

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomiky



Diplomová práce

Regulační poplatky ve zdravotnictví – vybrané aspekty

Bc. Stanislav VACULÍK

© 2011 ČZU v Praze

!!!

Místo této strany vložíte zadání diplomové práce.

(Do jedné vazby originál a do druhé kopii)

!!!

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Regulační poplatky ve zdravotnictví – vybrané aspekty" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autor uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 1. dubna 2011

Poděkování:

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucímu práce Ing. Luboši Smutkovi, PhD. za odbornou pomoc a trpělivost. Dále chci poděkovat své rodině za podporu a ochotu, se kterou upravovali svůj program s ohledem na mé pracovní a studijní a potřeby.

Regulační poplatky ve zdravotnictví – vybrané aspekty

Regulation fees in the public health service – selected aspects

Souhrn

Cílem diplomová práce „Regulační poplatky ve zdravotnictví – vybrané aspekty“ je zhodnocení existence regulačních poplatků z hlediska jejich dopadů na zdravotnictví a společnost. V teoretické části jsou popsány jednotlivé systémy zdravotní péče, zdroje financování a jednotlivé regulační poplatky ve zdravotnictví včetně jejich ekonomických, sociálních a politických aspektů. V praktické části je ověřována teze, že regulační poplatky vyvolaly pokles spotřeby zdravotních služeb, k jejichž regulaci směřovaly. Dále je hledána souvislost mezi mírou nezaměstnanosti a délkou pracovní neschopnosti, jako jedné z příčin neefektivity při čerpání služeb zdravotnictví. V závěru praktické části je vyčíslen odhad cenové pružnosti poptávky po lécích a vyčíslena ztráta blahobytu plynoucí z nadměrné spotřeby léků.

Summary

The goal of thesis „Regulatory fees in the public health service – selected aspects“ is evaluation of regulatory fees impacts on the health service and the society in the Czech Republic. Theoretical part of the thesis describes particular systems of the public health service, financial resources and different regulatory fees, including their economic, social and political aspects. In the empirical part the thesis that regulatory fees payments induced the decrease in consumption of health services, in compliance with the argument for their implementation, is examined. Furthermore, connection between the unemployment rate and the length of incapacity for work, wich is one of causes of the health service consumption inefficiency, is searched. The empirical part is concluded by the enumeration of the estimation of the price elasticity of the demand after drugs and the enumeration of wealth loss which results from the excessive consumption of drugs.

Klíčová slova: Zdravotnictví, regulační poplatky, pracovní neschopnost, cenová pružnost, ztráta blahobytu

Keywords: Health service, Regulatory fees, Incapacity for work, Price elasticity, Wealth loss

Obsah

1 Úvod	8
2 Cíl práce a metodika	10
3 Literární rešerše	12
3.1 Základní pojmy.....	12
3.1.1 Zdraví.....	12
3.1.2 Zdravotnictví.....	13
3.1.3 Veřejné zdraví.....	13
3.2 Zdravotnictví - statek veřejně poskytovaný.....	13
3.3 Materiální odůvodnění financování zdravotnictví.....	15
3.4 Charakteristika jednotlivých systémů zdravotní péče.....	16
3.4.1 Tržní (liberální) systém.....	17
3.4.2 Systém založený na povinném zdravotním pojištění.....	18
3.4.3 Systém národní zdravotní služby.....	18
3.4.4 Systém socialistického typu.....	19
4. Charakteristika ekonomiky českého zdravotnictví	20
4.1 Financování Českého zdravotnictví.....	21
4.1.1 Zdravotní politika ČR.....	22
4.1.2 Vývoj nákladů na zdravotní péči v ČR.....	23
4.1.3 Subjekty Českého zdravotnictví.....	24
4.1.4 Přínosy a náklady jednotlivce spojené s čerpáním zdravotní péče.....	24
5 Regulační poplatky – ekonomické, politické a sociální aspekty	26
5.1 Ekonomické aspekty.....	27
5.2 Politické aspekty.....	28
5.3 Sociální aspekty.....	29
6. Regulační poplatky a jejich budoucnost	31
6.1 Ekonomické zhodnocení dopadů zavedení regulačních poplatků.....	32
6.1.1 Poplatek za návštěvu lékaře s vyšetřením.....	32
6.1.2 Poplatek za výdej léku na předpis.....	35
6.1.3 Poplatek za každý den, kdy je poskytována ústavní péče.....	44
6.1.4 Poplatek za návštěvu pohotovosti.....	45
6.2 Výsledky výzkumu.....	46
6.3 Zneužívání pracovní neschopnosti.....	50
6.4 Odhad cenové elasticity poptávky po léčích.....	53
6.4.1 Odhad cenové pružnosti s využitím dlouhodobých průměrů.....	57
6.4.2 Odhad cenové pružnosti s využitím změny mezi lety 2007 a 2008.....	58
6.5 Grafické a matematické vyjádření ztráty z nadměrné spotřeby léků.....	62
7 Závěr	64
8 Seznam použitých zdrojů	70
8.1 Publikace.....	70
8.2 Články z periodik.....	70
8.3 Články z internetu.....	71
8.4 Ostatní materiály.....	71
8.5 Seznam použitých zkratk.....	72
8.6 Seznam tabulek.....	72
8.7 Seznam grafů.....	73
9 Přílohy	73

„Bez útrap se nezmění nic, tím méně pak lidská přirozenost.“ C.G.JUNG

1 Úvod

Lékař a zdravotnický systém ve své současné podobě provází člověka od narození až do jeho posledních okamžiků. Při hodnocení hospodářské a kulturní vyspělosti jednotlivých civilizací se často jako jedno z hodnotících kritérií, užívá srovnání úrovně zdravotní péče, které se lidem žijícím v těchto společenstvech dostávalo či dostává.

V listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR je uvedeno: *„Občané mají právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“* To je základní premisa, kterou by měl respektovat každý, kdo se rozhodne realizovat opatření, které ovlivní systém poskytování zdravotní péče.

Základním principem determinujícím přístup jednotlivce k poskytované lékařské péči v rámci států Evropské unie je princip solidarity. Jednotlivé země uplatňují rozdílné míry spoluúčasti pacientů na poskytované lékařské péči. Žádná z politických reprezentací nepřistoupila k tomu, že by realizovala opatření, které by v konečném důsledku přineslo absolutní vyloučení jednotlivce ze spotřeby tohoto statku. Tento jednotný přístup vyvěrá z historického vývoje, společného filozofického a náboženského základu, který se podílel na formování hodnotového žebříčku současné společnosti.

Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví v sobě skrývá zajímavý střet převažujícího kolektivního financování na jedné straně a snahy politické reprezentace o implementaci tržních principů na straně spotřeby.

Změna systému spočívající v zavedení regulačních poplatků vyvolává obavy u osob chronicky nemocných, že zvyšující se spoluúčast jim postupně znemožní čerpání efektivní léčby. Na druhé straně mince jsou obavy přispěvatelů do zdravotního systému, že jsou prostředky vynakládány neefektivně.

Opatření na straně spotřeby mají zvýšit efektivnost využití dostupných prostředků. Kritickým bodem, který způsobuje neefektivnosti financování zdravotnictví je okamžik,

kdy se z individuálních finančních prostředků stává na účtech zdravotních pojišťoven anonymní kapitál, který je zdrojem soutěže pro zájmové skupiny působící v českém zdravotnictví.

Základním smyslem činnosti zájmových skupin je systematická snaha o vytvoření podmínek, které umožní realizaci jejich utilitaristických cílů. Hlavním a přirozeným cílem těchto zájmových skupin je maximalizace zisku při minimálních nákladech. Nebezpečí neefektivního využívání dostupných prostředků je umocňováno nedokonalou informací. Pacient není schopen plně porozumět své nemoci a také není schopen posoudit, zda je zvolená metoda léčby nejefektivnější dostupnou variantou. Pokud je lékař odměňován v závislosti na počtu provedených výkonů, tak dochází ke vzniku situace, kdy lze předpokládat, že poptávka zákazníků (pacientů) bude modifikována především zájmy lékařů, popřípadě zdravotnických zařízení.

Financování zdravotnictví v ČR je vícezdrojové s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění. Finanční prostředky do systému zdravotního pojištění jsou zajišťovány prostřednictvím zákonné povinnosti. Zdravotnický systém ČR je označován jako systém Povinného pojištění, ve kterém je placení jednotlivých služeb hrazeno nepřímou, pouze 10-25% služeb je hrazeno přímou platbou.

Výše plateb pojištění a rozsah bezplatně poskytované zdravotní péče jsou citlivými politickými otázkami. Postoj jednotlivých politických stran k řešení těchto otázek významným způsobem ovlivňuje jejich volební výsledek.

Volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR konané v červnu 2006 přinesly změnu politické reprezentace, která přistoupila k regulaci objemu poskytované lékařské péče využitím regulačních poplatků. Regulační poplatky ve zdravotnictví se staly součástí právního řádu ČR dne 16. října 2007, kdy byl ve sbírce zákonů České republiky zveřejněn pod č. 261 zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů, který nabyl účinnosti k 1. lednu 2008. Regulační poplatky ve zdravotnictví se tímto datem staly součástí právního řádu ČR.

2 Cíl práce a metodika

Cílem práce je získat hodnotu cenové pružnosti a podíl regulačních poplatků na zjištěné pružnosti. Tato hodnota bude představovat podklad pro realizaci kvalifikovaného odhadu vlivu regulačních poplatků na spotřebu léků a predikci vývoje spotřeby léků v souvislosti se změnou hodnoty regulačních poplatků.

Dosažení cíle práce bude předcházet vyhodnocení dopadů jednotlivých regulačních poplatků na spotřebu zdravotnických služeb, k jejichž regulaci jsou určeny a srovnání těchto změn s vývojem výdajů zdravotních pojišťoven.

U poplatku za návštěvu lékaře s vyšetřením bude sledována změna počtu ambulantních ošetření. Jako podkladová data budou použita data Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR. Tato data budou srovnána s vývojem výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči.

U poplatku za výdej léku na předpis bude srovnán vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v České republice v letech 1992 až 2009. Budou využita data Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Tato data budou srovnána s odhadem zdravotních pojišťoven a Ministerstva zdravotnictví ČR o celkových výdajích za léky dle užití. Poté bude provedeno srovnání vývoje spotřeby balení léků v jednotlivých cenových pásmech mezi lety 2007 a 2008. K tomuto srovnání budou využita data předaná Ministerstvem zdravotnictví ČR na vlastní vyžádání. Pro orientační prověření efektivity změny ve struktuře výdajů na léky v jednotlivých cenových pásmech bude provedeno srovnání nákladově nejvýznamnějších léčiv předepsaných na recepty v roce 2007 a 2008. Následně bude vyhodnocena skupina léčiv s nejvyšším nárůstem výdajů a bude provedeno srovnání se statistikou standardizované úmrtnosti, která bude získána z Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR – Zemřelí 2009.

U poplatku za každý den, kdy je poskytována ústavní péče, bude srovnán vývoj počtu ošetrovacích dnů v nemocnicích a vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na ústavní péči. Jako podkladová data budou použita data Ústavu zdravotních statistik a informací ČR.

U poplatku za návštěvu pohotovosti bude porovnán vývoj počtu ošetření na pohotovosti. Ke srovnání budou využity data ÚZIS ČR.

Následně bude proveden výzkum, jehož cílem bude kvantifikovat míru reakce obyvatel na zavedení regulačních poplatků. K tomuto účelu bude vytvořen dotazník. Dotazník bude distribuován elektronicky za využití služeb webové stránky www.vyplnto.cz. Dále bude distribuován osobně prostřednictvím rodinných příslušníků a známých. Důvodem k výběru tohoto způsobu distribuce je předpoklad, že konzumentem zdravotnických služeb se v průběhu života stává každý člen společnosti. Tento způsob distribuce umožní minimalizovat jak časové, tak i finanční náklady na provedení výzkumu. Náhled dotazníku viz. příloha č. 1. Cílem bude získat kvótní vzorek, který bude k populaci definován podle pohlaví a věku respondentů. Vzorek respondentů bude sestaven podle dat získaných z ČSÚ za rok 2009. Výzkum bude proveden v termínu leden až únor roku 2011. Výsledku výzkumu bude využito při určení podílu, z vypočtené cenové pružnosti poptávky po lécích, připadajícího na zavedené regulační poplatky. Tedy ke specifikaci podílu regulačních poplatků na změně spotřeby léků.

Jako nejvýraznější příčina zneužívání systému zdravotnictví je označováno zneužívání pracovní neschopnosti k řešení problémů souvisejících se ztrátou zaměstnání. Z toho důvodu provedu srovnání dat o míře registrované nezaměstnanosti a průměrné délce jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti. Ke srovnání budou využita data Českého statistického úřadu.

Následně bude proveden výpočet cenové elasticity poptávky po lécích. Výpočet bude proveden dvěma způsoby. V prvním případě bude využito dlouhodobých průměrů cen a změny množství spotřebovaných balení léků. Využita budou data ÚZIS ČR. Ve druhém případě bude cenová pružnost vypočtena s využitím změny ceny a spotřebovaných balení léků mezi lety 2007 a 2008. Opět budou využita data ÚZIS ČR.

Z takto vypočtené cenové pružnosti bude určen procentní podíl populace, která označila regulační poplatky za příčinu jejich úvah o spotřebě služeb zdravotnictví a samotné spotřebě léků. Tak bude oddělen vliv opatření přijatých v systému zdravotnictví, které ovlivňují cenu pro spotřebitele léků, a vliv regulačních poplatků. Tímto bude získána hodnota elasticity poptávky po lécích v závislosti na regulačních poplatcích. Tato hodnota umožní kvalifikovaně predikovat vývoj spotřeby léků při změně výše regulačních poplatků.

V závěru využiji grafické vyjádření ztráty z nadměrné spotřeby veřejně poskytovaných statků (dle Stiglitze) k výpočtu částky, která vyjádří ztrátu blahobytu způsobenou nadměrnou spotřebou léků.

3 Literární rešerše

Poskytování zdravotní péče patří do oblasti veřejné ekonomiky. Při uvažování o regulaci čerpání zdravotní péče je třeba vyhodnotit, jaké jsou obecné možnosti regulace spotřeby veřejných statků, jaké přínosy a náklady jsou s regulací spotřeby těchto statků spojeny a jaké budou dopady jednotlivých regulačních opatření na uživatele tohoto veřejného statku.

3.1 Základní pojmy

3.1.1 Zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako: „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává jen z absence nemoci nebo vady“.¹

Zdraví je z ekonomického hlediska stav jedince, který je preferován před stavem horším (např. nemocí). Produkce statků (léků, zdravotních pomůcek) a služeb (prohlídka lékařem) je záležitostí odvětví, které je označováno jako zdravotnictví.

Zdraví nelze chápat jako čistě ekonomický statek, ačkoli významně ovlivňuje ekonomickou situaci jedince, tak i celé společnosti. Představuje těžce měřitelnou hodnotu, která je kombinací ekonomických, etických, politických, kulturních a sociálních aspektů. Objektivně se tak stává jak individuálním, tak i veřejným zájmem.²

Zdraví samotné tedy nemůže být předmětem koupě nebo prodeje na trhu, nemá tedy povahu statku.

¹ Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdrav%C3%AD>, dne 10.12.2010

² DURDISOVÁ, J. Ekonomika zdraví. Praha: Nakladatelství VŠE, 2005. Str. 58.

3.1.2 Zdravotnictví

Nejčastěji bývá chápáno resortně, jako soustava zařízení, jejichž posláním je poskytování odborných zdravotních služeb. Reprezentuje odbornou část péče o zdraví.³

O zdravotnictví je možno uvažovat i jako o vědním oboru, který se věnuje prevenci, podpoře zdraví a prodlužování života. Cílem zdravotnictví je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdravotního stavu obyvatelstva.⁴

Jaký je vliv činnosti zdravotnictví na aktuální stav zdraví populace či jednotlivce naznačuje MUDr. Ctibor Drbal, CSc., který tvrdí, že: *„Zdravotnictví má jen malý vliv na zdraví jedinců či celé populace, neboť zdravotní stav populace je výsledkem působení několika faktorů. Z 50 procent je determinován způsobem života, z 20 procent životním prostředím a shodným 10 – 15 procentním podílem se ve zdravotním stavu odráží genetická výbava jednotlivce a zdravotní služby.“*

Zdravotnictví je resortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí.⁵

3.1.3 Veřejné zdraví

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví jej definuje jako zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

3.2 Zdravotnictví - statek veřejně poskytovaný

Primárním problémem představuje odpověď na otázku, zda je zdravotnictví veřejný statek. *„Veřejný statek je statek, jehož výhody jsou rozprostřeny mezi všechny členy určitého společenství, ať už každý jedinec zamýšlel spotřebovat daný statek či nikoli.“*⁶ Definice Paula SAMUELSONA objektivizuje veřejný statek bez ohledu na rozhodnutí

³ REKTOŘÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vyd. Pra-ha: Ekopress, s. r. o., 2007. 310 s. ISBN 978-80-86929-29-3

⁴ VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9

⁵ HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005. Str. 9.

⁶ SAMUELSON P.A., WILLIAM D. NORDHAUS, *Ekonomie* 18. Vydání, str. 751

jednotlivce. Definice vymezuje statky, jejichž hrazení z veřejných prostředků bude pro společnost jako celek výhodnější, než ponechat hrazení takto vymezených statků na libovůli jednotlivců. Zdravotnictví z pohledu této definice nelze považovat za veřejný statek. „*Jako veřejné statky bývají chápány statky, resp. zboží a služby, které poskytuje veřejný sektor, tj. stát, kraje a obce. Bud' je sám vyrábí ve veřejnoprávních podnicích, nebo je kupuje od sektoru soukromého. Zdroje jejich financování je soustava veřejných rozpočtů.*“⁷ Za klíčové slova v této definici považuji slova „bývají chápány“, tzn., že ne všechny služby a zboží poskytované veřejným sektorem lze označit za statek veřejný. Při diskusi o veřejných statcích je nutné dbát na pojmovou přesnost a nezaměňovat pojem veřejný statek a pojem statek veřejně poskytovaný. Pokud by Parlament ČR z libovolných pohnutek rozhodl o tom, že např. služby autoservisu budou hrazeny z veřejných rozpočtů, neznamená to, že se tyto služby stanou veřejným statkem. Půjde pouze o statek veřejně poskytovaný. „*Stát si tak může ponechat v rukou nesmírně důležitá rozhodnutí o tom, co je veřejným statkem*“⁸ Klaus tedy řadí do skupiny veřejných statků statky podle způsobu jejich poskytování a ne podle jejich objektivních vlastností, tedy nevylučitelnosti ze spotřeby a nerivality při spotřebě.

Zdravotnictví a jeho služby tedy nenaplnují objektivní znaky charakterizující veřejný statek. Zdravotnické statky lze tedy označit jako statky veřejně poskytované. *Současná ekonomická nauka chápe zdravotnictví jako veřejně poskytovaný soukromý statek, u nějž dělitelnost spotřeby umožňuje vyloučení jednotlivce ze spotřeby*⁹. Nezaměňování uvedených pojmů má klíčový význam při teoretickém zdůvodnění efektivnosti takto poskytovaných statků, kdy u čistě veřejných statků teorie předpokládá vyšší efektivnost veřejného sektoru při poskytování těchto statků než u statků veřejně poskytovaných.

7 BERVIDOVÁ L., VANČUROVÁ P. *Ekonomika veřejného sektoru*, ČZU 2009, Provozně ekonomická fakulta, ISBN: 978-80-213-1816-8

⁸ KLAUS Václav (1994) dva typy veřejných statků a svoboda soukromé volby, *Lidové noviny*, 22. 8. 1994

9 BERVIDOVÁ L., VANČUROVÁ P. *Ekonomika veřejného sektoru*, ČZU 2009, Provozně ekonomická fakulta, ISBN: 978-80-213-1816-8

3.3 Materiální odůvodnění financování zdravotnictví

Co je tedy důvodem toho, že stát nutí své obyvatele platit zdravotní pojištění a zajišťovat takto prostředky k financování zdravotnictví?

„...existenci ani funkci veřejného sektoru nelze vysvětlit ani ospravedlnit teorií veřejných statků ani žádnou jinou ekonomickou teorií. Protože otázka, co má stát dělat, je výsostně morální otázkou, nemůže na ní principiálně odpovědět žádná věda kromě filozofie. K validaci státu (veřejného sektoru) a jeho funkcí je tudíž kompetentní pouze politická filozofie, nikoli ekonomie.“¹⁰

Provokativní závěr referátu Jiřího Kinkora navozuje dojem, že ekonomie jako věda by měla rezignovat na snahu definovat oblast veřejného sektoru a na snahu specifikovat ekonomické důsledky rozhodnutí, které veřejný sektor modifikují. S tímto názorem nelze souhlasit už proto, že každé politické rozhodnutí týkající se oblasti veřejného sektoru v sobě vždy bude obsahovat ekonomické důsledky. Proto je role ekonomie v této oblasti nezastupitelná.

Zákonná povinnost platit zdravotní pojištění je odůvodňována především solidaritou. Solidarita je chápána jako evolucí vytvořená strategie reciprocit. Jiné je vnímání solidarity v malé skupince osob a jiné v širším společenství. V širším společenství musí být solidarita zajišťována pravidly. Neexistence těchto pravidel by měla za následek postupný nárůst tzv. „černých pasažérů“, což by v konečném důsledku vedlo ke zhroutilí systému.

Ponechání zdravotnictví pouze tržnímu prostředí by znamenalo, že dojde k ustálení nabídky a poptávky po zdravotnických službách v bodě kam část členů společnosti svými příjmy nedosáhne. Státu by pak při snaze o zajištění definované minimální úrovně zdravotní péče pro sociálně slabší jedince enormně vzrostly náklady. Tyto náklady by musel získat jiným příjmem. Zároveň by nižší objem finančních prostředků investovaných do zdravotnictví vedl ke zpomalení vývoje v této oblasti a došlo by k omezení teritoriální nabídky zdravotnických služeb. Tzn., že stávající model financování přináší nejen všeobecnou dostupnost, ale také pozitivní externality spočívající v rychlosti vědeckého vývoje a množství poskytovatelů zdravotnických služeb. Významnou pozitivní externalitu

¹⁰ KINKOR Jiří referát „K pojmu veřejné statky“ přednesený na VI ročníku konference veřejných financí pořádané KVF VŠE v Praze, dne 31.3.-1.4.2000.

přináší spotřeba zdravotnických statků v případě infekčních chorob. To jsou podstatné skutečnosti, které odůvodňují zajišťování financování zdravotnictví z veřejných zdrojů.

Dalším významným externím výnosem takto pojaté solidarity je nezpochybnitelná ekonomická výhodnost pro stát. Populace udržována ve zdravotním stavu odpovídajícím dané úrovni medicíny je produktivnější a zajišťuje vyšší úroveň produkce a tedy i příjmů pro všechny své členy. Zdravá populace představuje v rámci mezinárodní ekonomické soutěže konkurenční výhodu.

Tyto pozitivní vlivy jsou zaplacený výraznou latentní neefektivností stávajícího systému. Skutečnost, že každý občan je nucen si zdravotní péči zakoupit (formou pojištění), znamená, že poté, co tak učiní, se jeho další náklady na zdravotní péči, kterou bude případně čerpat, blíží nule. Nulová cena zdravotní péče snižuje motivaci předcházet zdravotním problémům.

Komerční pojišťovny, které existují na principu dobrovolné směny a ne na principu zákonného pojištění, řeší tuto skutečnost institutem spoluúčasti pojištěnce.

Mezi nabídkou představovanou farmaceutickými společnostmi, výrobci lékařských zařízení, dodavateli služeb pro zdravotnictví atd. a stranou poptávky, tedy pacientem, stojí lékař. Bez ohledu na konkrétní systém odměňování lékařů je odměna lékaře vždy závislá na jeho finančním přínosu pro zaměstnavatele. V případě obvodních lékařů či ambulantních specialistů jde bezprostředně o příjem lékaře. Motivace lékařů k vyšší spotřebě a zároveň nulové mezní náklady pacienta spojené se spotřebou další pomyslné jednotky lékařské péče vytváří podmínky pro neefektivitu zdravotnictví.

3.4 Charakteristika jednotlivých systémů zdravotní péče¹¹

V důsledku historického vývoje a působením rozličných vlivů a tendencí vznikly v poválečném období (II. světová válka) čtyři základní typy zdravotnických systémů. Rozdíly mezi těmito systémy lze spatřovat v rozličné struktuře vlastnických vztahů, rozdílné úpravě státních zásahů, v různé míře spoluúčasti pacientů na financování systémů a také v organizační struktuře.

¹¹ Kapitola zpracována podle GLADKIJ I., STRNAD L. Zdravotní politika – zdraví-zdravotnictví. Vydala Universita Palackého v Olomouci 2002, ISBN 80-244-0500-8

Ke společným znakům jednotlivých systémů patří:

- Vysoká míra regulace odvětví ze strany státu
- Převaha plateb tzv. třetí stranou
- Neustálé snahy o omezování růstu výdajů na zdravotnictví
- Primární péče je zajišťována prostřednictvím soukromých praxí

3.4.1 Tržní (liberální) systém

Jedná se o smíšený zdravotnický systém založený na liberalistické koncepci zdravotnictví, který je charakterizován tím, že zdravotnická péče je služba, která má charakter zboží. Placení této služby je z 30-40 % hrazeno přímou platbou, zbytek nepřímou. Úloha státu v tomto systému je spíše nepřímá. Stát se podílí na financování 30-40%. Tento systém převládá v USA, Austrálii, Japonsku, Jižní Koree, Švýcarsku.

Konkrétně v USA není na federální úrovni jednotný systém, neexistuje zákon o všeobecném zdravotním pojištění. Regulace na straně poptávky je realizována prostřednictvím přímé platby a soukromých zdravotních pojišťoven. V USA působí více než tisíc soukromých pojišťoven s rozličnou úrovní nabídky individuálních nebo skupinových pojistných plánů podle zájmu a ekonomických možností klienta. Federální vláda nedisponuje vůči těmto pojišťovnám žádnými kompetencemi.

Kongres USA schválil v červenci 1965 federální zdravotní program Medicare a Medicaid, kterými zajišťuje úhradu zdravotní péče nemajetným formou sociální pomoci.¹²

V březnu 2010 schválil kongres USA reformu zdravotnictví, která představuje největší změnu amerického systému zdravotního zabezpečení od roku 1965. Cílem reformy je zpřístupnit zdravotní pojištění 31 milionům dosud nepojištěných Američanů. Celkové náklady v průběhu příštích deseti let se odhadují na 940 miliard dolarů. Financování reformy má být zajištěno především zvýšením daní pro bohaté a nového zdanění podnikatelských subjektů ve zdravotnictví. Reforma plánuje také přísnější regulaci pro lékaře a pojišťovny. V rámci reformy má být rozšířen program Medicaid a má vzniknout 50 pojišťovacích burz, které budou kontrolovány jednotlivými státy Unie. Na těchto

¹² VURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9

burzách si mohou pořídit pojištění s odpovídajícím federálním standardem lidí, které zaměstnavatel nepojišťuje.¹³

3.4.2 Systém založený na povinném zdravotním pojištění

Systém je založen na povinném zdravotním pojištění. Je charakterizován tím, že zdravotní péče je zajištěna prostřednictvím veřejného pojištění při existenci více zdravotních pojišťoven. Placení služby je z 10-25% hrazeno přímou platbou, zbytek je hrazen nepřímou. Úloha státu v tomto systému je významná a je uplatňována nepřímou. Tento systém převládá v Rakousku, Německu, Francii, Holandsku, České republice a na Slovensku.

U řady léčebných úkonů je uplatňována spoluúčast pacienta ve formě doplatku, především ve stomatologické péči. Základními účastníky systému jsou poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny. Mezi poskytovatele řadíme především soukromé praxe lékařů, nemocniční zařízení a specializované léčebny. Především stát financuje investice do zdravotnictví, zvláště do lůžkové péče. Stát také hradí zdravotní pojištění za nezaměstnané, děti, studenty a důchodce.

3.4.3 Systém národní zdravotní služby

Systém národní zdravotní služby je charakterizován tím, že zdravotní péče je služba nakupována pro občany státem. Placení služeb je nepřímé, přímé platby se podílí na úhradě cca. 10 %. Úloha státu je centrální a je uplatňována přímo. Tento systém převládá ve Velké Británii, Itálii, Řecku, Dánsku, Norsku, na Novém Zélandu a v Kanadě.

Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných prostředků, které jsou z 80 % získávány především z daně z příjmu obyvatelstva. Přibližně 15 % představuje platba národního pojištění a 5 % tvoří doplatky na léky. Do fondu národního pojištění přispívají zaměstnanci, zaměstnavatelé i osoby samostatně výdělečně činné. Tento systém je charakterizován vysokou mírou solidarity. Občané, kteří jsou osvobozeni od placení daní, konzumují zdravotní péči stejně jako přispěvatelé do fondu národního pojištění. Některé

¹³ Daniel ANÝŽ Daniel. Obama protlačil historickou reformu, ale rozdělil Ameriku : USA Schválená reforma zdravotnictví. HN : Hospodářské noviny [online]. 23. 3. 2010, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://hn.ihned.cz/c1-41607790-obama-protlacil-historickou-reformu-ale-rozdelil-ameriku>>. ISSN 1213-7693

skupiny obyvatel jsou osvobozeny od platby spoluúčasti na úhradách. Ve Velké Británii je výrazná role praktického lékaře, který je označován jako „strážce dveří“. Bezplatné přijetí u specialisty v nemocnici je podmíněno doporučením praktického lékaře. Bez doporučení je nutné vyšetření hradit buď přímou platbou, nebo platbou ze soukromého pojištění. Tento přístup představuje regulační prvek na straně spotřeby a přispívá ke zvýšení efektivity systému. Změna lékaře je možná, lékař má právo odmítnout pacienta.¹⁴

3.4.4 Systém socialistického typu

Zdravotnictví socialistického typu je opakem tržního systému. Je charakteristické tím, že zdravotnická péče je služba, která je poskytována státem. Placení služeb je nepřímé, přímé platby se podílejí 5-10%. Úloha státu je absolutní. Ve státech střední a východní Evropy a dalších státech tzv. socialistické soustavy byl uplatňován do roku 1990. V současné době se tento systém vyskytuje ve státech se specifickými ekonomickými podmínkami, jako jsou Kuvajt, Brunej a Kuba. Jedná se o velmi solidární systém, daně jsou odvislé od výše příjmu. Stát přerozděluje finanční prostředky poskytovatelům zdravotní péče. Celé hospodářství včetně zdravotnictví je centrálně plánováno, řízeno a kontrolováno. Zdravotní pracovníci jsou minimálně zainteresováni na fungování systému.

Skutečnost, že ani jeden z existujících zdravotních systémů nelze označit za výhodnější než ostatní, dokládá následující tabulka základních parametrů. Pokud budeme sledovat například parametr střední délky života u žen, zjistíme, že Velká Británie, Nizozemí a Německo vykazují přibližně stejnou hodnotu. Přibližně stejnou hodnotu vyazuje také USA a ČR, i když v USA se vydá na lékařskou péči 12,9% HDP oproti 7,1% HDP v ČR. V procentním vyjádření nákladů na zdravotní péči na 1 obyvatele, představují náklady v ČR 18% nákladů vydaných v USA.

¹⁴ VURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9

Tabulka č. 1 Srovnání existujících zdravotních systémů

Ukazatel/země	Velká Británie	Nizozemí	Německo	USA	ČR
Podíl výdajů na zdravotnictví z HDP v %	6,9	8,7	10,4	12,9	7,1
Náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele jednotka USD (rok 1997)	1193	1911	2365	3274	591
Podíl výdajů v %:					
➤ Veřejné zdroje	96,9	70,7	77,5	44,1	92,3
➤ Soukromé zdroje	3,1	29,3	22,5	45,9	7,7
➤ Přímé platby obyvatel	3,1	16,8	11,3	16,6	7,7
Obsazená nemocniční lůžka na 1000 ob.	5,9	5,8	6,4	5,3	4,6
Aktivních lékařů na 1000 obyvatel	1,4	2,4	2,8	2,3	4,1
Střední délka života při nar.					
➤ Muži	75,0	75,3	74,6	72,0	71,5
➤ Ženy	80,0	80,8	80,8	78,9	78,3
Kojenecká úmrtnost na 1000 živě nar.	5,7	5,0	4,7	7,0	4,6

Zdroj: Gladkij I., Strnad L., Zdravotní politika- zdraví- zdravotnictví, s.21, UP Olomouc 2002 ISBN 80-244-0500-8

4. Charakteristika ekonomiky českého zdravotnictví

Ekonomika zdravotnictví je jednou z aplikovaných ekonomických disciplín; zabývá se studiem možností optimální alokace omezených lidských, hmotných a peněžních zdrojů s cílem dosáhnout integrace medicínské, organizační a ekonomické racionality v oblasti poskytování zdravotnických služeb.¹⁵

¹⁵ Zdroj: Gladkij I., Strnad L., Zdravotní politika- zdraví- zdravotnictví, s.33, UP Olomouc 2002 ISBN 80-244-0500-8

4.1 Financování Českého zdravotnictví

Z pohledu členění ekonomických subjektů se zdravotnictví řadí do oblasti služeb. Vzhledem k výši částek, které jsou do zdravotnictví směřovány z veřejných i soukromých zdrojů a jsou v něm dále přerozdělovány, lze zdravotnictví řadit mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky.

Ekonomické informace srovnatelných parametrů z oblasti zdravotnictví poskytují zdravotnické účty sestavované v zemích OECD.

Zdroje financování se dělí na vládní instituce, soukromý sektor a vnější svět. Výdaje vládních institucí představují výdaje za služby hrazené z veřejných rozpočtů a fondů sociálního zabezpečení neboli zdravotních pojišťoven.

V ČR působí v současnosti osm zdravotních pojišťoven, které hospodaří jako samostatné právnické subjekty.

Soukromý sektor je prezentován výdaji, které jsou poskytovány nebo placeny nestátními zdroji: konzumenty zdravotní péče, soukromými pojišťovnami, dobročinnými organizacemi a jinými nestátními subjekty. V rámci ČR se jedná výhradně o přímé platby domácností.

Do kategorie ostatní svět jsou řazeny výdaje hrazené zahraničními jednotkami. Financování zdravotnictví těsně souvisí se zdravotní politikou ČR.

V ČR mají občané právo na zdravotní péči zajištěno v Listině základních práv a svobod, kde je definováno, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Financování zdravotnictví v ČR je vícezdrojové s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění. Finanční prostředky do systému veřejného zdravotního pojištění jsou zajišťovány prostřednictvím zákonné povinnosti. Tato povinnost je definována v zákonu o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb.), výše platby je poté specifikována v zákonu o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (zákon č. 592/1992 Sb.).

Pojištění je založeno na principu solidarity, kdy všichni zainteresovaní přispívají procentem příjmů bez ohledu na to, zda služby čerpají či ne. Výše pojistného činí 13,5 %

hrubé mzdy, z čehož 4,5 % hradí zaměstnanec, 9 % zaměstnavatel. Za osoby, které nejsou výdělečně činné, hradí určenou částku stát ze státního rozpočtu.

Stát těmito zákonnými úpravami uzavírá se svými občany dohodu. Občan na základě této dohody získává záruku, že má nárok na bezplatně poskytnutou zdravotní péči, která je poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem.

Výše plateb pojištění a rozsah bezplatně poskytované zdravotní péče jsou citlivými politickými otázkami. Postoj jednotlivých politických stran k řešení těchto otázek významným způsobem ovlivňuje jejich volební výsledek.

4.1.1 Zdravotní politika ČR

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin či států. Přesahuje zdravotnické služby a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které mají vliv na zdraví. Zdravotní politika je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické účinky na zdraví i na poskytování zdravotní péče.¹⁶

Problémem zdravotní politiky v ČR je její nekonceptnost. Jednotlivé vlády periodicky navrhuji koncepty reformy zdravotnického systému. Tento trend je patrný od roku 1988. Hlavní motivací tvůrců těchto reformních konceptů je snaha řešit finanční situaci systému. Posledním uceleným materiálem, který je možno označit termínem vládní politika v oblasti zdravotnictví, je návrh reformy předložený vládou ČR v roce 2007.

Reformní kroky této vládní politiky představovaly:

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů a věcné návrhy zákonů:

- Věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích
- Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách
- Věcný záměr zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění
- Věcný záměr zákona o Zdravotnické záchranné službě
- Věcný záměr zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami

¹⁶ Gladkij I., Strnad L., Zdravotní politika zdraví zdravotnicví, UP Olomouc 2002, str. 7

- Věcný záměr zákona o specifických zdravotních službách

Základním problémem zdravotní politiky je nejednotnost politické reprezentace v přístupu k jejímu definování.

4.1.2 Vývoj nákladů na zdravotní péči v ČR

Absolutní hodnota celkových výdajů na zdravotnictví v posledních pěti letech roste. Při procentním vyjádření výdajů na zdravotnictví jako podílu na HDP je patrný pokles v letech 2005, 2006 a 2007 a následný růst v letech 2008 a 2009.

Tabulka č. 2. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2009 (mil. Kč)

Položky výdajů/ rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Veřejné výdaje	184 825	191 356	197 027	206 565	219 119	239 683
Soukromé výdaje	24 445	27 418	29 783	35 370	40 126	46 928
Výdaje celkem	209 270	218 774	226 810	241 935	259 245	286 611
Meziroční nárůst		9 504	8 036	15 125	17 310	27 366
Podíl z HDP v %	7,43	7,33	7,04	6,84	7,17	7,90

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 41/2009, Celkové výdaje na zdravotnictví 2004 – 2008, 12.8.2009. Meziroční nárůst , vlastní výpočet.

Při srovnání výdajů na zdravotnictví, vyjádřených jako procentní podíl z hrubého domácího produktu, je patrná dlouhodobě podprůměrná úroveň financování vzhledem k průměru zemí evropské unie. Úroveň výdajů na zdravotnictví v Německu představuje cca. 150% výdajů ČR.

Skutečnost, že české zdravotnictví není financováno dostatečně, dokládá také srovnání v rámci zemí OECD, kde ve srovnání výdajů na zdravotnictví vyjádřených procentním podílem HDP jsou za ČR pouze Korea, Polsko a Mexiko.

Na základě uvedených údajů lze konstatovat, že úroveň financování zdravotnictví v ČR nedosahuje průměru v rámci EU ani v rámci zemí OECD.

4.1.3 Subjekty Českého zdravotnictví

Mezi subjekty českého zdravotnictví lze řadit:

- Pacienty (zákazníci, uživatelé služeb)
- Poskytovatele zdravotnických služeb (bez ohledu na jejich právní subjektivitu)
- Plátce zdravotních služeb (zdravotní pojišťovny)
- Příspěvatelé plátcům (stát, zaměstnavatelé, OSVČ, zaměstnanci...)
- Regulující orgány (státní orgány, kraje....)
- Dodavatele do zdravotnictví (farmaceutické firmy, dodavatelé technického vybavení.....)

Vztahy v českém zdravotnictví jsou utvářeny především v trojúhelníku pacient, plátce a poskytovatel zdravotnických služeb. Plátcem jsou zdravotní pojišťovny v čele se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP). Poskytovatelem jsou zdravotnická zařízení, bez ohledu na jejich zřizovatele a právní subjektivitu.

4.1.4 Přínosy a náklady jednotlivce spojené s čerpáním zdravotní péče

Jaké jsou tedy současné přínosy a náklady jednotlivce ve vztahu k existujícímu systému poskytování lékařské péče?

„Je-li statek poskytován bezplatně, lze očekávat, že jeho spotřeba bude vyšší, nežli by bylo efektivní – spotřebitel ho bude požadovat až do okamžiku, kdy mezní užitek ze zvýšení spotřeby bude roven nule a náklady na jeho poskytování ho nebudou zajímat.“¹⁷

Jak vyjádřit mezní užitek, který získá pacient z konzumace další jednotky lékařské péče? Čím je tento užitek a jeho výše modifikována? Doc. JUDr. Ivan Malý definuje zdraví jako *„stav kvality fyzických a psychických funkcí člověka ovlivňovaný genetickými vlastnostmi, způsobem života, životními podmínkami a úrovní péče o zdraví“*. Z definice je zřejmé, že stav zdraví nebo nemoci je individuální a vždy bude posuzován k jistému mediánu kvality fyzických a psychických funkcí člověka. Každý člověk, který se rozhodne k návštěvě lékaře, očekává jistý nenulový užitek plynoucí z této návštěvy. Minimálně očekává, že

¹⁷ BERVIDOVÁ, L., VANČUROVÁ P. *Ekonomika veřejného sektoru*, ČZU 2009, Provozně ekonomická fakulta, s. 35, ISBN: 978-80-213-1816-8

jeho užitek převyší náklady, které jsou pro něj s návštěvou lékaře spojené. Čerpání zdravotní péče je pro pacienta vždy spojeno s dalšími náklady.

Tyto náklady představuje:

- Ztráta času, který je nutné věnovat návštěvě lékaře
- Dopravní náklady spojené s návštěvou lékaře
- Ztráta příjmu v případě pracovní neschopnosti
- Doplatky na léky

Tyto individuální náklady představují regulační prvky, které ovlivňují rozhodování pacienta. Zároveň zajišťují, že služby v oblasti zdravotnictví nejsou čerpány až do okamžiku, kdy mezní užitek ze zvýšené spotřeby je roven nule. Velikost těchto nákladů je individuální a také postoj jednotlivých příjmových skupin obyvatelstva k těmto nákladům bude odlišný. Lze předpokládat, že pacienti s nadprůměrnými příjmy vyžadují efektivní léčbu při ignorování výše uvedených nákladů, naopak pacienti s podprůměrnými příjmy, právě s ohledem na uvedené náklady, mají tendenci léčbu v první fázi nemoci odkládat.

K těmto nákladům je třeba od 1. 1. 2008 přiřadit také regulační poplatky ve zdravotnictví.

Další skutečností ovlivňující rozhodnutí pacienta k čerpání zdravotní péče je fakt, že mezní užitek pacienta nespočívá pouze v čerpání zdravotní péče samotné, ale spočívá také v dalších sekundárních přínosech souvisejících s léčbou. Pacient nastoupením léčby získává např. volný čas. Hodnota volného času s postupující industrializací společnosti neustále roste.

Nelze vyloučit případy, kdy mezní užitek z poskytnuté lékařské péče je pro pacienta nulový. Poskytnutá zdravotní péče je neefektivní, nevede k odstranění potíží, popř. pacient netrpí objektivně identifikovatelným problémem (hypochondrie).

5 Regulační poplatky – ekonomické, politické a sociální aspekty

Volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR konané v červnu 2006 přinesly změnu politické reprezentace, která se rozhodla nepokračovat v navyšování plateb, které odvádí stát za občany vedené v evidenci úřadu práce, důchodce a děti. Stát k regulaci přistoupil s předpokladem, že je-li statek poskytován bezplatně, pak jeho spotřeba je vyšší, nežli by bylo efektivní. Jeden ze zdrojů neefektivity byl spatřován na straně poptávky, tedy v občanech, kteří nadužívají lékařskou péči. Jako prostředek k zefektivnění na straně poptávky byly zavedeny regulační poplatky. *„Protože jsme zároveň v situaci, kdy jsou potíže se státním rozpočtem, musel resort zdravotnictví akceptovat zmrazení platby za státní pojištěnce, a proto je velmi důležité, aby v roce 2008 bylo prostředí stabilní a nedocházelo k plýtvání ve zdravotním systému, aby byl efektivnější. K tomu především slouží regulační poplatky, které byly hojně diskutovány v médiích, slouží tomu ale i ostatní opatření v předkládaném návrhu“.*¹⁸

Regulační poplatky ve zdravotnictví se staly platnou součástí právního řádu ČR dne 16. října 2007, kdy byl ve sbírce zákonů České republiky zveřejněn pod č. 261 zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. V části čtyřicáté tohoto zákona byla definována novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V ustanovení § 16a byla zavedena povinnost pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce v souvislosti s poskytnutím hrazené lékařské péče hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatek.

Důvodová zpráva k zákonu vysvětluje, že v rámci Evropské unie je největší počet kontaktů mezi lékařem a pacientem zaznamenán právě v ČR a činí dvojnásobek průměru těchto kontaktů v rámci Evropské unie. Ve srovnání např. se Švédskem jde o čtyřnásobek průměrných kontaktů mezi lékařem a pacientem. Nová právní úprava a zavedení regulačních poplatků bude prvním krokem směřujícím k zodpovědnějšímu čerpání zdravotní péče a zajištění efektivního využívání finančních prostředků.

¹⁸ Julínek T. (ODS), ministr zdravotnictví. Tisková konference po zasedání vlády dne 21. 5. 2007.

Dne 20. května 2008 vydal Ústavní soud Nález Pl. 1/08 v němž se zabýval návrhem na zrušení celého zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

Ústavní soud návrh v celém rozsahu zamítl. V odůvodnění tohoto rozhodnutí Ústavní soud mimo jiné uvedl: „je třeba zdůraznit, že účelem zavedení regulačních poplatků byla regulace chování pacientů ve vztahu ke zdravotnickým zařízením a k pořízování léků v lékárnách, jakož i chování mezi pacienty navzájem. Jak již bylo řečeno, tato regulace má za cíl umožnit poskytování kvalitní zdravotní péče a léků těm, kteří ji skutečně potřebují, a zároveň prohloubit solidaritu mezi pacienty. Regulační prvek může mít v praxi různou formu i odlišný dopad. Markantní je jistě snaha v kontextu zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů optimalizovat čerpání veřejných zdrojů, a tím formou regulace omezit nadužívání lékařské péče či plýtvání a nehospodárnosti při pořízování léků. Podstatným faktorem je však i subjektivní stránka regulace.“¹⁹

Druhy a výše regulačních poplatků:

- 30 Kč za návštěvu lékaře s vyšetřením
- 30 Kč za výdej léku na předpis
- 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče
- 90 Kč za návštěvu pohotovosti.

V odstavci 8 § 16a zákona je donucovací opatření ve vztahu ke zdravotnickým zařízením, které při opakovaném a soustavném neplnění povinnosti vybírat regulační poplatky, může být opakovaně sankcionováno pokutou až do výše 50 000,- Kč.

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů nabyl účinnosti k prvnímu lednu 2008, regulační poplatky ve zdravotnictví se tímto datem staly vymahatelnou součástí právního řádu ČR.

5.1 Ekonomické aspekty

Skutečnost, že regulační poplatky představují, mimo deklarované regulativní funkce, také zdroj financí dokládá fakt, že v roce 2008 bylo na regulačních poplatcích vybráno 2,639 miliardy Kč, což představuje cca. 1 % všech výdajů na zdravotnictví v roce 2008. Směřování vybraných regulačních poplatků k jednotlivým skupinám poskytovatelů lékařské péče dokládá následující tabulka.

¹⁹ Nález Ústavního soudu Pl. 1/08 ze dne 20. května 2008

Tabulka č. 3. Vybrané regulační poplatky v milionech Kč po kvartálech v roce 2008

	1. kvartál	2. kvartál	3. kvartál	4. kvartál	Celkem
praktický lékař	143,1	126,5	102,1	122,9	494,6
ambulantní specialista	167,3	175,9	153,9	170,0	667,2
ambulantní specialista v lůžkových zařízeních	80,9	82,9	69,2	75,8	308,9
gynekolog	23,1	22,1	19,8	20,9	86,0
zubař včetně pohotovosti	85,1	77,6	53,5	44,2	260,4
klinický logoped	1,5	1,5	1,2	1,5	5,6
klinický psycholog	0,5	0,5	0,4	0,5	1,9
LSPP	12,6	13,2	11,3	12,1	49,3
ústavní pohotovost	7,8	9,2	8,6	8,5	34,1
nemocnice	124,4	138,1	122,4	124,8	509,8
dlouhodobá péče	34,4	41,4	41,2	39,0	156,1
lázně	7,2	16,7	21,0	15,0	59,9
dětské ozdravovny	0,4	1,0	2,4	1,0	4,8

Zdroj: Data Ministerstvo Zdravotnictví ČR, data předána na vlastní vyžádání, tabulka vlastní

Podle zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění je regulační poplatek příjmem zdravotnického zařízení, které jej vybralo. Následně musí takto vybrané finanční prostředky použít na úhradu nákladů spojených s provozem zařízení a jeho modernizací.

5.2 Politické aspekty

Povinností politické reprezentace, která se rozhodne realizovat nepopulární opatření, je dosáhnout širší politickou shodu. Takto dosažená shoda vyloučí, že přijaté opatření bude v budoucnu politicky zneužíváno. Zavedení regulačních poplatků patří k nepopulárním opatřením, u kterého tato politická shoda nebyla dosažena.

Politická reprezentace, která je garantem nevyhnutelnosti opatření a jeho budoucího přínosu pro celou společnost, musí srozumitelně vysvětlit důvody, které vedly k rozhodnutí o zavedení takového poplatku.

Základním politickým problémem provázejícím zavedení regulačních poplatků v ČR je neshoda politické reprezentace na nutnosti a způsobu jejich zavedení. Pravicová ODS v rámci předvolební kampaně v roce 2006 uzavřela tzv. smlouvu s občany, kde mimo jiné uvádí: „*Finanční spoluúčast ve zdravotnictví se nebude povinně zvyšovat*“.²⁰

Těsné volební vítězství pravice, problémy se sestavováním funkčního vládního kabinetu, provázené přeběhnutím poslanců, nevytvořilo optimální politické podmínky pro zavádění nepopulárních opatření spojených s přímým ekonomickým dopadem na občany.

Rozpor mezi předvolebními sliby a reálnou politikou vyvolal ve společnosti napětí, které využila levicově orientovaná ČSSD k tomu, že se regulační poplatky staly hlavním bodem předvolební kampaně ČSSD před volbami do krajských zastupitelství v roce 2008. ODS v krajských volbách 2008 prohrála a ztratila všech 12 hejtmanů, ČSSD naopak zvítězila ve všech regionech. Sociální demokraté získali 35,86 % hlasů, ODS 23,58 %. Jako jedna z příčin tohoto volebního výsledku bylo označeno zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví.

I před parlamentními volbami v roce 2010 byly regulační poplatky ve zdravotnictví, respektive jejich zrušení, významným tématem předvolební kampaně.

5.3 Sociální aspekty

Případné sociální dopady způsobené zavedením regulačních poplatků mírní novely zákona č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Novely jsou obsaženy v zákonech č. 270/2008 Sb. a č. 59/2009 Sb. Těmito novelami byly zavedeny či rozšířeny výjimky z povinnosti pojištěnců, resp. jejich zákonných zástupců platit regulační poplatky. Případné sociální dopady jsou aktuálně řešeny v zákoně o veřejném zdravotním pojištění pomocí ustanovení § 16b, odst. 1, ve kterém jsou definovány limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. U osob ve věku od 18 do 65 let je ochranný limit stanovený

²⁰ Zdroj: Smlouva ODS s občany ČR uzavřená před volbami do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v roce 2006., bod II/6.

částkou 5000,- Kč za kalendářní rok. U ostatních osob je limit vymezen hranicí 2500,- Kč za kalendářní rok.

Při překročení tohoto limitu nastupuje povinnost zdravotní pojišťovny uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou byl limit překročen. Do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši.

Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví ČR vyhláškou.

Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započitatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví ČR způsobem umožňujícím dálkový přístup.

Je třeba zdůraznit, že takto přijatá ochrana má výrazný pozitivní sociální dopad. Vzhledem k tomu, že největší míra finanční spoluúčasti pacienta souvisí s nákupem léků, představuje zavedení ochranných limitů především ochranou dlouhodobě, chronicky nemocných pacientů před zvýšenými výdaji za doplatky na léky. Skutečnost, že limity jsou nastaveny citlivě, dokládá statistika rodinných účtů, kde jsou v kategorii zdraví vykazovány průměrné výdaje na tuto položku na osobu za rok za první tři čtvrtletí ve výši cca. 256,- Kč. Když tyto průměrné výdaje vynásobíme dvanácti měsíci, dostaneme částku 3072,- Kč. Za předpokladu, že by všechny výdaje vykazované ve statistice rodinných účtů byly zahrnuty do ochranného limitu, pak by tento limit, který u osob do 18-ti let a u osob starších 65 let představuje částku 2500,- Kč, pokryl již průměrné výdaje zahrnuté v kategorii zdraví.

Tabulka č. 4. Statistika rodinných účtů, peněžní vydání-průměry na osobu v Kč za měsíc

	1/4 2008	2/4 2008	3/4 2008	4/4 2008	1/4 2009	2/4 2009	3/4 2009
Zdraví	264	261	232	267	270	271	228
Léčiva a zdrav. Potřeby	182	178	158	185	184	182	158
Ambulantní zdravotní péče	68	64	55	64	73	69	51
Ústavní zdravotní péče	15	19	19	18	13	19	18

Zdroj: ČSÚ: [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/5B0018BBC1/\\$File/300210012.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/5B0018BBC1/$File/300210012.pdf) 11.12.2010

6. Regulační poplatky a jejich budoucnost

V této části se zaměřím na ověření teze, že regulační poplatky vyvolaly pokles spotřeby zdravotních služeb, k jejichž regulaci směřovaly. Tedy, že čerpání těchto služeb je zatíženo jistou mírou neefektivity. Výsledky realizovaného výzkumu jsou zařazeny za zhodnocením dopadů jednotlivých regulačních poplatků. Za jednu z významných příčin neefektivity při čerpání zdravotnických služeb je považováno zneužívání pracovní neschopnosti, proto se pokusím nalézt souvislost mezi délkou jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti a mírou registrované nezaměstnanosti. Dále se pokusím vyčíslit cenovou pružnost poptávky po lécích a následně z této hodnoty odvodit z výsledku výzkumu podíl regulačních poplatků na zjištěné hodnotě cenové pružnosti poptávky po lécích. Ze statistických dat poté graficky a matematicky vyčíslím tzv. ztrátu blahobytu plynoucí z nadměrné spotřeby léků.

Při hodnocení dostupných statistických údajů i výsledků výzkumu je třeba mít neustále na paměti, že regulační poplatky jsou opatřením, které působí ze systému zdravotnictví navenek do tržního prostředí. Proto na zjištěné reakce lze aplikovat ekonomickou teorii. Naopak změny ve struktuře spotřeby uvnitř systému zdravotnictví, které souvisí se zavedením regulačních poplatků, jsou pouze důsledkem politik a vnitřních administrativních opatření. Jedná se o změny, které nebyly vyvolány působením tržních sil.

Tato skutečnost je patrná na následné redistribuci prostředků, které byly uspořeny v důsledku zavedení regulačních poplatků.

6.1 Ekonomické zhodnocení dopadů zavedení regulačních poplatků

Jak lze ekonomicky hodnotit dopady zavedení regulačních poplatků? Prvořadým dopadem, tak jak napovídá samotný název poplatku, by měla být regulace spotřeby ve směru jejího poklesu. Na druhé straně, tedy na straně příjmů, je bezprostřední finanční přínos spojený s výběrem regulačních poplatků.

Hlavní přínos regulačních poplatků lze spatřovat především v tom, že jsou krokem k návratu tržních principů do oblasti zdravotnictví, kde tyto principy byly historickým vývojem potlačeny. Do poloviny devatenáctého století do vztahu pacienta a lékaře nikdo další nevstupoval s výjimkou nemajetných pacientů, o které se staraly církevní nebo městské nemocnice. Průmyslová revoluce, a s ní spojené stěhování lidí z vesnic do měst, si vynutila vznik sociálního pojištění, které by zajistilo existenční jistotu rodině onemocnělého zaměstnance. Postupem času se prostředky sociálního pojištění začaly využívat i k hrazení zdravotní péče, ale ještě v období před druhou světovou válkou sloužila většina vybraných peněz na kompenzaci ušlé mzdy v případě nemoci.

6.1.1 Poplatek za návštěvu lékaře s vyšetřením

U kategorie poplatku za návštěvu lékaře je třeba oddělit poplatek za návštěvu praktického lékaře a návštěvu specialisty. Důležitým faktem je to, že poplatek ve výši 30,- Kč se hradí pouze v případě návštěvy při níž je provedeno vyšetření.

Poplatky u lékaře se vztahují na návštěvu:

- Praktického lékaře
- Zubaře
- Dětského lékaře
- Ambulantního specialisty
- Gynekologa
- Psychologa

- Logopeda

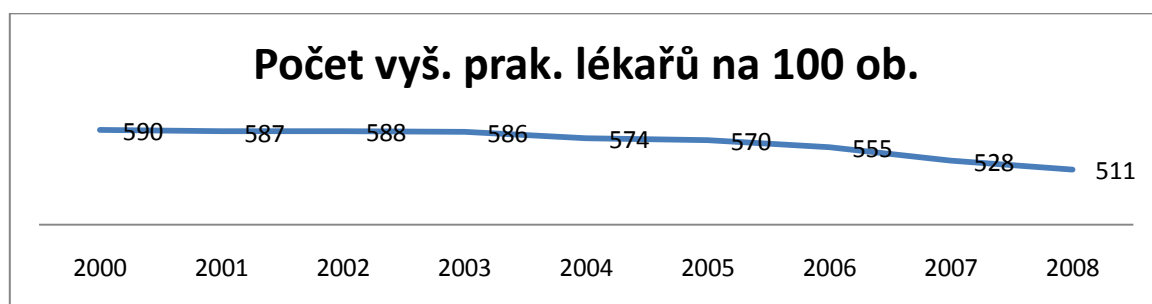
V případě praktických lékařů je většina úkonů, které lékař provádí, hrazena z tzv. kapitační platby. Kapitační platba je paušální měsíční platba zdravotní pojišťovny, kterou lékař dostává na jednoho evidovaného pacienta. Výše této platby je průběžně smluvně upravována. V období od dubna do prosince 2010 se například u VZP pohybovala v rozpětí od 47 do 50,- Kč na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce²¹. Samotná návštěva praktického lékaře pacientem, tedy při stávajícím způsobu platby nepředstavuje pro zdravotní pojišťovnu bezprostřední finanční zátěž. Zároveň v těchto případech nelze hovořit o ztrátě způsobené neefektivní spotřebou statku. Praktický lékař představuje ve většině případů pro pacienta prvotní kontakt se systémem zdravotnictví, stanoví prvotní diagnózu, odesílá pacienta na další odborná vyšetření, předepisuje léky potřebné k léčbě atd. Mimo kapitační platbu jsou praktickému lékaři propláceny některé úkony:

- Vstupní vyšetření praktickým lékařem
- Preventivní prohlídka (1x za dva roky)

V případě, že praktický lékař ošetří pacienta, který u něj není registrován, jeho ošetření není zahrnuto v kapitační platbě, účtuje zdravotní pojišťovně:

- Cílené vyšetření (při nemoci)
- Kontrolní vyšetření (po nemoci)

Graf č.1. Počet vyšetření praktických lékařů na 100 obyvatel



Zdroj dat ÚZIS ČR, graf vlastní

Z grafu je patrná dlouhodobá tendence spočívající v trvalém, dlouhodobém poklesu počtu vyšetření praktických lékařů na 100 obyvatel a rok.

²¹ Data získána konzultací s obvodní lékařkou, MUDr. Žmolíkovou

Zavedení regulačního poplatku 30,- Kč za návštěvu praktického lékaře tedy nelze odůvodňovat negativním vývojem této veličiny.

Tabulka č. 5. Počty ambulantních ošetření

	2006	2007	2008	2009
Počet ambulantních ošetření (bez pohotovosti)	131 731 976	128 832 755	106 968 058	116 773 047
Meziroční změna (%)	-	-2,20	-16,97	9,17
Počet ambulantních ošetření stomatologických (bez pohotovosti)	20 441 092	20 335 980	19 569 189	19 156 777
Meziroční změna (%)	-	-0,52	-3,77	-2,11

Zdroj: ÚZIS ČR, data stažena: <http://domaci.ihned.cz/c1-45787700-lide-si-zvykli-na-regulacni-poplatky-navstev-u-lekare-pribylo>, vlastní výpočet meziroční změny

Počty ambulantních ošetření v roce 2008 klesly o téměř 17 % oproti roku předchozímu, zatímco v dřívějších letech se snižovaly pouze o dvě až tři procenta ročně. V roce 2009 stoupl počet ošetření o 9,2 procenta na celkový počet 116,8 milionu, což lze přičíst také jistému oslabení vlivu regulačního poplatku. Při srovnání mezi lety 2007 a 2009 lze stále zaznamenat pokles v počtu ambulantních ošetření v roce 2009 proti roku 2007 o 9,36 %.

I když v roce 2008 došlo k poklesu množství ambulantních ošetření o 16,97% oproti roku 2007, tak výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči praktických lékařů vzrostly mezi lety 2007 a 2008 o 18,13 %. Mezi lety 2008 a 2009 výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči praktických lékařů vzrostly o 19,16%.

Tabulka č. 6. Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči prak. lékařů v mil. Kč.

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Absolutní částka	7 462	7 579	8 166	8 565	10 118	12 057
Meziroční změna v %	-	+1,57	+7,75	+4,89	+18,13	+19,16
Podíl (%) na celkových nákladech ZP	4,8	4,6	4,9	4,8	4,8	5,3

Zdroj: ÚZIS ČR: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005, s.64, ISBN 80-7280-614-9, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007, s.67, ISBN 978-80-7280-794-9 Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, s. 69, ISBN 978-80-7280-910-3

Obdobně dynamicky rostou výdaje na ambulantní péči ostatních ambulantních lékařů, jak ukazuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7. Výdaje ZP na ambulantní péči ostatních ambulantních specialistů v mil. Kč.

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Absolutní částka	20 226	21 636	22 781	24 934	28 205	32 298
Meziroční změna v %	-	+6,97	+5,29	+9,45	+13,12	+14,51
Podíl (%) na celkových nákladech ZP	13,0	13,2	13,7	14,0	14,3	14,8

Zdroj: ÚZIS ČR: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005, s.64, ISBN 80-7280-614-9, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007, s.67, ISBN 978-80-7280-794-9 Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, s. 69, ISBN 978-80-7280-910-3

Pokud srovnáme procentní nárůst výdajů zdravotních pojišťoven na ambulantní péči praktických lékařů mezi lety 2007 a 2009, činí tento nárůst 40,77 %. U ostatních ambulantních specialistů činí tento nárůst 29,54 %, navýšení u praktických lékařů o částku 3,492 miliardy korun a u ambulantních specialistů 7,364 miliardy korun. K navýšení je třeba připočítat také 30,- Kč regulačního poplatku za jednotlivé ošetření.

Nárůst těchto výdajů byl způsoben zdravotními pojišťovnami, které výši těchto výdajů ovlivňují prostřednictvím smluvních ujednání s jednotlivými poskytovateli. Tyto smlouvy, které definují výši kapitační platby a hodnotu bodu, jsou uzavírány v návaznosti na vyhlášku Ministerstva zdravotnictví ČR.

Lze tedy konstatovat, že byl zaznamenán vliv regulačního poplatku za návštěvu lékaře, spočívající ve vyšším než dlouhodobým vývojem předpokládaném poklesu počtu vyšetření praktických lékařů. Počty ošetření v zubních ambulancích klesají dlouhodobě a větší pokles nebyl zaznamenán ani po zavedení regulačních poplatků. Regulační poplatek za návštěvu lékaře s vyšetřením plní funkci, kterou zákonodárce předpokládal.

6.1.2 Poplatek za výdej léku na předpis

Dostupná statistická data potvrzují pozvolný růst spotřeby léků v ČR. Nárůst počtu distribuovaných balení mezi lety 1992 a 2008 činil 16,9 %. Tato data odůvodňují záměr

realizovat regulační opatření, které přispěje ke snížení počtu distribuovaných, tedy spotřebovaných léků v ČR.

Lékárny musí v souvislosti se zavedeným třicetikorunovým regulačním poplatkem provádět odpočet podle poměrně složitého vzorce. V odborném týdeníku Medical Tribune jej popsal výkonný ředitel Grémia majitelů lékáren Pavel Vítek takto: „Vezmete výrobní cenu léčiva (odborně zvanou cena původce). Podle její výše pak přičtete přírážku, která se dělí do osmi pásem. Začíná u léků do 150 Kč ceny na 36 procentech a končí u léků s cenou nad 10 000 Kč na 5 procentech. Když máte lék, jež výrobce prodal za 600 Kč bez DPH, pak z prvních 150 Kč je přírážka 36 %, z dalších 150 Kč 33 %, z dalších 200 Kč 24 % a ze zbývajících 100 Kč pak činí 20 %. Sečtete tedy cenu výrobní a přírážky a máte výsledek - jakýsi cenový polotovár. Ten pak snížíte o odpočet, který vypočtete dle vzorce $30 \cdot \{0,25 \cdot [\text{ARCTG}(\text{Arcus Tangens}). (\text{CENA VÝROBCE}/50 - 2,5) + 1,6]\}$, k tomu přidáte DPH a výsledek porovnáte s úhradou ze zdravotního pojištění. Je-li úhrada vyšší nebo rovna výsledku, máte maximální cenu léku. Pokud je však úhrada nižší, vrátíte se k cenovému polotovaru (tj. neprovedete odpočet), přičtete k němu DPH a čekáte, až si pro lék někdo přijde. Záleží totiž na tom, kolik balení tohoto léku bude mít na položce receptu předepsáno. Musíte přece ještě provést jeden odpočet, a to regulačního poplatku z doplatku, a proto nevíte, zda odečtete 30, 15 nebo 10 Kč (případně méně, pokud je součet doplatků léků na položce receptu nižší než 30 Kč). Může se ale také stát, že pro lék přijde pacient osvobozený od platby regulačního poplatku a pak se při výpočtu ceny vrátíte k odpočtu $30 \cdot \{0,25 \cdot [\text{ARCTG}(\text{Arcus Tangens}). (\text{CENA VÝROBCE}/50 - 2,5) + 1,6]\}$.“

Pro dokreslení deformace cen na trhu farmaceutických přípravků je možno uvést znění § 39a zákona č. 48/1997 Sb., kde je popisován proces stanovení maximálních cen léčivých přípravků, tedy tzv. ceny původce.

§ 39a Stanovení maximálních cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

(1) O maximálních cenách hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, o nichž je podle cenového předpisu viz. § 23c) stanoven tento způsob regulace cen, rozhoduje Ústav.

(2) Ústav stanoví maximální cenu výrobce tak, aby nepřekročila

a) průměr výrobních cen posuzovaného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely v členských státech Evropské unie s paritou kupní síly blízkou České

republiky, které provádějí cenovou regulaci léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen "referenční koš"), je-li posuzovaný výrobek na trhu nejméně ve třech zemích referenčního koše; tato podmínka se považuje za splněnou i tehdy, jestliže posuzovaný výrobek není na trhu v potřebném počtu zemí referenčního koše, ale na žádost osoby uvedené v § 39f odst. 2 písm. a) nebo b) se k výpočtu průměru výrobních cen namísto jedné nebo více cen posuzovaného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, použije cena výrobce nejlevnějšího generika § 42a) na trhu v zemi referenčního koše,

b) průměr 3 nejnižších výrobních cen posuzovaného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely v ostatních členských státech Evropské unie, nelze-li postupovat podle písmene a),

c) výrobní cenu nejbližšího terapeuticky porovnatelného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, které jsou dostupné v České republice, a není-li takových, nejnižší výrobní cenu nejbližšího terapeuticky porovnatelného přípravku v členských státech Evropské unie, nelze-li postupovat podle písmene a) nebo b).

(3) Seznam zemí referenčního koše stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

(4) V případě vstupu na trh léčivého přípravku, který je v referenční skupině (§ 39c) prvním generikem k léčivému přípravku, u něhož je podle cenového předpisu 23c) stanoven tento způsob regulace cen, stanoví Ústav maximální cenu o 25 % o 20 % nižší, než je maximální cena původního léčivého přípravku, pokud cena navrhovaná žadatelem nebo zjištěná podle odstavce 2 odstavce 1, není nižší. Stejně se postupuje u prvního generika léčivého přípravku nezařazeného do referenční skupiny. U druhého generika se cena dále snižuje o 10 %.

(5) Maximální cena léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, obsahujícího léčivou látku, kterou lze využít k léčbě onemocnění, která dosud nebyla ovlivnitelná jiným léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely nebo představuje zásadní zlepšení léčby (dále jen "vysoce inovativní přípravek"), u něhož není znám dostatek údajů o nákladové efektivitě nebo výsledcích léčby při použití v klinické praxi a který podléhá cenové regulaci maximální cenou podle cenového předpisu 23c), se stanoví podle odstavce 2 písm. a). Pokud nelze stanovit maximální cenu podle odstavce 2

písm. a), stanoví se maximální cena ve výši ceny zjištěné alespoň v 1 zemi referenčního koše nebo ve výši průměru výrobních cen zjištěných ve 2 zemích referenčního koše; v případech, kdy nelze použít tento postup, postupuje se podle odstavce 2 písm. b) nebo c).

U léků s doplatkem je regulační poplatek odečítán od doplatku za danou položku. U léků plně hrazených pojišťovny je cena snížena podle cenového předpisu ministerstva zdravotnictví, podle vzorce jehož součástí je i doplňková goniometrická funkce arkustangens (viz. výše). Výsledné snížení ceny je v tomto případě promítnuto do nižší úhrady léku pojišťovnou. Regulační poplatek za položku na receptu se tedy promítne v konečné ceně léčiva jako nižší doplatek pro pacienta, případně jako nižší úhrada léku pojišťovnou. Regulační poplatek za položku na receptu nepředstavuje dodatečný příjem lékární.

To znamená, že proces tvorby cen léčivých přípravků probíhá ve dvou základních krocích. V kroku č. 1 stanoví Státní ústav pro kontrolu léčiv maximální cenu přípravku (tzv. cenu původce) a tato cena je použita lékárnou při stanovení konečné ceny pro pacienta podle výše popsaného vzorce. Při tvorbě ceny léků není využito tržních mechanismů nabídky a poptávky, ale pouze administrativně direktivním procesem je tvořena cena pro pacienta. Jaký je vývoj objemu distribuovaných léčiv ukazuje tabulka č. 8.

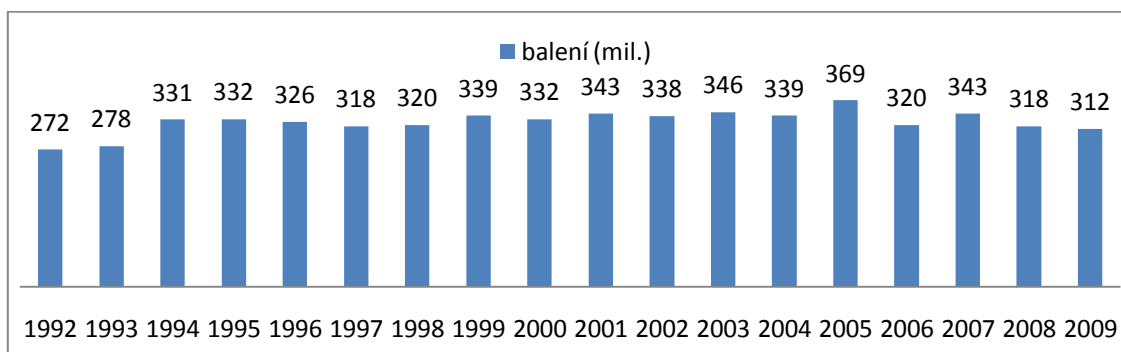
Tabulka č. 8 Objem distribuovaných léčivých přípravků v České republice

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Počet balení (mil. Ks.)	272	278	331	332	326	325	318	320	339
Meziroční změna (%)	-	2,2	19,1	0,3	-1,8	-0,3	-2,2	0,6	5,9
Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet balení (mil. Ks.)	332	343	346	339	369	320	343	318	312
Meziroční změna (%)	-2,1	3,3	0,9	-2,1	8,9	-13,3	7,2	-7,3	-1,9

Zdroj: ÚZIS ČR: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, s. 53, ISBN 978-80-7280-910-3. Primárním zdrojem dat je SÚKL.

Mezi roky 1992 a 2009 vzrostl počet distribuovaných balení o 14,7 %.

Graf č. 2. Počet distribuovaných balení léků v letech 1992 až 2009



Zdroj dat ÚZIS ČR, graf vlastní

V tabulce č. 8 jsou uvedena data vztahující se na všechna balení léků dodaná do lékáren a zdravotnických zařízení. Zavedení regulačních poplatků se podílelo na poklesu počtu distribuovaných balení mezi lety 2007 a 2008 o 7,3 %. Mezi lety 2008 a 2009 byl zaznamenán další pokles počtu distribuovaných balení o 1,9 %. Pokud se v tomto období zaměříme na dynamiku vývoje nákladů zdravotních pojišťoven na léky zjistíme, že mezi roky 2007 a 2008 tyto náklady poklesly o 2,44 % a mezi rokem 2008 a rokem 2009 skokově vzrostly o 11,96 %. Na takřka dvouprocentní pokles poptávky systém zdravotnictví reaguje téměř dvanáctiprocentním růstem nákladů ZP na léky.

Tabulka č. 9. Odhad celkových výdajů za léky dle užití

	2005	2006	2007	2008	2009
Náklady ZP na léky na recept v mil. Kč	37 181	33 942	33 568	32 748	36 666
Dynamika vývoje nákladů ZP na léky na recept v (%)	-	-8,71	-1,1	-2,44	11,96
Přímé úhrady obyvatelstva v lékárnách (volný prodej + doplátky na recept)	11 089	12 065	13 902	15 899	15 381
Dynamika vývoje úhrad obyvatelstva v (%)	-	8,8	15,23	14,36	-3,26

Zdroj: zdravotní pojišťovny, MZ ČR, ÚZIS ČR. Data zveřejněna v ročence Ekonomické informace ve zdravotnictví vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, str. 66. Výpočet dynamiky vývoje – vlastní.

Náklady zdravotních pojišťoven na léčiva v období do roku 2005 patřily k progresivně vzrůstajícím. Skutečnost, která znemožňuje vyčíslit vliv regulačních poplatků na snížení

výdajů zdravotních pojišťoven na léky na recept je tzv. Úhradová vyhláška. Jde o administrativní opatření platné od ledna 2006. Od ledna 2006 začal platit nový seznam výkonů s výrazně vyšší cenou práce lékařů.

Úhradová vyhláška pak přinesla zdravotnickým zařízením možnost nikoliv nulového, ale 3% nárůstu příjmů, avšak za cenu přísných regulací spotřeby léků, zdravotnického materiálu a indukované péče. V tabulce je patrný vliv úhradové vyhlášky v roce 2006. Až v roce 2009 se dostaly náklady zdravotních pojišťoven na léky na úroveň roku 2005.

Vliv přijetí regulačních poplatků na tento vývoj po roce 2008 nelze specifikovat jinak než změnami spotřeby léků v jednotlivých cenových pásmech. Regulační poplatky tedy ovlivnily strukturu spotřeby a také zapříčinily pokles absolutního množství spotřebovaných balení. Tento fakt je ovšem ovlivněn v delším období reakcí trhu, která spočívá v rozšířené nabídce farmaceutických firem směrem k větší variabilitě obsahu jednotlivých balení.

Pokud léky rozdělíme do jednotlivých segmentů podle cenových pásem, zjistíme, že pokles spotřeby byl zaznamenán pouze u léků v cenových pásmech do 500,- Kč. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán u léků v cenovém pásmu do 150,- Kč, kde je propad v poklesu počtu balení o takřka 29 %. Naopak u léků v cenové kategorii nad 10 000,- Kč byl zaznamenán nárůst počtu balení o takřka 24 %. Tento výsledek bylo možno předpokládat vzhledem k tomu, že u léků s doplatkem je regulační poplatek odečítán od doplatku za danou položku.

Tabulka č. 10. Léciva podle cenových pásem v letech 2007 a 2008

Cenové pásmo	Počet balení	Počet balení před rokem	Nárůst/ Pokles (v %)	Úhrady	Úhrady před rokem	Nárůst/ Pokles (v %)
0 – 150	102 607 229,96	143 696 713	-28,59	7 190 654 405,66	8 869 067 587	-18,92
150 – 300	32 643 532,45	35 342 708	-7,64	6 781 865 440,02	7 271 684 369	-6,74
300 – 500	9 274 318,19	10 772 025	-13,90	3 565 131 231,41	4 031 312 331	-11,56
500 - 1 000	7 537 890,46	6 672 525	12,97	5 300 275 509,63	4 628 559 275	14,51%
1 000 - 2 500	4 139 366,39	4 069 724	1,71	5 680 443 000,64	5 549 739 384	2,36
2 500 - 5 000	1 029 739,52	948 511	8,56	3 555 675 860,38	3 345 543 349	6,28

5000 - 10 000	384 686,11	368 125	4,50	2 636 721 141,06	2 520 678 565	4,60%
10 000 a více	378 301,95	305 234	23,94	8 573 193 949,78	6 828 268 973	25,55
Celkem	157 995 065,03	202 175 564	-21,85	43 283 960 538,58	43 044 853 833	0,56

Zdroj: Data poskytnuta Ministerstvem zdravotnictví ČR na vyžádání

V roce 2008 došlo k nejvýraznějšímu nárůstu počtu spotřebovaných balení a úhrady u léků s cenou 10 000,- Kč a více.

V souvislosti s touto tabulkou stojí za připomenutí výrok tehdejšího mluvčího MZ Mgr. Tomáše CIKRTA: „*Celkové náklady z veřejného zdravotního pojištění na léky klesly a to o 20%, což odhadem představuje jenom za první čtvrtletí úsporu 1.75 miliardy korun!*“²²

Statistika nákladově nejvýznamnějších léčiv předepsaných na recepty v roce 2008 v úhradách VZP uvádí mezi prvními pěti položkami čtyři ze skupiny ATC (Anatomicko-Terapeuticko-Chemická skupina v systému třídění léčiv) „L“. ATC skupina L představuje skupinu Antineoplastik a imunomodulující léčiva. Dělí se na čtyři skupiny L01-Cytostatika, L02-Endokrinní terapie, L03-Imunomodulační látky a L04-Imunosupresiva. Léky ATC skupiny L se využívají při léčbě nádorových onemocnění.

Tabulka č. 11. Nákladově nejvýznamnější léčiva předepsaná na recepty v roce 2007 a 2008 v úhradách VZP

Pořadí	Název léku	Skupina ATC	Náklady 2008 v mil. Kč	Náklady 2007 v mil. Kč	Orientační cena balení (Kč)
1.	Glivec 400 mg (por tbl film 30 x 400 mg)	L	284,5	249,5	69 534
2.	Symbicort Turbuhaler 200/6 (inh plv 120dAv)	R	235	220,1	1 449
3.	Femara (por tbl flm 30 x 2,5 mg)	L	200,9	178,3	80
4.	Arimidex (por tbl flm 28 x 1 mg)	L	172	166,7	1 515
5.	Cellcept 500 mg (por tbl nob 50 x 500 mg)	L	153,7	168	2855

Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008, vydal ÚZIS, s. 53, 54, ISBN 978-80-7280-848-9

²² Zdroj: Mgr. Tomáš CIKRT – 24.4.2008 – mluvčí MZ ČR

Je patrné, že nákladově nejvýznamnější ATC skupinou je skupina L-Antineoplastika. Přičemž mezi lety 2007 a 2008 byl zaznamenán pokles v počtu distribuovaných balení léčivých přípravků ve skupině L z 2 705 000 balení na 2 375 000 balení.²³

Mezi lety 2007 a 2008 byla navýšena částka na farmakologickou léčbu nádorových onemocnění o 25,55%. Nárůst výdajů zdravotních pojišťoven na farmaka skupiny Antineoplastik v absolutní částce představuje mezi lety 2007 a 2008 částku 1 606 000 000,-Kč.²⁴

K hodnocení efektivity využití těchto prostředků jsem použil statistické údaje o standardizované úmrtnosti na zhoubné novotvary.

Tabulka č. 12 Standardizovaná úmrtnost (SDR) na zhoubné novotvary v ČR - ženy

	2005	2006	2007	2008	2009
SDR	164,7	163,1	154,8	155,2	150,7
Podíl %	25,1	26,6	26	26,9	26,1
Meziroční změna	-	-1,6	-8,3	0,4	-4,5

Zdroj dat: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – Zemřelí 2009, str. 9, ISBN 978-80-7280-902-8, vlastní výpočet meziroční změny

Tabulka č. 13 Standardizovaná úmrtnost (SDR) na zhoubné novotvary v ČR - muži

	2005	2006	2007	2008	2009
SDR	294,5	284,1	274,3	272,8	268,9
Podíl v %	27,4	27,7	27,7	28,2	27,9
Meziroční změna	-	-10,4	-9,8	-1,5	-3,9

Zdroj dat: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – Zemřelí 2009, str. 9, ISBN 978-80-7280-902-8, vlastní výpočet meziroční změny

V uvedených tabulkách lze pozorovat od roku 2005 trvalý pokles SDR. Mezi lety 2007 a 2008 je patrné výrazné zpomalení poklesu standardizované úmrtnosti, u žen je dokonce zaznamenán mírný nárůst. I v následujícím roce 2009 nebylo dosaženo hodnot, které byly zaznamenány mezi lety 2005 – 2006 a následně mezi lety 2006 – 2007.

²³ Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008, vydal ÚZIS ČR, s. 57, ISBN 978-80-7280-848-9.

²⁴ Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, vydal ÚZIS ČR, s. 75, ISBN 978-80-7280-910-3.

Pokud bychom tedy efektivitu zvýšených výdajů na léky skupiny L měli hodnotit pouze hodnotou standardizované úmrtnosti, pak bychom museli tyto náklady považovat za náklady neefektivně vynaložené.

Výše uvedený závěr podporuje prohlášení prezidenta lékařské komory Milana Kubka z 24. února 2011: „...sama Všeobecná zdravotní pojišťovna uvedla 200 procentní nárůst peněz na tyto léky (pozn. onkologie) a nikde nebylo doloženo, že by významným způsobem stoupl počet pacientů, kteří se vyléčili, nebo se jim významně prodloužil život v dobré kvalitě“.²⁵

Poplatek za výdej léku na předpis způsobil pokles ve spotřebě léků v cenových relacích do 500,- Kč. Nejvýraznější snížení spotřeby bylo zaznamenáno u léků v cenové kategorii do 150,- Kč. Zároveň došlo k růstu spotřeby u léků v cenových relacích nad 10 000,- Kč. Růst spotřeby léků v cenových relacích nad 10 000,- Kč je plně v kompetenci zdravotnického systému a lze jej považovat za důsledek politického rozhodnutí a není nutné se touto otázkou více zabývat.

Domnívám se, že jednou z příčin poklesu spotřeby u léků v nižších cenových kategoriích je, že se uvedené léky týkají léčby nemocí, u kterých pacient není tolik znevýhodněn asymetrickou informací a je schopen zvážit všechna rizika, která se pojí s omezením jeho léčby, popř. s volbou alternativních léčebných postupů.

V provedeném výzkumu jsem se v otázce č. 4 snažil zjistit, zda se pacienti v souvislosti s regulačním poplatkem na léky snažili alespoň částečně odstranit nevýhodu spočívající v asymetrické (nedokonalé) informaci. Z výsledku je zřejmé, že regulační poplatek inicioval zvýšenou snahu pacientů o zmírnění této nevýhody.

Na základě uvedených informací lze učinit závěr, že zavedení regulačního poplatku způsobilo pokles spotřeby léků v cenových kategoriích do 500,-Kč. Tento pokles umožnil realizovat zdravotnímu systému administrativní změny, v jejichž důsledku došlo ke změnám ve struktuře spotřeby léků.

Odpověď na otázku efektivity alokace omezených dostupných zdrojů do zvýšené spotřeby léků ve vyšších cenových pásmech by mohl dát pouze kvalifikovaný farmako-ekonomický výzkum.

²⁵ Deník Právo ze dne 24.2.2011, „Peníze na onkologii Heger neomezí“ strana 7.

Hodnocení efektů plynoucích z této změny není v možnostech této práce, nicméně lze konstatovat, že v oblasti, která byla nejvíce zvýhodněna novou strukturou potřeby, tedy v oblasti onkologické léčby nejsou ze statistického pohledu, patrné výsledky, které by korespondovaly s růstem vložených prostředků.

Nezodpovězenou otázkou zůstává, zda neefektivnost plynoucí z nadměrného čerpání prostředků na farmaka v cenových relacích do 500,- Kč nebyla pouze nahrazena neefektivností jiného typu.

Nelze objektivně vyčíslit nakolik prostředky vydané v letech 2008 a 2009 na léčbu onkologických onemocnění přispěly ke zkvalitnění života pacientů a všech dalších okolností. Na druhou stranu nelze opomenout, že regulační poplatky mohly u některých individuálních případů vést k podcenění příznaků nemoci, k jejímu přecházení a k léčbě substituty, v důsledku čehož může dojít v budoucnu ke zdravotním komplikacím, které budou zatěžovat zdravotnický systém.

6.1.3 Poplatek za každý den, kdy je poskytována ústavní péče

Smyslem tohoto regulačního poplatku je motivovat pacienty k tomu, aby zbytečně neprodlužovali svůj pobyt v nemocnicích a došlo ke snížení počtu ošetřovacích dnů v nemocnicích a tím k poklesu nákladů zdravotních pojišťoven na ústavní péči.

Po zavedení regulačních poplatků se celkový počet ošetřovacích dnů v nemocnicích se dle informací ÚZSI v roce 2008 snížil oproti roku 2007 o 4,4% na 16 078 941 dnů. Od roku 2005 se počty ošetřovacích dnů v nemocnicích snižovaly poměrně pravidelně o 2 – 3 % ročně a celkový pokles ošetřovacích dnů v nemocnicích činil oproti roku 2005 9,2 %.

V roce 2005 působilo v ČR 195 nemocnic se 65 022 lůžky a v roce 2008 celkem 192 nemocnic se 63 263 lůžky. Pokles počtu lůžek přibližně kopíruje pokles ošetřovacích dnů v nemocnicích.

V relaci počtu ošetřovacích dnů k počtu obyvatel pokles tento ukazatel z 1,73 ošetřovacích dnů na 1 obyvatele v roce 2005 na 1,63 ošetřovacích dnů v roce 2007. Zavedení regulačního poplatku snížilo tuto hodnotu na 1,54 ošetřovacích dnů na 1 obyvatele.

Tabulka č. 14. Náklady zdravotních pojišťoven na ústavní péči v mil. Kč.

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Absolutní částka	72 221	76 924	83 547	90 914	98 110	107 698
Meziroční změna v %	-	+6,51	+8,61	+8,82	+7,92	+9,77
Podíl (%) na celkových nákladech ZP	46,4	47,0	49,9	51,0	51,0	51,6

Zdroj: ÚZIS ČR: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005, s.64, ISBN 80-7280-614-9, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007, s.67, ISBN 978-80-7280-794-9 Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, s. 69, ISBN 978-80-7280-910-3

Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na ústavní péči zaznamenal v roce 2008 mírný pokles dynamiky růstu. Zároveň se v roce 2008 zastavil růst procentního podílu nákladů zdravotních pojišťoven na ústavní péči na celkových nákladech zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Vzhledem k tomu, že ústavní péče spotřebovává více než polovinu všech nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a jedná se o oblast, která prodělává dynamický vývoj v kvalitě a finanční náročnosti přístrojového vybavení, nelze v budoucnu očekávat pokles těchto nákladů.

6.1.4 Poplatek za návštěvu pohotovosti

V zákoně o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007 Sb. je stanoven za návštěvu pohotovosti regulační poplatek ve výši 90,- Kč. Poplatek pacient zaplatí v noci od 17:00 hod. do 7:00 hod. a o víkendech a svátcích.

Jde o nejvyšší regulační poplatek, který byl zákonem zaveden. Předpokladem k zavedení tohoto poplatku bylo opět nadužívání této možnosti v případech, kdy pacient mohl s ošetřením počkat na svého obvodního lékaře.

Tabulka č. 15. Počet ošetření na pohotovosti v letech 2006 - 2009

Počet ošetření na pohotovosti	2006	2007	2008	2009
Dospělí	870 500	786 217	463 092	509 799
Děti, dorost	404 854	389 482	291 950	321 655
Stomatologie	192 679	187 598	118 728	146 124
Celkem	1 468 051	1 363 297	873 770	977 578

Změna (%)	-	- 7,14	- 35,91	11,88
------------------	---	--------	---------	-------

Zdroj: ÚZIS ČR: Aktuální informace 46/2010, Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2006-2009, s. 5, vypracoval POPOVIČ I.

V počtech ošetření na pohotovosti je zřejmý výrazný propad v roce 2008, který v procentním vyjádření představuje pokles o 35,91 % proti roku 2007. V roce 2009 došlo k nárůstu počtu ošetření o 11,88 %. Při srovnání počtu ošetření v roce 2007 a v roce 2009 je stále zaznamenán pokles o 28,29 %. I když tedy došlo plynutím času k oslabení vlivu regulačního poplatku na množství návštěv pohotovosti, stále je patrný významný regulační vliv tohoto poplatku.

6.2 Výsledky výzkumu

Cílem výzkumu bylo kvantifikovat míru reakce obyvatel na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví ve směru omezení čerpání zdravotnických služeb, které byly zatíženy regulačním poplatkem. Vzorek respondentů pro realizaci výzkumu byl navržen jako kvótní.

Vzorek byl vzhledem k celkové populaci obyvatel ČR definován podle pohlaví a věku respondentů. Vzorek byl sestaven podle poměrů získaných z dat ČSÚ za rok 2009. Ve vzorku 216 respondentů bylo zastoupeno 51 % žen tj. 110 respondentů a 49 % mužů tj. 106 respondentů. Z tohoto počtu bylo u žen zastoupeno ve věkové skupině od 18 do 60 let 78 respondentů a u mužů 75 respondentů. Respondentů starších 60 let bylo u žen 32 a u mužů 31.

Průzkum byl proveden v termínu od 17. ledna do 21. února 2011. Výsledek výzkumu nelze abstrahovat na celou populaci ČR vzhledem k tomu, že respondenti pocházeli především z Olomouckého kraje.

Otázka č. 1: Ovlivnilo zavedení regulačních poplatků Vaše rozhodnutí o odložení návštěvy Vašeho obvodního lékaře s odůvodněním, že počkáte, až budou příznaky nemoci výraznější?

Výsledek:	Počet	Procenta
Nesouhlasím	155	72,13 %

Spíše nesouhlasím	28	13,11 %
Spíše souhlasím	18	8,2 %
Souhlasím	11	4,92 %
Nevím	4	1,64 %

Asi 85 % respondentů nevedlo regulační poplatky jako důvod k tomu, aby uvažovali o nutnosti návštěvy obvodního lékaře. Přibližně 13 % respondentů vyjádřilo souhlas s tím, že regulační poplatek byl příčinou jejich úvah o nutnosti návštěvy obvodního lékaře. Tedy 13 % potenciální poptávky po službách obvodních lékařů bylo ve svém rozhodování ovlivněno zavedením regulačního poplatku.

Z dat uvedených v kapitole 4.1.1 plyne zjištění, že počet ambulantních ošetření bez pohotovosti poklesl v roce 2008 oproti roku 2007 o 16,97 %.

Otázka č. 2: Předzámobil (la) jste se na konci roku 2007 léky z důvodu plánovaného zavedení regulačních poplatků?

Výsledek:	Počet	Procenta
Nesouhlasím	158	73,25 %
Spíše nesouhlasím	27	12,61 %
Spíše souhlasím	16	7,3 %
Souhlasím	11	5,2 %
Nevím	4	1,64 %

Přibližně 86 % respondentů, nevedlo připravované zavedení regulačních poplatků jako důvod k předzámobení se léky. Cca. 13 % respondentů souhlasilo s tím, že se předzámobili léky v souvislosti s plánem na zavedení regulačního poplatku. To znamená, že výsledky týkající se poklesu spotřeby léků v roce 2008 byly ovlivněny tímto faktem.

Tento postoj se zřejmě podílel na růstu objemu distribuovaných léčiv v roce 2007 o 7,2 % a na následném propadu tohoto objemu v roce 2008 o 7,3 % (viz. tabulka č. 8.).

Otázka č. 3: Přiměl Vás poplatek za položku na recept přemýšlet o množství balení léků, které Vám lékař předepisuje?

Výsledek:	Počet	Procenta
Nesouhlasím	131	60,66 %
Spíše nesouhlasím	35	16,39 %
Spíše souhlasím	25	11,48 %
Souhlasím	21	9,84 %
Nevím	4	1,64 %

21,32 % respondentů uvedlo regulační poplatek jako příčinu jejich úvah o množství balení jednotlivých léků, které jsou jim lékařem předepisovány. 77 % respondentů nepovažuje regulační poplatek za důvod k takovým úvahám.

Otázka č. 4: Je regulační poplatek za položku na receptu příčinou dotazu na lékaře s cílem získat podrobnější a přesnější informace o lécích, které Vám lékař předepisuje?

Výsledek:	Počet	Procenta
Nesouhlasím	103	47,54 %
Spíše nesouhlasím	43	19,67 %
Spíše souhlasím	28	13,11 %
Souhlasím	21	9,84 %
Nevím	21	9,84 %

Takřka 23 % respondentů souhlasí s tím, že regulační poplatek za položku na receptu se stal příčinou jejich snahy o to získat od lékaře podrobnější a přesnější informace o lécích, které jsou jim předepisovány. Výsledek této otázky považuji za nejdůležitější v celém výzkumu, protože naznačuje, že regulační poplatek byl příčinou toho, že se zákazník snažil o omezení své nevýhody vůči lékaři, která spočívá v asymetrické informaci.

Otázka č. 5: Ovlivnil regulační poplatek za pobyt v nemocnici Vaši snahu (v případě, že jste byl/a po zavedení regulačního poplatku hospitalizován/a) o co nejkratší dobu hospitalizace?

Výsledek:	Počet	Procenta
Nesouhlasím	85	39,34 %
Spíše nesouhlasím	46	21,31 %
Spíše souhlasím	32	14,75 %
Souhlasím	28	13,11 %
Nevím	25	11,48 %

Asi 61 % respondentů neuvvedlo regulační poplatek za pobyt v nemocnici jako důvod k tomu, aby se snažili o zkrácení své hospitalizace. 27,86 % respondentů vyjádřilo souhlas s tím, že tento regulační poplatek byl příčinou jejich snahy o zkrácení hospitalizace. To znamená, že takřka 30 % hospitalizovaných projevovalo, mimo jiných motivací, na základě regulačního poplatku snahu o zkrácení doby, po kterou byli hospitalizováni.

Otázka č. 6: Ovlivnil regulační poplatek za návštěvu pohotovosti Vaše rozhodnutí odložit návštěvu lékaře na ordinální hodiny Vašeho praktického lékaře?

Výsledek:	Počet	Procenta
Nesouhlasím	110	50,82 %
Spíše nesouhlasím	35	16,39 %
Spíše souhlasím	28	13,11 %
Souhlasím	25	11,48 %
Nevím	18	8,2 %

Získané výsledky neodpovídají tomu, že v roce 2008 byl zaznamenán propad v počtu návštěv pohotovostí o 35,91 % oproti roku 2007. Pouze 25,59 % respondentů uvedlo, že by regulační poplatek za návštěvu pohotovosti ovlivnil jejich rozhodnutí o návštěvě pohotovosti.

Výzkum potvrdil, že zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví vyvolalo přibližně u dvaceti procent populace odezvu spočívající v jejich úvahách o nutnosti čerpat zdravotnické služby zatížené poplatkem. K výpočtu míry vlivu regulačních poplatků na hodnotu cenové elasticity poptávky po lécích využijí odpovědi na otázky č. 1,3 a 4. Z kladných odpovědí na tyto otázky lze vypočítat průměrné množství respondentů, kteří uvedli, že byli při spotřebě zdravotnických služeb souvisejících se spotřebou léků při svém rozhodování ovlivněni regulačními poplatky. Průměrná hodnota kladných odpovědí na výše uvedené otázky je 19,13 %. Z takto získané hodnoty lze odvodit, že získaná hodnota cenové elasticity poptávky po lécích bude z 19,13 % ovlivněna regulačními poplatky.

6.3 Zneužívání pracovní neschopnosti

Zneužívání pracovní neschopnosti k řešení problémů souvisejících s nezaměstnaností je veřejností dlouhodobě vnímáno jako nejvýznamnější příčina neefektivity systému zdravotnictví.

Rozhoduje se člověk v případě své nemoci sobecky a maximalizuje svůj užitek, nebo se chová solidárně a vyhýbá se jednání, které zbytečně finančně zatěžuje zdravotní systém? Odpověď na tuto otázku se pokusím najít v oblasti čerpání dávek nemocenského pojištění. Pokud je člověk schopen zneužít systém zdravotního pojištění pro řešení svých ekonomických problémů, pak je možné předpokládat jeho racionální (prospěchářský) přístup i v dalších oblastech spojených s čerpáním lékařské péče.

V tabulce č. 16 jsou srovnány hodnoty průměrné délky jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti a míry registrované nezaměstnanosti v procentech. V tabulce jsou zařazeny data od roku 1990 do roku 2009. Důvodem zařazení tabulky je následné srovnání těchto časových řad a výpočtu vzájemného korelačního koeficientu.

Tabulka č. 16. Srovnání \bar{x} délky jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti (DPN) a míry registrované nezaměstnanosti v letech 1990 - 2009

Rok	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ø délka 1 DPN – dny	18,4	19,9	21,6	23,2	24,7	24,4	25,8	26,3	26,8	26,1
Míra registrované nezaměstnanosti v %	0,66	4,13	2,57	3,52	3,19	2,93	3,52	5,23	7,48	9,37

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ø délka 1 DPN – dny	28,0	28,6	30,8	30,5	34,8	32,8	35,3	34,6	39,1	48,43
Míra registrované nezaměstnanosti v %	8,78	8,90	9,81	10,31	10,33	8,88	7,67	5,98	5,96	8,0

Zdroj dat o míře registrované nezaměstnanosti: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku1989, Tabulka05.07, staženo dne 12.1.2011, tabulka vlastní

Zdroj dat o Ø délce pracovní neschopnosti: Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ), <http://www.spcr.cz/statistika/neschopnost.htm>, staženo 12.1.2011.

Poznámka: V roce 2004 došlo ke změně metodiky pro výpočet registrované míry nezaměstnanosti. V tabulce je za rok 2004 použita hodnota vypočtena metodikou platnou do 1. července 2004.

Podle metodiky platné do 1. července 2004 byl výpočet proveden jako podíl počtu registrovaných uchazečů k pracovní síle.

Po 1. červenci roku 2004 byla registrovaná nezaměstnanost vypočtena, podle nové metodiky, jako podíl počtu dosažitelných uchazečů k pracovní síle. Za dosažitelné se nepovažují uchazeči o zaměstnání ve vazbě, ve výkonu trestu, na základní, náhradní nebo civilní vojenské službě, uchazeči, kteří jsou zařazeni na rekvalifikační kurzy, uchazeči, kteří pobírají peněžitou pomoc v mateřství a uchazeči v pracovní neschopnosti. Od roku 2004 tedy nejsou uchazeči o zaměstnání v pracovní neschopnosti vykazováni v míře registrované nezaměstnanosti. Tato skutečnost omezuje srovnání jednotlivých časových řad pouze na období od roku 1990 do roku 2004.

Vypočtený korelační koeficient mezi takto specifikovanými časovými řadami, tedy mezi časovými řadami od roku 1990 do roku 2004, dosahuje hodnoty **0,86**.

Pokud srovnáme časové řady v letech 2005 až 2009 získáme hodnotu korelačního koeficientu **0,03**.

Z uvedených hodnot činím závěr, že příčinou ztráty vzájemného vztahu mezi Ø délkou jednoho případu DPN a míry registrované nezaměstnanosti je změna metodiky výpočtu míry registrované nezaměstnanosti.

Hodnota korelačního koeficientu 0,86 a také propad této hodnoty po zavedení nové metodiky na hodnotu 0,03 podporuje závěr o vzájemné závislosti míry registrované nezaměstnanosti a průměrné délky jednoho případu dočasně pracovní neschopnosti.

Nejtvrdším projevem ekonomické krize pro jednotlivce je ztráta zaměstnání. Na výpověď ze zaměstnání může jednatel bezprostředně zareagovat tak, že jde na úřad práce a hledá vhodné uplatnění nebo se v ochranné lhůtě dostane do stavu práce neschopných a prodlouží si trvání stávajícího pracovního poměru.

V období rozsáhlejší ekonomické recese dochází ke zvýšení konkurence na trhu práce, která z krátkodobého hlediska snižuje pravděpodobnost, že uchazeč o zaměstnání získá odpovídající uplatnění. Z dlouhodobého hlediska vyvolává ekonomická recese tlak na pokles mezd.

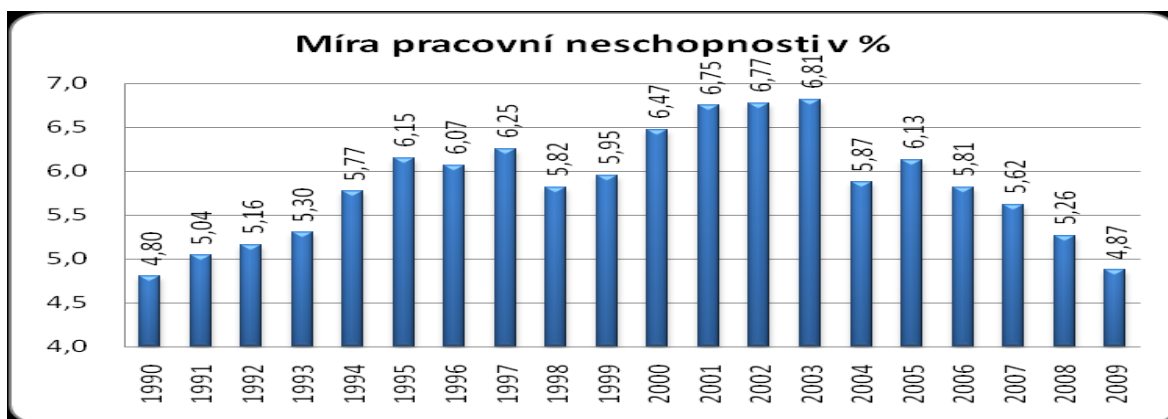
Možnosti jednotlivce jak na vzniklou situaci reagovat, jsou omezené. Člověk, který dostal výpověď, se může spoléhat na to, že se mu podaří získat novou práci v tzv. podpůrné době, po kterou bude pobírat podporu v nezaměstnanosti.

Pracovní neschopnost jako složitý společenský jev nelze vysvětlovat pouze okamžitým hmotným zájmem a nesouvisí pouze s nezaměstnaností. Souvisí také s diferenčními rozdíly v úrovni mezd a restrukturalizačními procesy v jednotlivých odvětvích. V neposlední řadě existuje určitá „přirozená“ úroveň pracovní neschopnosti. Tuto je možno vysledovat z dlouhodobých časových řad. Podle údajů ČSÚ je průměrná míra pracovní neschopnosti za posledních 45 let 4,881%.

Míra pracovní neschopnosti je souhrnným ukazatelem a představuje procentní poměr počtu dnů pracovní neschopnosti ke kalendářnímu fondu pracovních dnů všech pojištěných. Jeho hodnota od roku 1990 v podstatě neustále rostla až do roku 2003. Od roku 2005 klesala, až se v roce 2009 vrátila na úroveň výchozího stavu z roku 1990.

Vnější impulzy, které přinutily pojištěnce k poklesu míry pracovní neschopnosti, je nutné hledat v legislativních úpravách, které vedly k ekonomickému znevýhodnění zneužívání pracovní neschopnosti. I když je z grafu patrný pokles míry pracovní neschopnosti po roce 2003, tak průměrná délka jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti vykazuje stálý růst. Tedy, i když míra pracovní neschopnosti klesá, tak roste délka jednotlivých pracovních neschopností.

Graf č. 3. Míra pracovní neschopnosti v procentech práceschopné populace



Zdroj: Svaz průmyslu a dopravy ČR – <http://spcr.cz/statistika/neschopnost.htm>, staženo 20.1.2011.

Výše uvedené prokazuje, že člověk přistupuje k čerpání zdravotní péče stejně racionálně, jako k ostatním rozhodnutím ekonomického charakteru. Tak jako v jiných oblastech, tak i ve vztahu ke svému zdraví se člověk chová jako homo oeconomicus.

„Homo oeconomicus neboli člověk ekonomický je dnes převládajícím konceptem ekonomické antropologie. Vychází z předpokladu racionálně uvažujícího jednotlivce, který veden egoistickými pohnutkami, hledá cestu k maximalizaci svého užitku.“²⁶

Tyto poznatky vyvracejí argumenty odpůrců zavedení regulačních poplatků, které jsou postaveny na tvrzení, že zdraví je specifický statek který nelze ani částečně vystavit působení tržních mechanismů. Pokud je populace schopna zneužít systém zdravotního pojištění k řešení problémů se zdravím nesouvisejících, pak je nezbytné zavést regulační mechanismy, které takovou praxi omezí.

6.4 Odhad cenové elasticity poptávky po lécích

Zavedení regulačních poplatků přineslo odpověď na otázku, zda množství spotřebovaných léků odpovídá konkrétním potřebám pacientů. Zavedené regulační poplatky, včetně poplatku na položku na receptu, vyvolaly pokles v množství spotřebovaných balení léků a tím rozbily představu o tom, že lékař předepíše jen a pouze ty léky, které pacient nezbytně

²⁶ SEDLÁČEK T., *Ekonomie dobra a zla*, str. 19, nakladatelství 65.pole v Praze roku 2009, ISBN 978-80-903944-3-8

potřebuje ke své léčbě, a že množství léků, které je v průběhu roku spotřebováno, odpovídá přesně množství případů a druhů jednotlivých nemocí.

Získané výsledky poukazují na skutečnost, že do systému zdravotnictví vstupují se svoji nabídkou výrobci a distributoři léků, jejichž cílem je maximalizace zisku. Tyto subjekty vstupovali do roku 2007 do interakce se systémem, který neměl na straně poptávky tržní regulační mechanismus.

Spotřebitel byl motivován k maximalizaci spotřeby služeb systému zdravotnictví, až dokud spotřeba další jednotky těchto služeb nepřinesla nulový mezní užitek. Zavedením regulačního poplatku se na straně poptávky projevil regulativ, který přistoupil k dosud placeným doplatkům na léky.

Vzhledem k tomu, že je u léků s doplatkem regulační poplatek odečítán od doplatku na lék, tak se mění míra regulačního vlivu poplatku u léků v různých cenových pásmech. Je třeba si uvědomit, že regulační poplatek vedl ke snížení spotřeby léků nejen zavedením samotného regulačního poplatku na položku na receptu, ale také tím, že omezuje spotřebu léků omezením počtu návštěv u ambulantních lékařů a návštěv pohotovostí. Jde tedy o systémové opatření, v jehož důsledku došlo k poklesu spotřeby léků. Proto i odhadnuté hodnoty cenové elasticity jsou hodnotami, které je možno využít k predikci budoucího vývoje spotřeby léků při změně výše regulačního poplatku za předpokladu, že ostatní prvky systému budou ceteris paribus.

Zavedení regulačních poplatků, které vyvolalo v systému zdravotnictví pokles spotřeby, umožní odhadnout míru cenové elasticity poptávky po lécích.

„Velikost ztráty ze zvýšené spotřeby je určena rozdílem mezi efektivní a reálnou poptávkou. Velikost tohoto rozdílu a tím také velikost ztráty z neefektivní spotřeby je dána pružností poptávky. Čím je poptávka pružnější, tím je ztráta z neefektivní spotřeby vyšší.“²⁷

Tedy při daném rozdílu mezi efektivní a reálnou poptávkou je právě cenová pružnost faktorem, který určuje nominální výši ztráty plynoucí z neefektivní spotřeby.

²⁷ BERVIDOVÁ L., VANČUROVÁ P., *Ekonomika veřejného sektoru*, s. 35 ČZU 2009, Provozně ekonomická fakulta, ISBN: 978-80-213-1816-8

Podle mého názoru není nezbytně nutné zabývat se tím, co vedlo k poklesu spotřeby, co přesně bylo substitutem, který nahradil v minulosti užívaný lék. Pokud budeme vycházet ze statických údajů, tak musíme konstatovat, že v letech 2008 a 2009 poklesla spotřeba balení léků proti průměru v letech 1995-2007 o 22 mil. balení.

Od roku 1995 lze pozorovat trvalý růst průměrné ceny jednoho balení, přesto nebylo zaznamenáno, že by došlo k poklesu množství spotřebovaných balení léků ve dvou po sobě následujících letech. Co vedlo spotřebitele k tomu, že regulační poplatek vyvolal výrazný pokles množství spotřebovaných léků?

Zavedení regulačního poplatku představuje jednorázové skokové navýšení ceny pro pacienta, které umožňuje pokusit se vyčíslit koeficient cenové pružnosti poptávky po lécích. Pro vyjádření cenové pružnosti poptávky odhlédneme od všech dalších vlivů, které spotřebiteli zvyšují náklady spojené s čerpáním služby. Tyto vlivy jsou individuální a jejich výši nelze zobecnit. Jejich popis je uveden v kapitole 4.1.4.

Při odhadu cenové elasticity také odhlédnu od faktoru času. Teorie elasticity uvádí, že je její hodnota vyšší při delší době, kterou má spotřebitel na to, aby na změnu ceny reagoval. Faktor času je možno u léků zcela vypustit z důvodu, že pacient je nucen se rozhodovat o koupi či substituci určitého léku ihned v okamžiku jeho potřeby. Musí se rozhodnout, po poradě s lékařem, který lék a jaké množství zakoupí.

Cenová pružnost je definována vztahem:

$$ED = \frac{\% \text{ změna množství poptávaných služeb}}{\% \text{ změna ceny}}$$

Při výpočtu cenové pružnosti poptávky pacientů dosadím do zlomku následující hodnoty. Čitatel zlomku bude tvořit procentuální změna v množství balení léků, které pacient odebral v lékárnách ČR. Procentní změna bude vypočtena srovnáním průměrného počtu spotřebovaných balení léků v letech 1995–2007 s průměrným počtem spotřebovaných balení v letech 2008 a 2009.

Jmenovatel zlomku bude tvořit procentuální změna ceny léků. Vzhledem k tomu, že poplatek za položku na receptu byl nově zaveden, nelze uvažovat o jeho prosté procentní změně. Procentní změnu je možno vyjádřit ve vztahu k průměrné ceně jednoho balení léků. Tzn., že pacient před zavedením regulačních poplatků získal libovolnou položku na svém receptu po zaplacení příslušného doplatku, popř. zdarma. Po zavedení regulačních

poplatků v roce 2008 je pacient nucen uvažovat o tom, že za jednotlivou položku na receptu zaplatí, mimo doplatku, částku 30,-Kč.

Pacient se tedy na úhradě léku podílí navíc procentuálním podílem 30,- Kč,- z průměrné ceny léku.

Tabulka č. 17. Výkony zařízení lékárenské péče v letech 1995-2009

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Počet balení v mil.	332,2	338,3	317,9	320,4	339,3	331,6	342,9	338,3
Meziroční změna (%)	-	1,84	-6,03	0,79	5,90	-2,27	3,41	-1,34
Ø cena jednoho balení v Kč	77,2	86,5	94,6	104,0	107,4	115,8	129,0	142,0
Meziroční změna (%)	-	12,10	9,36	9,94	3,27	7,82	11,40	10,10
Elasticita poptávky	-	0,152	0,644	0,079	1,8	0,29	0,299	0,133
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Počet balení v mil.	346,0	338,8	369,0	320,0	343,1	317,7	311,9	
Meziroční změna (%)	2,28	-2,10	8,91	-13,28	7,22	-7,40	-1,83	
Ø cena jednoho balení v Kč	150,9	169,6	175,0	184,3	195,8	229,0	255,7	
Meziroční změna (%)	6,27	12,39	3,18	5,31	6,24	16,96	11,66	
Elasticita poptávky	0,364	0,169	2,8	2,5	1,157	0,436	0,157	

Zdroj dat: Roky 1995 – 2005, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006, s. 57, vydal ÚZIS ČR, ISBN 978-80-7280-724-6. Roky 2007 – 2009, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009, s. 53, vydal ÚZIS ČR, ISBN 978-80-7280-910-3. Meziroční změna a elasticita poptávky, vlastní výpočet. Tabulka vlastní.

Vypočtené hodnoty elasticity poptávky jsou ovlivněny konkrétním nastavením procesů v systému zdravotnictví, které ovlivňují spotřebu léků. Vzhledem k tomu, že se zajímám o vliv regulačních poplatků na elasticitu poptávky, budu se soustředit na rok 2008. Získaná hodnota bude ovlivněna skutečností, že k systémovým opatřením přistoupily regulační poplatky. Získaná hodnota cenové elasticity poté umožní predikovat vývoj spotřeby léků v případě, že ostatní podmínky budou ceteris paribus.

Hodnotu cenové elasticity poptávky po lécích se pokusím odhadnout dvěma způsoby. První bude využívat průměrné hodnoty za delší období, druhý využije k odhadu meziroční změny v letech 2007 a 2008.

6.4.1 Odhad cenové pružnosti s využitím dlouhodobých průměrů

Průměrné množství balení léků spotřebovaných v letech 1995–2007 je 336,8 mil. kusů ročně. Tuto hodnotu budu brát jako základ od kterého budu zjišťovat pokles či růst spotřeby léků po zavedení regulačních poplatků. V letech 2008 a 2009 bylo průměrně spotřebováno 314,8 mil. balení. Po zavedení regulačních poplatků byl zaznamenán rozdíl mezi průměrným množstvím spotřebovaných balení v letech 1995-2007 a průměrným množstvím spotřebovaných balení v letech 2008 a 2009 ve výši 22 mil. balení. Tento pokles ve spotřebě vyjádřím v procentech.

$$\frac{22}{3,368} * 100 = 6,53 \%$$

To znamená, že zavedení regulačního poplatku na položku na receptu vyvolalo v letech 2008 a 2009 pokles průměrného množství spotřebovaných léků proti průměru let 1995–2007 o 6,53%, t.j. o 22 mil. kusů. Potřeba léku byla substituována způsobem, který se neprojevil ve statistice prodaných balení léků. Jde tedy o léky, které byly před zavedením regulačních poplatků spotřebovávány zcela neefektivně.

Průměrná cena jednoho balení léku po zavedení regulačních poplatků, tedy v letech 2008 a 2009, představovala částku 242,35,- Kč. Před zavedením regulačních poplatků čerpal pacient léky, které byly zatíženy doplatkem. Vycházím z předpokladu, že doplatky na léky rostly proporcionálně s průměrnou cenou léků. V letech 1995 až 2007 spotřeba balení léků oscillovala kolem průměrné hodnoty 336,8 mil. ks. bez ohledu na trvalý růst průměrné ceny balení. Proto budu uvažovat při odhadu cenové pružnosti pouze o skokovém růstu ceny o 30,- Kč, kterou musí pacient zaplatit za každou položku na receptu, bez ohledu na výši konkrétního doplatku. V letech 2008 a 2009 je průměrná cena jednoho balení léku 242,35,- Kč. Regulační poplatek 30,- Kč za položku na receptu, představuje 12,38 % z částky 242,35,- Kč. Pacient se tedy podílí mimo doplatku také navíc na úhradě 12,38 % průměrné ceny léku. Skokový nárůst ceny pro pacienta vyjádřený v procentech představuje hodnotu 12.38 %.

$$ED = \frac{6,53}{12,38} = 0,53$$

Cenovou elasticitu poptávky po lécích je možno v ČR v letech 2008 a 2009 vyjádřit koeficientem 0,53. Poptávku po lécích lze označit jako cenově nepružnou.

Nízké cenové elasticity existují u takových statků, které jsou nezbytné pro denní život a které nemají snadno dostupné substituty. Léky a lékařská péče jsou statkem, který nemá snadno dostupné substituty. Zjištěný koeficient se přibližuje odhadu koeficientu cenové elasticity lékařského pojištění v USA, který činí 0,31.²⁸

6.4.2 Odhad cenové pružnosti s využitím změny mezi lety 2007 a 2008

Odhad cenové pružnosti léků získaný s využitím dlouhodobých průměrů lze srovnat s odhadem, který bude proveden výpočtem cenových pružností u jednotlivých ATC skupin léčiv. Celková cenová pružnost léků bude odhadnuta jako průměrná hodnota vypočtených cenových pružností v jednotlivých ATC skupinách.

Tabulka č. 18 Podklady pro výpočet cenové elasticity poptávky v jednotlivých skupinách léčiv

ATC skupina léčiv	Rok	Počet balení v tisících	Meziroční změna počtu balení (%)	Průměrná cena balení (Kč)	Meziroční změna ceny (%)	ED
A Zažívací trakt a metabolismus	2007	43 883	- 6,25	171,65	15	0,417
	2008	41 140		197,41		
B Krev a krevtovorné orgány	2007	26 615	-7,68	198,93	8,92	0,861
	2008	24 572		216,68		
C Kardiovaskulární soustava	2007	75 242	-9,36	159,90	14,93	0,627
	2008	65 199		183,78		
D Dermatologika	2007	16 612	-7,53	86,07	8,84	0,852
	2008	15 361		93,68		

²⁸ Převzato: Samuelson, P.A., Nordhaus, W.D.: Economics, McGraw Hill, New York 1989, s.453.

G Gynekologický a močový trakt	2007	9 267	-2,03	455,02	9,81	0,207
	2008	9 079		499,66		
H Hormonální soustava	2007	4 940	-8,91	232,98	21,37	0,417
	2008	4 500		282,77		
J Antibiotika, chemoterapeutika	2007	14 560	2,08	339,60	17,39	0,119
	2008	14 863		398,65		
L Antineoplastika	2007	2 705	-12,20	3 365,02	38,05	0,321
	2008	2 375		4 645,45		
M Muskuloskeletální soustava	2007	32 828	-5,34	122,86	13,75	0,388
	2008	31 075		136,61		
N Nervová soustava	2007	62 500	-7,65	136,61	16,00	0,478
	2008	57 719		158,48		
P Antiparazitika	2007	427	-30,44	194,98	33,77	0,901
	2008	298		260,83		
R Respirační soustava	2007	34 340	-5,32	157,79	12,55	0,424
	2008	32 514		177,59		
S Smyslové orgány	2007	7 480	-4,00	131,99	17,25	0,232
	2008	7 181		154,76		
V Varia (diagnost., výživa atd.)	2007	11 723	0,50	204,19	14,60	0,03
	2008	11 782		234,00		
Celkem	2007	343 120	-7,42	195,80	16,96	0,438
	2008	317 656		229,01		

Zdroj dat: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008, vydal ÚZIS ČR. Hodnoty získané z tabulky 4.2 na s. 53 a 54, ISBN 978-80-7280-848-9

Výpočtem byly zjištěny rozdílné hodnoty cenové elasticity poptávky u jednotlivých ATC skupin léků.

Nejnižší hodnotu cenové elasticity 0,03 vykazala skupina léků určených k výživě. Naopak nejvyšší hodnotu cenové elasticity 0,901 vykazala skupina antiparazitik. Zjištěná hodnota celkové cenové elasticity 0,438 je obdobná jako hodnota 0,53, která byla zjištěna odhadem, který využíval dlouhodobé průměry.

Hodnotu cenové pružnosti 0,438 považuji za přesnější, neboť nepočítá s průměrnými hodnotami za delší časové období. Cenová pružnost je proměnlivá s ohledem na vývoj v čase a na konkrétní bod poptávkové křivky, ve kterém se změna ceny uskuteční.

Vypočtené elasticity poptávky v jednotlivých letech, které jsou uvedeny v tabulce číslo 17 oscilují od hodnoty 0,079 v roce 1998 až po hodnotu 2,8 v roce 2005. Všechny tyto hodnoty byly dosaženy bez toho, že by existovala tržní regulace na straně poptávky. Regulaci spotřeby realizoval systém pouze pomocí administrativních opatření. Neexistovala tedy regulace mimo systém zdravotnictví.

Od roku 2000 do roku 2007 lze pozorovat trvalý růst průměrné ceny jednoho balení. Pokles množství spotřebovaných balení je zaznamenán v roce 2002 oproti roku 2001. Cenová elasticita poptávky po lécích v roce 2002 vykazala hodnotu 0,133.

Dále byl zaznamenán pokles množství spotřebovaných balení léků v roce 2004. Cenová elasticita poptávky po lécích v roce 2004 vykazala hodnotu 0,155.

Vztah mezi cenovou elasticitou a celkovým příjmem podniku je definován následovně:

- Pokud je poptávka cenově neelastická, pokles ceny vede k poklesu celkového příjmu
- Pokud je poptávka cenově elastická, pokles ceny způsobí růst celkového příjmu
- V hraničním případě jednotkově elastické poptávky pokles ceny nevede k žádné změně celkového příjmu.²⁹

Z uvedeného plyne poznatek, že cenově neelastická poptávka po lécích znamená pro farmaceutické společnosti, popř. distributory léků působící na trhu v ČR trvalou snahu o

²⁹ Paul A. SAMUELSON, William D. NORDHAUS, EKONOMIE, 18. Vydání. Nakladatelství Svoboda, ISBN 978-80-205-0590-3, str. 71

zvyšování ceny své produkce. Z teorie plyne předpoklad, že případné snížení ceny by vyvolalo pokles celkového příjmu.

Od zjištěné hodnoty cenové elasticity je třeba oddělit část, která je způsobena systémovými opatřeními v rezortu zdravotnictví a část, kterou ovlivnily zavedené regulační poplatky. K tomuto využijí výsledky provedeného výzkumu. Konkrétně využijí odpovědi na otázky č. 1, 3 a 4. Z kladných odpovědí na tyto otázky jsem vypočetl průměrnou hodnotu **19,13%**. Tedy u 19,13 % zkoumaného vzorku vyvolalo zavedení regulačních poplatků úvahy o spotřebě, která se odrážela ve spotřebě léků.

Z hodnoty zjištěné cenové elasticity 0,438 vypočteme podíl 19,13 % a získáme podíl hodnoty elasticity poptávky po lécích, který je závislý na zavedených regulačních poplatcích. Tato hodnota je **0,084**.

Využití získané hodnoty cenové elasticity poptávky po lécích spočívá v tom, že umožňuje odhadnout pokles spotřeby léků v případě zvýšení regulačních poplatků. Odhad plyne ze vzorce cenové pružnosti poptávky:

$$ED = \frac{\Delta Q \%}{\Delta P \%}$$

Pokud tedy budeme odhadovat, o kolik klesne spotřeba léků např. při zvýšení hodnoty regulačních poplatků o deset procent pak:

$$\Delta Q = \Delta P * ED = 10 * 0,084 = 0,84 \%$$

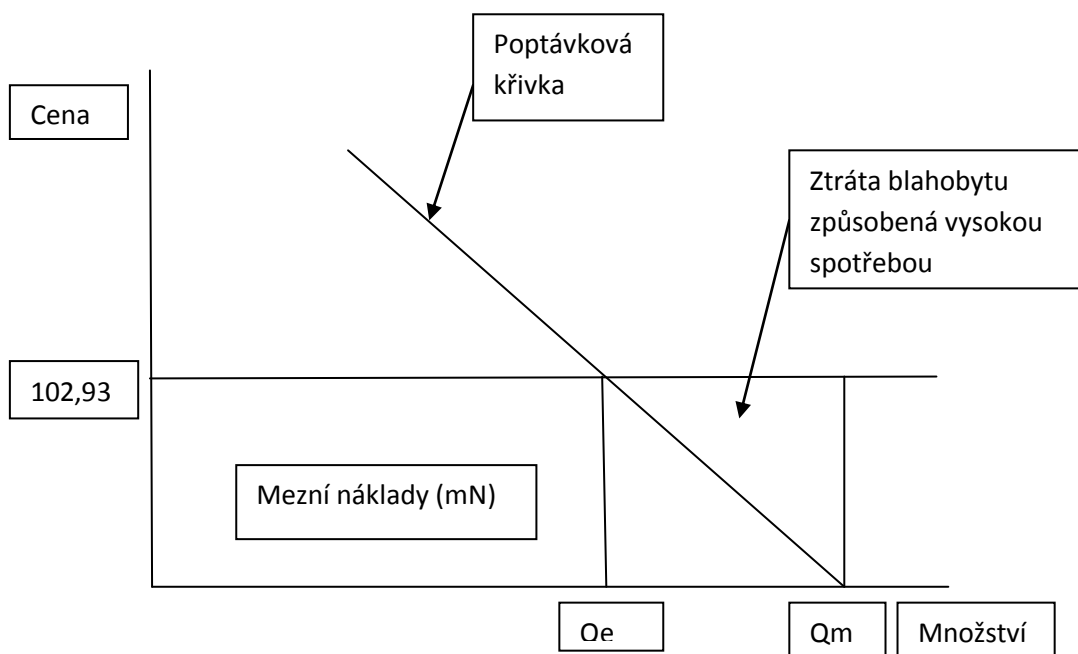
Můžeme tedy vyslovit kvalifikovaný předpoklad, že v případě desetiprocentního růstu hodnoty regulačních poplatků dojde ceteris paribus k poklesu spotřebovaného množství balení léků o 0,84 %.

6.5 Grafické a matematické vyjádření ztráty z nadměrné spotřeby léků

Pokles spotřeby léků je reakcí spotřebitelů na systémovou změnu spočívající v zavedení regulačních poplatků. Nejde tedy jen o regulační poplatek za položku na receptu, i když je významným bezprostředně působícím regulačním prvkem, ale i o zprostředkované působení ostatních regulačních poplatků.

Podle údajů Státního ústavu pro kontrolu léčiv uvedených v ročence Ekonomické informace ve zdravotnictví za rok 2009, vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, vydaly zdravotní pojišťovny za léky na předpis hrazené ze zdravotního pojištění částku 32,7 miliardy Kč. Ze stejného zdroje je informace o tom, že v roce 2008 bylo distribuováno 317,7 mil. balení léků. Podílem těchto dat byla získána hodnota 102,93,- Kč. Tato částka představuje průměrné náklady zdravotních pojišťoven spojené s distribucí dalšího balení léku. Tuto hodnotu jsem použil pro vyčíslení absolutní hodnoty ztráty z nadměrné spotřeby léků, tedy veřejně poskytovaného soukromého statku.

Graf č. 4: Grafické vyjádření ztráty z nadměrné spotřeby veřejně poskytovaných soukromých statků (dle Stiglitze)



Maximální množství spotřebovaných balení léků: $Q_m = 343,12$ mil. balení. Jedná se o množství balení distribuovaných léků v roce 2007.

Efektivní množství spotřebovaných balení léků: $Q_e = 317,66$ mil. balení. Jedná se o množství balení distribuovaných v roce 2008.

Ztrátu blahobytu je tedy možno matematicky vyčíslit:

$$\frac{(Q_m - Q_e) * 102,93}{2} = \frac{(343\,120\,000 - 317\,660\,000) * 102,93}{2} = 1,31 \text{ mld., -Kč}$$

Ztrátu blahobytu způsobenou neefektivní spotřebou léků, které zabránily zavedené regulační poplatky lze vyčíslit přibližně částkou 1,31 miliardy Kč.

Je třeba uvést, že se jedná o ztrátu blahobytu, která byla v systému zdravotnictví nově distribuována do spotřeby léků ve vyšších cenových kategoriích. Hodnocení efektivity využití takto redistribuovaných prostředků není v možnostech této práce.

7 Závěr

Výsledky statistických dat za roky 2008 a 2009 prokazují, že pacienti reagovali na zavedení regulačních poplatků snížením spotřeby segmentů zdravotnických služeb, které byly zatíženy poplatkem.

S tímto koresponduje také výsledek provedeného výzkumu reakce pacientů. Výsledky výzkumu jsou objektivnější, než kdyby byl tento výzkum realizován ihned po zavedení regulačních poplatků do praxe, z důvodu, že si společnost na existenci regulačních poplatků již zvykla a opadlo napětí, které bylo se zavedením regulačních poplatků spojeno.

Výzkumem bylo zjištěno, že zavedení regulačních poplatků ve stávající výši vyvolalo u přibližně 20 % populace reakci spočívající ve zvažování nutnosti a efektivnosti čerpání jednotlivých zdravotnických služeb zatížených poplatkem.

Statisticky doložitelné efekty zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví jsou následující:

Po zavedení poplatku za návštěvu lékaře s vyšetřením v roce 2008 byl zaznamenán pokles ambulantních ošetření o 16,97 % proti roku 2007. Zároveň mezi lety 2007 a 2008 vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči praktických lékařů o 18,13 %. Mezi lety 2008 a 2009 stoupl počet ošetření ambulantních lékařů o 9,2 %. Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči praktických lékařů vzrostly v roce 2009 o 19,16 %. Při srovnání mezi lety 2007 a 2009 lze stále zaznamenat pokles v počtu ambulantních ošetření v roce 2009 proti roku 2007 o 9,36 %. Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči praktických lékařů mezi lety 2007 a 2009 vzrostly o 40,77 %.

Zavedení poplatku za výdej léku na předpis vyvolalo v roce 2008 pokles spotřeby počtu balení léků o 7,3 %. V roce 2009 došlo oproti roku 2008 k dalšímu poklesu spotřeby léků o 1,9 %. Náklady zdravotních pojišťoven na léky mezi roky 2007 a 2008 poklesly o 2,44 % a mezi roky 2008 a 2009 skokově vzrostly o 11,96 %. Systém zdravotnictví na takřka dvou procentní pokles poptávky reaguje skokovým, téměř dvanáctiprocentním růstem nákladů zdravotních pojišťoven na léky. Významnou skutečností, která znemožňuje vyčíslit vliv regulačních poplatků na snížení výdajů zdravotních pojišťoven na léky na recept je tzv. Úhradová vyhláška. Jde o administrativní opatření platné od ledna 2006. Od ledna 2006 začal platit nový seznam výkonů s výrazně vyšší cenou práce lékařů. Úhradová vyhláška

pak přinesla zdravotnickým zařízením možnost nikoliv nulového, ale 3 % nárůstu příjmů, avšak za cenu přísných regulací spotřeby léků, zdravotnického materiálu a indukované péče. Další změnou, která byla zaznamenána po zavedení regulačního poplatku na výdej léku na předpis, je změna ve struktuře spotřeby léků. V roce 2008 byl oproti předchozímu roku zaznamenán pokles spotřeby léků v cenových pásmech do 500,- Kč. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán u léků v ceně do 150,- Kč, kde došlo k poklesu spotřeby o 29 %. U léků v cenové kategorii nad 10 000,- Kč došlo v roce 2008 k růstu spotřeby o 24 %. Nákladově nejvýznamnější skupinou léků se staly léky na léčbu novotvarů. Mezi lety 2007 a 2008 byla navýšena částka na farmakologickou léčbu nádorových onemocnění o 25,55 %. V tabulkách standardizované úmrtnosti na zhoubné novotvary u mužů a žen v letech 2005 až 2009 nebyl pozorován pozitivní vliv skokového růstu výdajů na farmakologickou léčbu onkologických onemocnění. Hodnoty dosažené mezi lety 2007 a 2008 dokonce znamenaly zpomalení trendu poklesu standardizované úmrtnosti. Ani v roce 2009 nebylo dosaženo úrovně poklesu, které bylo dosahováno mezi lety 2005 až 2007.

Po zavedení poplatku za každý den, kdy je poskytována ústavní péče, se celkový počet ošetrovacích dnů v nemocnicích v roce 2008 snížil oproti roku 2007 o 4,4%. Od roku 2005 se počty ošetrovacích dnů v nemocnicích snižovaly poměrně pravidelně o 2 – 3 % ročně. Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na ústavní péči zaznamenal v roce 2008 mírný pokles dynamiky růstu. Tento růst představuje každoročně cca 8 %. Zároveň se v roce 2008 zastavil růst procentního podílu nákladů zdravotních pojišťoven na ústavní péči, který činí 51 % z celkových nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči.

Po zavedení regulačního poplatku za návštěvu pohotovosti byl zaznamenán výrazný propad v počtech ošetření na pohotovosti v roce 2008, který v procentním vyjádření představuje pokles o 35,91 % proti roku 2007. V roce 2009 došlo k nárůstu počtu ošetření o 11,88 %. Při srovnání počtu ošetření v roce 2007 a v roce 2009 je stále zaznamenán pokles o 28,29 %.

Z vyhodnocení statistických dat týkajících se dopadů jednotlivých regulačních poplatků je zřejmé, že pacienti, kteří vstupují do interakce se zdravotnickým systémem, reagují tržně předpokládaným způsobem. Reakce systému zdravotnictví je proměnlivá a nelze ji dopředu predikovat, především proto, že se jedná o reakci administrativně řízeného systému, jehož řízení podléhá politickému rozhodnutí. Pacienti se pohybují v tržním

prostředí a reagují tedy na opatření zvyšující cenu statku tržně. Po zavedení regulačního opatření omezují počet kontaktů s lékaři, omezují spotřebu léků atd. Systém samotný redistribuuje prostředky získané regulací podle svých vnitřních administrativních pravidel.

Na základě rozporů mezi omezením spotřeby po zavedení regulačních poplatků a následným růstem spotřeby v systému zdravotnictví, jsem se dále zaměřil na aspekty regulačních poplatků, které se dotýkají pouze vnějšího prostředí, které obklopuje zdravotnický systém. Tedy na aspekty, které působí, mimo systém zdravotnictví a lze u nich očekávat tržní reakci. Zaměřil jsem se na vyhodnocení jedné z nejvýznamnějších příčin neefektivity spojené se zneužíváním lékařské péče, tj. na to zda existuje souvislost mezi průměrnou délkou jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti a mírou registrované nezaměstnanosti, zda není pracovní neschopnost zneužívána k řešení problémů se zaměstnaností. Dále jsem se zaměřil na vyčíslení cenové pružnosti léků a na vyčíslení ztráty z blahobytu, která plyne z nadměrné spotřeby léků.

Jaké jsou přínosy a náklady jednotlivce ve vztahu k existujícímu systému lékařské péče? Čerpání lékařské péče je pro pacienta spojeno i s dalšími náklady. Nelze hovořit o tom, že by čerpání lékařské péče bylo realizováno až do okamžiku, kdy pacientovi přinese spotřeba další jednotky nulový mezní užitek. Tyto náklady pro pacienta představuje ztráta času spojená s tímto úkonem, dopravní náklady, ztrátu příjmu v případě pracovní neschopnosti, doplatky na léky a od roku 2008 také platba regulačního poplatku. K výnosům pacienta je nutné přičíst mimo lékařskou péči samotnou také volný čas, který pacient získá v případě pracovní neschopnosti. V industriální společnosti postupně roste hodnota volného času.

Pro zodpovězení otázky, zda občané ČR nezneužívají lékařskou péči k řešení jiných než zdravotních problémů, a tím zároveň nezpůsobují neefektivní spotřebu zdravotnických služeb, jsem využil komparaci časových řad průměrné délky jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti a míry registrované nezaměstnanosti v ČR. Byly srovnány hodnoty za roky 1990 až 2004. Důvodem k ukončení srovnávaných časových řad v roce 2004 je změna metodiky pro výpočet míry registrované nezaměstnanosti. Srovnáním výše popsanych hodnot byl vypočten korelační koeficient 0,86. Tato hodnota spolu s tím, že po změně metodiky, kdy z výpočtu registrované míry nezaměstnanosti byly vyjmuty osoby dočasně práce neschopné, došlo k propadu korelačního koeficientu mezi těmito hodnotami

na 0,084 vede k závěru o zneužívání systému zdravotnictví k řešení problémů se zaměstnaností.

Dalším aspektem zavedení regulačních poplatků je možnost, na základě takto skokově navýšené ceny, pokusit se odhadnout cenovou elasticitu poptávky po lécích. Před zavedením regulačních poplatků byla poptávka po lécích regulována pouze existujícími doplatky na jednotlivé léky. K těmto doplatkům přistoupil regulační efekt zavedeného poplatku. Regulační efekt je proměnlivý vzhledem k ceně léku.

K odhadu cenové elasticity poptávky po lécích jsem použil dva způsoby k získání podkladových dat. Získal jsem hodnoty cenové elasticity poptávky po lécích 0,53 a 0,438. Takto zjištěné hodnoty se přibližují odhadu koeficientu cenové elasticity poptávky po lékařském pojištění v USA, který činí 0,31. Neelastická poptávka znamená pro subjekty působící na trhu s léky na straně nabídky nutnost snažit se o trvalý růst ceny, neboť v případě poklesu ceny by následoval pokles příjmu.

Poté, co je od získané hodnoty oddělen vliv regulačních poplatků s pomocí hodnot získaných provedeným výzkumem, byl vliv samotných regulačních poplatků na cenovou pružnost poptávky po lécích vyčíslen hodnotou 0,084. Tato získaná hodnota umožní predikovat změnu spotřeby léků v důsledku změny regulačních poplatků. Při této hodnotě můžeme odhadnout, že v důsledku desetiprocentního růstu hodnoty regulačních poplatků dojde ceteris paribus k poklesu spotřeby množství balení léků o 0,84 %.

V závěru praktické části jsem graficky a matematicky vyjádřil ztrátu plynoucí z nadměrné spotřeby veřejně poskytovaných soukromých statků, v tomto případě se jedná o ztrátu plynoucí z nadměrné spotřeby léků. Ztráta plynoucí z neefektivní spotřeby léků byla vyčíslena pomocí průměrných nákladů zdravotních pojišťoven na jedno balení léků v roce 2008, které představují částku 102,93,- Kč. Vynásobením těchto nákladů počtem balení, o které se snížila spotřeba po zavedení regulačních poplatků v roce 2008 oproti roku 2007, byla vyčíslena absolutní hodnota neefektivity plynoucí z nadměrné spotřeby léků částkou 1,31 miliard korun.

Občané ČR mají právo na zdravotní péči zajištěno v Listině základních práv a svobod, kde je definováno, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR konané v červnu 2006 přinesly změnu politické reprezentace, která se rozhodla ke změně zdravotní politiky. Jedním z důsledků této změny bylo rozhodnutí o zavedení regulačních poplatků.

Regulační poplatky ve zdravotnictví se staly platnou součástí právního řádu ČR dne 16. října 2007, kdy byl ve sbírce zákonů České republiky zveřejněn pod č. 261 zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. V části čtyřicáté tohoto zákona byla definována novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon je účinný ode dne 1. 1. 2008. Přijatá právní úprava se měla stát, dle důvodové zprávy, prvním krokem směřujícím k zodpovědnějšímu čerpání zdravotní péče a zajištění efektivního využívání finančních prostředků.

Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění byl stanoven regulační poplatek ve výši 30,- Kč za návštěvu lékaře s vyšetřením, 30,- Kč za výdej léku na předpis, 60,- Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče a 90,- Kč za návštěvu pohotovosti.

Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že regulační poplatky vedly u přibližně 20 % populace k úvahám o nutnosti čerpat služby, k jejichž regulaci poplatky směřovaly.

Při hodnocení a komentování dostupných statistických údajů i výsledků výzkumu je třeba mít neustále na paměti, že regulační poplatky jsou opatřením, které působí navenek, mimo systém zdravotnictví, který sám generuje míru spotřeby pomocí administrativních opatření, které provádí přijaté politické rozhodnutí.

Působí tedy z navenek z prostředí, které je tvořeno souborem administrativních opatření, které jsou neustále modifikována pod tlakem rozličných zájmových skupin, a politických rozhodnutí, které na systém zdravotnictví působí. Regulační poplatky tedy působí směrem k omezení poptávky po zdravotnických službách. Každý zákazník (pacient) se podílí na financování tohoto systému, zákonem stanovenou platbou, která koresponduje s jeho příjmem. Regulační poplatek vstupuje do procesu rozhodování zákazníka o čerpání některé ze služeb zdravotnictví s rozlišnou mírou intenzity s ohledem na cenu služby a možnosti substituce. Zavedení regulačních poplatků tedy představuje změnu, která působí ven mimo systém zdravotnictví do okolního, převážně tržního prostředí. To je důvod, proč v práci předpokládám, že reakce zákazníků na regulační poplatek lze označit jako reakce tržní a že lze aplikovat ekonomickou teorii. Naopak změny ve struktuře spotřeby uvnitř systému

zdravotnictví, které byly vyvolány ekonomickými dopady regulačních poplatků, lze považovat za důsledky vnitřních administrativních opatření. Jedná se tedy o změny, které nebyly vyvolány působením tržních sil, ale souhrnným působením rozličných zájmů působících v systému zdravotnictví.

Regulace poptávky pomocí regulačních poplatků vyvolala pokles spotřeby zdravotnických služeb. Tento dílčí krok by měl být následován dalšími opatřeními, která povedou k racionálnímu čerpání služeb poskytovaných zdravotnickým systémem. Zdroje jsou účinně alokovány a užívány jenom tehdy, pokud je každý, kdo se na jejich alokaci podílí, zainteresován na výsledku svého rozhodnutí. Sdílení finančního rizika mezi všemi zúčastněnými subjekty je v efektivním zdravotnictví nutností.

Zdravotnictví představuje složitý systém, ve kterém se střetává mnoho různých zájmů, cílů a potřeb. Jeho vývoj je výsledkem interakce jednotlivých zájmů a řešení, proto se nedá předjímat sebelepším plánem. Trh je schopen hledat nová řešení, stimuluje efektivitu a přizpůsobuje podobu služeb aktuální poptávce zákazníků.

Je nezbytné nahradit současné regulace takovými, které by zajistily všem občanům dostupnost potřebné zdravotní péče, a současně směřovaly k tomu, aby byl ve zdravotnictví obnoven přirozený vztah mezi poskytovatelem služby a jeho zákazníkem. Jeden z kroků k dosažení tohoto cíle představují právě regulační poplatky.

8 Seznam použitých zdrojů

8.1 Publikace

1. BERVIDOVÁ, L., VANČUROVÁ P. *Ekonomika veřejného sektoru*, ČZU 2009, Provozně ekonomická fakulta, ISBN: 978-80-213-1816-8
2. DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství VŠE, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9
3. GLADKIJ I., STRNAD L. *Zdravotní politika – zdraví-zdravotnictví*. Vydala Universita Palackého v Olomouci 2002, ISBN 80-244-0500-8
4. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *System péče o zdraví a zdravotnictví. Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005
5. REKTOŘÍK J. a kol. *Ekonomika řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. Vydání Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, ISBN 978-80-86929-29-3
6. SAMUELSON P., NORDHAUS W., *EKONOMIE*, 18. Vydání. Nakladatelství Svoboda, ISBN 978-80-205-0590-3
7. SEDLÁČEK T., *Ekonomie dobra a zla, nakladatelství 65.pole v Praze roku 2009*, ISBN 978-80-903944-3-8
8. STIGLITZ J.E. *Ekonomie veřejného sektoru*, nakladatelství Grada Publishing, 1997, ISBN: 80-7169-454-1
9. VURM V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. Vydání Praha: Triton, 2007, ISBN 978-80-7254-997-9

8.2 Články z periodik

KLAUS Václav (1994) „Dva typy veřejných statků a svoboda soukromé volby“, *Lidové noviny*, 22. 8. 1994

KUSHEL M. and. BINDMAN A. „Health care lobbying: time to make patients the special interest“ In American Journal of Medicine, 2004, s. 300-319

Deník Právo ze dne 24.2.2011, „Peníze na onkologii Heger neomezí“ strana 7.

8.3 Články z internetu

ANÝŽ Daniel. Obama protlačil historickou reformu, ale rozdělil Ameriku : USA

Schválená reforma zdravotnictví. HN : Hospodářské noviny [online]. 23. 3. 2010, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://hn.ihned.cz/c1-41607790-obama-protlacil-historickou-reformu-ale-rozdelil-ameriku>>. ISSN 1213-7693.

CABRNOCHOVÁ, Platby u lékaře? Horor! <http://www.cabrnochova.cz/t-platby-u-lekare-2-2005.html>.

8.4 Ostatní materiály

KINKOR Jiří referát „K pojmu veřejné statky“ přednesený na VI ročníku konference veřejných financí pořádané KVF VŠE v Praze, dne 31.3.-1.4.2000.

ÚZI ČR, Aktuální informace č. 41/2009

Tisková konference ministra zdravotnictví Tomáše JULÍNKA po zasedání vlády dne 21. 5. 2007.

Nález Ústavního soudu Pl. 1/08 ze dne 20. května 2008

Smlouva ODS s občany ČR uzavřená před volbami do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v roce 2006., bod II/6.

Ročenka Ekonomické informace ve zdravotnictví vydaná Ústavem zdravotnických informací a statistik.

Český statistický úřad www.czso.cz

Státní ústav pro kontrolu léčiv www.súkl.cz

Ústav zdravotnických informací a statistiky www.uzis.cz

Ministerstvo zdravotnictví ČR www.mzd.cz

Všeobecná zdravotní pojišťovna www.vzpj.cz

8.5 Seznam použitých zkratk

OECD	-	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ÚZIS	-	Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
OSVČ	-	Osoba samostatně výdělečně činná
VZP	-	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ČSÚ	-	Český statistický ústav
SÚKL	-	Státní ústav pro kontrolu léčiv
MZ ČR	-	Ministerstvo zdravotnictví ČR
DPN	-	Dočasná pracovní neschopnost
ČSSZ	-	Česká správa sociálního zabezpečení
ZP	-	Zdravotní pojišťovny

8.6 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Srovnání existujících zdravotních systémů.....	20
Tabulka č. 2. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2009 (mil. Kč).....	23
Tabulka č. 3. Vybrané regulační poplatky v milionech Kč po kvartálech v roce 2008.....	28
Tabulka č. 4. Statistika rodinných účtů, peněžní vydání-průměry na osobu v Kč za měsíc...31	
Tabulka č. 5. Počty ambulantních ošetření.....	34
Tabulka č. 6. Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči prak. lékařů v mil. Kč...34	
Tabulka č. 7. Výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči ostatních ambulantních specialistů v mil. Kč,	35
Tabulka č. 8. Objem distribuovaných léčivých přípravků v České republice.....	38
Tabulka č. 9. Odhad celkových výdajů za léky dle užití.....	39

Tabulka č. 10. Léčiva podle cenových pásem v letech 2007 a 2008.....	40 a 41
Tabulka č. 11. Nákladově nejvýznamnější léčiva předepsaná na recepty v roce 2007 a 2008 v úhradách VZP.....	41
Tabulka č. 12. Standardizovaná úmrtnost (SDR) na zhoubné novotvary v ČR – ženy.....	42
Tabulka č. 13. Standardizovaná úmrtnost (SDR) na zhoubné novotvary v ČR – muži.....	42
Tabulka č. 14. Náklady zdravotních pojišťoven na ústavní péči v mil. Kč.....	45
Tabulka č. 15. Počet ošetření na pohotovosti v letech 2006 - 2009.....	45 a 46
Tabulka č. 16. Srovnání σ délky jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti (DPN) a míry registrované nezaměstnanosti v letech 1990 – 2009.....	50 a 51
Tabulka č. 17. Výkony zařízení lékárenské péče v letech 1995-2009.....	56
Tabulka č. 18. Podklady pro výpočet cenové elasticity poptávky v jednotlivých skupinách léčiv.....	58 a 59

8.7 Seznam grafů

Graf č. 1. Počet vyšetření praktických lékařů na 100 obyvatel.....	34
Graf č. 2. Počet distribuovaných balení léků v letech 1992 až 2009.....	40
Graf č. 3. Míra pracovní neschopnosti v procentech práceschopné populace.....	54
Graf č. 4. Grafické vyjádření ztráty z nadměrné spotřeby veřejně poskytovaných soukromých statků (dle Stiglitze).....	62

9 Přílohy

Příloha č. 1: Návrh dotazníku

REAKCE PACIENTŮ NA REGULAČNÍ POPLATKY

Dobrý den, jsem studentem a pro účely své diplomové práce se chci pokusit kvantifikovat reakci pacientů na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví. Cílem práce je ověřit hypotézu, že i když v důsledku regulačních poplatků, došlo k poklesu na straně spotřeby, zdravotnický systém negeneroval pokles nákladů v oblastech, kterých se regulace bezprostředně dotýká. Předem děkuji za Váš čas a odpovědi.

Prosím, abyste u otázek 1 až 5 zakřížkovali vaši odpověď v tabulce, u otázek 6 a 7 zakroužkujete Vaši odpověď.

Otázka č. 1: Ovlivnilo zavedení regulačních poplatků Vaše rozhodnutí o odložení návštěvy Vašeho obvodního lékaře s odůvodněním, že počkáte, až budou příznaky nemoci výraznější?

Otázka č. 2: Předzámobil (la) jste se na konci roku 2007 léky z důvodu plánovaného zavedení regulačních poplatků?

Otázka č. 3: Přiměl Vás poplatek za položku na recept přemýšlet o množství balení léků, které Vám lékař předepisuje?

Otázka č. 4: Je regulační poplatek za položku na receptu příčinou dotazu na lékaře s cílem získat podrobnější a přesnější informace o lécích, které Vám lékař předepisuje?

Otázka č. 5: Ovlivnil regulační poplatek za pobyt v nemocnici Vaši snahu (v případě, že jste byl (la) po zavedení regulačního poplatku hospitalizován (na) o co nejkratší dobu hospitalizace?

Otázka č. 6: Ovlivnil regulační poplatek za návštěvu pohotovosti Vaše rozhodnutí odložit návštěvu lékaře na ordinační hodiny Vašeho praktického lékaře?

Odpověď	Pravděpodobně ano	Možná ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Určitě ne
Otázka č. 1					
Otázka č. 2					
Otázka č. 3					
Otázka č. 4					
Otázka č. 5					
Otázka č. 6					

Otázka č 7: Kolik je Vám let? **18–24**...ANO...NE, **25-44**.....ANO...NE,
45-60...ANO...NE, **Nad 60**.....ANO...NE

Otázka č. 8: Jste.....muž.....žena

Otázka č. 9: Považujete svůj příjem za : Podprůměrný ANO.....NE

Průměrný ANO.....NE

Nadprůměrný ANO.....NE

Ještě jednou děkuji za vyplnění dotazníku.