kteří nemají žádné vážnější zdravotní problémy a vychází z toho, že když platí zdravotní pojištění, tak mají nárok na vše. Uvádí, že dochází k výjezdům ZZS z důvodu kašle, zvýšené teploty a dokonce i vyndávání klíšťat či sundání prstýnku. Podle jeho názoru je v ČR přes 300 zbytečných výjezdů denně, což je 110 000 výjezdů ročně a tím se pak zvyšuje pravděpodobnosti toho, že ZZS dojde později k závažným zdravotním problémům. U pacientů přivezených ZZS do nemocnice by dále navrhoval, aby byli ošetřeni dle závažnosti zdravotního stavu a ne přednostně jako je tomu doposud. Důležité podle něj je i vzdělávání pacientů, aby se s problémy, které neohrožují jejich život, neobraceli na ZZS. V rozhovoru také zmiňuje, že minimální hodnota výjezdů ZZS ve městě je sice okolo 2 500 Kč, ale v případě plošného zpoplatnění by byl opatrný. Variantou by podle něj mohl být i systém podobný jako je v Izraeli, kdy pokud je pacient přivezen sanitkou a není mu nic závažného, zaplatí tento výjezd.

Shrnutí

Autor konstatuje, že po zavedení regulačního poplatku za pohotovost došlo ke statisticky významnému růstu počtu primárních výjezdů ZZS o přibližně 14 % a počtu ošetřených pacientů ZZS bez ohrožení života o přibližně 22 %. Jelikož nedošlo k nárůstu počtu ošetřených ZZS s ohrožením života, dá se předpokládat, že ZZS začala substituovat služby LPS či praktických lékařů, což také zmiňoval dotazovaný zástupce ZZS a odborníci uvedení výše. Dále z informací uvedených výše vyplývá, že v ČR je problém se zneužíváním služeb ZZS. Růst počtu primárních výjezdů ZZS byl sice patrný už v době před zavedením regulačního poplatku za pohotovost, což je ukázáno v příloze (obr. 26), ale jeho zavedení ještě zvýraznilo tento trend.

Celkový efekt zavedení poplatku za pohotovost na růst počtu výjezdů ZZS podle autora může být snížen stárnutím obyvatel a faktem, že mnozí starší občané žijí sami v domácnosti a v případě zdravotních potíží jsou odkázáni na využívání služeb ZZS. Na služby ZZS jsou odkázány například i domovy pro seniory a jiná podobná zařízení, ve kterých žijí staří a nemocní uživatelé a v nočních hodinách se zde nenachází žádný lékař. Dalším vlivem může být také postupné omezování počtu LPS, ke kterému docházelo v důsledku problému s jejich financováním a tyto

LPS se začaly spíše centralizovat do velkých nemocnic, čímž docházelo k zhoršování jejich dostupnosti. Velikost těchto ostatních vlivů se však nedá kvantifikovat.

Podle informací odborníků uvedených výše se však dá předpokládat, že stát přijde ročně toto plýtvání služeb ZZS zhruba na 300 milionů Kč a tudíž je zřejmé, že se jedná o závažný problém. Autor se z tohoto důvodu rozhodl dále v práci navrhnout doporučení týkající se této oblasti.

4.2.1 Analýza dopadů zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře v jednotlivých ambulancích ČR

Autor nejprve otestoval hypotézu H3 týkající se celkového počtu ošetření a zjistil, že po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo celkově k poklesu počtu ošetření. Nyní dojde k testování jednotlivých ambulančí, u kterých byla dostupná data. Autor totiž nepředpokládá, že by u všech mělo dojít k poklesu, protože jsou ambulance, které jsou pacienti vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nuceni navštěvovat.

Analýza dopadů zavedení regulačních poplatků v jednotlivých ambulancích ČR byla opět provedena pomocí testování stanovených hypotéz prostřednictvím párového t-testu, kdy byly na údajích z jednotlivých krajů pozorovány dva kvantitativní znaky (střední hodnota před zavedením regulačního poplatku a střední hodnota po zavedení regulačního poplatku), které se nedají považovat za nezávislé. Po testování jednotlivých ambulančí, u kterých dojde ke statisticky významnému poklesu, dále proběhne komparace s pozorovanými dopady na Slovensku. Na úvod však bude zobrazena tabulka shrnující výsledky testování jednotlivých ambulančí v ČR.

Tab. 7 Změny po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře u jednotlivých ambulancí v ČR

	Oddělení	Změna (v %)
St. významný růst	Neurochirurgie	+ 31,82
	Gastroenterologie	+ 30,00
	Traumatologie	+ 29,63
	Lékařská genetika	+ 27,14
	Klinická a radiační onkologie	+ 19,50
	Urologie	+ 15,10
	Plastická chirurgie	+ 8,28
	Interna	+ 6,80
	Psychiatrie (vč. sexuologie)	+ 6,25
	Neurologie	+ 5,48
St. významný pokles	Geriatric	- 25,93
	Ordinace praktického lékaře pro dospělé	- 24,98
	Pediatric (vč. dorostového lékařství)	- 16,74
	Pneumologie a ftizeologie	- 14,26
	Kožní	- 13,13
	ORL (vč.foniatrie)	- 12,09
	Chirurgie (vč. hrudní a cévní chirurgie)	- 11,62
	Gynekologie	- 9,36
	Stomatologie	- 9,18
	Oční	- 6,20
St. nevýznamný pokles	Ortopedie	- 5,15
	Tělovýchovné lékařství	- 27,84
	Kardiochirurgie	- 19,93
	Nemoci z povolání	- 7,79
	Alergologie a klinická imunologie	- 4,24
Infekční	- 0,52	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

V tabulce uvedené výše můžeme vidět výsledky t-testu, kde můžeme vidět k jakým změnám došlo u jednotlivých ambulancí. Celkově nejde jednoznačně říci, že zavedení poplatku za návštěvu lékaře vedlo ke snížení počtu ošetření, protože u jednotlivých ambulancí došlo k odlišným výsledkům. Díky jejich zavedení však získaly celkově ambulance roční finanční příjem zhruba ve výši 1,5 miliardy Kč a právě to byl druhý cíl zavedení poplatků. Jak je vidět, tak z celkového počtu 26 sledovaných ambulancí byl u 11 ambulancí zaznamenán statisticky významný

pokles, u 5 ambulancí došlo ke statisticky nevýznamnému poklesu a statisticky významný nárůst počtu ošetření byl u 10 ambulancí. Hned u 6 ambulancí se jednalo o nárůst přesahující 10 %. Toto potvrzuje autorův názor, že zavedení regulačních poplatků v ČR nevedlo k závažnému zhoršení dostupnosti zdravotní péče pro občany, což bývá jedním z argumentů proti zavádění spoluúčasti ve zdravotnictví. Růst právě u těchto ambulancí autora nepřekvapuje, protože se zde podle něj projevuje zejména stárnutí obyvatelstva, se kterým je spojen růst počtu kardiovaskulárních chorob (např. infarkt, mozková příhoda, vysoký krevní tlak). S prodlužováním délky lidského života souvisí také zvýšený počet nádorových onemocnění a různých typů demencí (např. Alzheimerova choroba). Další faktor, který ovlivňuje růst počtu určitých onemocnění, je současný životní styl obyvatel, kdy většina lidí žije a pracuje ve velkém shonu a stresu, který se pak negativně projevuje i na zdravotním stavu obyvatel. V případě plastické chirurgie tento růst také nepřekvapuje, protože pacienti jsou zvyklí platit za estetické plastické operace, a proto zavedení 30 Kč poplatku nemohl mít na jejich rozhodnutí vliv.

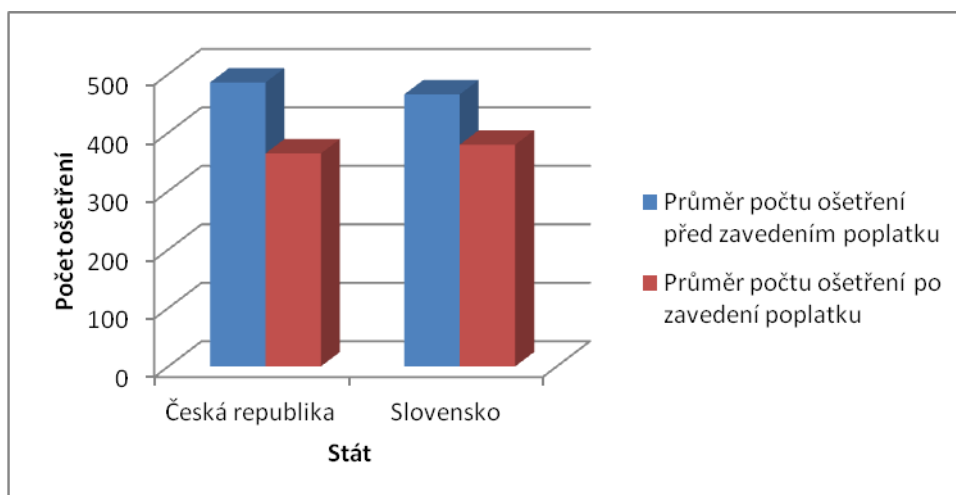
Při pohledu na ambulance, u kterých došlo ke statisticky nevýznamnému poklesu je vysoký procentuální pokles způsoben tím, že počet ošetření před zavedením byl velmi malý, a proto i následný malý pokles počtu ošetření způsobil tento vysoký propad.

Nyní už budou představeny údaje o jednotlivých ambulancích, u kterých byla t-testem zamítnuta nulová hypotéza o rovnosti středních hodnot a došlo ke statisticky významnému poklesu počtu ošetření. Jednotlivé ambulance budou představeny v pořadí podle toho, kde došlo k největšímu procentuálnímu poklesu. Výjimku tvoří ambulance geriatricke, která bude i přesto, že zde došlo k největšímu poklesu uvedena až na závěr, protože výsledky v této ambulanci byly v rámci jednotlivých krajů dosti rozdílné a největší pokles byl způsoben opět i nízkým počtem ošetření před zavedením poplatku.

Ordinace praktického lékaře

Regulační poplatek za návštěvu lékaře byl nejvíce cílen na ordinace praktického lékaře, kam chodí pacienti nejčastěji a v některých případech bez pádnějšího důvodu. Z tohoto důvodu nepřekvapí, že právě zde byl pozorován největší absolutní pokles počtu ošetření.

V příloze (tab. 27) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření v ordinaci praktického lékaře o 121,36 (o 24,98 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření ve Středočeském kraji (o 32,87 %) a nejméně pak v Olomouckém kraji (o 21,47 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených v ordinaci praktického lékaře ve všech krajích ČR a rozdíly mezi jednotlivými kraji nepovažuje autor za významné.



Obr. 15 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření v ordinaci praktického lékaře v ČR a na Slovensku - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

V grafu uvedeném výše můžeme vidět srovnání změn v počtu ošetření praktickým lékařem po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003, a protože jsou obě země kulturně a geograficky blízké, tak by mohly být i pozorované dopady podobné. Jak lze vidět v grafu uvedeném výše, tak u obou zemí došlo k výraznému procentuálnímu poklesu počtu ošetření (v ČR pokles zhruba o 25 % a na Slovensku zhruba o 19 %), i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

Větší pokles v počtu návštěv je pozorován v českém prostředí a autor se v tomto případě přiklání jednoznačně k názoru, že tento pokles byl způsoben zavedením regulačního poplatku. Tento předpoklad potvrzuje i fakt, že ve všech krajích ČR došlo k poklesu počtu ošetřených. Právě ordinace praktického lékaře je občany nejčastěji využívána a efekt nadbytečné spotřeby zdravotní péče se dal nejvíce předpokládat právě u této ambulance.

U této ambulance se podle autora mohl nejvíce projevit efekt změny v vyplácení pracovních neschopností v roce 2009, který byl zmíněn u testování hypotézy H3. Z obr. 27 uvedeného v příloze vyplývá, že v roce 2009 došlo opravdu k rapidnímu snížení počtu vydaných pracovních neschopností a tento pokles trval i v dalších letech. Dále, jak můžeme vidět v příloze (tab. 44), tak právě v ordinaci praktických lékařů byl v roce 2009 vidět poměrně výrazný pokles v počtu ošetření, který pokračoval i v následujících letech. Z tohoto důvodu autor předpokládá, že když zaměstnanci neměli zájem o pracovní neschopnost, tak své drobné zdravotní problémy řešili spíše léčením za pomoci volně dostupných léčivých přípravků z lékárny, jejichž spotřeba roste. Právě i touto problematikou se rozhodl zabývat autor v kvalitativním výzkumu u praktických lékařů.

Kvalitativní výzkum u praktických lékařů

Dopad zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře byl nejvíce patrný v ordinacích praktických lékařů, a právě z tohoto důvodu došlo k dotazování praktických lékařů. Cílem dotazování u praktických lékařů bylo zjistit jejich názor na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví, zjistit osobní zkušenosti lékařů pozorované v období fungování regulačních poplatků v jejich ordinacích a prozkoumat možný vliv změny ve financování pracovních neschopností na návštěvy u lékařů.

Praktická lékařka - ambulance Miroslav

Se zavedením regulačního poplatku za hospitalizaci praktická lékařka souhlasila, protože pacienti v tomto případě neutratí doma peníze např. za jídlo, teplo, elektřinu a zároveň se jednalo o dodatečné finanční prostředky pro tato zařízení. K regulaci těchto poplatků by přistoupila na základě závažnosti diagnózy a délky hospitalizace. S poplatky za návštěvu lékaře souhlasila a vybírala by je pouze za cílené vyšetření. V případě kontrol nebo předpisu léků by poplatek zrušila.

Lékařka dále potvrdila, že ve své ordinaci pozorovala nadužívání zdravotní péče, ale podle ní tento problém regulační poplatky stejně nevyřešily. Podle ní by muselo dojít ke změně systému zdravotní péče, která by zaručovala větší kontrolu jednotlivých vyšetření u pacientů a větší možnost dohledat provedená vyšetření u pacientů. Zbytečná duplicitní vyšetření by lékařka zpoplatnila. Efekt nadužívání zdravotní péče byl podle ní patrný u všech věkových skupin obyvatel, s výjimkou věkové skupiny 70-90 let.

V případě pozorovaných dopadů zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR pozorovala pokles návštěv zhruba o 25 %. Stejný pokles byl patrný i v celorepublikovém měřítku.

Lékařka ve své ordinaci nepozorovala pokles počtu návštěv, který by podle ní byl způsoben změnou v proplácení pracovních neschopností. Podle lékařky pacienti drobnější zdravotní problémy i nadále řešili návštěvou praktického lékaře, pouze si jen nenechali vystavit pracovní neschopnost.

Praktická lékařka - ambulance Znojmo

Dotazovaná lékařka se zavedením regulačního poplatku za jeden den hospitalizace souhlasila, jelikož v případě hospitalizace pacient nemusí platit náklady, které by doma musel platit. V případě oprávněnosti poplatku za návštěvu lékaře se dotazovaná lékařka nevyjádřila z toho důvodu, že příjem z tohoto poplatku náleží jí, a proto není její názor objektivní.

Lékařka ve své ordinaci potvrdila nadužívání zdravotní péče ze strany pacientů a jejich zavedení podle ní přispělo k jejímu omezení. Nadužívání zdravotní péče pozorovala dotazovaná lékařka zejména u osob nad 50 let.

Ve své ordinaci podle ní došlo po zavedení poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu návštěv o zhruba 20 %.

V případě omezení počtu návštěv v důsledku změn v proplácení pracovních neschopností v roce 2009 dotazovaná lékařka nepozorovala významné změny. Většina pacientů podle ní i nadále s drobnějšími zdravotními problémy navštíví její ordinaci, ale nenechá si pouze vystavit pracovní neschopnost.

Praktická lékařka - ambulance Moravský Krumlov

I poslední dotazovaná lékařka souhlasila se zavedením regulačního poplatku za jeden den hospitalizace, protože pacient nemusí hradit náklady spojené s běžným životem. Přínos tohoto poplatku spatřovala také v tom, že se jednalo o dodatečný finanční příjem pro tato zařízení. Z důvodu chránění dlouhodobě a vážně nemocných pacientů by doporučovala stanovit maximální počet dnů v roce, ve kterých by tento poplatek byl vyžadován. Také s poplatkem za návštěvu lékaře souhlasila, protože její výše byla stanovena na nízké úrovni a tak podle ní nedošlo k omezení dostupnosti zdravotní péče a naopak došlo k regulaci poptávky po zdravotní péči.

Dotazovaná lékařka potvrdila nadužívání zdravotní péče ve své ordinaci, které se podle ní týkalo všech věkových skupin, ale zejména pak osob ve věkové skupině 45-65 let.

Po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo v její ordinaci podle ní k poklesu počtu návštěv o zhruba 25 - 30 %.

Lékařka ve své ordinaci pozorovala podle svých slov v posledních letech všeobecný pokles počtu ošetření drobných zdravotních potíží, na kterém se podle jejích slov mohla podepsat u nízkopříjmových pacientů změna v proplácení pracovních neschopností.

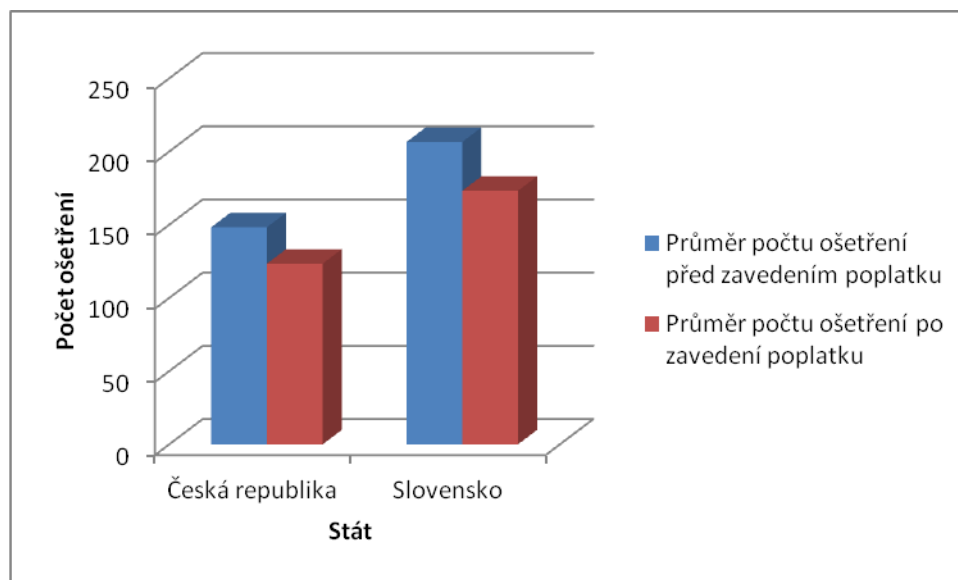
Z dotazování praktických lékařů vyplývá, že všechny dotazované lékařky se shodnou na oprávněnosti platby za jeden den hospitalizace, který by měl zohledňovat běžné náklady pacientů na život a také zavedení poplatku za návštěvu lékaře považují za přínosné. U všech dotazovaných lékařek bylo podle jejich slov patrné nadužívání zdravotní péče a na základě informací z dotazování se dá předpokládat, že se týkalo všech věkových skupin, ale zejména pak osob starších než 45 let. V případě pozorovaných dopadů po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo v jejich ordinacích k podobnému poklesu, který byl zjištěn i empirickou analýzou (pokles o zhruba 25 %). Také vliv změny v proplácení pracovních neschopností v roce 2009 na pokles počtu ošetření v ordinacích praktického lékaře se podle informací z dotazování nedá vyloučit.

Pediatric (vč. dorostového lékařství)

K druhému největšímu absolutnímu poklesu v počtu ošetření po zavedení poplatku za návštěvu lékaře u jednotlivých ambulancí došlo u pediatrů a dorostových lékařů. Hned v dubnu roku 2009 však byly děti osvobozeny od tohoto poplatku a zároveň u nich došlo také ke snížení ochranného limitu z 5 000 Kč na 2 500 Kč.

V příloze (tab. 28) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření

na pediatrii o 24,81 (o 16,74 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Karlovarském kraji (o 26,40 %) a nejméně pak v Praze (o 8,61 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na pediatrii ve všech krajích ČR.



Obr. 16 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

Graf uvedený výše znázorňuje srovnání změn v počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. V grafu uvedeném výše můžeme vidět, že u obou zemí došlo k shodnému procentuálnímu poklesu počtu ošetření ve výši 17 %, i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

V příloze (obr. 28) je vidět, že k poklesu počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) dochází už od roku 2001 a v roce 2008 je pak patrné prohloubení tohoto trendu. Od roku 2001 do roku 2007 docházelo průměrně k poklesu počtu návštěv o 4 návštěvy ročně, ale v roce 2008 došlo k nárazovému poklesu o zhruba 15 návštěv ročně. Z tohoto důvodu autor vyvozuje, že kromě již zmíněného trendu v poklesu počtu ošetření zde mohl sehrát svůj vliv také regulační poplatky.

V již zmíněném trendu poklesu počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) může sehrát vliv i to, že dříve děti ve školách potřebovaly svou absenci omluvit lékařskou omluvenkou a v posledních letech bylo od tohoto postupně upouštěno.

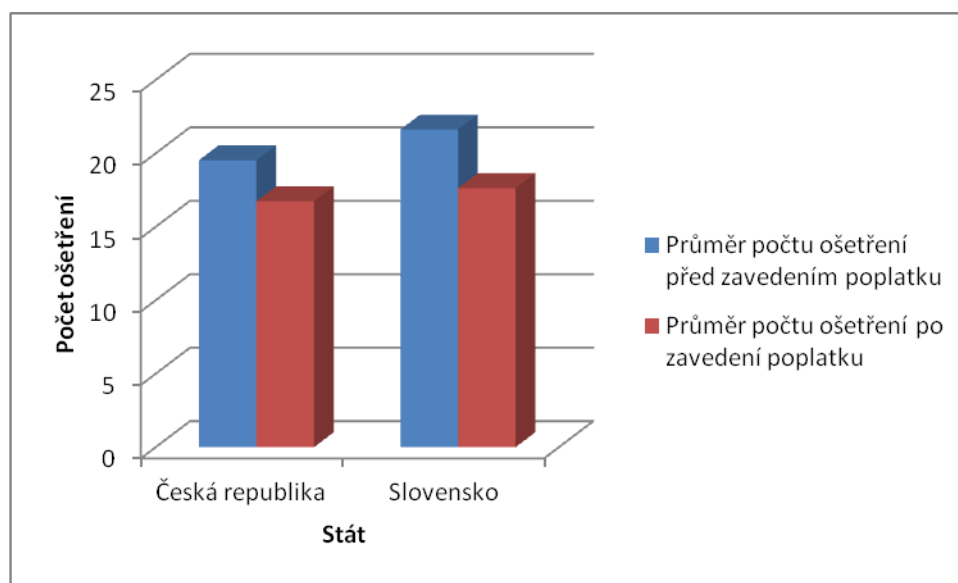
V případě omezení počtu návštěv v této ambulanci mohou sehrát roli také rodiče, kteří zejména u menších dětí rozhodují o návštěvě lékařů. Na jejich rozhod-

nutí pak má vliv i to, že své dítě musí doprovodit k lékaři a musí pak řešit absenci ve své práci.

Pneumologie a ftizeologie

Další ambulancí, u které došlo ke statisticky významnému poklesu byla ambulance pneumologie a ftizeologie. V této ambulanci byl poměrně vysoký procentuální pokles způsoben opět relativně nízkým počtem ošetření v této ambulanci před zavedením poplatku.

V příloze (tab. 29) je vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na pneumologii a ftizeologii o 2,78 (o 14,26 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Plzeňském kraji (o 28,37 %) a nejméně pak v Olomouckém kraji (o 4,46 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na pneumologii a ftizeologii ve všech krajích ČR. Před zavedením poplatku byl největší počet ošetření v Plzeňském kraji a v Praze a právě u těchto dvou krajů došlo také k největšímu absolutnímu poklesu počtu ošetření, což nahrává myšlence, že v těchto dvou krajích mohlo docházet k nadužívání této zdravotní péče.



Obr. 17 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na ambulanci pneumologie a ftizeologie v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

V grafu uvedeném výše lze vidět srovnání změn v počtu ošetření v ambulanci pneumologie a ftizeologie po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. Při pohledu na graf uvedený výše lze vidět, že u obou zemí došlo k poměrně

výraznému procentuálnímu poklesu počtu ošetření (v ČR pokles zhruba o 14 % a na Slovensku zhruba o 18 %), i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

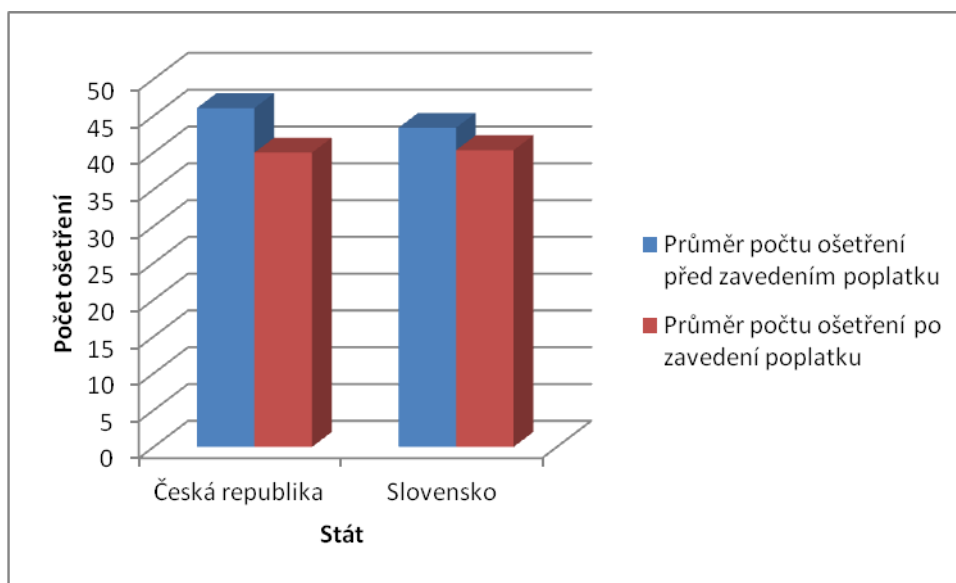
V případě této ambulance by se nabízelo vysvětlit pokles snižováním počtu hlášených onemocnění TBC. Při pohledu do příloh (tab. 30) a zanedbatelnou velikost celkového počtu hlášených onemocnění v jednotlivých letech a faktu, že v roce 2008 došlo k poklesu ošetření v této ambulanci i přesto, že nedošlo k poklesu hlášených onemocnění TBC, je zřejmé, že toto vysvětlení není správné.

Na základě toho, že i na Slovensku došlo k poklesu počtu ošetření na pneumologii a ftizeologii a po zrušení poplatku za návštěvu lékaře v roce 2006 došlo k opětovnému nárůstu, se autor přiklání k názoru, že pokles počtu ošetření v této ambulanci v ČR byl zřejmě způsoben zavedením regulačního poplatku. Graf zobrazující tuto skutečnost je zobrazen v příloze (obr. 29).

Kožní ambulance

K poměrně výraznému poklesu v počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo také u kožní ambulance.

V příloze (tab. 31) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na kožní ambulanci o 6,05 (o 13,13 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Pardubickém kraji (o 23,60 %) a nejméně pak v Jihomoravském kraji (o 1,22 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na kožní ambulanci ve všech krajích ČR.



Obr. 18 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na kožní ambulanci v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

Graf uvedený výše znázorňuje srovnání změn v počtu ošetření na kožní ambulanci po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. V grafu uvedeném výše můžeme vidět, že u obou zemí došlo k procentuálnímu poklesu počtu ošetření, i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech. V případě ČR je tento pokles výraznější (v ČR pokles zhruba o 13 % a na Slovensku zhruba o 7 %).

Tento pokles může být podle autora způsoben tím, že existuje velké množství volně dostupných léčivých přípravků v lékárnách, které řeší drobné kožní problémy (např. ekzémy a vyrážky). Pokud se vezme v potaz kromě zavedení poplatku také čas strávený v čekárnách mohlo dojít ke změně chování pacientů, kteří začali upřednostňovat při těchto problémech návštěvu lékárny.

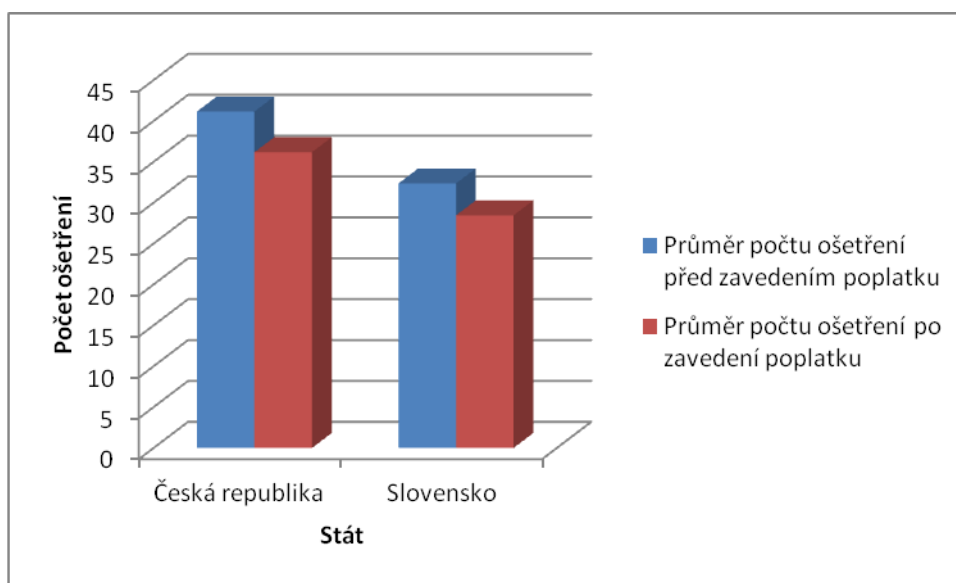
Na základě toho, že na Slovensku došlo po zrušení poplatku za návštěvu lékaře v roce 2006 k opětovnému nárůstu počtu ošetření, se autor přiklání k názoru, že pokles počtu ošetření v této ambulanci v ČR byl zřejmě způsoben zavedením regulačního poplatku. Graf zobrazující pozorované výsledky na Slovensku je zobrazen v příloze (obr. 30).

ORL (vč. foniatrie)

Další ambulancí, u které bude představený pokles počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře bude ambulance ORL.

V příloze (tab. 32) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na ORL o 4,97 (o 12,09 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošet-

ření v Plzeňském kraji (o 18,59 %) a nejméně pak v Karlovarském kraji (o 1,85 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na ušním, nosním a krčním ve všech krajích České republiky. Před zavedením poplatku byl největší počet ošetření v Praze a v Plzeňském kraji a právě u těchto dvou krajů došlo také k největšímu absolutnímu poklesu počtu ošetření, což nahrává myšlence, že v těchto dvou krajích byla nejvíce patrná nadměrná spotřeba poskytované zdravotní péče.



Obr. 19 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na ORL (vč. foniatrie) v ČR a na Slovensku - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

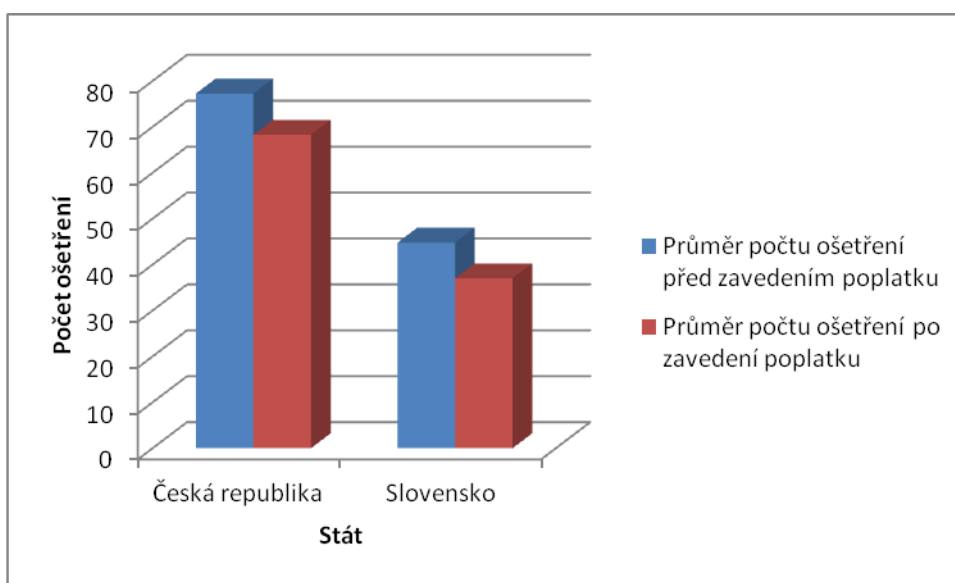
V grafu znázorněném výše můžeme vidět srovnání změn v počtu ošetření v ambulanci ORL po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. Při pohledu na graf uvedený výše se dá vidět, že u obou zemí došlo k téměř shodnému procentuálnímu poklesu počtu ošetření (v ČR pokles zhruba o 12 % a na Slovensku zhruba o 11%), i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

Na základě toho, že i na Slovensku došlo k poklesu počtu ošetření na ORL a po zrušení poplatku za návštěvu lékaře v roce 2006 došlo k opětovnému nárůstu, se autor přiklání k názoru, že pokles počtu ošetření v této ambulanci v České republice byl způsoben zavedením regulačního poplatku. Graf zobrazující tuto skutečnost je zobrazen příloze (obr. 31).

Chirurgie (vč. hrudní a cévní chirurgie)

Poslední ambulancí, u které došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k procentuálnímu poklesu počtu ošetření o více než 10 % je chirurgie.

V příloze (tab. 33) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na chirurgii o 8,98 (o 11,62 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření ve Středočeském kraji (o 20,10 %) a nejméně pak v Pardubickém kraji (o 2,20 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na chirurgii ve všech krajích České republiky. Před zavedením poplatku byl největší počet ošetření v Praze, Karlovarském a Královéhradeckém kraji a právě u těchto krajů, s výjimkou Královéhradeckého kraje, došlo také k největšímu absolutnímu poklesu počtu ošetření, což by mohlo znamenat, že v těchto dvou krajích byla nejvíc patrná nadměrná spotřeba poskytovaných zdravotních služeb.



Obr. 20 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na chirurgii (vč. hrudní a cévní chirurgie) v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

Na grafu uvedeném výše můžeme vidět srovnání změn v počtu ošetření na chirurgii po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. V grafu uvedeném výše můžeme vidět, že u obou zemí došlo k procentuálnímu poklesu počtu ošetření, i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech. V případě ČR je tento pokles méně výrazný (v ČR pokles zhruba o 12 % a na Slovensku zhruba o 17 %).

Autor se rozhodl prozkoumat, zda tento pokles počtu návštěv nebyl způsoben poklesem počtu úrazů. V příloze (tab. 34) můžeme vidět, že v důsledku počtu úrazů došlo po zavedení regulačního poplatku k poklesu o 1,38 návštěv. Celkově však došlo k poklesu o téměř 9 návštěv, takže je zřejmé, že celkový pokles nebyl způsoben pouze poklesem počtu úrazů.

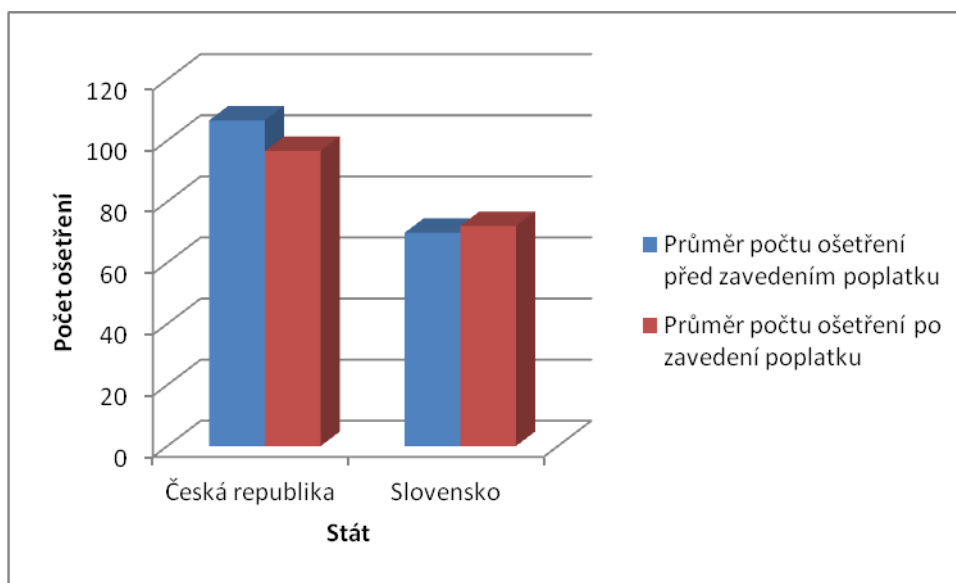
Autor v této ambulanci neočekával, že by zavedení poplatku mělo mít nějaký výraznější vliv na počet ošetření, a proto se rozhodl zabývat také vývojem počtu ošetření v této ambulanci, který můžeme vidět v příloze (obr. 32). V grafu lze vidět, že v této ambulanci je patrný už od roku 2005 pokles počtu ošetřených a už rok před zavedením poplatku byl patrný poměrně výrazný pokles počtu ošetřených, který pak pokračoval i v následujícím roce.

Na základě tohoto zjištění je autor, i přesto, že i na Slovensku došlo k poklesu po zavedení poplatku poměrně zdrženlivý k rozhodnutí o dopadu zavedení regulačního poplatku.

Gynekologie

Další ambulance, u které došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ke statisticky významnému poklesu byla gynekologie.

V příloze (tab. 35) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na gynekologii o 9,98 (o 9,36 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření ve Středočeském kraji (o 18,13 %). Pouze v kraji Vysočina došlo k růstu počtu ošetření (o 0,13 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na gynekologii ve všech krajích ČR, s výjimkou kraje Vysočina. Před zavedením poplatku byl největší počet ošetření v Praze, Olomouckém a Jihočeském kraji a právě u těchto krajů, s výjimkou Olomouckého kraje, došlo také k největšímu absolutnímu poklesu počtu ošetření, což nahrává myšlence, že v těchto dvou krajích byla nejvíc patrná nadměrná spotřeba zdravotní péče.



Obr. 21 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na gynekologii v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

V grafu znázorněném výše lze vidět srovnání změn v počtu ošetření v ambulanci gynekologie po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné.

Jak můžeme vidět v grafu uvedeném výše, tak u gynekologie došlo v obou zemích k rozdílným výsledkům, když na Slovensku došlo k růstu počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku zhruba o 3 % a v ČR došlo naopak k poklesu téměř o 10 %. V této ambulanci se sice podle autora nedala očekávat nadměrná spotřeba zdravotní péče, ale i přesto je zde patrný výrazný pokles počtu ošetření.

V případě gynekologie byly preventivní prohlídky a návštěvy těhotných žen po prokázání průkazu pro těhotné osvobozeny od regulačního poplatku. Tento pokles v počtu ošetření se nabízel vysvětlit snížením počtu narozených dětí, ale při pohledu do příloh (tab. 36), kde je vidět vývoj počtu narozených dětí je zřejmé, že toto vysvětlení není správné.

Vzhledem k faktu, že na Slovensku po zavedení poplatku nedošlo k poklesu počtu ošetření, není jednoduché stanovit, že pokles počtu ošetření byl způsoben právě zavedením poplatku. Jelikož však téměř ve všech krajích ČR došlo k poklesu počtu návštěv, tak se dá předpokládat, že tomu tak mohlo být.

Podle autora se u této ambulance nedal očekávat efekt nadbytečného užívání zdravotních služeb vzhledem k charakteru vyšetření. Jako možný důvod poklesu počtu návštěv mohl být podle autora fakt, že v lékárnách jsou volně dostupné léčivé přípravky na drobné gynekologické problémy (např. záněty, mykózy), které jsou v poslední době hojně propagovány v reklamách a ženy mohly dávat přednost tomuto způsobu léčby před návštěvou samotného odborníka. Tato změna v chování pacientů pak mohla být i v důsledku ušetření času stráveného v čekárnách am-

balance, který byl ještě umocněn nutností platby poplatku za návštěvu lékaře a zároveň poplatku za recept.

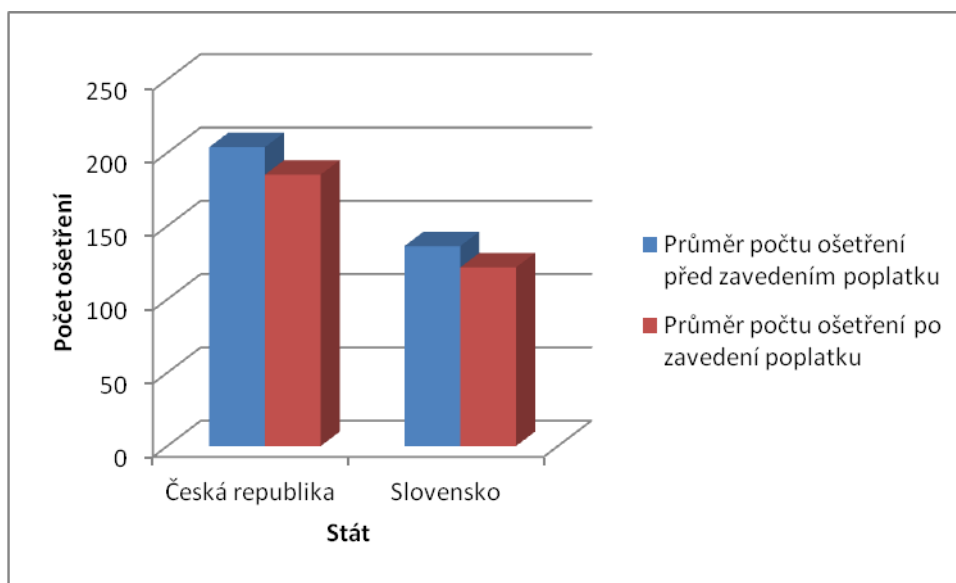
Dalším důvodem by mohla být změna preferenci žen ohledně předepisování hormonální antikoncepce, kdy z důvodu již zmiňovaného dvojího zpoplatnění mohly být vyžadované větší balení těchto léků.

Stomatologie

Jako další ambulance, u které došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ke statisticky významnému poklesu, je uvedena stomatologie, kde autor také neočekával efekt nadužívání zdravotní péče.

V příloze (tab. 37) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na stomatologii o 18,72 (o 9,18 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Plzeňském kraji (o 19,41 %) a nejméně pak ve Zlínském kraji (o 3,12 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na stomatologii ve všech krajích ČR. Z výsledků jednotlivých krajů vybočuje nejvíce Plzeňský kraj, kde došlo k jednoznačně největšímu poklesu absolutního počtu ošetření. Jak už bylo uvedeno výše, tak autor neočekával nadměrnou spotřebu zdravotní péče, a proto považuje tento výrazný pokles za nelogický.

Po důkladnější analýze, kdy se autor zaměřil na počet zubních lékařů pře-počtených na 10 000 obyvatel, došel k výsledku, že v Plzeňském kraji poklesl počet stomatologů. Zároveň byl zaznamenán v posledních letech nárůst v počtu ošetření LPS stomatologie. Obě tyto skutečnosti jsou znázorněny v příloze (obr. 33). Z tohoto lze usuzovat, že lidé v tomto kraji obtížněji hledají vlastního stomatologa a častěji pak spoléhají na služby LPS stomatologie. I takto se, ale autorovi zdá pokles počtu ošetření pozorovaný v Plzeňském kraji oproti ostatním krajům nepřiměřeně vysoký.



Obr. 22 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na stomatologii v ČR a na Slovensku - přepočten na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

Na grafu uvedeném výše je možné vidět srovnání změn v počtu ošetření na stomatologii po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. V grafu uvedeném výše můžeme vidět, že u obou zemí došlo k téměř shodnému procentuálnímu poklesu počtu ošetření (v ČR pokles zhruba o 9 % a na Slovensku zhruba o 11 %), i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

V případě stomatologie byla v ČR první preventivní prohlídka v roce osvobozena a poplatek se platil až při druhé prohlídce. Jak lze vidět v příloze (obr. 34), tak k pozvolnému poklesu v počtu ošetření docházelo na stomatologii už od roku 2003 a v roce 2008 byl tento pokles zvýrazněn. Jelikož tento pokles byl poměrně výrazný, tak se dá předpokládat, že kromě trendu v poklesu počtu ošetření se na tomto poklesu mohly podílet také regulační poplatky. U této ambulance mohlo podle autora docházet k oddalování návštěv z důvodu charakteru vyšetření, ke kterému ještě mohl přispět psychologický efekt zpoplatnění zdravotní péče.

Oční ambulance

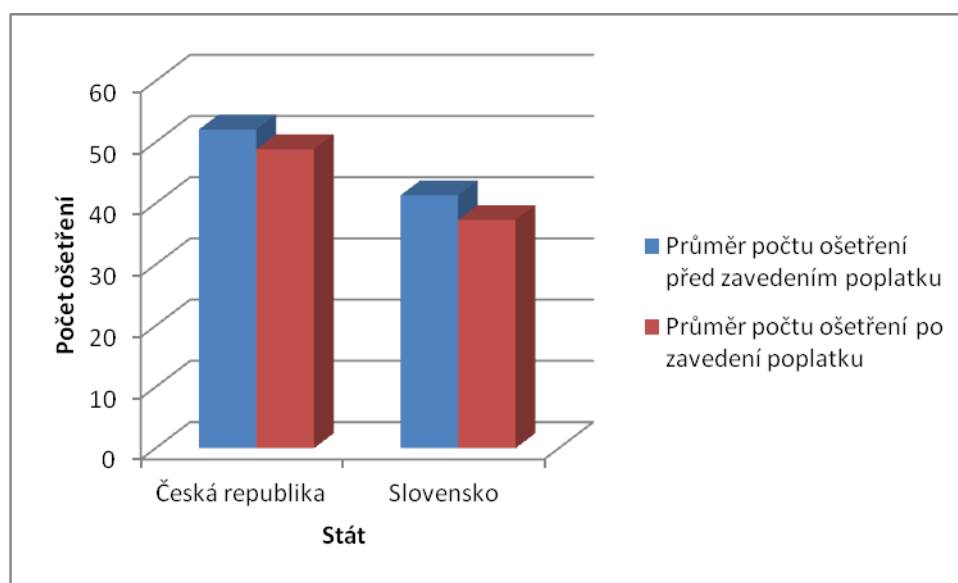
Ke statisticky významnému poklesu počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo také u oční ambulance.

V příloze (tab. 38) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na oční ambulanci o 3,23 (o 6,20 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Královéhradeckém kraji (o 12,32 %). V Olomouckém a Zlínském kraji došlo i přes zavedení poplatku k zanedbatelnému růstu počtu ošetření,

kdy největšího růstu bylo dosaženo v Olomouckém kraji (o 2,17 %). Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na oční ambulanci ve 12 krajích ČR a ve zbývajících 2 krajích došlo k růstu.

Odlišné výsledky v rámci jednotlivých krajů mohou být způsobeny dalšími vlivy. Podle autora např. růst ve Zlínském kraji může být způsoben tím, že zlínské oční ambulance jsou dlouhodobě na vysoké úrovni a vyhledávají je i obyvatelé z ostatních krajů. Tímto může být oslaben efekt zavedení regulačního poplatku.

Před zavedením poplatku byl největší počet ošetření v Praze, Olomouckém a Královéhradeckém kraji a právě u těchto krajů, s výjimkou Olomouckého kraje, došlo také k největšímu absolutnímu poklesu počtu ošetření, což by mohlo být tím, že v těchto dvou krajích docházelo k nadměrné spotřebě zdravotní péče.



Obr. 23 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na oční ambulanci v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

Graf uvedený výše znázorňuje srovnání změn v počtu ošetření na oční ambulanci po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. V grafu uvedeném výše můžeme vidět, že u obou zemí došlo k procentuálnímu poklesu počtu ošetření, i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech. V případě ČR je tento pokles méně výrazný (v ČR pokles zhruba o 6 % a na Slovensku zhruba o 10 %).

Autor je vzhledem k nízkému procentuálnímu poklesu opatrný s tvrzením, že tento pokles byl způsoben v důsledku zavedení regulačních poplatků, protože jak je vidět v příloze (obr. 35), tak už od roku 2010, i přesto, že i nadále fungovaly poplatky, došlo k růstu počtu ošetření.

Podle autora totiž mohlo přispět k celkovému poklesu počtu návštěv také rozšíření poskytovaných služeb u očních optik, které díky svému vybavení umožňují pacientovi měřit zrak a ten si pak může hned na místě zakoupit i brýle či čočky. Výhodou těchto očních optik je také jejich ordinační doba, kdy mají otevřeno na rozdíl od lékařů i o víkendu.

Kvalitativní výzkum u zástupců očních optik

Zástupci očních optik byli osloveni z důvodu ověření možného vysvětlení poklesu počtu návštěv v oční ambulanci z důvodu většího využití služeb očních optik.

Oční optika - pobočka Znojmo

Dotazovaný zástupce oční optiky potvrzuje, že k poklesu počtu návštěv na oční ambulanci po zavedení regulačních poplatků mohlo dojít v důsledku využívání služeb očních optik. Stále více očních optik totiž podle něj provádí měření zraku a lidé tak nemusí čekat na to, až jsou objednáni ke svému očnímu lékaři. Mnoho očních optik také podle něj nabízí toto měření zdarma, pokud si klient zakoupí brýle v této oční optice.

V oční optice, kde zástupce pracuje, je pozorován v posledních letech nárůst využívání služeb optometristy. Pokles počtu ošetření na oční ambulanci se tak podle něj mohl týkat právě těchto kontrolních vyšetření, ale celkově má podle něj oční lékař svůj nenahraditelný význam.

Oční optika - pobočka Hrušovany nad Jevišovkou

Zástupce dotazované oční optiky nevyklučuje, že k poklesu počtu návštěv na oční ambulanci mohlo dojít v důsledku většího využívání služeb očních optik, ale nemůže to potvrdit. Oční optika, ve které pracuje, totiž nevyužívá potřeby optometristy, ale spolupracuje s místní oční lékařkou. Tento fakt je způsobený zejména tím, že tato oční optika se nachází pouze v malém městě.

Oční optika - pobočka Brno

Dotazovaný zástupce potvrzuje, že pokles počtu návštěv na oční ambulanci po zavedení poplatku za návštěvu lékaře mohl být způsoben větším využíváním služeb očních optik.

V oční optice, ve které tento zástupce pracuje, potvrzuje, že v posledních letech je patrný rostoucí zájem o využívání služeb týkajících se měření zraku. Vysvětluje si to zejména bezplatností tohoto měření a také otevírací dobou ve všech dnech v týdnu až do večerních hodin.

Na základě informací získaných z dotazování zástupců očních optik se dá říci, že k poklesu počtu ošetření na oční ambulanci mohlo opravdu dojít v důsledku většího využívání služeb očních optik.

Ortopedie

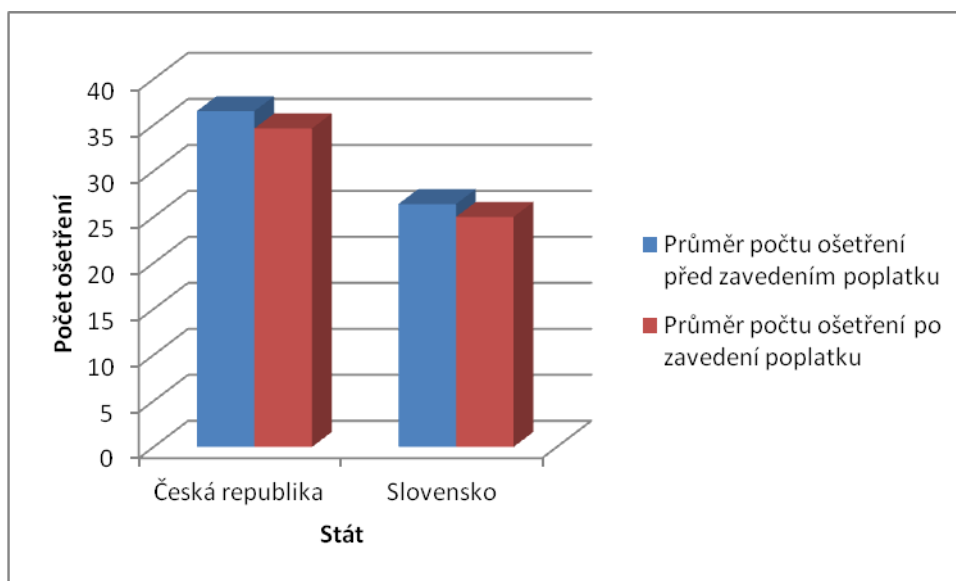
Předposlední ambulancí, u které došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ke statisticky významnému poklesu počtu návštěv je ortopedie.

V příloze (tab. 39) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na ortopedii o 1,88 (o 5,15 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Praze (o 15,92 %). V Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském kraji došlo i přes zavedení poplatku k růstu počtu ošetření, kdy největšího růstu bylo dosaženo ve Zlínském kraji (o 17,07 %).

Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na ortopedii v 11 krajích ČR a ve zbývajících 3 krajích došlo k růstu. V oblasti ortopedie bude hrát svou roli efekt i stárnutí populace ČR, který působí proti vlivu zavedení regulačního poplatku, a proto v rámci jednotlivých krajů ČR mohlo docházet k rozdílným výsledkům. Podle autora např. v důsledku migrace obyvatelstva ČR, kdy se především mladší lidé stěhují za prací do atraktivnějších lokalit může docházet ke stárnutí populace v ostatních přilehlých krajích.

Před zavedením poplatku byl největší počet ošetření v Plzeňském kraji a v Praze a právě u těchto dvou krajů došlo také k největšímu absolutnímu poklesu počtu ošetření, což může značit, že v těchto dvou krajích docházelo dříve k nadměrné spotřeby zdravotní péče.

Vysoký procentuální nárůst u Zlínského kraje je způsoben zejména tím, že průměr počtu ošetření před zavedením poplatku je ovlivněn skokovým poklesem počtu ošetření v roce 2007 a nízkou hodnotou v roce 2001, protože jinak při pohledu do příloh (obr. 36), jde vidět, že růst v počtu ošetření po zavedení poplatku nebyl příliš výrazný.



Obr. 24 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na ortopedii v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

V grafu znázorněném výše můžeme vidět srovnání změn v počtu ošetření na ortopedii po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. Při pohledu na graf uvedený výše se dá vidět, že u obou zemí došlo k téměř shodnému procentuálnímu poklesu počtu ošetření o 5 %, i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

Vzhledem k tomu, že u obou zemích došlo po zavedení poplatků ve zdravotnictví k poměrně nevýraznému poklesu počtu ošetření není lehké určit, zda by se mohlo jednat o důsledek zavedení regulačních poplatků. Při pohledu do příloh (obr. 37) je však vidět, že dlouhodobě neměl regulační poplatek vliv na počet ošetření, protože záhy po zavedení poplatku začalo docházet k nárůstu počtu ošetření.

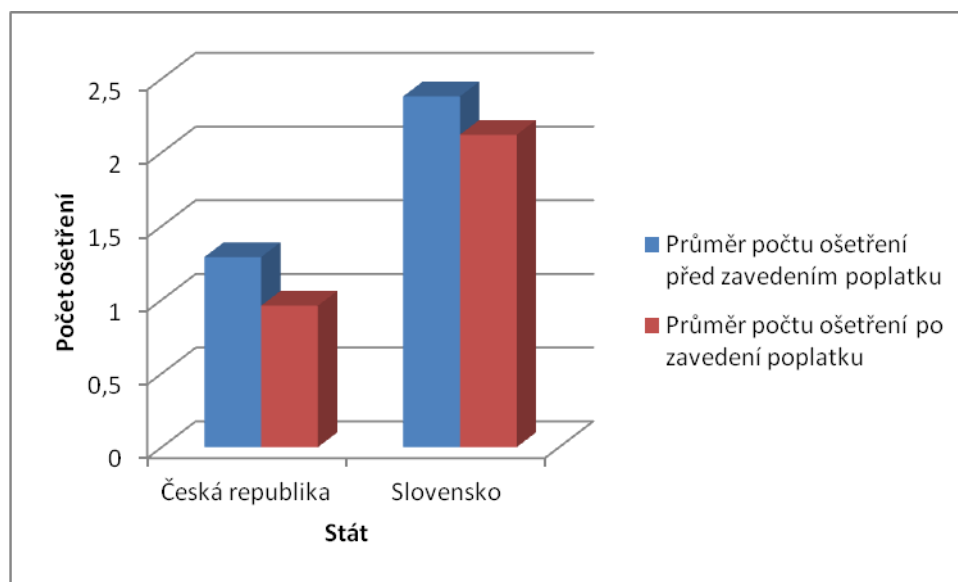
Geriatric

Jako poslední ambulance, u které došlo ke statisticky významnému poklesu počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře, je uvedena geriatric. U této ambulance sice došlo k procentuálně největšímu poklesu počtu ošetření, ale vzhledem k rozporuplným výsledkům v jednotlivých krajích a také zanedbatelnosti celkového počtu ošetření je uvedena na závěr.

V příloze (tab. 40) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo k poklesu počtu ošetření na geriatrici o 0,34 (o 25,93 %). Z procentuálního hlediska se nejvíce snížil počet ošetření v Královéhradeckém kraji (o 62,33 %). V Moravskoslezském, Jihomoravském a Středočeském kraji došlo i přes zavedení poplatku k růstu počtu ošetření, kdy největšího růstu bylo dosaženo v Středočeském kraji

(o 42,86 %), ale tento největší nárůst je způsoben nízkým počtem ošetření, kdy i drobný nárůst způsobuje velký procentuální nárůst.

Jak lze tedy vidět, po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo k poklesu počtu ošetřených na geriatrici v 7 krajích České republiky a ve zbývajících 3 krajích došlo k růstu.



Obr. 25 Srovnání dopadů zavedení regulačních poplatků na počet ošetření na geriatrici v ČR a na Slovensku - přepočteno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a NCZI. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2000-2005

Na grafu uvedeném výše je možné vidět srovnání změn v počtu ošetření na geriatrici po zavedení poplatku za návštěvu lékaře v ČR a na Slovensku. Na Slovensku došlo k zavedení poplatku v červnu 2003 a jak už bylo zmíněno dříve dalo se předpokládat, že pozorované dopady by mohly být podobné. V grafu uvedeném výše můžeme vidět, že u obou zemí došlo k procentuálnímu poklesu počtu ošetření (v ČR pokles zhruba o 26 % a na Slovensku zhruba o 11 %), i když zavedení regulačního poplatku bylo uskutečněno v odlišných letech.

Vzhledem k značné rozdílnosti výsledků v jednotlivých krajích ČR je autor v případě potvrzení dopadů zavedení regulačního poplatku velice opatrný.

Úplně na závěr ještě dojde k představení dopadu zavedení regulačního poplatku za jeden den hospitalizace na počet hospitalizovaných, který sice nebyl předmětem analýzy, ale v práci jej autor uvádí, aby byly v práci ukázány důsledky zavedení všech regulačních poplatků v ČR.

Tab. 8 Celkový počet hospitalizovaných v ČR - přepočten na 10 000 obyvatel

	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Celkový počet hospitalizovaných	2 082,37	2 057,60	- 24,77	- 1,19

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

V tabulce uvedené výše můžeme vidět, že po zavedení regulačního poplatku za den hospitalizace došlo k poklesu počtu hospitalizovaných o 24,77 hospitalizací. O hospitalizaci pacienta rozhoduje lékař a dá se tedy říci, že zavedení poplatku za jeden den hospitalizace nemělo vliv na motivaci lékařů zvyšovat počet hospitalizovaných.

Shrnutí

Autor celkově považuje zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR za přínosné, protože se díky nim dostalo do zdravotnictví ročně více než 5 miliard Kč a i když tato částka je v celkových nákladech na zdravotnictví zanedbatelná, tak pro jednotlivé poskytovatele zdravotní péče to bylo vítané přilepšení rozpočtů. Zároveň díky nim došlo k celkovému poklesu počtu vydaných receptů (o zhruba 22,72 %), poklesu počtu ošetření LPS (o zhruba 53,08 %) a celkového počtu ambulantních ošetření (o zhruba 13,27 %). Tento pokles počtu ošetření se však nedá paušalizovat na všechna oddělení, protože z celkového počtu 26 analyzovaných ambulancí došlo ke statisticky významnému poklesu pouze u 11 ambulancí (ordinace praktického lékaře, pediatrie vč. dorostového lékařství, pneumologie a ftizeologie, kožní ambulance, ORL, chirurgie vč. hrudní a cévní chirurgie, gynekologie, stomatologie, oční ambulance a ortopedie). Vyčíslit úsporu pro zdravotní pojišťovny u těchto 11 ambulancí v důsledku tohoto úbytku počtu ošetření je velmi složité, ale i přesto se autor pokusil odhadnout jejich velikost. U praktických lékařů pro dospělé a pro děti je většina výkonů zahrnuta v měsíční kapitační platbě za pojištěnce a autor předpokládá, že důsledkem zavedení poplatku za návštěvu došlo zejména k poklesu těchto výkonů. Autor sice nevylučuje, že zavedení poplatku se týkalo i výkonů nehrazených z kapitační platby, ale velikost této úspory by neměla být příliš vysoká. U zbývajících ambulancí se autor pokusil vyčíslit úsporu na základě průměrného poklesu počtu ošetření po zavedení tohoto poplatku u jednotlivých ambulancí. Autor si dále vyhledal v předpisu č. 331/2007 Sb. hodnotu bodu za výkon týkající se cíleného ošetření na jednotlivých ambulancích, protože ambulantní specialisté jsou financováni výkonovým systémem. Touto hodnotou bodu vynásobil rozdíl mezi počtem ošetření před a po zavedení poplatku u jednotlivých ambulancí. Hodnota bodu pro většinu ambulantních specialistů je 1,02 a právě tímto koeficientem jednotlivé body výkonu autor vynásobil. Výjimku tvoří stomatologové, kterým jsou výkony propláceny přímo v peněžním vyjádření a preventivní prohlídka je v roce 2015 ohodnocena částkou 410 Kč, což je vidět ve Výši

úhrad ambulantních stomatologických služeb - stomatologických výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2015 (2015) uvedených na stránkách VZP. Touto částkou tedy autor vynásobil pokles počtu ošetření po zavedení poplatků. V příloze (tab. 41) pak lze vidět předpokládanou velikost úspor zdravotních pojišťoven v jednotlivých ambulancích. Celková výše odhadovaných úspor u těchto ambulancí v důsledku poklesu počtu ošetření o více než 4 miliony ošetření by pak mohla činit necelou 1 miliardu Kč ročně. Dá se předpokládat, že tyto poklesy byly způsobeny skutečně nadbytečnou spotřebou a vzhledem k tomu, že velikost poplatků nebyla stanovena na nikterak závratné částce by nemělo zároveň docházet k výraznému zhoršení dostupnosti zdravotní péče.

Z důvodu velkého množství faktorů, které ovlivňují občany při spotřebě zdravotní péče a nemožnosti jednoznačného určení, která návštěva je nezbytná, není možné provést analýzu, která by jednoznačně zhodnotila dopady zavedení regulačních poplatků a stanovila by tím výši předchozí nadbytečné spotřeby zdravotní péče. Z tohoto důvodu se také veškeré analýzy zavedení poplatků zabývají pouze srovnáním celorepublikových údajů bez nějakého podrobného vysvětlení pozorovaných jevů. Autor vidí přínos své práce v tom, že se rozhodl prozkoumat problematiku zavedení poplatků v co nejužším možném členění na jednotlivé ambulance a v dělení na jednotlivé kraje ČR. Množství takto zpracovaných informací může posloužit jako podklad pro budoucí práce zaměřené na problematiku regulačních poplatků. Zároveň se autor také pokusil nabídnout možná vysvětlení pozorovaných dopadů, které by následně mohly být detailněji zpracovány.

4.3 Dopady zrušení regulačních poplatků v ČR

Analyzovat dopady zrušení regulačních poplatků v ČR bylo velmi složité. Důvodem byla především krátká doba, která uplynula od jejich zrušení v roce 2015. Z tohoto důvodu nejsou v době psaní diplomové práce stále k dispozici celorepubliková data ze Zdravotnické ročenky České republiky 2015, která budou k dispozici zřejmě až na jaře roku 2017.

Autor však zaregistroval analýzu dopadů zrušení regulačních poplatků provedenou VZP a obrátil se na ni s prosbou o poskytnutí údajů týkajících se roku 2015. Tato data jsou však chráněná a tak byla autorovi zaslána pouze samotná analýza, ve které však data nejsou sledována v příliš podrobném členění, a proto byl nucen autor sledovat dopady zrušení regulačních poplatků pouze na počet vydaných receptů, počet ošetření u praktických lékařů, stomatologů a gynekologů. Závěry této analýzy jsou však limitovány, protože do analýzy jsou zahrnuti pouze pojištěnci VZP. Tato pojišťovna má však nejvíce pojištěnců v ČR, a proto se autor rozhodl prezentovat výsledky této analýzy.

Jelikož jsou tato data uváděna pouze v celorepublikovém měřítku není možné otestovat stanovené hypotézy týkající se zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví párovým t-testem, a proto dojde pouze k porovnání výsledných údajů.

Výjimku tvoří hypotéza H7 týkající se osvobození dětí od regulačních poplatků za návštěvu lékaře, ke kterému došlo v roce 2009. V tomto případě bylo možné provést statistický párový t-test, kdy dojde k porovnání průměru počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v letech 2001-2007 a počtu ošetření v roce 2008. Rok 2009 není do analýzy zahrnut, protože k osvobození od poplatku došlo až v průběhu tohoto roku.

Hypotéza H7

K zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo v roce 2008 a na počátku platil tento poplatek i pro děti. V dubnu roku 2009 však došlo k osvobození dětí od tohoto regulačního poplatku, a proto se autor rozhodl otestovat, zda nedošlo následkem tohoto opatření k nárůstu počtu ošetření.

H7: Osvobození regulačního poplatku za návštěvu u lékaře u dětí vedlo k růstu počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství).

Autor provedl párový t-test a na základě výsledků testovacích kritérií, které se nachází v příloze (tab. 16) **zamítá stanovenou hypotézu H7.**

V příloze (tab. 42) můžeme vidět, že průměrně v každém kraji ČR došlo po osvobození dětí od poplatku za návštěvu lékaře k poklesu počtu ošetření na pediatrii o 6,60 (o 5,35 %). Z procentuálního hlediska došlo k nejvyššímu růstu počtu ošetření v Libereckém kraji (o 12,03 %), naopak k nejmenšímu v Praze (o 0,89 %). Jak lze tedy vidět, po tomto osvobození došlo k růstu počtu ošetřených na pediatrii ve všech krajích ČR. Vzhledem k tomuto faktu je ještě více složité určit, zda na dříve zmíněném poklesu v počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře sehrál opravdu významnou roli tento poplatek.

Hypotéza H8

K zavedení zpoplatnění vydaných receptů v ČR došlo v roce 2008 a jeho cílem bylo omezit plýtvání v předepisování léčivých přípravků. V roce 2015 však došlo ke zrušení regulačního poplatku za recept, a proto se rozhodl autor ověřit, zda důsledkem tohoto zrušení nebyl patrný opětovný nárůst počtu vydaných receptů.

H8: Zrušení regulačního poplatku za recept vedlo k růstu počtu vydaných receptů.

Tab. 9 Srovnání počtu vydaných receptů po zrušení regulačního poplatku za vydaný recept

	Aritmetický průměr 1.poloviny roků 2013 a 2014	Aritmetický průměr 1 poloviny roku 2015	Rozdíl (Ar. průměr 2015 - Ar. průměr 2013,2014)	Změna (v %)
Počet vydaných receptů	19 377 711	20 625 895	- 1 248 184	+ 6,44

Zdroj: Vlastní zpracování na základě VZP ČR. Zhodnocení dopadu zrušení regulačních poplatků v lůžkových a ambulantních zařízeních

V případě počtu vydaných receptů došlo po zrušení poplatku k nárůstu počtu vydaných receptů a to o více než 6 %, takže došlo k **potvrzení hypotézy H8**. Tyto výsledky se sice týkají pouze pojištěnců VZP, ale vzhledem k poměrně výraznému nárůstu počtu receptů se dá předpokládat, že zrušení poplatku za recept bude mít za následek nárůst počtu vydaných receptů.

Hypotéza H9, H10 a H11

Zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře, ke kterému došlo v roce 2008 mělo za cíl omezit nadměrné využívání zdravotních služeb pacienty. K tomuto snížení opravdu došlo, když byl snížen počet celkových ošetření i ošetření na určitých ambulancích. V roce 2015 však došlo ke zrušení tohoto poplatku, a proto se rozhodl autor prozkoumat, zda důsledkem této změny nebude opět patrný nárůst počtu ošetření u praktického lékaře, stomatologů a gynekologů.

H9: Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů zvýšit počet ošetření u stomatologů.

H10: Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů zvýšit počet ošetření u gynekologů.

H11: Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k motivaci občanů zvýšit počet ošetření u praktického lékaře.

Tab. 10 Srovnání počtu návštěv u lékařů po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ve vybraných ambulancích ČR

	Aritmetický průměr 1.poloviny roků 2013 a 2014	Aritmetický průměr 1 poloviny roku 2015	Rozdíl (Ar. průměr 2015 - Ar. průměr 2013 až 2014)	Změna (v %)
Počet návštěv - stomatologie	5 061 722	5 088 966	+ 27 244	+ 0,54
Počet návštěv - gynekologie	2 473 617,50	2 264 827	- 208 790,50	- 8,44
Počet návštěv - praktický lékař	4 634 206,50	4 942 683	+ 308 476,50	+ 6,66

Zdroj: Vlastní zpracování na základě VZP ČR. Zhodnocení dopadu zrušení regulačních poplatků v lůžkových a ambulantních zařízeních (2015)

Jak můžeme vidět v tabulce uvedené výše, došlo po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře u stomatologů k zanedbatelnému nárůstu počtu návštěv, který nedosahoval ani 1 %. V případě stomatologie došlo po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře k výraznému poklesu počtu návštěv, ale jak jde vidět jejich zrušení nemělo žádný výrazný vliv na jejich počet, což by mohlo být podle autora způsobeno strachem z návštěvy u zubaře. Z důvodu pouze zanedbatelného nárůstu počtu ošetření **nemůže autor potvrdit hypotézu H9**. Tyto výsledky se týkají pouze pojištěnců VZP, ale jelikož došlo pouze k zanedbatelnému nárůstu počtu ošetření není jednoduché předvídat, jaký výsledek bude pozorován u všech pojištěnců.

U gynekologie došlo i po zrušení poplatku k poklesu počtu návštěv o více než 8 %, takže autor se rozhodl **zamítnout hypotézu H10**. V gynekologii byl patrný pokles už v době zavedení poplatku a protože tento pokles pokračuje i po zrušení poplatku je možné, že dřívější pokles byl způsoben i jinými vlivy než zavedením poplatku. Tyto výsledky se sice týkají pouze pojištěnců VZP, ale vzhledem k poměrně výraznému poklesu počtu ošetření se dá předpokládat, že zrušení poplatku za návštěvu lékaře nebude mít za následek nárůst počtu ošetřených v ordinaci gynekologie.

V případě praktických lékařů došlo po zrušení poplatku k nárůstu počtu návštěv o 6,66 %. Tento nárůst však bude podle tvůrců této analýzy s největší pravděpodobností ještě vyšší, protože do počtu návštěv byly zahrnuty pouze ty kontakty, které nejsou hrazeny v rámci kapitační platby. V rámci kapitační platby jsou hrazeny podle Vyhlášky č. 273/2015 Sb. např. tyto výkony: cílené vyšetření praktickým lékařem, kontrolní vyšetření praktickým lékařem, administrativní úkony, injekce či telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem. Je zřejmé, že právě tyto výkony tvoří největší část kontaktů s praktickým lékařem, a proto se dá předpokládat, že celkový nárůst bude ještě vyšší. Je však zřejmé, že došlo k **potvrzení hypotézy H11**. Tyto výsledky se sice týkají pouze pojištěnců VZP,

ale vzhledem k poměrně výraznému nárůstu počtu ošetření se dá předpokládat, že zrušení poplatku za návštěvu lékaře bude mít za následek nárůst počtu ošetřených v ordinaci praktického lékaře.

Kvalitativní výzkum u praktických lékařů

K dotazování praktických lékařů ohledně dopadů zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo, protože analýzou bylo zjištěno, že u této ambulance byl nejvíce patrný efekt nadměrného užívání zdravotní péče, a proto autora zajímalo, zda po zrušení tohoto poplatku dojde k opětovnému výraznému nárůstu počtu ošetření. Dalším důvodem tohoto dotazování je také fakt, že výsledek analýzy uvedené v tabulce výše zahrnuje pouze některá ošetření.

Praktická lékařka - ambulance Miroslav

Po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře pozorovala ve své ordinaci nárůst počtu ošetřených o zhruba 15 %. Tento vzestup je podle ní patrný zejména u osob ve věku 45 - 60 let. Jsou to především lidé, kteří vykonávají obtížnou práci a využívají potvrzení propustek. U administrativních pracovníků, OSVČ a pracovníků s větší zodpovědností je podle ní počet návštěv zhruba stejný.

Praktická lékařka - ambulance Znojmo

Po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře pozorovala ve své ordinaci nárůst počtu ošetřených o zhruba 15 - 20 %. K největšímu nárůstu podle ní došlo u starších občanů ve věku 50 - 65 let. Naopak u mladších osob a pracovníků na vyšších pozicích podle ní nedošlo k výraznějšímu nárůstu.

Praktická lékařka - ambulance Moravský Krumlov

Po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře pozorovala ve své ordinaci nárůst počtu ošetřených o zhruba 20 %. Největší nárůst lékařka spatřovala zejména u starších občanů v kategorii 45 - 65 let. U osob do 45 let pak podle ní došlo k zanedbatelnému růstu v počtu návštěv.

Dotazování praktických lékařů naznačuje, že po zrušení poplatku za návštěvu lékaře došlo opravdu k většímu růstu počtu ošetření než předpovídala analýza VZP. Autor z informací uvedených výše vyvozuje, že zrušení poplatku způsobilo nárůst počtu ošetřených o zhruba 15 - 20 % a mohl se týkat zejména osob starších než 50 let, protože na tomto se shodly všechny dotazované lékařky. U ostatních občanů pak podle dotazovaných došlo spíše k nevýznamným změnám.

4.3.1 Dopady zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví Slovenska

Pro nastínění možných dopadů zrušení poplatků ve zdravotnictví ČR se autor rozhodl z důvodu omezených informací z ČR představit dopady, které byly pozorovány na Slovensku u ambulančí, ve kterých byl pozorován v ČR statisticky významný pokles po zavedení regulačních poplatků. V případě zavedení poplatků

docházelo u obou zemí k srovnatelným dopadům, což je možné vidět v příloze (tab. 43). Pouze u gynekologie došlo k rozporu ve vývoji, takže i v případě dopadů zrušení by se výsledky nemusely u obou zemí ve velké míře lišit.

Tab. 11 Dopady zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře ve vybraných ambulancích Slovenska

Oddělení	Aritmetický průměr během poplatků	Aritmetický průměr po zrušení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr během)	Změna (v %)
Geriatric	2,12	2,30	+ 0,18	+ 8,49
Pneumologie a ftizeologie	17,64	17,27	- 0,37	- 2,10
Pediatric (vč. dorostového lékařství)	173,16	140,22	- 32,94	- 19,02
Gynekologie	72,05	68,22	- 3,83	- 5,32
Chirurgie (vč. cévní a hrudní chirurgie)	37,01	44,25	+ 7,24	+ 19,56
Ortopedie	25,01	28,28	+ 3,27	+ 13,07
Ušní, nosní a krční (vč. foniatrie)	28,45	26,77	- 1,68	- 5,91
Oční	37,27	40,06	+ 2,79	+ 7,49
Kožní	40,32	37,88	- 2,44	- 6,05
Ordinace praktického lékaře pro dospělé	379,32	341,91	- 37,41	- 9,86
Stomatologie	121,83	123,67	+ 1,84	+ 1,51
Celkem - počet ošetření	1 146,58	1 096,12	- 50,46	- 4,40

Zdroj: Vlastní zpracování na základě NCZI. Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2004-2013

Jak můžeme vidět v tabulce uvedené výše, tak dopady zrušení poplatku za návštěvu lékaře na Slovensku byly velmi překvapivé, protože u mnoha ambulančí a dokonce i v celkovém počtu návštěv došlo na Slovensku k poklesu počtu ošetření. K významnějšímu poklesu počtu ošetření však došlo pouze u ordinace praktického lékaře pro dospělé. U zbývajících ambulančí se jednalo o poměrně nízké poklesy. Nárůst byl patrný jen v pěti ambulancích a to ještě v případě stomatology došlo pouze k zanedbatelnému růstu. U oční ambulance, ortopedie, geriatric a chirurgie byl však patrný poměrně výrazný nárůst, ke kterému by tedy mohlo dojít i v případě ČR.

V případě ambulance pneumologie a ftizeologie, gynekologie, ORL a kožní ambulance, kde došlo po zrušení poplatku k poměrně malému poklesu počtu ošetření je vidět v příloze (obr. 38), že po zrušení poplatku v roce 2006 byl patrný v roce 2007 poměrně výrazný nárůst počtu ošetření, který byl podle autora s největší pravděpodobností způsoben právě zrušením poplatku a až klesající vývoj v následujících letech způsobil, že celkově došlo k poklesu počtu ošetření.

Podle autora není podmínkou, že v ČR musí dojít k obdobným výsledkům jako na Slovensku, protože rozpor je patrný u ordinace praktického lékaře, kde na Slovensku došlo i po zrušení poplatku k výraznému poklesu počtu návštěv a naopak podle údajů z analýzy VZP (2015) došlo v ČR k růstu počtu návštěv v roce 2015.

Pokles v počtu ošetření u praktických lékařů na Slovensku po zrušení poplatku za návštěvu lékaře může být podle autora způsoben také odlišnostmi v obou systémech. Podle Havlové (2013) totiž není na Slovensku regulováno, za jaké výkony si může lékař vyžadovat poplatky. Lékaři tak na Slovensku vybírají především poplatky za administrativní úkony nebo ošetření, která nejsou hrazena zdravotní pojišťovnou. V praxi se tak objevují např. poplatek za telefonické objednání, telefonickou konzultaci v rámci ordináčních hodin, za služby v čekárně (např. wifi, televize nebo pitná voda) či za potvrzení pro zaměstnavatele kvůli nepřítomnosti pracovníků v práci. Rozsah těchto poplatků se v průběhu let prý nestále zvětšuje. Je tedy možné, že právě díky těmto poplatkům se pacienti rozhodli omezovat návštěvy praktických lékařů.

Rozdíly v obou zemích mohou být způsobeny dále rozdílnou dobou zavedení a zrušení poplatků v obou zemích nebo rozdílným vývojem u jednotlivých ambulancí.

Celkově však autor nepředpokládá, že by krátkodobé zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře, ke kterému došlo v ČR mělo přispět k dlouhodobé změně v chování pacientů. Z tohoto důvodu autor má za to, že dojde k opětovnému nárůstu počtu ošetření u ambulancí, ve kterých došlo k největším poklesům počtu návštěv. Autor přitom vychází ze skutečnosti jednotlivých ambulancí na Slovensku, kde ihned po zrušení poplatku za návštěvu lékaře došlo k mírnému nárůstu počtu ošetření. Tuto domněnku potvrzují i informace získané od praktických lékařek v dotazování.

4.4 Návrhy a doporučení

Jak už bylo nastíněno na začátku diplomové práce, v českém zdravotnictví je patrný trend růstu nákladů na zdravotnictví, což je vidět v tab. 1. S ohledem na demografický vývoj obyvatelstva ČR, který je uveden v tab. 3 je zřejmé, že v ČR dojde k razantnímu stárnutí populace, a proto pro budoucí finanční udržitelnost celého systému bylo podle autora na místě provést reformu. V roce 2015 však z návrhu reformy zdravotnictví z roku 2007 zůstal v platnosti v podstatě pouze regulační poplatek za návštěvu pohotovosti ve výši 90 Kč.

Po prostudování problematiky financování zdravotnictví a provedené analýze dopadů zavedení a zrušení regulačních poplatků v ČR dospěl autor k následujícím návrhům a doporučením ke zlepšení financování zdravotnictví v ČR.

Nejprve se autor rozhodl zabývat modely financování zdravotní péče. Na základě prostudování jednotlivých modelů financování zdravotnictví autor nedoporučuje přechod na jiný způsob financování, protože taková změna by byla velmi složitá a trvalo by dlouhou dobu než by došlo ke kvalitní implementaci tohoto systému. V tomto případě totiž není možné z důvodu rozdílností jednotlivých států převzít nějaký fungující systém z jedné země a jednoduše jej aplikovat do druhé. ČR je navíc historicky spjata se systémem financování pomocí zdravotního pojištění a i když v době socialismu zde fungoval Semaškův model, tak po revoluci v roce 1989 došlo k návratu financování pomocí veřejného zdravotního pojištění. Autor tedy navrhuje zaměřit se na provedení dílčích změn v rámci tohoto systému, protože i ostatní modely mají své nevýhody. Níže představuje své návrhy a doporučení tvůrcům hospodářské politiky ČR.

Na základě informací získaných v literární rešerši, kde bylo možné vidět tabulku spoluúčasti ve vybraných státech Evropy v roce 2012 bylo patrné, že i přesto, že v této době už fungovaly v českém zdravotnictví poplatky byla procentuální velikost spoluúčasti pacientů na nejnižší úrovni. Z tohoto důvodu je hlavním doporučením autora, které by mělo přispět k omezení nadužívání zdravotní péče zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře. Podle analýzy VZP (2015) i dotazování praktických lékařů je totiž zřejmé, že zrušení tohoto poplatku mělo za následek opětovný nárůst počtu návštěv pacientů v ordinacích praktického lékaře. Právě u praktických lékařů došlo na základě empirické analýzy k jednoznačně největšímu poklesu počtu návštěv po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře a dá se tedy říci, že právě v této ambulanci byl nejvýrazněji patrný jev nadužívání zdravotní péče. Další důvod pro znovuoobnovení poplatku u praktického lékaře spatřuje autor v tom, že jsou zde patrné největší fronty a podle autora by sami pacienti mohli ocenit menší fronty v čekárnách z důvodu tohoto poplatku. V případě ostatních ambulancí sice nebyl zaznamenán výrazný regulační efekt, ale autor považoval jeho přínos v přílivu dodatečných finančních zdrojů poskytovatelům zdravotních služeb. Velikost tohoto poplatku by autor v ordinaci praktického lékaře stanovil s ohledem na lepší manipulaci s penězi na úrovni 50 Kč, což by mohlo ještě více přispět k omezení zneužívání služeb praktických lékařů a zmenšení front v čekárnách. Prostor pro zvětšení tohoto poplatku v ČR spatřoval také Dlouhý (2010) ve svém článku uvedeném v literární rešerši diplomové práce. U ostatních ambulancí by autor opět s ohledem na lepší manipulovatelnost zvolil poplatek ve výši 20 Kč. Tento poplatek stanovil autor oproti dřívějšímu poplatku ve výši 30 Kč na nižší úrovni, protože v analýze bylo zjištěno, že regulační efekt plnily poplatky zejména u praktických lékařů, a proto právě v jejich ordinacích došlo k jejich navýšení a právě s ohledem na toto navýšení pak došlo u ostatních ambulancí k jejich zmenšení. Jak bylo zjištěno analýzou, u mnoha ambulancí došlo i po zavedení poplatku k růstu počtu ošetření, a proto autor nepředpokládá, že by v důsledku tohoto poplatku došlo k omezení dostupnosti zdra-

votní péče. S ohledem na tab. 5 autor předpokládá, že znovuzavedení tohoto poplatku by znamenalo roční příjem zdravotním zařízením zhruba ve výši 1,5 miliardy Kč.

Autor by dále navrhoval znovu zavést i poplatek za vydaný recept. Souhlas s tímto poplatkem totiž vyslovili i Vepřek, Vepřek a Janda (2002). V případě poplatku za recept sice analýzou bylo zjištěno, že z hlediska spotřeby léků nedošlo dlouhodobě k jejímu poklesu, ale přinášel do zdravotnictví další finanční prostředky, což byl druhý z cílů zavedení regulačních poplatků. Proto by jej autor navrhoval znovu zavést za předpokladu lepšího vysvětlení jeho účelu. Většina lidí si totiž myslí, že tento příjem je příjmem lékární. Ve skutečnosti však v případě plně hrazeného léku je tato částka podle Krebs (2010) snížena z celkového doplatku pacienta a pokud je lék plně hrazený, tak je spojen s nižší úhradou od zdravotní pojišťovny. Částka z poplatku za recept by se započítávala do celkového ochranného limitu. Znovuzavedení tohoto poplatku by podle autora s ohledem na tab. 5 mělo znamenat roční příjem ve výši zhruba 2 miliardy Kč.

Důležité při stanovení regulačního poplatku za návštěvu lékaře a za recept by opět bylo stanovení ochranných limitů, zejména pak pro starší občany, kteří jsou nuceni v důsledku svého zdravotního stavu navštěvovat lékaře nejčastěji a pro děti. Pro stanovení její výše pomohla autorovi studie Krutilové (2010), kde je zřejmé, že největší dopad zavedení regulačních poplatků na výdaje domácností byl patrný u domácností důchodců, u kterých došlo oproti ostatním skupinám obyvatel o dvojnásobně větší nárůst výdajů na zdraví. I přesto, že ve stejné studii je vidět, že u průměrné domácnosti důchodců nebyl tento nárůst nikterak výrazný, tak se autor z důvodu navrhovaného zvětšení poplatku za návštěvu praktického lékaře a platby za jeden den hospitalizace rozhodl o stanovení ochranného limitu na nižší úrovni. Tato studie se zabývala rokem 2008, kdy byl ochranný limit stanovený ve výši 5 000 Kč. Autor by tedy navrhoval stanovit výši tohoto limitu na úrovni 3 000 Kč, který by neměl vést k tomu, že zpoplatnění zdravotní péče bude mít za následek omezení dostupnosti zdravotní péče pro seniory a zároveň u dětí nebude mít vliv na zanedbávání zdravotní péče. U ostatních osob by autor ponechal limit ve výši 5 000 Kč, tak jako tomu bylo v ČR v minulosti. Do tohoto limitu by se nezapočítávala platba za jeden den hospitalizace, která bude doporučena níže, protože tato platba není spojována se zdravotní péčí, ale spíše hotelovými službami.

Další doporučení autora spočívá v znovuoobnovení platby za jeden den hospitalizace. Jak bylo vidět v literární rešerši v tab. 5, tak tato položka představovala pro zdravotnická zařízení významný finanční příjem přesahující 1,5 miliardy Kč. K tomuto doporučení přispěl rovněž i kvalitativní výzkum u praktických lékařů, kdy dotazovaní lékaři projevili souhlas s touto platbou a fakt, že při pohledu do příloh (tab. 14) je vidět, že za nemocniční péči se platí i v dalších státech Evropy. Příjem z tohoto poplatku byl příjmem konkrétního zdravotního zařízení a jedním z cílů zavedení poplatků ve zdravotnictví bylo kromě snížení nadbytečného plýtvání také přivést další zdroj do financování zdravotnictví, díky kterému by pak mohlo docházet k vylepšování přístrojového vybavení. Ústavní soud ČR sice zrušil zvýšení regulačního poplatku ze 60 Kč na 100 Kč, kdy podle rozhodnutí Ústavní

soud ČR (2013) zohlednil fakt, že právní úprava nerozdělovala případy, kde je pobyt na lůžku běžnou součástí léčby (např. pobyt na jednotce intenzivní péče) a kdy se jedná o nějakou doprovodnou službu. Další problém byl spatřen v plošnosti stanovení poplatku, kdy nebyly stanoveny žádné finanční limity nebo časové omezení pro platbu, které jsou definovány v jiných zemích. Došlo také k apelu na zákonodárce, aby v příští právní úpravě nebylo používáno slovo poplatek, ale platba za poskytnutou službu. Autor považuje určitou platbu spojenou s hospitalizací za opodstatněnou, neboť pacient využívá i služby nesouvisející se zdravotní péčí (např. strava, elektřina, teplo aj.). Při stanovení konkrétní výše platby zohlednil autor informace z Všeobecné zdravotní pojišťovny uvedené v Parlamentních Listech.cz (2012), které kalkulují nemocnicím položku 70 Kč na suroviny a přípravu jídla. Velikost této platby by tedy měla být vyšší a protože by se v její velikosti měly projevit i ostatní vlivy uvedené výše, tak by autor navrhoval platbu ve výši 100 Kč. Při budoucí formulaci této právní úpravy by dále navrhoval nepoužít slovo poplatek a zároveň definovat časové omezení ve formě určitého počtu dní, po které je pojištěnec povinen hradit tuto platbu. Jak lze vidět v příloze (tab. 18), tak v zemích EU se pohybuje maximální počet dnů, ve kterých je vyžadována platba v rozpětí mezi 10-30 dny. Autor by tedy navrhoval platbu maximálně po dobu 20 dnů, protože se jedná o průměr a takto stanovená doba zároveň chrání dlouhodobě nemocné občany. Velikost této platby je sice oproti původním 60 Kč vyšší, ale na rozdíl od předchozí právní formy, kdy se tato platba nezapočítávala do ochranného limitu, by v tomto návrhu bylo zakomponováno omezení ve formě maximálního počtu dní v roce, po které je vyžadována tato platba. Jak jsme mohli vidět v teoretické části diplomové práce, tak v minulosti při poplatku ve výši 100 Kč činily příjmy z tohoto poplatku zhruba 1,7 miliardy Kč ročně a podobný dopad se dá očekávat i při uplatnění tohoto návrhu autora.

Další doporučení autora vyšlo na základě empirické analýzy, kdy bylo zjištěno, že zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti ve výši 90 Kč přispělo k většímu využívání služeb ZZS. Tento problém je velmi závažný, protože v ČR dochází k neustálému nárůstu počtu primárních výjezdů ZZS, i přesto, že počet výjezdů ke stavům ohrožující život se nezvyšuje. Podle názorů odborníků, které byly uvedeny v kapitole 4.2, tak dochází v ČR ke zneužívání ZZS, které suplují služby LPS a praktických lékařů. Podle odhadu pak stát toto plýtvání stojí zhruba 300 milionů Kč ročně, a proto práce nabízí návrh, který by mohl přispět ke zmírnění tohoto faktu. K omezení substituce využívání služeb LPS ZZS by podle autora mohlo přispět zpoplatnění těchto služeb. Autor by tedy v případě ošetření pacientů ZZS na místě zpoplatnil tuto službu stejnou částkou jako na pohotovosti a to 90 Kč. Jelikož ostatní pacienti, kteří se dopraví na LPS vlastní cestou musí uhradit náklady spojené s touto cestou, navrhoval by autor zpoplatnit také jízdu sanitkou, kde by se inspiroval Slovenskem a zavedl by cenu 2 Kč za kilometr. Pokud by byl pacient převezen na LPS, ale jeho stav by nebyl životu ohrožující, tak by byl podle autorova návrhu osvobozen od platby za služby ZZS a uhradil by pouze platbu za cestu sanitkou a poplatek za návštěvu pohotovosti. Pacienty v ohrožení života by autor navrhoval osvobodit od poplatku za cestu sanitkou, protože pro tyto případy je ZZS

určena. Aby nedocházelo k překážkám v poskytování zdravotní péče by autor pro osoby v hmotné nouzi navrhol osvobození od těchto poplatků. Autora napadla také možnost většího zapojení praktických lékařů při poskytování LPS, ale tam je podle něj problém s jejich postupným stárnutím, které bylo v práci zmíněno a v tom, že se jedná o lékaře vykonávající soukromou lékařskou praxi. Z tohoto důvodu by bylo velmi složité jim nějakým způsobem přikazovat zajišťování LPS. V důsledku tohoto opatření, jehož cílem bylo snížit zneužívání ZZS, by ZZS mohly získat minimálně 20 milionů Kč ročně, pokud by pacienti i přes zpoplatnění těchto služeb nadále využívaly ZZS. Tento výpočet byl proveden na základě aplikace odhadu odborníků, že dochází k 110 000 zbytečných primárních výjezdů ročně a odhadu průměrné dojezdové vzdálenosti k pacientům ve výši 25 km. Celkově by však tento příjem mohl být ještě vyšší, protože do výpočtu nebyli zahrnuti pacienti, kteří nebyli v ohrožení života a přesto byli odvezeni na LPS. Pokud by toto opatření zafungovalo a pacienti si v případě nezávažných zdravotních potíží rozmysleli využití služby ZZS byl by tento efekt ještě vyšší, protože se velikost tohoto zneužívání odhadovalo na základě vyčíslení nákladů na 1 výjezd ZZS na 300 milionů Kč ročně. Optimistická verze úspory by podle autora mohla dosahovat úrovně až 160 milionů Kč ročně při předpokladu snížení zbytečných výjezdů ZZS na polovinu a stejném způsobu výpočtu, kdy by příjem ZZS byl 10 milionů Kč a úspora v důsledku snížení zneužívání by dosahovala 150 milionů Kč. Příjmy z těchto poplatků by byly příjmem ZZS, které jsou podle Slabého (2015) financovány převážně z rozpočtů jednotlivých krajů ČR, které hradí jejich provoz a investice. Důsledkem zpoplatnění jejich služeb by tak mohlo dojít k úsporám z rozpočtů jednotlivých krajů ve výši těchto vybraných poplatků.

Další doporučení autora vychází z literární rešerše a zjištěného vysokého poměru přímých plateb² na soukromých výdajích v ČR. Tato skutečnost je v práci zmíněna v tab. 2. V ČR je tak poměrně velký prostor pro soukromé pojištění, které by mělo přispět ke zlepšení financování zdravotní péče v důsledku stárnutí populace. Mohlo by se vztahovat k nadstandardní péči a přineslo by tak do zdravotnictví další finanční prostředky. Zavedení nadstandardu bylo součástí již zmiňované reformy zdravotnictví, ale na základě stížnosti opozičních poslanců ČSSD došlo v červenci roku 2013 k jejich zrušení Ústavním soudem ČR. Ten se zabýval problematikou standardů a nadstandardů několikrát. Podle rozhodnutí Ústavní soud ČR (2013) nevyloučil možnost zavedení nadstandardní péče hrazené částečně nebo zcela pacientem a standardní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Důležitá je však při takto rozdělené zdravotní péči právní úprava zákona, která musí být naprosto zřejmá a srozumitelná. V minulosti, kdy v českém zdravotnictví došlo k pokusu o ukotvení nadstandardů, byl problém právě v tom, že právní úprava nebyla dostatečně srozumitelná a až z vyhlášky bylo zřejmé, které zdravotnické výkony, prostředky a materiály patří do základní varianty, a za které je potřeba

² Přímé platby v ČR podle ÚZIS Ekonomické informace ve zdravotnictví (2013) zahrnují výdaje na ústavní zdravotní péči, ambulantní zdravotní péči, léky předepsané lékařem, léky bez receptu a další léčiva, ortopedické a terapeutické výrobky a ostatní zdravotnické výrobky.

doplácet. Autor tedy navrhuje, aby došlo k zavedení zákona, ve kterém bude jednoznačně stanoven rozsah péče poskytovaný v rámci zdravotního pojištění a rozsah péče, za který si bude muset pacient zaplatit. Tento zákon by však musel být schválený Poslaneckou sněmovnou ČR a z tohoto důvodu je zřejmé, že najít shodu na tomto zákonu nebude jednoduché. Do nadstandardní péče by autor zcela určitě zařadil možnost zvolení lepšího vybavení pokoje při hospitalizaci, kvalitnější kloubní náhrady nebo např. kvalitnější čočky, lepší sádry či dražšího očkovaní. Právě posledně tři jmenované příklady byly v praxi zavedeny během reformy v ČR. Zavedení nadstandardu by podle autora nevedlo k žádnému omezení zdravotní péče, protože občanům by neustále byla poskytována zákonem garantovaná bezplatná zdravotní péče a zároveň by mělo za následek omezení korupčního jednání, kdy v současnosti mohou být řešeny tyto úkony formou daru.

Úplně na závěr by ještě autor doporučil tvůrcům hospodářské politiky v ČR zamyslet se nad příjmy z poplatků za návštěvu praktického lékaře. Tyto příjmy jsou totiž jejich příjmem, i když hlavním cílem zavedení poplatků ve zdravotnictví bylo snížení nadužívání zdravotní péče. Praktičtí lékaři tak po zavedení poplatku získali od svých pacientů dodatečný finanční příjem, i když jim poklesl počet návštěv pacientů. V důsledku poklesu počtu ošetření pak sice dostávají od zdravotní pojišťovny méně finančních prostředků za počet vykázaných výkonů, ale pokud by se i přesto jejich měsíční příjmy po zavedení poplatku zvýšily, stálo by za zvážení, zda by nebylo vhodné provést menší změny v systému jejich proplácení od zdravotní pojišťovny. Nejjednodušší možností by podle autora bylo např. snížení kapitační platby za jednoho pojištěnce a takto uspořené finanční prostředky vynaložit ve zdravotnictví na jiné potřebnější účely. Problémem této možné úpravy by však byl fakt, že v případě praktických lékařů je nejvíce patrný problém poměrně vysokého věku těchto lékařů, což je patrné v příloze (tab. 45). Právě snížení příjmů praktických lékařů by mohlo tento problém ještě prohloubit tím, že by toto snížení mohlo mladé lékaře odrazovat od vykonávání této praxe.

5 Závěr

Zdravotnictví ČR bude do budoucna čelit podle prognóz demografického vývoje obyvatelstva stárnutí populace, které bude mít negativní vliv na budoucí finanční udržitelnost systému. Také z tohoto důvodu došlo k prosazení reformy zdravotnictví, která měla za cíl snížit nadužívání zdravotní péče a přivést dodatečný příliv finančních prostředků do zdravotnictví. Jedním z nejvýznamnějších projevů této reformy bylo v roce 2008 zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR. Od 1. ledna 2008 tedy došlo k zavedení regulačního poplatku za pobyt v nemocnici, návštěvu pohotovosti, návštěvu lékaře a za položku receptu. K 1. lednu 2015 však došlo ke zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře, za pobyt v nemocnici a za výdej léku.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo vyhodnotit důsledky zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví v roce 2008. Tyto dopady byly sledovány prostřednictvím čerpání zdravotní péče pacienty, protože cílem poplatků bylo snížit nadměrné čerpání zdravotní péče pacienty.

Vyhodnocování dopadů zavedení regulačních poplatků v ČR prováděl autor prostřednictvím statistického párového t-testu a zjišťoval, zda po zavedení regulačního poplatku nedošlo ke statisticky významnému poklesu počtu ošetření. Zpoplatnění vydávaných receptů vedlo k poklesu počtu vydaných receptů zhruba o 23 %. Zároveň však autor na základě získaných údajů předpokládá, že v důsledku tohoto kroku došlo k předepisování větších balení léčivých přípravků a na základě spotřeby léků v DDD neměl tento poplatek dlouhodobě žádný vliv na pokles spotřeby léků, protože byl patrný nárůst prodeje volně dostupných léčivých přípravků. Dále zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře vedlo k poklesu celkového počtu ošetření v ambulantní péči zhruba o 13 % a počtu ošetření LPS o zhruba 52 %. Se zavedením regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti došlo také k růstu počtu primárních výjezdů ZZS zhruba o 16 % a počtu ošetření ZZS bez ohrožení života o zhruba 26 %.

Stejným způsobem poté došlo i k otestování jednotlivých ambulancí, kde bylo zjištěno, že po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo ke statisticky významnému růstu v počtu ošetření na interně, gastroenterologii, neurologii, psychiatrii (vč. sexuologie), neurochirurgii, plastické chirurgii, traumatologii, urologii, klinické a radiační onkologii a lékařské genetice. Statisticky významný pokles pak byl zaznamenán na ambulanci geriatrie, pneumologie a ftizeologie, pediatrie (vč. dorostového lékařství), gynekologie, chirurgie (vč. hrudní a cévní chirurgie), ortopedie, ORL (vč. foniatrie), kožní, oční, stomatologie a praktického lékaře, kde byl zaznamenán největší pokles o zhruba 25 %. Ke statisticky nevýznamnému poklesu pak došlo na ambulanci infekční, alergologie a klinické imunologie, nemocí z povolání, kardiochirurgie a tělovýchovného lékařství.

Prvním vedlejším cílem práce bylo vyhodnotit dopady zrušení regulačních poplatků v ČR. Z důvodu uplynutí krátké doby od jejich zrušení a doposud nedostupných potřebných údajů to bylo velmi složité. Autorovi tak nezbylo nic jiného než provést tuto analýzu z údajů poskytnutých z VZP, která obsahovala pouze ně-

kolik ambulancí a týkala se pouze pojištěnců VZP. Došlo tedy ke srovnání průměru sledovaných ukazatelů během doby fungování regulačních poplatků a hodnoty po jejich zrušení. Podle údajů z VZP vedlo zrušení regulačního poplatku za recept k růstu počtu vydaných receptů o zhruba 6 %. Po zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo k růstu počtu ošetření u praktického lékaře zhruba o 6 % (tento růst však bude s největší pravděpodobností větší, protože do analýzy byly zahrnuty pouze některé výkony) a u stomatologa o necelé 1 %. Zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře nezpůsobilo růst v počtu ošetření u gynekologů.

V roce 2009 došlo k osvobození dětí od regulačního poplatku za návštěvu lékaře a při provedení statistického párového t-testu autor zjistil, že po tomto osvobození došlo u dětí k poklesu počtu ošetření o 5,35 %. Jelikož k největšímu poklesu počtu ošetření po zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře došlo u praktických lékařů, tak se rozhodl autor kvalitativním výzkumem praktických lékařů zjistit pozorované dopady zrušení tohoto poplatku na celkový počet ošetření. Na základě získaných informací od praktických lékařek autor odhaduje, že tento nárůst by mohl činit až 20 %.

Druhým vedlejším cílem bylo na základě prostudování relevantních literárních zdrojů a provedených analýzách navrhnout doporučení a návrhy týkající se spolufinancování zdravotní péče v ČR. Autor doporučuje i nadále ponechat systém financování zdravotní péče prostřednictvím zdravotního pojištění, protože s tímto způsobem financování je ČR historicky spjata a případný přechod na jiný model je velmi složitý a trval by dlouhou dobu. Z tohoto důvodu by podle autora mělo dojít ke změnám v rámci stávajícího modelu.

Autor by navrhoval znovuobnovit regulační poplatek za návštěvu lékaře, regulační poplatek za recept a platbu za jeden den hospitalizace. Právě obnovení platby za návštěvu lékaře považuje autor za hlavní doporučení, protože by mělo přispět ke snížení nadužívání zdravotní péče.

V případě poplatku za návštěvu lékaře doporučuje autor zavést poplatek ve dvou různých výších. U ordinace praktického lékaře navrhuje poplatek ve výši 50 Kč, protože zde bylo nejvíc patrné nadužívání zdravotní péče a zavedení poplatku velmi dobře plnilo svůj regulační efekt a omezovalo tím nadbytečnou spotřebu zdravotní péče. U ostatních ambulancí autor navrhuje poplatek ve výši 20 Kč s ohledem na to, že u praktických lékařů došlo oproti původní praxi k zvýšení tohoto poplatku. Obě výše poplatků byly vybrány také s ohledem na lepší manipulaci s penězi při úhradách těchto poplatků.

Poplatek za recept sice nevedl k snížení spotřeby léků, ale přinášel do zdravotnictví další finanční prostředky, což byl druhý z cílů zavedení regulačních poplatků, a proto autor navrhuje jeho znovuzavedení za stejných podmínek. Více by však mělo dojít k vysvětlení tohoto poplatku, aby si občané byli vědomi, že tento poplatek není příjmem lékární. V případě plně nehrazeného léku se totiž tato částka snižuje z celkového doplatku pacienta a pokud je lék plně hrazený dochází k nižší úhradě lékárně od pojišťovny. Zavedení tohoto poplatku by dále mělo odrazovat pacienty od zbytečného předepisování duplicitních receptů u jednotlivých lékařů. Na základě zkušeností z předchozích let by zavedení těchto dvou poplatků

mělo znamenat dodatečný příjem do systému zdravotnictví ve výši zhruba 3,5 miliardy Kč ročně a úspory uvnitř systému v důsledku omezení počtu návštěv by mohly dosahovat až necelou 1 miliardu Kč.

Důležitým krokem u obnovení výše zmíněných regulačních poplatků by bylo opět stanovení výše ochranného limitu. Při rozhodnutí o jeho výši vycházel autor z informací získaných z literární rešerše a nakonec se rozhodl, že pro děti a seniory by byl ve výši 3 000 Kč a u ostatních občanů 5 000 Kč. Do tohoto limitu by se nezapočítávala platba za jeden den hospitalizace, která bude také navrhována, protože je spojena spíše s hotelovými službami během hospitalizace.

Platbu za jeden den hospitalizace pokládá autor za opodstatněnou, protože pacient využívá i služby nesouvisející ze zdravotní péči a pro zdravotnické zařízení to znamená příliv finančních prostředků, který může být využit na lepší přístrojové vybavení. Aby opět nedošlo ke zrušení této platby Ústavním soudem ČR, navrhuje autor při formulaci právní úpravy, která by zavedla tento poplatek nepoužít slovo poplatek a časově omezit počet dnů, po kterých je tato platba vyžadována. Autor navrhuje stanovit tuto platbu ve výši 100 Kč a na základě příkladů z okolních zemí omezit platbu maximálně po dobu 20 dnů ročně. Na základě zkušeností z předchozích let by tento návrh znamenal příjem zdravotnických zařízení ročně zhruba o 1,8 miliardy Kč.

Jako další doporučení autor nabízí zpoplatnění využívání služeb ZZS, protože v práci bylo zjištěno, že dochází ke zneužívání jejich služeb, ke kterému přispělo také zavedení poplatku za návštěvu pohotovosti. Z tohoto důvodu by autor navrhoval ošetření ZZS na místě, které nevyžaduje další lékařskou péči, částkou 90 Kč. V případě převezení ZZS na LPS by autor navrhoval zpoplatnit jízdu sanitkou částkou 2 Kč/km jízdy. U pacientů, kteří jsou v ohrožení života by autor navrhoval osvobození od těchto poplatků, protože právě pro tyto případy je ZZS zřizována. Toto osvobození by bylo také u osob v hmotné nouzi, aby nedocházelo k omezení dostupnosti zdravotní péče. Vyjádřit přínos tohoto opatření není jednoduché, ale autor předpokládá, že by ZZS mohly získat roční příjem až 10 milionů Kč a úspory uvnitř systému by pak mohly činit až 150 milionů Kč ročně.

Autor dále doporučuje zavedení nadstandardů ve zdravotnictví, které by přineslo do zdravotnictví další finanční prostředky. K tomu je potřeba schválit zákon, ve kterém bude jednoznačně definován rozsah zdravotní péče hrazený z veřejného zdravotního pojištění a rozsah péče, za který si musí pacient připlatit. Autor by navrhoval zahrnout do nadstandardní péče možnost zvolení lepšího vybavení pokojů během hospitalizace, kvalitnější kloubní náhrady při operaci, kvalitnější čočky, lepší sádry či dražšího očkování. Zavedení nadstandardní péče totiž nevede k omezení zdravotní péče, protože občanům je neustále garantována bezplatná zdravotní péče. Přínos tohoto zákona spatřuje autor také v omezení korupčního jednání.

Poslední doporučení autora je návrh k zamyšlení pro tvůrce hospodářské politiky v ČR, aby prozkoumali příjmy z poplatků za návštěvu praktického lékaře. Tyto příjmy jsou totiž jejich příjmem a pokud by v důsledku jejich zavedení vzrostly jejich měsíční příjmy i přesto, že vykazují méně výkonů, tak by stálo za zvážení,

zda neprovést menší změny v systému financování praktických lékařů. Tato změna by podle autora mohla být ve zmenšení kapitační platby za jednoho pojištěnce pro praktické lékaře a takto ušporené finanční prostředky by se pak daly použít na jiné potřebné účely ve zdravotnictví.

6 Literatura

- ABBEY, Duane C. *Healthcare Payment Systems: Fee Schedule Payment Systems*. 1 ed. Taylor & Francis Group, 2011, 152.p. ISBN 978-1-4398-4025-2.
- BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BLAŠKOVÁ, Veronika a kol. *Statistika I*. 2. přeprac. vyd. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2012, 204 s. ISBN 978-80-7375-648-2.
- CHAWLA, Mukesh. *Health Care Spending in the New EU Member States Controlling Costs and Improving Quality*. 1st ed. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2007, 112 p. ISBN 978-0-8213-7151-0.
- CITORES, Filip Kút. Poslanci schválili peníze na kompenzaci poplatku za hospitalizaci. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2014, roč. 16, č. 10 [citováno 2015-09-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/poslanci-schvalili-penize-na-kompenzaci-poplatku-za-hospitalizaci-475460>
- ČELEDOVÁ, Libuše, Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky (Projekce 2013)* [online]. 2013 [citováno 2015-07-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/402013u.pdf/3cdc1b6f-9334-429e-99e6-f72b4047bee3?version=1.0>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2000-2011* [online]. 2013 [citováno 2015-09-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554895/330613k4.pdf/520b229a-23a2-4b55-8100-56c1beb1ebc7?version=1.0>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2000-2013* [online]. 2015 [citováno 2015-09-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k4.pdf/eeeba0dc-f84d-4ad2-9b96-0bc427bfa096?version=1.1>
- ČTRNÁCTIDENÍK. *Poplatky ve zdravotnictví*. CEVRO [online]. 2014 roč. 8, č. 6. [citováno 2015-10-25]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacnideniky/2014/14denik_06_2014.pdf
- DITTRICH, Ludwig Oldřich, Dana STARÁ. Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči?. *Zdravotnictví v České republice*, 2010, roč. 13, č. 4. ISSN 1213-6050.
- DLOUHÝ, Martin. Dvacet let zdravotnických reforem 1989-2009. *Zdravotnictví v České republice*, 2010, roč. 13, č. 2. ISSN 1213-6050.

- DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: VŠE - Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- GLADKIJ, Ivan, et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- HAVLOVÁ, Květa. Slovenská cesta: Reforma reformy. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2007, roč. 9, č. 43 [citováno 2015-10-29] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/slovenska-cesta-reforma-reformy-326388>
- HAVLOVÁ, Květa. Slovensko chce jasně definovaný seznam poplatků u lékaře. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2013, roč. 15, č. 12 [citováno 2015-12-15] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/slovensko-chce-jasne-definovany-seznam-poplatku-u-lekare-470853>
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ, Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- HOLMAN, Robert a kol. *Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištění*. 1. vyd. Praha : Oeconomica, 2005, 205 s. ISBN 80-245-0994-6.
- HOUDEK, Martin. K Věci. *Český rozhlas* [online]. 2014 [citováno 2015-12-19]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/strednicechy/kveci/_zprava/martin-houdek-reditel-zdravotnicke-zachranne-sluzby-stredoceskeho-kraje--1369218
- JULÍNEK, Tomáš. *REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ nejsou jenom poplatky*. [online]. 2007 [citováno 2015-10-28]. Dostupné z: https://www.ods.cz/docs/dalsi/reformni_kroky_vlady-julinek.pdf
- KAHOUN, Vilém a kol. *Sociální zabezpečení : vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Triton, 2009, 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
- KALINA, Kamil. Spoluúčast jako výzkumné téma. *Zdravotnictví v České republice*, 1998, roč. 1, č. 3. ISSN 1213-6050.
- KOŘÍSTKOVÁ, Blanka. Milan GRUNDMANN. Metodika studia spotřeb léků. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2006, roč.20, č.4. ISSN 1212-7923.
- KREBS, Aleš. *Jak je to s regulačním poplatkem v lékárně*. Zdraví E15 [online]. 2010 [citováno 2015-12-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/jak-je-to-s-regulacnim-poplatkem-v-lekarne-455047>
- KRŮTILOVÁ, Veronika. Dopady regulačních poplatků na domácnosti. *Zdravotnictví v České republice*, 2010, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6050.
- LIDOVKY.CZ. *Heger chce zvýšit poplatek u lékaře, platit se budou i všechny blomby*. [online]. 2012 [citováno 2015-10-22]. Dostupné

- z: http://www.lidovky.cz/heger-chce-zvysit-poplatek-u-lekare-z-30-na-50-korun-f67-/zpravy-domov.aspx?c=A120412_140443_ln_domov_ogo
- LU, Mingshan, Egon JONSSON. *Financing Health Care New Ideas for a Chancing Society*. 1. vyd. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co., 2008, 281 p. ISBN 978-3-527-32027-1.
- MALÝ, Ivan. K problémům využití přímých plateb při financování zdravotnických služeb. *Zdravotnictví v České republice*, 2000, roč. 3, č. 4. ISSN 1213-6050.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008–2070* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Úhradová vyhláška 2015 přidá na zdravotní služby 10 miliard* [online]. 2014 [citováno 2015-09-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-2015-prida-na-zdravotni-sluzby-10-miliard-_9845_3030_1.html
- MISSOC. *Comparative Tables Database* [online]. 2015 [citováno 2015-07-20]. Dostupné z: <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2000* [online]. 2001 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-967476-8-1. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2000.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-967476-9-X. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2001.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-968936-4-5. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2002.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-968936-5-3. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2003.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-968936-7-X. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2004.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-01-1. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2005.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-07-3. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2006.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-13-4. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2007.pdf

- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06] ISBN 978-80-89292-17-2. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2008.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-23-3. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2009.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-28-8. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2010.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-30-1. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2011.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-89292-34-9. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/ročenka_2012.pdf
- Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2013* [online]. 2015 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-98292-41-7. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/2013/ročenka_2013.pdf
- NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- NEWHOUSE, Joseph Paul. et al. *Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance*. The New England Journal of Medicine, Vol. 305(1981):- No. 25. ISSN 1533-4406.
- OCHRANA, František, Jan PAVEL, Leoš VÍTEK. a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 261 s. ISBN 978-80-247-3228-2.
- OTSBYE, Truls, Steinar HUNSKAAR. *User fees for health services: Norwegian perspective on copayments*. *Canadian family physician* [online]. 1996, vol. 42. [citováno 2015-08-06]. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2146912/?page=2>.
- PARLAMENTNÍLISTY.CZ *Nemocnice nemusejí dát poplatky na zlepšení stravy, rozhodla VZP* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Nemocnice-nemuseji-dat-poplatky-na-zlepseni-stravy-rozhodla-VZP-241205>
- PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ, Marek JETMAR. *Veřejný sektor - řízení a financování*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, 485 s. ISBN 978-80-7357-936-4.
- PRAŽMOVÁ Věra, Eva TALPOVÁ. Health financing and regulatory fees in the Czech Republic. *Kontakt* [online] 2014, 16(3), e187- e194 [citováno 2015-03-10]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20140926075624841837.pdf>

- Předpis č. 331/2007 Sb. *Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1988 Sb., kterou vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.* [online]. 2007 [citováno 2015-07-20]. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-331>
- SLABÝ, Marek. *Záchranka? Taxi a ošetření zdarma, navíc okamžitě.* Zdena Kolářová. Deník.cz [online]. 2015 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=103233&pdf=1>
- SLABÝ, Marek. *Zásadní problémy organizace a financování ZZS v ČR.* [online]. 2015 [citováno 2015-12-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=103233&pdf=1>
- SÚKL. *Dodávky léčivých přípravků do ČR v roce 2014* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. Dostupné z: http://www.sukl.cz/file/79771_1_1/download/.
- SÚKL. *Spotřeba léčiv v České republice v 1.čtvrtletí 2009* [online]. 2009 [citováno 2015-12-06]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/1-ctvrtleti-roku-2009>
- ŠPULKOVÁ, Barbora. První tři dny nemoci budeme úplně bez koruny. *iDnes.cz* [online]. 2008 [citováno 2015-11-10]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/prvni-tri-dny-nemoci-budeme-uplne-bez-koruny-f3f/viteze.aspx?c=A081229_124639_viteze_hla
- ÚSTAVNÍ SOUD ČR. *Ústavní soud zrušil právní úpravu tzv. zdravotnických standardů a nadstandardů, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoci zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotnických služeb* [online]. 2013 [citováno 2015-10-30]. Dostupné z: <http://www.usoud.cz/aktualne/ustavni-soud-zrusil-pravni-upravu-tzv-zdravotnickych-standardu-a-nadstandardu-zvyseni/>
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 8/2009* [online]. 2009 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/08_09.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 11/2013.* [online]. 2013 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_11.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 12/2011* [online]. 2011 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/12_11.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 12/2014* [online]. 2014 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_12_0.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 14/2006* [online]. 2006 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/14_06.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 15/2012.* [online]. 2012 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/15_12.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 18/2007* [online]. 2007 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/18_07.pdf
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 21/2010* [online]. 2010 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/21_10.pdf

- ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 33/2008* [online]. 2008 [citováno 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/33_08.pdf
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinnost2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinnost2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinnost2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinnost2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2006* [online]. [citováno 2015-07-06] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2006.pdf>.
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2013* [online]. 2015 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2013.pdf>

- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-12-15]. ISSN 1214-9888. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/lekzubfar2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Narození a zemřelí do 1 roku 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1211-071X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/narzem2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Tuberkulóza a respirační nemoci 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-8685. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/tbc2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2003.pdf>

- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-12-23]. ISSN 1210-8693. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/uppn2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2005.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-144-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-278-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-376-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-490-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-638-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-721-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2006.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-777-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-838-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-885-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-950-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-009-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-068-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hl. m. Praha 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-118-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpha2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-149-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-306-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-400-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-492-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-640-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-739-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-782-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2007.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-835-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-887-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-952-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-011-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-070-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-120-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhc2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-155-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-290-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2003* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-378-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-500-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-648-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-704-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-770-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-831-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2008.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-895-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-960-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-019-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-078-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-128-1. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/rocjhm2013_0.pdf
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-151-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-307-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-424-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-494-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-642-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-727-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-785-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-841-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-889-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2009.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-954-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-013-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-072-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Karlovarského kraje 2013* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-122-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rockar2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-157-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-304-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-394-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-499-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-647-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-735-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-772-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-833-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-894-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-959-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2010.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-018-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-077-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-127-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocvys2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-147-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-279-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-377-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-497-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-645-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-738-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-781-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-843-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-892-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-987-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-016-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2011.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-075-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-125-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rochra2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-146-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-294-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-375-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-496-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-644-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-732-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-774-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-836-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-891-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-956-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-015-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-074-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2012.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-124-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roclib2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-153-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-280-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-374-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-503-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-651-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-722-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-776-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-834-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-898-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-963-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-022-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-081-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-131-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocmsk2013.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-154-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-291-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2003* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-423-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-501-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-649-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-726-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-779-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-844-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-896-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-961-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-020-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-079-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2013* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-129-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocolo2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-148-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpar2001.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-292-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-425-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-498-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-646-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2006*. [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-733-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-775-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-837-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-893-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-958-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-017-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-076-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-126-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocpa2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-150-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-298-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2002.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-395-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-493-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-641-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-737-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-784-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-840-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-888-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-953-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-012-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-071-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-121-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocplz2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-145-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-305-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-422-7. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2003_0.pdf

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-491-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-639-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-740-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-778-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-839-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-886-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-951-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-010-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-069-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Středočeského kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-119-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocstc2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-152-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-303-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-393-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-495-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2004.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-643-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2005.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-734-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-780-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-842-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-890-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-955-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-014-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-073-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-123-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rocust2013.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2001* [online]. 2002 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-156-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2001.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2002* [online]. 2003 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-308-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2002.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2003* [online]. 2004 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-426-X. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2003.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2004* [online]. 2005 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-502-9. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2004.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2005* [online]. 2006 [citováno 2015-07-06]. ISBN 80-7280-650-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2005.pdf>

- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2006* [online]. 2007 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-716-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2006.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2007* [online]. 2008 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-771-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2007.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2008* [online]. 2009 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-832-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2008.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2009* [online]. 2010 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-897-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2009.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2010* [online]. 2011 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7280-962-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2010.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2011* [online]. 2012 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-021-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2011.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2012* [online]. 2013 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-080-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2012.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2013* [online]. 2014 [citováno 2015-07-06]. ISBN 978-80-7472-130-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/roczli2013.pdf>
- VAŠEK, Petr. České zdravotnictví je stále v Evropě jedničkou. V plýtvání *IHNED.cz* [online]. 2007 [citováno 2015-09-25]. Dostupné z: <http://archiv.ihned.cz/c1-22127950-ceske-zdravotnictvi-je-stale-v-evrope-jednickou-v-plytvani>
- VEPŘEK, Jaromír, Pavel VEPŘEK, Jaroslav JANDA. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5.
- Vyhláška č. 273/2015 Sb. *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016* [online]. 2015 [citováno 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=24443&typ=application/pdf&nazev=sb0111-2015.pdf>
- VZP ČR. *Výše úhrad ambulantních stomatologických služeb - stomatologických výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2015*. [online]. 2015 [citováno 2015-12-20]. Dostupné z: <https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/ostatni/vyse-uhrad-ambulantnich-stomatologickych-sluzeb.pdf>
- VZP ČR. *Za zrušené regulační poplatky dá VZP příští rok lékařům a lékárnám 1,4 miliardy* [online]. 2014 [citováno 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/>

- ps://www.vzp.cz/klienti/aktuality/za-zrusene-regulacni-poplatky-da-vzp-pristi-rok-lekarum-a-lekarnam-1-4-miliardy
- VZP ČR. *Zhodnocení dopadu zrušení regulačních poplatků v lůžkových a ambulantních zařízeních*. 2015 - interní analýza VZP
- Zákon č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. 2014. [citováno 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/Soubor.ashx?souborID=21913&typ=application/pdf&nazev=sb0107-2014.pdf>
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění ke dni 1.1.2008* [online]. 1997. [citováno 2015-10-29]. Dostupné z: <http://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni/platne-080101/>
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění ke dni 1.1.2012* [online]. 1997. [citováno 2015-10-29]. Dostupné z: <http://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni/cast-5/platne-120101/>
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění ke dni 1.12.2011* [online]. 1997. [citováno 2015-10-29]. Dostupné z: <http://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni/cast-5/platne-111201/>
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění ke dni 1.4.2009* [online]. 1997. [citováno 2015-10-29]. Dostupné z: <http://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni/cast-5/platne-090401/>
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů* [online]. 1997. [citováno 2015-10-29]. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ. *Slovenská vláda zrušila pacientům některé poplatky* [online]. 2006 [citováno 2015-10-30] Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7269>
- ZDRAVÍ E15. *Zrušení pohotovosti je podle zdravotního rady nevyhnutelné*. [online]. 2002 [citováno 2015-12-15] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zruseni-pohotovosti-je-podle-zdravotniho-rady-nevyhnutelne-143374?category=z-domova>

ZLÁMAL, Jaroslav, Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

Přílohy

A Obrázky a tabulky

Tab. 12 Spoluúčast ve zdravotnictví v ambulantní péči ve vybraných zemích Evropy

Země	Ambulantní péče
Belgie	<ul style="list-style-type: none"> spoluúčast 25 % u praktického lékaře spoluúčast 40 % u některých specializovaných zákroků
Bulharsko	<ul style="list-style-type: none"> platba za každou návštěvu lékaře - 2,90 BGN (1,48 €)
Dánsko	<ul style="list-style-type: none"> část nákladů, které překročí částku stanovenou veřejným systémem
Estonsko	<ul style="list-style-type: none"> poplatek až 5 € - za domácí návštěvy, za návštěvu ambulantního specialisty
Finsko	<ul style="list-style-type: none"> poplatky u praktického lékaře - dvě možnosti: poplatek za první tři návštěvy praktického lékaře - 14,70 € roční poplatek za návštěvy praktického lékaře - 29,30 € poplatek za ambulantní péči v psychiatrických jednotkách - 16,10 €
Francie	<ul style="list-style-type: none"> spoluúčast 30 % - ambulantní péče paušální finanční spoluúčast za lékařský zásah praktického lékaře - 1 € paušální finanční spoluúčast na vážné lékařské zákroky - 18 € (nutná minimální sazba ve výši 120 €)
Chorvatsko	<ul style="list-style-type: none"> spoluúčast ve výši 20 %, ale nesmí být nižší než: 25 HRK (3,26 €) - konzultace u specialisty, včetně ambulantních a chirurgických zákroků 50 HRK (6,53 €) - specializované diagnostické postupy, které nejsou na úrovni primární zdravotní péče poplatek za návštěvu praktického lékaře - 10 HRK (1,31 €)
Malta	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky
Německo	<ul style="list-style-type: none"> spoluúčast pacienta s AIDS - 10 % na služby patřící do lékařského ošetření
Norsko	<ul style="list-style-type: none"> poplatek za konzultaci u praktického lékaře - 141 NOK (16 €) poplatek za konzultaci u specialisty - 320 NOK (35 €)
Polsko	<ul style="list-style-type: none"> žádná spoluúčast
Portugalsko	<ul style="list-style-type: none"> poplatek za konzultaci praktického lékaře - 5 € poplatek za konzultaci sestry - 4 € poplatek za nouzové konzultace v nemocnicích - 15,45 € poplatek za konzultaci specialisty - 7,75 € poplatek za konzultaci doma - 10,30 €
Rakousko	<ul style="list-style-type: none"> roční poplatek za elektronický poukaz ve výši 10,85 €
Slovensko	<ul style="list-style-type: none"> poplatek za návštěvu záchranné služby - 1,99 € poplatek za každý kilometr dopravy - 0,07 €
Slovinsko	<ul style="list-style-type: none"> spoluúčast ve výši 10 % až 90 %.
Španělsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky
Švédsko	<ul style="list-style-type: none"> poplatek za návštěvu lékaře - 150 SEK (16 €) až 300 SEK (32 €) poplatek za specializovanou péči - 200 SEK (21 €) až 350 SEK (37 €) poplatek za akutní případy - 200 SEK (21 €) až 450 SEK (47 €)

Zdroj: MISSOC. Comparative Tables Database Dostupné z
<http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>.

Tab. 13 Osvobození nebo snížení spoluúčasti ve zdravotnictví v ambulantní péči ve vybraných zemích Evropy

Země	Ambulantní péče
Belgie	<ul style="list-style-type: none"> stropy podle čistého příjmu rodiny pro maximální spoluúčast: >17 780,17 € - 450 € (350 € pro chronicky nemocné) 17 780,18 € - 27 333,69 € - 650 € (550 € pro chronicky nemocné) 27 333,70 € - 36 887,24 € - 1 000 € (900 € pro chronicky nemocné) 36 887,25 € - 46 042,70 € - 1 400 € (1 300 € pro chronicky nemocné) > 46 042,71 € - 1 800 € (1 700 € pro chronicky nemocné)
Bulharsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky za osoby s vybranými chorobami, nezletilé, válečné veterány, těhotné a mladé matky do 45 dnů po narození dítěte,...
Dánsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné osvobození
Estonsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky u odborného lékaře a domácích návštěv u dětí do 2 let, těhotných žen od okamžiku, kdy je o těhotenství lékařsky rozhodnuto
Finsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky za osoby mladší 18 let
Francie	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky u příjemců invalidního důchodu, osoby trpící určitými chorobami, ... žádná paušální spoluúčast ve výši 1 € u dětí do 18 let, osoby s finančními prostředky pod určitou mez strop 50 € na osobu/rok - za lékařský zásah praktického lékaře ve výši 1 €
Chorvatsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky za osoby do 18 let, řádné studenty, osoby trpící určitými chorobami, osoby se zdravotním postižením, které potřebují trvalou pomoci a dárce orgánů strop nákladů pro spoluúčast - 2 000 HRK (261 €)
Malta	<ul style="list-style-type: none"> -
Německo	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky za děti, osvobození od účasti na výdaje nad 2% (1% v případě chronických onemocnění) z hrubého příjmu
Norsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky od dětí do 16 let zvláštní osvobození na poplatky vztahující se na omezený počet onemocnění a skupin pacientů žádné poplatky v případě pracovního úrazu nebo nemoci strop za lékařskou péči - 2185 NOK (242 €)
Polsko	<ul style="list-style-type: none"> -
Portugalsko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky od těhotných žen, osob do 12 let, osoby, jejichž příjem nepřesahuje 1,5 násobek sociální podpory a nezaměstnané osoby registrované u úřadu práce
Rakousko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky za děti, důchodce a potřebné
Slovensko	<ul style="list-style-type: none"> žádné poplatky na dopravu pro zdravotně postižené pacienty, pro pacienty v dialyzačním programu, ...
Slovinsko	<ul style="list-style-type: none"> žádná spoluúčast u preventivních vyšetření, léčby a rehabilitaci dětí, studentů a dětí a mladistvých s rozvojovými nedostatky, léčby válečných invalidů, osob starších 75 let, příjemců sociální pomoci, ...
Španělsko	<ul style="list-style-type: none"> -
Švédsko	<ul style="list-style-type: none"> na většině území žádné poplatky za děti a mládež na některých místech nižší sazby u osob nad 65 let strop za lékařskou péči - 1 100 SEK (116 €)

Zdroj: MISSOC. Comparative Tables Database Dostupné z <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>.

Tab. 14 Spoluúčast ve zdravotnictví v nemocniční péči ve vybraných zemích Evropy

Země	Nemocniční péče
Belgie	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za první den pobytu - 42,58 € • poplatek za další dny pobytu - 15,31 € • poplatek na léky - 0,62 €/den • poplatek za přijetí lékařsko-technických služeb - 16,40 €/den • poplatek za diagnostické testy - 7,44 €/den • poplatek za využití radiologie - 6,20 €/den
Bulharsko	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za den pobytu - 5,80 BGN (2,97 €)
Dánsko	<ul style="list-style-type: none"> • bez spoluúčasti
Estonsko	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za lůžkové služby - až 2,50 €/den • poplatek za lůžkovou ošetrovatelskou péči - 9,20 € /den
Finsko	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za jednodenní chirurgii - 96,40 € • poplatek za lůžkovou péči - 34,80 €/den
Francie	<ul style="list-style-type: none"> • spoluúčast 20 % nákladů • poplatek za den hospitalizace - 18 €/den (13,50 €/den v psychiatrické jednotce) • paušální finanční spoluúčast na vážné lékařské zákroky - 18 € (nutná minimální sazba ve výši 120 €)
Chorvatsko	<ul style="list-style-type: none"> • spoluúčast ve výši 20 %, ale nesmí být nižší než 100 HRK (13,26 €/den) • strop za nemocniční péči součástí stropu pro ambulantní péči - 2 000 HRK (261 €)
Malta	<ul style="list-style-type: none"> • bez spoluúčasti
Německo	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za den pobytu - 10 €
Norsko	<ul style="list-style-type: none"> • bez spoluúčasti
Polsko	<ul style="list-style-type: none"> • bez spoluúčasti
Portugalsko	<ul style="list-style-type: none"> • bez spoluúčasti
Rakousko	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za den pobytu - cca 10 € (odlišná výše v jednotlivých spolkových zemích)
Slovensko	<ul style="list-style-type: none"> • bez spoluúčasti
Slovinsko	<ul style="list-style-type: none"> • spoluúčast až do 30 % nákladů
Španělsko	<ul style="list-style-type: none"> • žádná spoluúčast
Švédsko	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek za den pobytu - maximálně 100 SEK (11 €)

Zdroj: MISSOC. Comparative Tables Database Dostupné z <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>.

Tab. 15 Osvobození nebo snížení spoluúčasti v nemocniční péči ve vybraných zemích Evropy

Země	Nemocniční péče
Belgie	<ul style="list-style-type: none"> • snížená platba za den pobytu u nezaopatřených dětí - 5,44 €/den
Bulharsko	<ul style="list-style-type: none"> • platba maximálně 10 dní v kalendářním roce • žádné poplatky za osoby s vybranými chorobami, nezletilé, válečné veterány, těhotné a mladé matky do 45 dnů po narození dítěte, ...
Dánsko	<ul style="list-style-type: none"> • -
Estonsko	<ul style="list-style-type: none"> • platba maximálně 10 dní na hospitalizaci • žádné poplatky za pobyt na jednotce intenzivní péči, za pobyt v souvislosti s těhotenstvím a nezletilých osob
Finsko	<ul style="list-style-type: none"> • osoby do 18 let platí pouze za prvních sedm dnů léčby
Francie	<ul style="list-style-type: none"> • platba maximálně 30 dnů pobytu • žádné poplatky u příjemců invalidního důchodu, osoby trpící určitými chorobami
Chorvatsko	<ul style="list-style-type: none"> • žádná spoluúčast za osoby do 18 let, řádné studenty, osoby trpící určitými chorobami, osoby se zdravotním postižením, které potřebují trvalou pomoci a dárce orgánů • strop za nemocniční péči součástí stropu pro ambulantní péči - 2 000 HRK (261 €)
Malta	<ul style="list-style-type: none"> • -
Německo	<ul style="list-style-type: none"> • platba maximálně 28 dní v kalendářním roce • žádný poplatek za osoby do 18 let • žádný poplatek u osob, které překročily limit 2 % ročního hrubého příjmu pojištěnce (1% u chronicky nemocných)
Norsko	<ul style="list-style-type: none"> • -
Polsko	<ul style="list-style-type: none"> • -
Portugalsko	<ul style="list-style-type: none"> • -
Rakousko	<ul style="list-style-type: none"> • platba maximálně 28 dnů v kalendářním roce
Slovensko	<ul style="list-style-type: none"> • -
Slovinsko	<ul style="list-style-type: none"> • žádná spoluúčast u osob s alespoň 70 % tělesného postižení, se zdravotním postižením a nárokem na pomoc, příjemců sociální pomoci, ..
Španělsko	<ul style="list-style-type: none"> • -
Švédsko	<ul style="list-style-type: none"> • poplatek může být snížen na základě testu příjmu, u osob starších mladších 20 let a u osob starších 64 let

Zdroj: MISSOC. Comparative Tables Database Dostupné z <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>.

Tab. 16 Tabulka hodnot testovacích kritérií u výpočtu párového t-testu

	Hodnota testovacího kritéria
Hypotéza H1	+ 8,698116887
Hypotéza H2	+ 8,575090702
Hypotéza H3	+ 15,9909799
Hypotéza H4	+ 12,0384244
Hypotéza H5	- 6,5210192
Hypotéza H6	- 7,9229533
Interna	- 3,9401663
Gastroenterologie	- 3,4813944
Neurologie	- 2,6130981
Psychiatrie (vč. Sexuologie)	- 3,8755457
Neurochirurgie	- 3,0824730
Plastická chirurgie	- 2,2117777
Traumatologie	- 1,8598139
Urologie	- 6,7498988
Klinická a radiační onkologie	- 3,1244663
Lékařská genetika	- 2,5008191
Geriatric	+ 2,27912252
Pneumologie a ftizeologie	+ 5,54616733
Pediatric (vč. Dorostového lékařství) - zavedení poplatku	+ 18,25620855
Gynekologie	+ 5,25921753
Chirurgie (vč. Hrudní a cévní chirurgie)	+ 6,95833222
Ortopedie	+ 1,94899859
Ušní, nosní a krční (vč.foniatrie)	+ 7,44922083
Oční	+ 4,33956346
Kožní	+ 8,60584115
Ordinace praktického lékaře pro dospělé	+ 27,3891530
Stomatologie	+ 6,76086420
Infekční	+ 0,08330120
Alergologie a klinická imunologie	+ 1,19487997
Nemoci z povolání	+ 1,24814628
Kardiochirurgie	+ 1,75941507
Tělovýchovné lékařství	+ 1,78247569
Pediatric (vč. Dorostového lékařství) - osvobození od poplatku	+ 6,705492105

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 17 Údaje o počtu vydaných receptů potřebné k testování hypotézy H1

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatku za položku na receptu	Aritmetický průměr po zavedení poplatku za položku na receptu	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	6 106 987,71	4 687 210,50	- 1 419 777,21	- 23,25
Pardubický	4 380 807,86	3 487 447,50	- 893 360,36	- 20,39
Moravskoslezský	11 346 792,43	8 658 343,25	- 2 688 449,18	- 23,69
Jihomoravský	11 128 744,86	8 623 292,00	- 2 505 452,86	- 22,51
Ústecký	6 833 223,57	5 294 822,75	- 1 538 400,82	- 22,51
Plzeňský	5 028 371,29	3 661 905,00	- 1 366 466,29	- 27,18
Karlovarský	2 549 117,29	1 910 766,25	- 638 351,04	- 25,04
Zlínský	5 321 804,86	4 196 079,75	- 1 125 725,11	- 21,15
Praha	11 821 124,43	10 134 963,25	- 1 686 161,18	- 14,26
Jihočeský	5 271 442,00	4 093 510,25	- 1 177 931,75	- 22,35
Středočeský	9 114 424,00	7 102 217,50	- 2 012 206,50	- 22,08
Liberecký	3 705 777,57	2 830 624,00	- 875 153,57	- 23,62
Královéhradecký	5 246 487,71	4 159 929,00	- 1 086 558,71	- 20,71
Vysočina	4 392 718,00	3 445 581,50	- 947 136,50	- 21,56
ČR - průměr	6 589 130,26	5 163 335,18	- 1 425 795,08	- 21,64

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 18 Údaje o počtu vydaných receptů potřebné k testování hypotézy H2

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatku za recept	Aritmetický průměr po zavedení poplatku za receptu	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	6 106 987,71	4 613 509,50	- 1 493 478,21	- 24,46
Pardubický	4 380 807,86	3 340 752,50	- 1 040 055,36	- 23,74
Moravskoslezský	11 346 792,43	8 182 424,50	- 3 164 367,93	- 27,89
Jihomoravský	11 128 744,86	8 255 956,50	- 2 872 788,36	- 25,81
Ústecký	6 833 223,57	5 020 797,50	- 1 812 426,07	- 26,52
Plzeňský	5 028 371,29	3 450 743,50	- 1 577 627,79	- 31,37
Karlovarský	2 549 117,29	1 856 937,00	- 692 180,29	- 27,15
Zlínský	5 321 804,86	3 952 135,50	- 1 369 669,36	- 25,74
Praha	11 821 124,43	9 665 271,50	- 2 155 852,93	- 18,24
Jihočeský	5 271 442,00	3 980 522,00	- 1 290 920	- 24,49
Středočeský	9 114 424,00	7 049 349,50	- 2 065 074,50	- 22,66
Liberecký	3 705 777,57	2 730 805,50	- 974 972,07	- 26,31
Královéhradecký	5 246 487,71	3 881 121,50	- 1 365 366,21	- 26,02
Vysočina	4 392 718,00	3 326 829,50	- 1 065 888,50	- 24,26
ČR - průměr	6 589 130,26	4 950 511,14	- 1 638 619,11	- 24,87

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 19 Počet vydaných receptů v jednotlivých krajích ČR

Kraj	Aritmetický průměr před zpoplatněním receptů	Aritmetický průměr po zpoplatnění receptů	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	6 106 987,71	4 662 643,50	- 1 444 344,21	- 23,65
Pardubický	4 380 807,86	3 438 549,17	- 942 258,69	- 21,51
Moravskoslezský	11 346 792,43	8 499 703,67	- 2 847 088,76	- 25,09
Jihomoravský	11 128 744,86	8 500 846,83	- 2 627 898,02	- 23,61
Ústecký	6 833 223,57	5 203 481,00	- 1 629 742,57	- 23,85
Plzeňský	5 028 371,29	3 591 517,83	- 1 436 853,45	- 28,57
Karlovarský	2 549 117,29	1 892 823,17	- 656 294,12	- 25,75
Zlínský	5 321 804,86	4 114 765,00	- 1 207 039,86	- 22,68
Praha	11 821 124,43	9 978 399,33	- 1 842 725,10	- 15,59
Jihočeský	5 271 442,00	4 055 847,50	- 1 215 594,50	- 23,06
Středočeský	9 114 424,00	7 084 594,83	- 2 029 829,17	- 22,27
Liberecký	3 705 777,57	2 797 351,17	- 908 426,40	- 24,51
Královéhradecký	5 246 487,71	4 066 993,17	- 1 179 494,55	- 22,48
Vysočina	4 392 718,00	3 405 997,50	- 986 720,50	- 22,46
ČR - průměr	6 589 130,26	5 092 393,83	- 1 496 736,42	- 22,72

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 20 Dodávky léčivých přípravků do lékáren po čtvrtletích v letech 2005-2008

Rok	Čtvrtletí	Počet balení	
		v mil. ks	v DDD/1000/den
2005	1	105,06	1431,58
2005	2	90,77	1399,39
2005	3	84,27	1277,83
2005	4	88,84	1344,03
2006	1	77,21	1181,03
2006	2	84,09	1364,54
2006	3	78,16	1241,28
2006	4	80,57	1222,76
2007	1	88,23	1387,34
2007	2	82,79	1399,81
2007	3	78,04	1276,46
2007	4	94,09	1631,32
2008	1	83,30	1295,08
2008	2	78,94	1373,54
2008	3	77,70	1301,87
2008	4	83,54	1386,56

Zdroj: Vlastní zpracování na základě SÚKL. Spotřeba léčiv v České republice v 1. čtvrtletí 2009

Tab. 21 Údaje týkající se léčivých přípravků v letech 2003-2013

	Tržby od zdravotních pojišťoven za léčiva (v tis. Kč)	Doplatky za recepty a poukazy od občanů (v tis. Kč)	Volný prodej léčiv a zdrav. prostředků (v tis. Kč)	Volný prodej léčiv a zdrav. prostředků na 1 obyvatele/rok (v Kč)	Průměrný doplatek na 1 recept (v Kč)
2003	30 622 893	4 079 214	5 560 578	545	42
2004	34 330 929	5 126 911	5 585 445	547	54
2005	35 234 424	5 849 772	5 801 738	567	62
2006	33 043 774	6 533 995	6 144 563	598	72
2007	32 219 244	7 966 040	6 637 591	643	87
2008	31 231 356	8 506 843	7 392 259	709	122
2009	35 185 429	8 567 226	7 764 682	740	116
2010	33 752 703	9 111 243	7 482 923	711	122
2011	33 987 000	9 261 180	7 663 780	730	123
2012	35 666 759	9 676 844	7 864 530	748	136
2013	34 014 110	8 859 357	8 199 480	780	126

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 14/2006, 18/2007, 33/2008, 8/2009, 21/2010, 12/2011, 15/2012, 11/2013, 12/2014

Tab. 22 Celkový počet ošetření v ambulantní péči v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	1 565,19	1 418,88	- 146,31	- 9,35
Pardubický	1 402,81	1 204,90	- 197,91	- 14,11
Moravskoslezský	1 446,31	1 281,02	- 165,29	- 11,43
Jihomoravský	1 580,71	1 398,82	- 181,89	- 11,51
Ústecký	1 410,74	1 220,50	- 190,24	- 13,49
Plzeňský	1 570,24	1 273,63	- 296,61	- 18,89
Karlovarský	1 318,20	1 105,27	- 212,93	- 16,15
Zlínský	1 436,90	1 296,88	- 140,02	- 9,74
Praha	1 927,67	1 728,40	- 199,27	- 10,34
Jihočeský	1 492,23	1 257,32	- 234,91	- 15,74
Středočeský	1 257,59	991,48	- 266,11	- 21,16
Liberecký	1 384,51	1 204,63	- 179,88	- 12,99
Královéhradecký	1 515,80	1 321,97	- 193,83	- 12,79
Vysočina	1 355,56	1 218,05	- 137,51	- 10,14
ČR - průměr	1 476,03	1 280,13	- 195,91	- 13,27

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 23 Celkový počet ošetření LPS v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po- Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	13,06	6,52	- 6,54	- 50,08
Pardubický	19,40	5,72	- 13,68	- 70,52
Moravskoslezský	13,80	6,98	- 6,82	- 49,42
Jihomoravský	14,94	8,15	- 6,79	- 45,45
Ústecký	16,19	8,00	- 8,19	- 50,59
Plzeňský	18,43	9,73	- 8,70	- 47,21
Karlovarský	12,23	6,47	- 5,76	- 47,10
Zlínský	14,71	7,07	- 7,64	- 51,94
Praha	12,60	8,58	- 4,02	- 31,90
Jihočeský	19,23	8,47	- 10,76	- 55,95
Středočeský	11,86	4,95	- 6,91	- 58,26
Liberecký	16,03	7,62	- 8,41	- 52,46
Královéhradecký	18,04	6,15	- 11,89	- 65,91
Vysočina	13,76	6,17	- 7,59	- 55,16
ČR - průměr	15,31	7,18	- 8,12	- 53,06

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 24 Počet primárních výjezdů ZZS v jednotlivých krajích ČR

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	37 160,33	39 735,17	+ 2 214,84	+ 5,96
Pardubický	26 178,33	32 657,00	+ 6 478,67	+ 24,75
Moravskoslezský	68 246,00	80 004,00	+ 11 758,00	+ 17,23
Jihomoravský	61 427,67	64 119,17	+ 2 691,50	+ 4,38
Ústecký	51 156,67	61 492,67	+ 10 336,00	+ 20,20
Plzeňský	27 490,00	36 377,00	+ 8 887,00	+ 32,33
Karlovarský	16 772,33	21 346,83	+ 4 574,50	+ 27,27
Zlínský	32 497,00	36 578,17	+ 4 081,17	+ 12,56
Praha	108 816,00	113 678,33	+ 4 862,33	+ 4,47
Jihočeský	41 052,33	50 000,83	+ 8 948,50	+ 21,80
Středočeský	69 356,00	81 510,83	+ 12 154,83	+ 17,53
Liberecký	27 846,67	36 091,83	+ 8 245,16	+ 29,61
Královéhradecký	31 522,00	32 591,00	+ 1 069,00	+ 3,39
Vysočina	26 961,33	30 111,83	+ 3 150,50	+ 11,69
ČR - průměr	44 748,76	51 138,19	+ 6 389,43	+ 14,28

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2005-2013

Tab. 25 Počet ošetřených bez ohrožení života u ZZS v jednotlivých krajích ČR

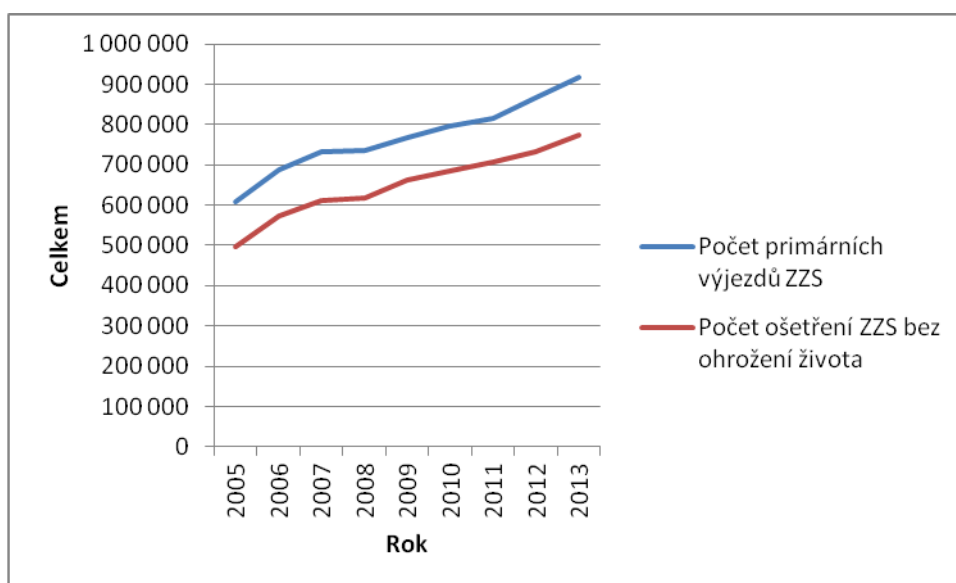
Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	40 474,67	39 590,83	- 883,83	- 2,18
Pardubický	20 505,67	29 758,33	+ 9 252,67	+ 45,12
Moravskoslezský	70 881,33	83 716,33	+ 12 835,00	+ 18,11
Jihomoravský	50 805,33	61 664,67	+ 10 859,33	+ 21,37
Ústecký	38 953,33	54 557,17	+ 15 603,83	+ 40,06
Plzeňský	27 888,33	32 218,33	+ 4 330,00	+ 15,53
Karlovarský	14 961,00	21 296,83	+ 6 335,83	+ 42,35
Zlínský	31 851,67	36 293,17	+ 4 441,50	+ 13,94
Praha	87 393,00	96 486,67	+ 9 093,67	+ 10,41
Jihočeský	33 922,00	48 313,83	+ 14 391,83	+ 42,43
Středočeský	69 016,00	82 502,67	+ 13 486,67	+ 19,54
Liberecký	39 957,33	48 838,17	+ 8 880,83	+ 22,23
Královéhradecký	20 849,00	32 239,17	+ 11 390,17	+ 54,63
Vysočina	23 300,67	29 382,83	+ 6 082,17	+ 26,10
ČR - průměr	40 768,52	49 775,64	+ 9 007,12	+ 22,09

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2005-2013

Tab. 26 Počet ošetřených s ohrožením života u ZZS v jednotlivých krajích ČR

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	2 542,33	1 280,00	- 1 262,33	- 49,65
Pardubický	3 049,67	1 433,33	- 1 616,34	- 53,00
Moravskoslezský	3 321,67	3 000,33	- 321,34	- 9,67
Jihomoravský	2 780,33	2 256,67	- 523,66	- 18,83
Ústecký	5 741,33	3 446,00	- 2 295,33	- 39,98
Plzeňský	4 748,00	3 187,17	- 1 560,83	- 32,87
Karlovarský	1 702,33	1 556,00	- 146,33	- 8,60
Zlínský	2 528,67	1 967,17	- 561,50	- 22,21
Praha	1 642,00	2 164,83	+ 522,83	+ 31,84
Jihočeský	3 450,67	3 133,67	- 317,00	- 9,19
Středočeský	6 145,00	3 274,50	- 2 870,50	- 46,71
Liberecký	3 673,33	4 102,83	-429,50	+ 11,69
Královéhradecký	4 065,00	2 148,50	-1 916,50	- 47,15
Vysočina	2 274,33	1 592,00	- 682,33	- 30,00
ČR - průměr	3 404,62	2 467,36	- 937,26	- 27,53

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2005-2013



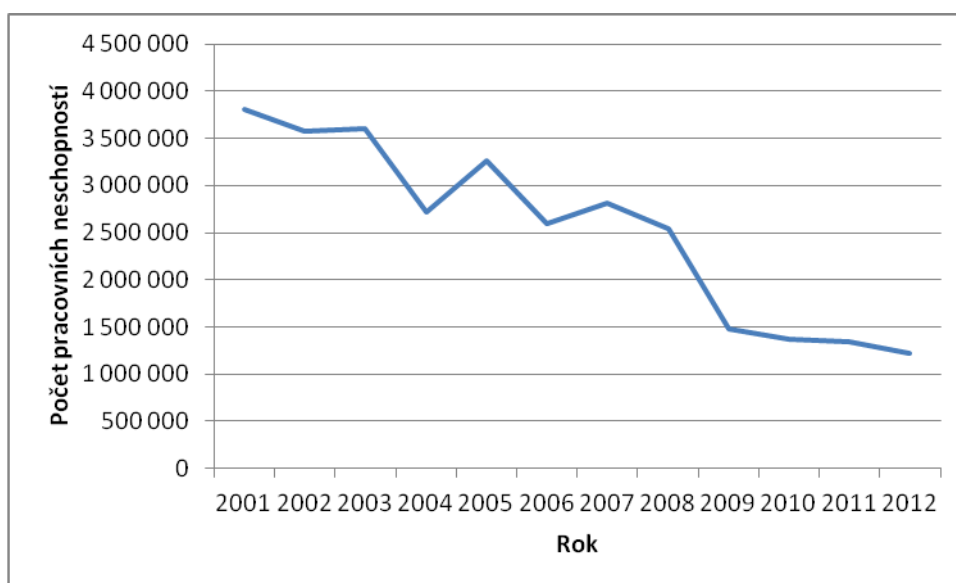
Obr. 26 Vývoj počtu primárních výjezdů ZZS a počtu ošetření ZZS bez ohrožení života v ČR v letech 2005-2013

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2005-2013

Tab. 27 Počet ošetřených v ordinaci praktického lékaře v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	505,69	397,12	- 108,57	- 21,47
Pardubický	490,30	362,30	- 128,00	- 26,11
Moravskoslezský	454,67	343,60	- 111,07	- 24,43
Jihomoravský	521,21	399,05	- 122,16	- 23,44
Ústecký	477,93	370,07	- 107,86	- 22,57
Plzeňský	495,23	335,97	- 159,26	- 32,16
Karlovarský	435,29	314,00	- 121,29	- 27,86
Zlínský	528,36	405,87	- 122,49	- 23,18
Praha	442,94	338,27	- 104,67	- 23,63
Jihočeský	514,57	389,08	- 125,49	- 24,39
Středočeský	461,66	309,92	- 151,74	- 32,87
Liberecký	485,84	380,15	- 105,69	- 21,75
Královéhradecký	528,24	405,75	- 122,49	- 23,19
Vysočina	458,81	350,62	- 108,19	- 23,58
ČR - průměr	485,77	364,41	- 121,36	- 24,98

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



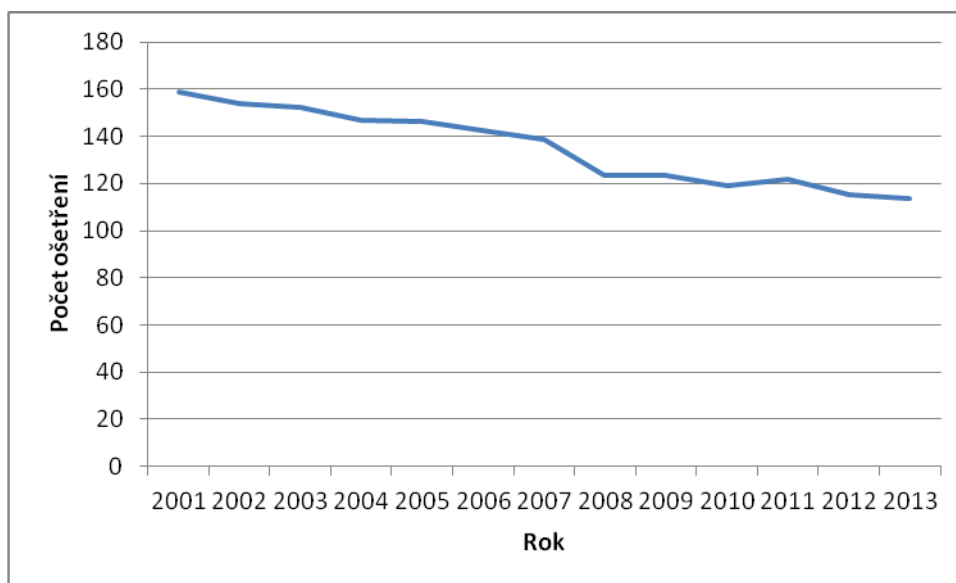
Obr. 27 Vývoj počtu pracovních neschopností v letech 2001-2012

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2001-2012

Tab. 28 Počet ošetřených na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	154,39	130,03	- 26,99	- 17,48
Pardubický	144,04	121,60	- 24,49	- 17,00
Moravskoslezský	154,24	124,60	- 34,42	- 22,32
Jihomoravský	150,69	121,90	- 31,84	- 21,13
Ústecký	156,63	129,30	- 35,18	- 22,46
Plzeňský	139,87	113,50	- 29,15	- 20,84
Karlovarský	146,70	114,20	- 38,73	- 26,40
Zlínský	137,69	114,00	- 24,94	- 18,11
Praha	141,29	129,10	- 12,17	- 8,61
Jihočeský	163,64	137,90	- 31,82	- 19,45
Středočeský	143,27	114,10	- 34,44	- 24,04
Liberecký	151,56	131,50	- 31,41	- 20,72
Královéhradecký	142,60	122,30	- 23,33	- 16,36
Vysočina	148,40	123,60	- 30,15	- 20,32
ČR - průměr	148,22	123,40	- 24,81	- 16,74

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



Obr. 28 Vývoj počtu ošetření na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v letech 2001-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

Tab. 29 Počet ošetřených na ambulanci pneumologie a ftizeologie v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel

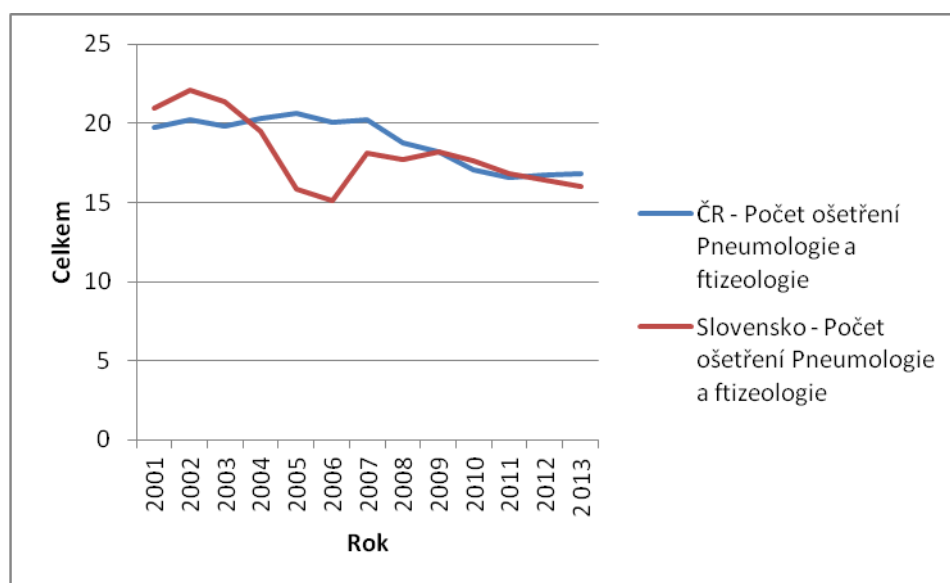
Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	16,36	15,63	- 0,73	- 4,46
Pardubický	19,23	17,58	- 1,65	- 8,58
Moravskoslezský	22,36	20,35	- 2,01	- 8,99
Jihomoravský	17,31	15,40	- 1,91	- 11,03
Ústecký	21,56	19,42	- 2,14	- 9,93
Plzeňský	28,13	20,15	- 7,98	- 28,37
Karlovarský	19,40	16,07	- 3,33	- 17,16
Zlínský	18,41	16,33	- 2,08	- 11,30
Praha	26,73	22,27	- 4,46	- 16,69
Jihočeský	15,16	13,80	- 1,36	- 8,97
Středočeský	19,93	16,30	- 3,63	- 18,21
Liberecký	15,63	11,35	- 4,28	- 27,38
Královéhradecký	15,00	12,70	- 2,30	- 15,33
Vysočina	18,17	17,05	- 1,12	- 6,16
ČR - průměr	19,53	16,74	- 2,78	- 14,26

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 30 Počet hlášených onemocnění TBC v ČR v letech 2001-2013

	Počty hlášených onemocnění TBC
2001	1 350
2002	1 200
2003	1 162
2004	1 057
2005	1 007
2006	973
2007	871
2008	879
2009	710
2010	680
2011	609
2012	611
2013	502

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Tuberkulóza a respirační nemoci 2013



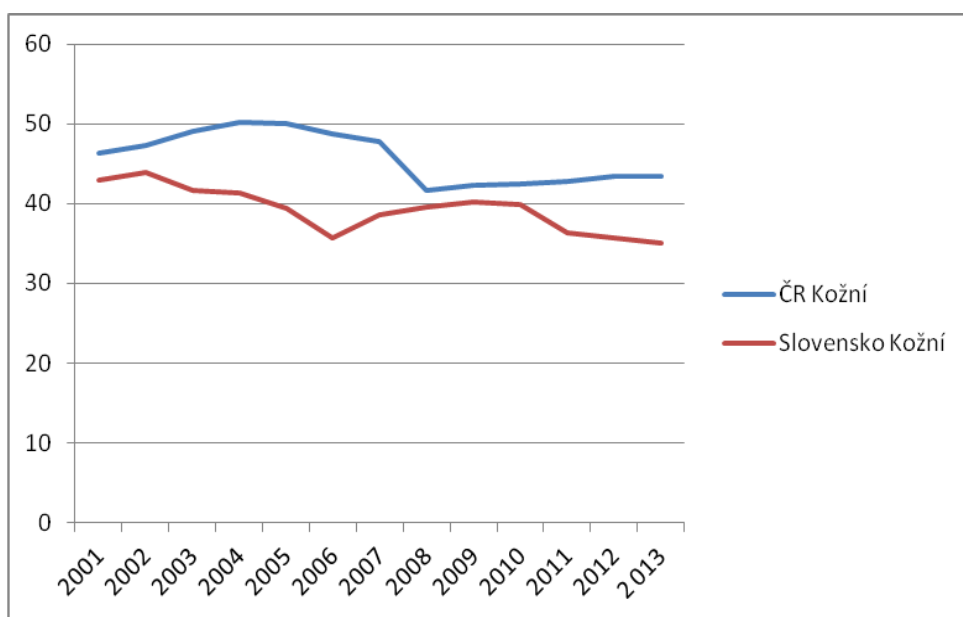
Obr. 29 Srovnání vývoje počtu ošetření na ambulanci pneumologie a ftizeologie v ČR a na Slovensku v letech 2001-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a Národní centrum zdravotnických informací. Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2001-2013

Tab. 31 Počet ošetřených na kožní ambulanci v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	56,01	54,35	- 1,66	- 2,96
Pardubický	39,83	30,43	- 9,40	- 23,60
Moravskoslezský	49,53	42,50	- 7,03	- 14,19
Jihomoravský	47,70	47,12	- 0,58	- 1,22
Ústecký	41,50	37,10	- 4,40	- 10,60
Plzeňský	48,76	41,47	- 7,29	- 14,95
Karlovarský	39,43	32,97	- 6,46	- 16,38
Zlínský	43,81	34,53	- 9,28	- 21,18
Praha	89,11	79,73	- 9,38	- 10,53
Jihočeský	38,77	32,88	- 5,89	- 15,19
Středočeský	33,77	28,18	- 5,59	- 16,55
Liberecký	37,27	30,28	- 6,99	- 18,76
Královéhradecký	38,16	32,33	- 5,83	- 15,28
Vysočina	41,01	36,13	- 4,88	- 11,90
ČR - průměr	46,05	40,00	- 6,05	- 13,13

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



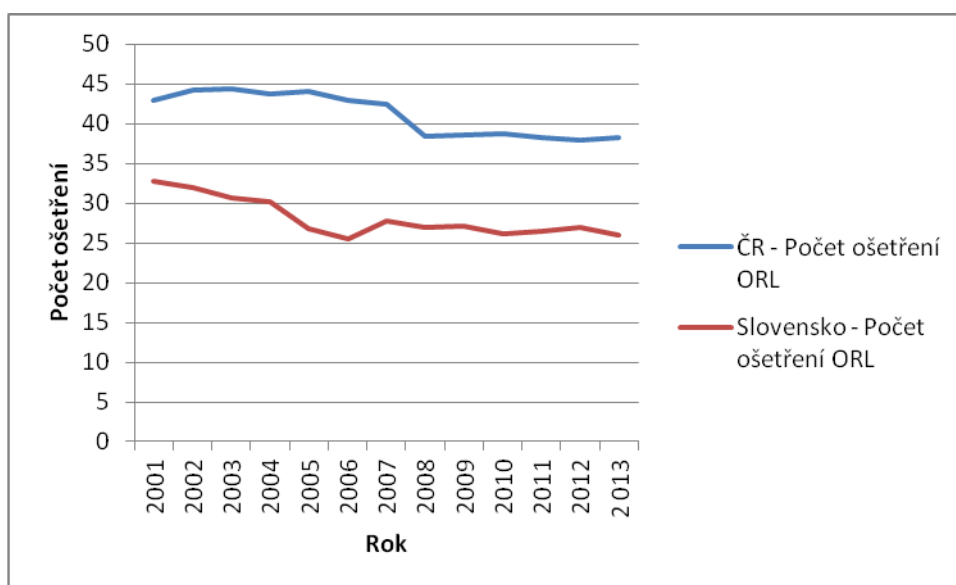
Obr. 30 Srovnání vývoje počtu ošetření na kožní ambulanci v ČR a na Slovensku v letech 2001-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a Národní centrum zdravotnických informací, Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2001-2013

Tab. 32 Počet ošetřených na ORL (vč. foniatrie) v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	48,51	41,97	- 6,54	- 13,48
Pardubický	37,39	31,43	- 5,96	- 15,94
Moravskoslezský	39,67	35,83	- 3,84	- 9,68
Jihomoravský	47,63	40,97	- 6,66	- 13,98
Ústecký	35,56	31,90	- 3,66	- 10,29
Plzeňský	53,31	43,40	- 9,91	- 18,59
Karlovarský	27,61	27,10	- 0,51	- 1,85
Zlínský	35,16	29,78	- 5,38	- 15,30
Praha	78,01	70,40	- 7,61	- 9,76
Jihočeský	32,76	27,77	- 4,99	- 15,23
Středočeský	33,79	29,38	- 4,41	- 13,05
Liberecký	34,81	28,62	- 6,19	- 17,78
Královéhradecký	37,06	34,45	- 2,61	- 7,04
Vysočina	34,69	33,33	- 1,36	- 3,92
ČR - průměr	41,14	36,17	- 4,97	- 12,09

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



Obr. 31 Srovnání vývoje počtu ošetření na ORL (vč. foniatrie) v ČR a na Slovensku v letech 2001-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a Národní centrum zdravotnických informací. Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2001-2013

Tab. 33 Počet ošetřených na chirurgii (vč. cévní a hrudní chirurgie) v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

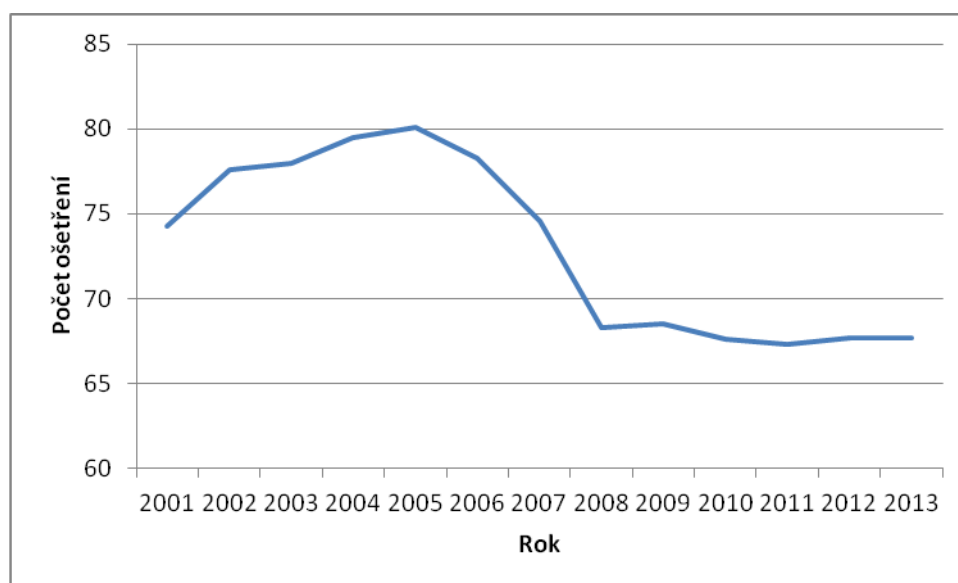
Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	64,64	59,05	- 5,59	- 8,65
Pardubický	76,53	74,85	- 1,68	- 2,20
Moravskoslezský	72,67	59,78	- 12,89	- 17,74
Jihomoravský	78,19	72,27	- 5,92	- 7,57
Ústecký	78,41	70,42	- 7,99	- 10,19
Plzeňský	90,70	79,10	- 11,60	- 12,79
Karlovarský	91,90	78,37	- 13,53	- 14,72
Zlínský	60,86	58,28	- 2,58	- 4,24
Praha	102,21	83,63	- 18,58	- 18,18
Jihočeský	62,91	55,40	- 7,51	- 11,94
Středočeský	70,86	56,62	- 14,24	- 20,10
Liberecký	76,67	66,20	- 10,47	- 13,66
Královéhradecký	91,13	82,55	- 8,58	- 9,42
Vysočina	63,79	59,25	- 4,54	- 7,12
ČR - průměr	77,25	68,27	- 8,98	- 11,62

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 34 Počet nahlášených úrazů na chirurgii - přepočten na 100 obyvatel

	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Počet úrazů	17,54	16,16	- 1,38	- 7,87

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2001-2013



Obr. 32 Vývoj počtu ošetření na chirurgii (vč. cévní a hrudní chirurgie) v letech 2001-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

Tab. 35 Počet ošetřených na gynekologii v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	116,69	115,07	- 1,62	- 1,39
Pardubický	95,03	84,87	- 10,16	- 10,69
Moravskoslezský	101,70	96,67	- 5,03	- 4,95
Jihomoravský	107,27	105,43	- 1,84	- 1,72
Ústecký	106,67	89,57	- 17,10	- 16,03
Plzeňský	106,97	95,42	- 11,55	- 10,80
Karlovarský	92,56	80,15	- 12,41	- 13,41
Zlínský	96,59	87,75	- 8,84	- 9,15
Praha	167,30	146,83	- 20,47	- 12,24
Jihočeský	115,91	95,48	- 20,43	- 17,63
Středočeský	88,70	72,62	- 16,08	- 18,13
Liberecký	107,71	106,03	- 1,68	- 1,56
Královéhradecký	103,70	91,13	- 12,57	- 12,12
Vysočina	85,99	86,10	+ 0,11	+ 0,13
ČR - průměr	106,63	96,65	- 9,98	- 9,36

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 36 Počet narozených dětí v ČR v letech 2001-2012

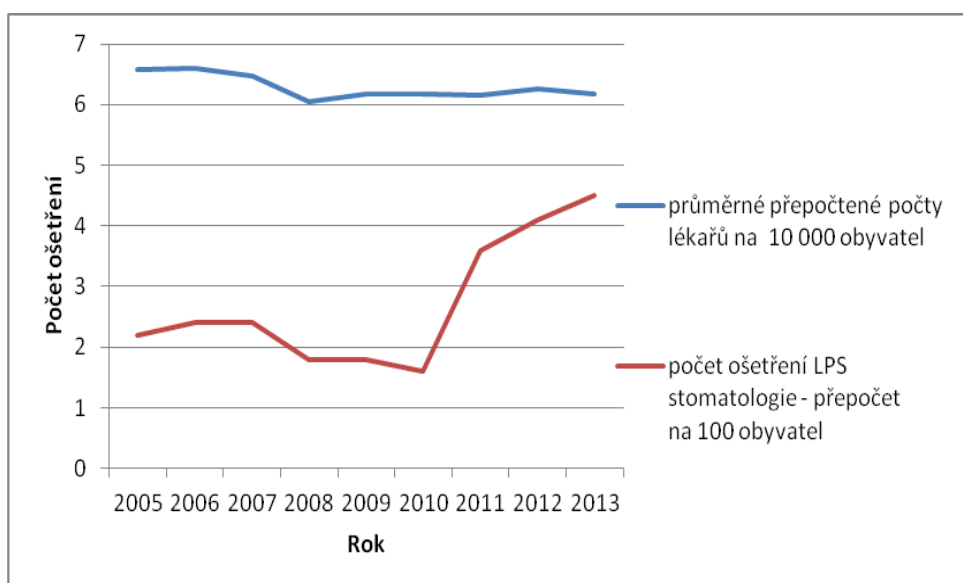
	Počet narozených dětí
2001	90 978
2002	93 047
2003	93 957
2004	97 929
2005	102 498
2006	106 130
2007	114 947
2008	119 842
2009	118 667
2010	117 446
2011	108 990
2012	108 955

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Narození a zemřelí do 1 roku 2012

Tab. 37 Počet ošetřených na stomatologii v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

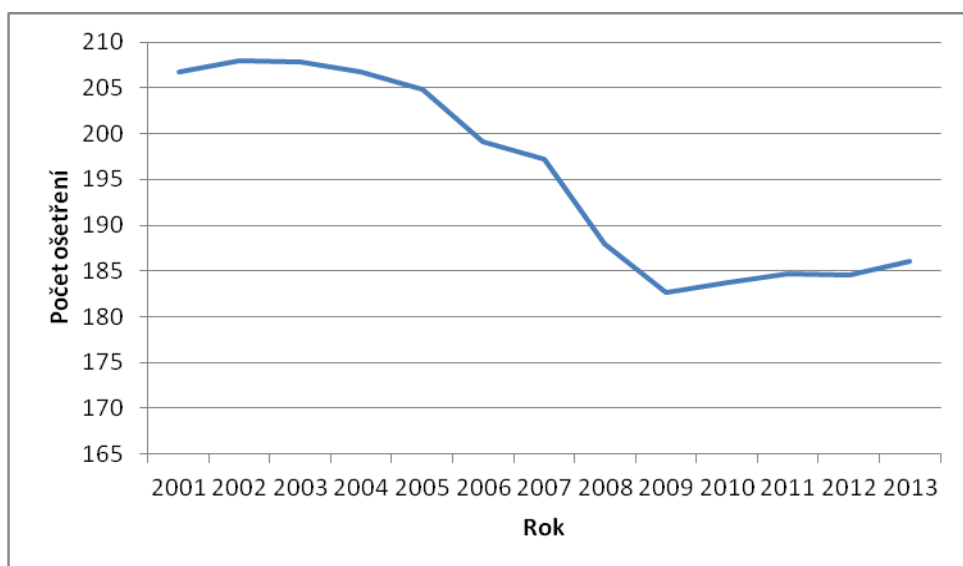
Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	216,57	201,78	- 14,79	- 6,83
Pardubický	199,80	181,28	- 18,52	- 9,27
Moravskoslezský	195,49	180,00	- 15,49	- 7,92
Jihomoravský	210,01	196,67	- 13,34	- 6,35
Ústecký	187,06	172,57	- 14,49	- 7,75
Plzeňský	232,27	187,18	- 45,09	- 19,41
Karlovarský	180,46	162,88	- 17,58	- 9,74
Zlínský	204,89	198,50	- 6,39	- 3,12
Praha	253,01	229,20	- 23,81	- 9,41
Jihočeský	207,80	178,48	- 29,32	- 14,11
Středočeský	158,63	128,72	- 29,91	- 18,86
Liberecký	192,89	176,90	- 15,99	- 8,29
Královéhradecký	210,09	202,02	- 8,07	- 3,84
Vysočina	204,44	195,17	- 9,27	- 4,53
ČR - průměr	203,82	185,10	- 18,72	- 9,18

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



Obr. 33 Vývoj počtu zubních lékařů a ošetření na LPS stomatologie v Plzeňském kraji v letech 2005-2013

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka Plzeňského kraje 2001-2013



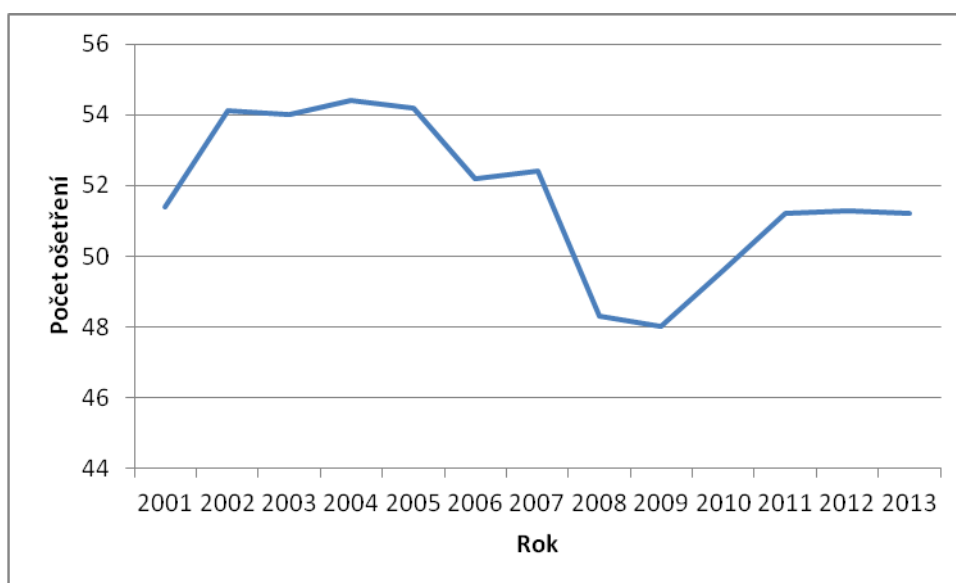
Obr. 34 Vývoj počtu ošetření na stomatologii v ČR v letech 2001-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka Česká republika 2001-2013

Tab. 38 Počet ošetřených na oční ambulanci v jednotlivých krajích ČR - přepočet na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	58,66	59,93	+ 1,27	+ 2,17
Pardubický	46,26	45,28	- 0,98	- 2,12
Moravskoslezský	55,89	54,88	- 1,01	- 1,81
Jihomoravský	51,31	49,98	- 1,33	- 2,59
Ústecký	45,54	41,53	- 4,01	- 8,81
Plzeňský	51,87	45,62	- 6,25	- 12,05
Karlovarský	54,90	49,88	- 5,02	- 9,14
Zlínský	50,87	51,38	+ 0,51	+ 1,00
Praha	78,57	71,58	- 6,99	- 8,90
Jihočeský	48,34	45,05	- 3,29	- 6,81
Středočeský	41,13	36,18	- 4,95	- 12,04
Liberecký	36,83	35,77	- 1,06	- 2,88
Královéhradecký	57,79	50,67	- 7,12	- 12,32
Vysočina	50,89	45,92	- 4,97	- 9,77
ČR	52,06	48,83	- 3,23	- 6,20

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



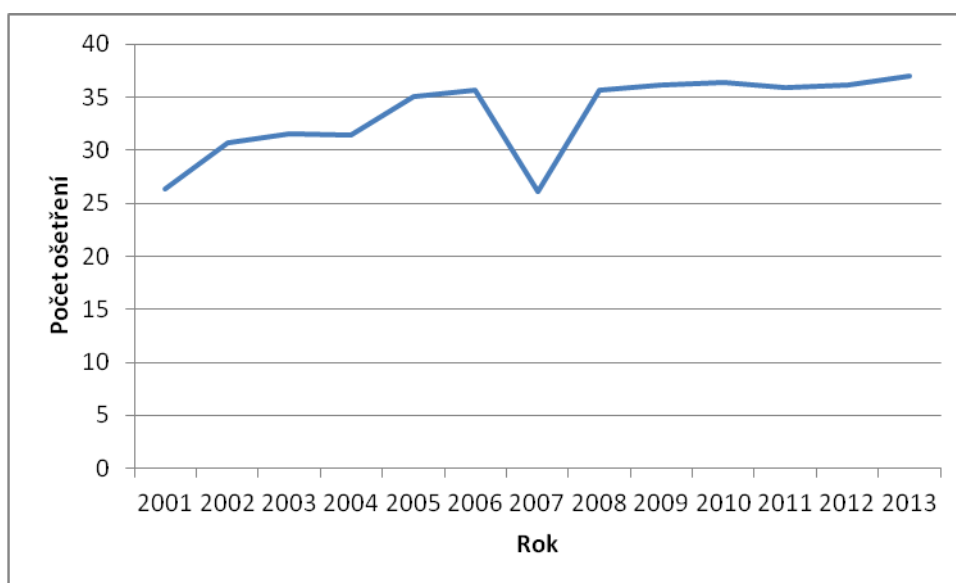
Obr. 35 Vývoj počtu ošetření na oční ambulanci v ČR v letech 2001-2013 - přepočítáno na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

Tab. 39 Počet ošetřených na ortopedii v jednotlivých krajích ČR - přepočten na 100 obyvatel

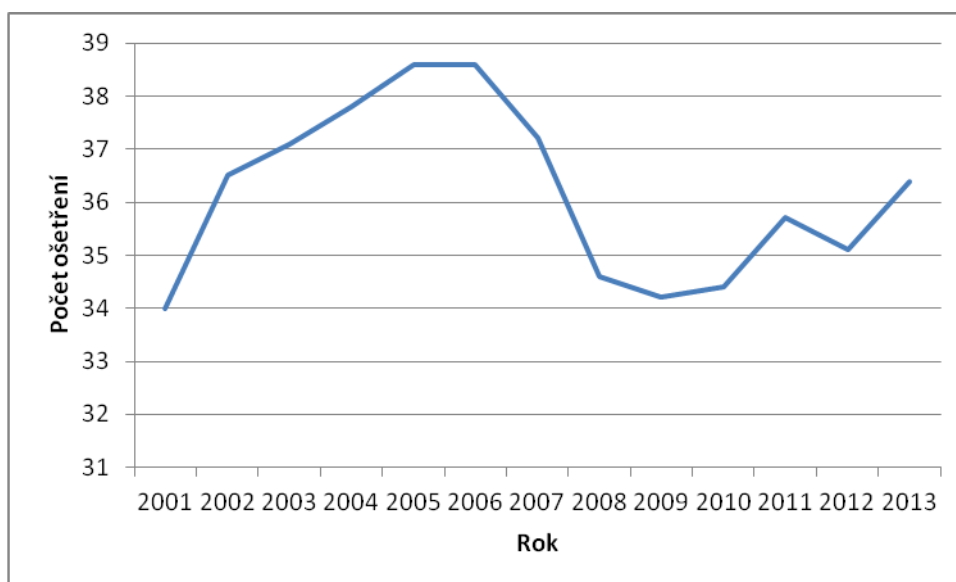
Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	39,00	42,45	+ 3,45	+ 8,85
Pardubický	32,67	28,65	- 4,02	- 12,30
Moravskoslezský	35,33	36,28	+ 0,95	+ 2,69
Jihomoravský	35,70	35,55	- 0,15	- 0,42
Ústecký	33,26	30,82	- 2,44	- 7,34
Plzeňský	46,80	40,18	- 6,62	- 14,15
Karlovarský	33,97	30,78	- 3,19	- 9,39
Zlínský	30,94	36,22	+ 5,28	+ 17,07
Praha	52,33	44,00	- 8,33	- 15,92
Jihočeský	37,04	35,32	- 1,72	- 4,64
Středočeský	30,26	27,10	- 3,16	- 10,44
Liberecký	31,34	29,23	- 2,11	- 6,73
Královéhradecký	35,51	31,65	- 3,86	- 10,87
Vysočina	37,04	36,65	- 0,39	- 1,05
ČR - průměr	36,51	34,63	- 1,88	- 5,15

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013



Obr. 36 Vývoj počtu ošetření na ambulanci ortopedie ve Zlínském kraji v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2001-2013



Obr. 37 Vývoj počtu ošetření na ambulanci ortopedie v ČR v letech 2001-2013 - přepočten na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013

Tab. 40 Počet ošetřených na geriatрии v jednotlivých krajích ČR - přepočít na 100 obyvatel

Kraj	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Olomoucký	0,56	0,53	- 0,03	- 5,36
Pardubický	3,60	2,43	- 1,17	- 32,50
Moravskoslezský	0,34	0,37	+ 0,03	+ 8,82
Jihomoravský	1,31	1,43	+ 0,12	+ 9,16
Ústecký	0,84	0,68	- 0,16	- 19,05
Plzeňský	-	-	-	-
Karlovarský	-	-	-	-
Zlínský	2,87	2,05	- 0,82	- 28,57
Praha	0,73	0,68	- 0,05	- 6,85
Jihočeský	1,14	0,75	- 0,39	- 34,21
Středočeský	0,07	0,1	+ 0,03	+ 42,86
Liberecký	-	-	-	-
Královéhradecký	1,46	0,55	- 0,91	- 62,33
Vysočina	-	-	-	-
ČR - průměr	1,29	0,96	- 0,34	- 25,93

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 41 Odhadovaná úspora zdravotních pojišťoven v důsledku zavedení poplatku za návštěvu lékaře

	Průměr počtu ošetřených před zavedením poplatku za návštěvu lékaře	Průměr počtu ošetření po zavedení poplatku za návštěvu lékaře	Rozdíl počtu ošetření po zavedení poplatku za návštěvu lékaře	Hodnota bodu za cílené vyšetření	Odhadovaná velikost úspor v důsledku zavedení poplatku (v Kč)
Geriatricie	89 498	72 451	17 047	243	4 225 228
Pneumologie a ftizeologie	2 060 471	1 820 439	240 032	242	59 249 469
Gynekologie	11 221 828	10 397 008	824 820	86	72 353 227
Chirurgie (vč. hrudní a cévní chirurgie)	7 884 297	7 028 002	856 296	106	92 582 685
Ortopedie	3 802 925	3 678 617	124 308	85	10 777 518
ORL (vč. foniatricie)	4 457 761	4 028 294	429 468	96	42 053 500
Oční ambulance	5 455 027	5 241 042	213 984	117	25 536 879
Kožní ambulance	4 968 612	4 477 355	491 257	117	58 626 616
Stomatologie	20 936 300	19 401 890	1 534 410	410	629 108 100
Celkem	60 876 719	56 145 097	4 731 622	-	994 513 222

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2001-2013 a Předpis č. 331/2007 Sb. ve znění k 1.1.2008

Tab. 42 Počet ošetřených na pediatrii (vč. dorostového lékařství) v jednotlivých krajích ČR po osvobození dětí od poplatku za návštěvu lékaře - přepočteno na 100 obyvatel

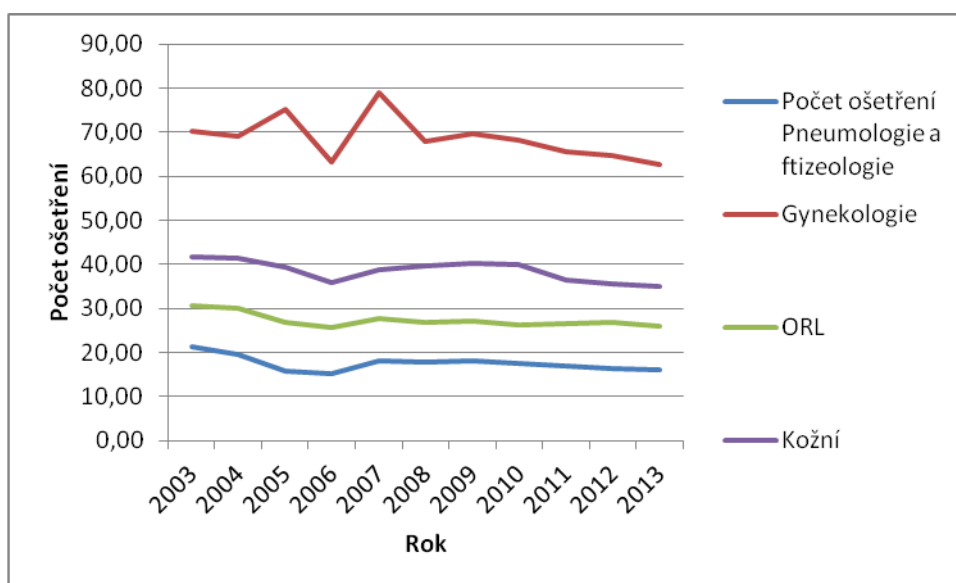
Kraj	Aritmetický průměr během poplatků	Aritmetický průměr po zrušení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr během - Ar. průměr po)	Změna (v %)
Olomoucký	130,03	125,03	- 5,00	- 3,85
Pardubický	121,60	117,80	- 3,80	- 3,13
Moravskoslezský	124,60	117,43	- 7,17	- 5,75
Jihomoravský	121,90	117,98	- 3,92	- 3,22
Ústecký	129,30	118,63	- 10,67	- 8,25
Plzeňský	113,50	108,38	- 5,12	- 4,51
Karlovarský	114,20	105,80	- 8,40	- 7,36
Zlínský	114,00	111,05	- 2,95	- 2,59
Praha	129,10	127,95	- 1,15	- 0,89
Jihočeský	137,90	130,03	- 7,87	- 5,71
Středočeský	114,10	106,33	- 7,77	- 6,81
Liberecký	131,50	115,68	- 15,82	- 12,03
Královéhradecký	122,30	117,55	- 4,75	- 3,88
Vysočina	123,60	115,58	- 8,02	- 6,49
ČR - průměr	123,40	116,80	- 6,60	- 5,35

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR, zdravotnické ročenky jednotlivých krajů České republiky 2001-2013

Tab. 43 Důsledky zavedení regulačních poplatků ve vybraných ambulancích na Slovensku

Oddělení	Aritmetický průměr před zavedením poplatků	Aritmetický průměr po zavedení poplatků	Rozdíl (Ar. průměr po - Ar. průměr před)	Změna (v %)
Geriatricie	2,38	2,12	- 0,26	- 10,92
Pneumologie a ftizeologie	21,62	17,64	- 3,98	- 18,41
Pediatricie (vč. dorostového lékařství)	208,52	174,06	- 34,46	- 16,53
Gynekologie	69,78	72,05	2,27	+ 3,25
Chirurgie (vč. cévní a hrudní chirurgie)	44,77	37,01	- 7,76	- 17,33
Ortopedie	26,41	25,01	- 1,40	- 5,30
ORL (vč. foniatrie)	33,73	30,04	- 3,69	- 10,94
Oční	41,30	37,27	- 4,03	- 9,76
Kožní	43,37	40,32	- 3,05	- 7,03
Ordinace praktického lékaře pro dospělé	465,28	379,32	- 85,96	- 18,48
Stomatologie	136,36	121,83	- 14,53	- 10,66
Celkem počet ošetření	1 303,91	1 146,58	- 157,33	- 12,07

Zdroj: Vlastní zpracování na základě Národního centra zdravotnických informací. Zdravotnícka Ročenka Slovenskej republiky 2000-2005



Obr. 38 Vývoj počtu ošetření na vybraných ambulancích na Slovensku v letech 2003-2013 - přepočet na 100 obyvatel

Zdroj: Vlastní zpracování na základě Národního centra zdravotnických informací. Zdravotnická ročenka Slovenskej republiky 2003-2013

Tab. 44 Počet ošetření ve vybraných ambulancích ČR v letech 2004-2013 - přepočten na 100 obyvatel

Obor	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geriatricie	0,9	1	1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Pneumologie a ftizeologie	20,3	20,6	20,1	20,2	18,8	18,2	17,1	16,6	16,7	16,8
Pediatricie (vč. dorostového lékařství)	146,8	146,1	142,3	138,8	123,6	123,7	119,1	121,8	115,1	113,6
Gynekologie	111,3	111,8	111,9	111,8	104,9	101,5	98,4	97,7	95,3	96,7
Chirurgie (vč. hrudní a cévní chirurgie)	79,5	80,1	78,3	74,6	68,3	68,5	67,6	67,3	67,7	67,7
Ortopedie	37,8	38,6	38,6	37,2	34,6	34,2	34,4	35,7	35,1	36,4
ORL (vč. foniatricie)	43,7	44	42,9	42,5	38,4	38,6	38,7	38,3	37,9	38,3
Oční	54,4	54,2	52,2	52,4	48,3	48	49,6	51,2	51,3	51,2
Kožní	50,2	50,1	48,7	47,8	41,6	42,3	42,4	42,7	43,4	43,5
Ordinace praktického lékaře pro dospělé	485,3	485,3	474,1	452,6	387,9	367,8	356,2	356,7	352,3	347,5
Stomatologie	206,8	204,8	199,1	197,2	187,9	182,6	183,7	184,7	184,5	186,1

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Zdravotnické ročenka České republiky 2001-2013

Tab. 45 Průměrný věk lékařů ve vybraných oborech v roce 2013

	Celkem
Praktické lékařství pro děti a dorost	56,3
Všeobecné praktické lékařství	54,3
Gynekologie a porodnictví	48,7
Oftalmologie	47,8
Chirurgie	47,6
Psychiatrie	47,2
Radiologie a zobrazovací metody	46,5
Neurologie	45,8
Vnitřní lékařství	44,4
Dětské lékařství	42,4
Anesteziologie a intenzivní medicína	42,2

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS ČR. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013

Dotazování praktických lékařů

1. Jaký názor jste měla na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ČR ?
2. Cílem zavedení regulačního poplatku za návštěvu lékaře bylo zejména snížení nadužívání zdravotní péče. Pozorovala jste ve své ordinaci toto nadužívání zdravotní péče ve formě nadměrného počtu návštěv pacientů? (Pokud ano, dá se říci, u jakých skupin obyvatelstva to bylo?)
3. Po zavedení poplatku za návštěvu lékaře došlo průměrně k poklesu počtu návštěv praktických lékařů o 25 %. Pozorovala jste také ve své ordinaci podobný dopad?
4. Pozorovala jste v letošním roce po zrušení poplatku za návštěvu lékaře růst v počtu návštěv? (Pokud ano, pokuste se odhadnout o kolik % a jaké skupiny pacientů se to týkalo.)
5. Myslíte si, že také změny v systému proplácení pracovních neschopností mohly mít za následek pokles počtu návštěv u praktických lékařů?
6. Omezila jste po zavedení regulačního poplatku za položku receptu a poté za recept předepisování volně dostupných léčivých přípravků na recept?
7. Předepisujete po zavedení poplatku za položku receptu a poté za recept větší balení léčivých přípravků? (Pokud ano, vyžadovali to sami pacienti?)

Dotazování lékárníků

1. Pozorovala jste, že po zpoplatnění receptů došlo k předepisování větších balení léčivých přípravků?
2. Přispělo podle Vás k poklesu počtu vydaných receptů po zavedení poplatků také omezení předepisování volně dostupných léčivých přípravků na recept?

Dotazování zástupců očních optik

1. Přispělo podle Vás k poklesu počtu ošetření na oční ambulanci po zavedení poplatku za návštěvu lékaře také větší zájem o měření zraku u očních optik?

Obr. 39 Otevřené otázky ke kvalitativnímu výzkumu

Zdroj: Vlastní zpracování