

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2010 – 2013**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Murtingerová

**Spoluúčast pacientů na zdravotní péči a reflexe ve veřejném
mínění**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR COMBINED STUDIES
2010 - 2013**

BACHELOR THESIS

Kateřina Murtingerová

**Financial participation of the patient on health care and
reflection in public opinion**

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
Doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 4.1.2012

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce za jeho cenné rady a podnětné připomínky.

Anotace

Bakalářská práce se snaží popsat část našeho zdravotnického systému a jeho reformy týkající se spoluúčasti pacienta (regulační poplatky, nadstandard, sponzorské dary, doplatky na léky apod.) a vliv těchto změn na společnost a veřejné mínění. Stále se zvyšující spoluúčasť by měla do zdravotnictví přinést více finančních prostředků a snížit výdaje z veřejného zdravotního pojištění tím, že zmírní zneužívání lékařské péče nebo plýtvání léky a donutí pacienta k zodpovědnějšímu přístupu k vlastnímu zdraví. Práce také popisuje problém nerovných šancí v přístupu ke zdraví a politizaci a medializaci tématu zdravotnictví. V závěru práce budou shrnuty efekty reformních změn z pohledu více zúčastněných stran a to s pomocí teoretických poznatků, odborných zdrojů i vlastního šetření.

Klíčové pojmy

Ekvita, léková reforma, nadstandard, pacient, reforma zdravotnictví, regulační poplatky, spoluúčasť pacienta, soukromé, veřejné a celkové výdaje na zdravotnictví, veřejné mínění, veřejné zdravotní pojištění, veřejné zdravotnictví, zdraví, zdravotní péče.

Annotation

The Bachelor Thesis tries to help orientate in our health care system, describe its development and ongoing health care system reform, especially the part regarding the financial participation of the patient on health care (regulatory fees, sponsorship, additional charges for medicines, etc.) and its reflection in public opinion. The increasing financial participation in health care should provide more funds and reduce the costs of public health insurance, thus relieving the abuse of medical care or medication wastage, forcing the patient to a more responsible approach to their own health. It also describes the problem of inequity and politicization and medialization of the topic of health care system. In conclusion, summarizing the effects of the reform changes from more perspectives with the help of theoretical knowledge, expertise and resources of its own research.

Key words

Above standard care, drug policy reform, equity, financial participation of the patient on health care, health, health care, patient, private and public and total expenditures on health, public health insurance, public opinion, public health system, regulatory fees.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Základní pojmy	10
2 Zdravotnictví a jeho reformy	19
2.1 Situace v České republice	19
2.1.1 Financování zdravotnictví v ČR dříve a dnes	19
2.1.2 Silné a slabé stránky českého zdravotnictví	21
2.1.3 Zdravotnická reforma v ČR	22
2.2 Situace v zahraničí	23
3 Český pacient a jeho specifika	25
4 Pojetí spoluúčasti pacienta v ČR	28
4.1 Regulační poplatky	30
4.1.1 Důvody jejich zavedení	31
4.1.2 Typy poplatků	32
4.1.3 Plátcí poplatků	33
4.1.4 Využití poplatků	35
4.1.5 Ochranný limit	35
4.1.6 Vnímání regulačních poplatků	37
4.1.7 Dopady regulačních poplatků na spotřebu zdravotnických služeb	38
4.1.8 Vyhledky do budoucnosti	41
4.2 Doplatky na léky a léková reforma	41
4.3 Nadstandard	43
4.3.1 Standard vs. Nadstandard	43
4.3.2 Unikátní druh spoluúčasti	44
4.3.3 Ceny nadstandardu	47
4.3.4 Otázky a námitky kolem nadstandardu	47
4.4 Sponzorské dary	49
5 Politizace, média a jejich vliv na veřejné mínění	51
6 Sociální nerovnosti ve zdraví a problematika ekvity	54
PRAKTICKÁ ČÁST	56
7 Popis šetření	56
7.1 Cíl a hypotézy šetření	56
7.2 Charakteristika vzorku	56
7.3 Metody sběru dat	57
7.4 Sběr a zpracování údajů	57
7.5 Interpretace údajů	57
7.6 Shrnutí a doporučení	64
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68

ÚVOD

Důvodem pro výběr tohoto tématu je nejen jeho vysoká společenská důležitost a stálá diskutovanost, ale také nedostatek souhrnných a srozumitelných informací pro orientaci v této oblasti týkající se každého z nás. V této práci by měla být patrna snaha propojit teorii čerpanou z odborné literatury či jiných relevantních zdrojů s praktickými zkušenostmi a postřehy, shromážděnými díky hlubšímu zájmu o téma během psaní této práce, díky praxi autorky nebo např. také při dotazníkovém šetření mezi pacienty.

České zdravotnictví prošlo hlavně po roce 1989 velkou proměnou a neustále se mění a vyvíjí. Nejen časté změny v celém systému a ve vedení resortu, ale i v jednotlivých zákonech, vyhláškách, úhradách léků nebo např. systému regulačních poplatků způsobily vznik velkého množství nepřesných, zavádějících až mylných informací a jejich rozšíření mezi laickou, někdy dokonce i odbornou veřejnost. Proto by hlavním přínosem této práce mělo být, popsat přehledně aktuální situaci v našem zdravotnictví, v kontextu jejího vývoje, zdravotnickou reformu, kterou prochází a hlavně detailněji zpracovat tu část týkající se spoluúčasti pacienta. Úkolem této práce je také nastínit důvody a následně celý proces zavedení spoluúčasti pacientů na zdravotní péči, systém regulačních poplatků, možnost placené nadstandardní péče a dalších nástrojů, které primárně měly do zdravotnictví přinést nejen více peněz, ale také úsporu výdajů z veřejného zdravotního pojištění, pokud by se podařilo zabránit nebo alespoň regulovat jeho zneužívání a nadužívání. Autorka této práce se pokusí detailněji zanalyzovat pozitiva, negativa a další efekty této systémové změny z pohledu co nejvíce zúčastněných stran (státu, lékařů, pacientů, lékáren, zdravotních pojišťoven, farmaceutických firem a dalších) a také porovnat očekávaný a reálný dopad tohoto kroku. Dále popsat stanoviska v politické a odborné diskusi a jejich odraz ve veřejném mínění. V neposlední řadě by tato práce měla přiblížit situaci a pravděpodobné výhledy nově zavedeného systému nadstandardní péče – další formy finanční spoluúčasti v ČR.

Bakalářská práce je rozvržena do dvou hlavních částí. Tou první je teoretická část, která se zaměřuje na vymezení základních pojmů týkajících se českého zdravotnictví a jeho reformy, regulačních poplatků a jiných forem spoluúčasti pacienta. Stručně popisuje

hlavní principy fungování našeho zdravotnického systému, jeho financování a reformy. Dále využívá empirických poznatků vycházejících z vlastní praxe autorky, rozhovorů s lékaři, lékárníky a jinými zdravotníky prováděnými v terénu nebo čerpaných ze studia odborné literatury zabývající se tímto tématem. Vzhledem k povaze tématu, ve kterém dochází k častým změnám a aktualizacím budou mezi hlavní zdroje patřit, kromě obecnější odborné literatury, aktuální zákony, vyhlášky a jiné dokumenty MZČR nebo publikace, ročenky a zdravotnická statistika ÚZIS a další výzkumné zprávy a odborné diskuse k dané problematice.

Druhá část bakalářské práce bude praktická. Využije kvantitativní dotazníkovou metodu šetření na vzorku pacientů jedné ordinace praktického lékaře. Dotazník se zaměřuje na spokojenost pacienta se situací v českém zdravotnictví, ochotu platit regulační poplatky, jejich finanční dopad na daného plátce, očekávaný efekt na stav našeho zdravotnictví nebo třeba zájem o nově vznikající možnost placené nadstandardní péče. Na podobná témata se bude soustředit i kvalitativní forma výzkumu – polostrukturovaný rozhovor se zdravotníky a pacienty a z něj získané informace budou začleněny přímo do textu jednotlivých kapitol. Šetření by mělo ukázat odlišnost a rozmanitost vnímání této problematiky a její rozdílné dopady na různé sociální skupiny a vrstvy společnosti.

Tato práce by měla být prospěšná a přínosná pro laickou i odbornou veřejnost svou nezaujatostí a kompletním zpracováním souvislostí, relevantních dat, faktů, statistik a rozbořem tématu z pohledu více zúčastněných stran. Toto téma je stále aktuální, zajímá každého z nás, ale pro většinu lidí je příliš komplikované. Nejen díky nepřehlednosti a častým změnám v zákonech a vyhláškách, které ho upravují a také v neposlední řadě kvůli jeho častým tendenčním interpretacím ze strany politiků nebo jiných zájmových skupin, čímž dochází k vědomé manipulaci s veřejným míněním. Mezi veřejností je např. i po letech od zavedení regulačních poplatků rozšířeno stále mnoho dezinformací a polopravd, a tak by hlavním přínosem této práce mělo být, stát se srozumitelným průvodcem touto částí našeho zdravotnického systému a jeho reforem. Měla by shrnout pojetí spoluúčasti pacienta v ČR, podat potřebné aktuální informace k reformním změnám a popsat pohledy co nejvíce zainteresovaných stran.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy

Zdraví

Světové zdravotnická organizace (WHO) definuje ve svých dokumentech zdraví jako stav plné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoliv jen nepřítomnost nemoci nebo postižení. Zdraví je v deklaraci, obdobně jako v české ústavě, stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. Uskutečňování této zásady vyžaduje spravedlnost a solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám, založený na současných vědeckých poznacích, dobré kvalitě a udržitelnosti pozitivního rozvoje. Na zlepšování národního zdraví je důležitá účast všech složek společnosti a společná odpovědnost všech resortů. Je důležité si uvědomit, že např. dostupnost zdravotní péče významně ovlivňuje dopravní obslužnost, obsah a úroveň vzdělání silně determinují postoje ke zdraví a důležitým předpokladem dobrého zdraví je sociální úroveň lidí.¹

Patří k prioritním hodnotám jak jednotlivce, tak rodiny i celé společnosti. Je základním předpokladem jejich sociální a ekonomické úspěšnosti a podmínkou celkové kvality života. Proto si své zdraví musíme chránit a uvědomit si, že otázka zajištění správného fungování systému zdravotnictví je důležitým faktorem ovlivňujícím život každého z nás. Prostředky efektivně vynaložené na ochranu a podporu zdraví bychom neměli chápat jako výdaj, ale jako investici jednotlivého občana i státu jako celku. Vždyť investice do zdraví má charakter investice do budoucnosti.²

Rozeznáváme různé stupně zdraví podle přizpůsobivosti organismu různě náročným prostředím. Potenciál organismu se mění nejen spontánně, ale lze ho i cílevědomě zvyšovat (např. výchovou, výživou, otužováním, očkováním aj.). V této souvislosti

¹ MZČR. *Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha, 2001 [online]. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf&nazev=Zdraví 21 - Cile 1-9.pdf>

² PILNÝ, J., *Ekonomika veřejného sektoru*. Pardubice: Univerzita Pardubice 2005, s.133 ISBN 80-7194-746-6.

doporučuje WHO nový přístup ke zdraví, tzv. posilování zdraví, které se rozvíjí zejména ve vyspělých zemích a jež spočívá v aktivním vytváření imunních schopností organismu, psychiky a chování člověka jako jednotlivce i jako populačních skupin.³

Zdravotnická reforma

Zdravotnická reforma z období 2007 – 2008 byla zahájena přijetím zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů č.261/2007 Sb., jehož součástí bylo zavedení zvýšené spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče – tzv. regulačních poplatků. Dále výrazněji upravuje postavení pacienta, jeho právo na svobodnou volbu, kvalitní péči, informace o povaze a průběhu jeho onemocnění, právo na vyjádření souhlasu s léčbou, možnost nahlížení do zdravotní dokumentace, právo na ochranu důstojnosti a cti. Tím se snaží o posílení jeho zodpovědnosti za své zdraví a efektivnější čerpání zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.⁴

Co se týče tématu spoluúčasti pacienta zavedla v roce 2012 reforma také novou možnost příplatku za nadstandardní péči, čímž se snaží o příliv nových peněz do systému zdravotnictví a pacientům zvýšila také výdaje za léky změnami v úhradovém systému, od čehož si naopak slibuje velké úspory peněz z veřejného zdravotního pojištění.

Regulační poplatky

Zavedeny byly v České republice v roce 2008 jako forma zvýšené spoluúčasti pacienta na zdravotní péči. Jejich hlavním účelem mělo být omezení zbytečných návštěv lékařů a jiných způsobů nadužívání zdravotní péče nebo plýtvání léky. Dále zajištění nového finančního příjmu zdravotnických zařízení a lékařů použitelného pro zlepšení či rozšíření poskytovaných zdravotnických služeb. A v neposlední řadě také snaha donutit pacienty k zodpovědnějšímu přístupu k vlastnímu zdraví, k jeho aktivnímu posilování a prevenci chorob. Vzhledem k tomu, že jsou jedním z hlavních témat této práce bude jim věnována samostatná kapitola.

³ KAPR, J., PETRUSEK, M. *Sociální deviace. Sociologie nemoci a medicíny*. 2.vyd. Praha: Slon, 1997. 116 s. ISBN: 80-85850-03-6

⁴ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

Vztah lékař – pacient

Podle původní teorie sociálních rolí jde o vztah značně asymetrický, kdy lékař, jako autorita s chováním laskavým, vlídným ale direktivním, od nemocného očekává, že se disciplinovaně podřídí jeho terapeutickým pokynům a bude manifestovat submisivní typ chování, neboť z jeho role naopak plyne, že jako laik o nemoci nic neví a je pasivním realizátorem lékařových instrukcí. V realitě ale dochází mezi lékařem a pacientem k mnohem složitější interakci. Pacient není jen vykonavatelem lékařovy vůle, svou úlohu hrají celkové charakteristiky jeho sociální osobnosti, zkušenosti a znalosti, získané informace (dnes snadno dostupné na internetu) nebo třeba kulturní kontext, a tak občas dochází k neshodám až kolizím, které vyústí v dohodu, konsensus či konflikt. Mnohem výhodnějším modelem vztahu lékař – pacient je tedy pro úspěšnou léčbu vztah partnerský s aktivní účastí pacienta, jeho právem na informace a alespoň částečným spolurozhodování o své nemoci a terapii, která vede k neobvyklému zvýšení jeho kompetence, ale i odpovědnosti a motivaci jeho aktivit.⁵

Spoluúčast pacienta dříve a dnes

Do konce 19. století byl vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče pro značnou část populace přímý, tzn., že pacient přímo hradil úhradu lékaři za poskytnutou zdravotní péči. Následně vstupují do tohoto vztahu další subjekty (stát, zdravotní pojišťovny). Ty jsou zodpovědné za financování zdravotní péče, a tím vstupují mezi lékaře a pacienty jako třetí strana. Zdravotní systém se dále rozvíjí a tím roste i počet dalších subjektů, které reprezentují vládní politiku a zdravotnickou legislativu.⁶

Za minulého režimu zajišťoval zdravotní péči téměř výhradně stát a se spoluúčastí pacientů to vypadalo zcela jinak než dnes. Pacient si připlácel jen ve výjimečných případech jako byly některé protetické práce v péči o chrup, ortopedické pomůcky nebo např. za lázeňskou péči. Pacient byl tedy spíše pasivním konzumentem zdravotní péče a služeb, které dostával v podstatě zadarmo. Dnes je brán jako aktivní účastník celého

⁵ KAPR, J., PETRUSEK, M. *Sociální deviace. Sociologie nemoci a medicíny*. 2.vyd. Praha: Slon, 1997. 116 s. ISBN: 80-85850-03-6

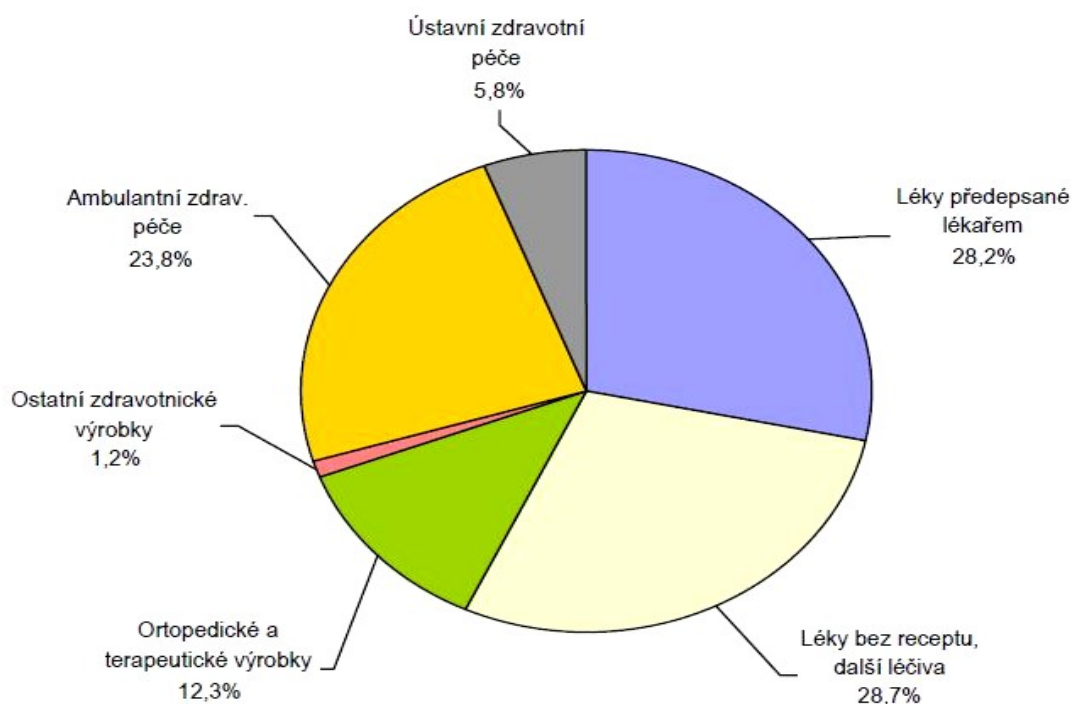
⁶ DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

systemu zdravotnictví a procesů v něm probíhajících a to nejen díky stále se zvyšující spoluúčasti finanční, ale i díky rozšíření jeho práv.

I když spoluúčast pacientů v České republice v posledních letech výrazně stoupla a v tomto trendu i nadále pokračuje, máme podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) stále jednu z nejnižších ze sledovaných států.⁷

Podíly výdajů průměrné domácnosti z celkových výdajů související se zdravím ukazuje graf 1. Z něj je patrné, že největší částky vydáváme za léky, potravinové doplňky a jiné zdravotnické výrobky. Za rok 2011 to bylo 70,4 %. Výdaje související s ambulantní léčbou (regulační poplatky, platby za různá potvrzení, aplikace očkovací látky apod.) tvoří podstatně menší část.

Graf 1: Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem v roce 2011



Zdroj: ÚZIS. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011* [online]. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>. ISSN 1211-6467

⁷ ÚZIS. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011*. [online]. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>. ISSN 1211-6467

Soukromé výdaje na zdravotnictví

Patří mezi ně přímá vydání obyvatelstva, výdaje neziskových institucí, dary, výdaje zaměstnavatelů na zdraví zaměstnanců, soukromé zdravotní pojištění apod. Jsou po veřejném zdravotním pojištění a státním rozpočtu dalším zdrojem financování zdravotnictví.

I přes navyšování spoluúčasti pacienta na zdravotní péči má ČR má stále v rámci EU jeden z nejnižších podílů soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví. Zachycuje to i graf 2, který umožňuje nejen porovnání výdajů na jednoho obyvatele, když zohledňuje rozdílnou kupní sílu v jednotlivých zemích, ale i porovnání celkových výdajů ve vybraných zemích podle zdrojů financování.

Procentuální podíl soukromých výdajů na zdravotní péči na celkových spotřebních vydáních průměrné domácnosti v roce 2011 činil 2,74 %, (v roce 2006 byl 2,05 %). Důchodci v roce 2011 utratili 4,59 % svých spotřebních vydání za placenou zdravotní péči (v roce 2006 jen 3,41 %).⁸

Veřejné výdaje na zdravotnictví

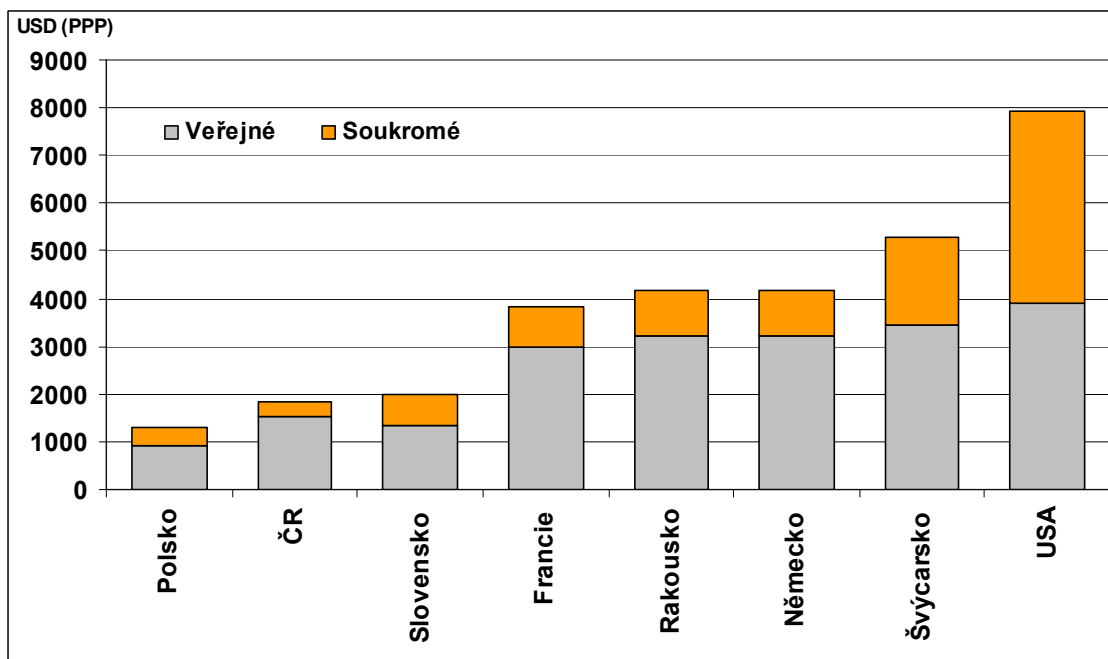
Podle užívané mezinárodní metodiky se za veřejné výdaje na zdravotnictví považují (v podmínkách ČR) státní rozpočet a územní rozpočty, což jsou rozpočty krajů a obcí. Dále výdaje systému veřejného zdravotního pojištění, které se v ČR řídí příslušnými zákony.⁹ Podle předběžných údajů ze zdrojů Ministerstva financí a Ministerstva zdravotnictví dosáhly veřejné výdaje na zdravotnictví v roce 2011 výše 242 410 mil. Kč. Dosavadní vývoj výdajů veřejného zdravotního pojištění potvrzuje trvalý růst a stále vyšší je i podíl na celkových veřejných výdajích (v roce 2011 tvořily 93 %), naproti tomu výdaje veřejných rozpočtů již druhým rokem klesaly. Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP) se od roku 2009 pravidelně pohyboval nad 6 % a v roce 2011 činil 6,37 %. Což je jedna z nejnižších hodnot v porovnání s vybranými zeměmi OECD.¹⁰

⁸ ÚZIS. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011. [online].* © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>. ISSN 1211-6467

⁹ Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně a o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

¹⁰ ÚZIS. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011. [online].* © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>. ISSN 1211-6467

Graf 2: Struktura běžných výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele v roce 2010
v USD v paritě kupní síly (PPP) a srovnání vybraných zemí OECD



Zdroj: ÚZIS, ČR. Upraveno autorkou.

Veřejné zdravotní pojištění

Zásadní roli ve financování našeho zdravotnictví má veřejné zdravotní pojištění, které je založeno na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými. Zdravotní pojištění poskytují zdravotní pojišťovny, které zprostředkovávají toky finančních prostředků. Jsou povinny platit zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči na základě uzavřených smluv mezi nimi. Od svých pojištěnců vybírají pojistné .

Jeho výši a způsob placení stanovuje zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu. 4,5 % hradí sám zaměstnanec srážkou ze mzdy, 9 % za něj hradí jeho zaměstnavatel. Stát je plátcem pojistného ze státního rozpočtu za nezaopatřené děti, důchodce, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, nezaměstnané evidované na Úřadu práce a další skupiny osob vymezené zákonem č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.^{11 12}

¹¹ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

¹² Dle ÚZIS platba státu za nevýdělečné pojištěnce v roce 2011 činila cca 52,7 miliard Kč.

Pacient a jeho postavení ve zdravotnictví

Ze sociologického hlediska jsou pacienti – nemocní skupinou, která je sociálně slabá, proto je i více zranitelná a manipulovatelná. Většina z nich má sníženou možnost se hájit a potřebuje pomoc, každý z nich má právo na to, aby jeho zájmy byly respektovány. Prožívá fyzickou i psychickou bolest, pocit bezmoci, obavy o své zdraví nebo dokonce o svůj život. Dostává se tak do pozice závislosti na druhých a do prostředí, které nezná a kterému často příliš nerozumí.

Odlišný pohled na pacienta má zdravotní politika. Tam je pacient, coby uživatel a příjemce zdravotních služeb, vnímán stále více jako aktivní hráč, který rozhoduje o významných problémech týkajících se péče o zdraví. Pacient má možnost vybrat si zdravotní pojišťovnu, a pokud není spokojen s jejími službami, či lékař nemá s jeho pojišťovnou sjednanou smlouvu, má možnost ji jednou ročně změnit. Každý občan si může dle svého uvážení zvolit lékaře či zdravotnické zařízení nebo si uhradit nadstandardní služby, popř. vybrat soukromou kliniku.¹³

Úloha pacienta ve zdravotnictví se odvíjí ve dvou rovinách. Jednak pacient vystupuje jako spotřebitel zdravotní péče, tedy kupující a na druhé straně se podílí na jeho financování tím, že hradí pojistné na veřejné zdravotní pojištění, odvádí daně do veřejných rozpočtů nebo se podílí na financování přímo. Ve veřejném sektoru má pacient právo na bezplatnou zdravotní péči podle jeho zdravotního stavu do výše standardu. Naopak v sektoru soukromém si zdravotní péči pacient kupuje za přímou úhradu nebo prostřednictvím komerčního pojištění.¹⁴

Princip solidarity

Na tomto principu je založen celý systém zdravotnictví v České republice. Solidarita je jedním ze základních předpokladů zajištění rovného přístupu ke zdravotním službám. Jedná se o tyto druhy solidarity:

- solidarita zdravého s nemocným, který nemůže za svou nemoc ani zvýšené čerpání zdravotní péče,

¹³ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

¹⁴ DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9

- solidarita mladšího se starším, resp. solidarita v čase, kdy si občan platí předem na možná zdravotní rizika v budoucnosti,
- solidarita bohatšího s chudším, resp. solidarita v objemu, znamená, že každý občan platí výši pojistného jako určité procento ze svého příjmu. Bez ohledu na to, jakou chorobou trpí nebo bude trpět.¹⁵

Zdravotní politika a role státu

Péče o zdraví obyvatelstva realizuje stát prostřednictvím zdravotní politiky, která je součástí programů politických stran a promítá se do programových dokumentů vlád vzešlých z parlamentních voleb. Proto se i do rozhodování a koncipování zdravotní péče promítá vládní politická orientace. Strategické cíle zdravotní politiky jsou vyjádřeny ve vládních programech, jejichž platnost je dlouhodobá a přesahuje funkční období vlády, která je schválila. K nástrojům zdravotní politiky patří:

- legislativa právní dokumenty (zákony a vyhlášky),
- financování zdravotní péče (definování výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, standardu a nadstandardu, zavedení regulačních poplatků apod.),
- tvorba sítě zdravotnických zařízení (udělování licencí a registrací zdravotnickým organizacím a zdravotnickým pracovníkům apod.),
- vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- sběr informací a zacházení s nimi,
- podpora vědy a výzkumu,
- léková politika.¹⁶

Bohužel mezi systémovou teorií a praktickou politikou, stejně jako mezi výzkumem a praxí zdravotní politiky, nacházíme velmi volné vztahy. Přitom existuje celá řada způsobů, jimiž by mohla badatelská veřejnost účinněji působit na použitelnost výsledků své práce ve zdravotně politických rozhodováních. Možnosti jejich používání ve

¹⁵ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5

¹⁶ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

zdravotní politice jsou ale ve skutečnosti značně omezené. Tyto překážky jsou v současné době patrnou součástí politického procesu a je třeba s nimi i nadále počítat.¹⁷

¹⁷ GLADKIJ, I. *Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci zdravotnictví*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství University Palackého, 1997. ISBN 80-7067-753-8

2 Zdravotnictví a jeho reformy

2.1 Situace v České republice

Z důvodu trendu stárnutí populace (Česká republika se od roku 2006 řadí mezi země, kde počet osob ve věku 65 let a více převyšuje počet dětí¹⁸) a rychlého pokroku vědy a techniky v oblasti zdravotní péče dochází k růstu nákladů na zdravotní péči a také k poklesu počtu plátců veřejného zdravotního pojištění. Naopak dochází k nárůstu množství pojištěnců, za které platí pojistné stát. Z dlouhodobého hlediska se v dalších letech změna tohoto trendu nepředpokládá.¹⁹ Zároveň dochází k tomu, že do zdravotnictví plyne stále méně finančních prostředků ze státního rozpočtu a tak i proto je nutné navyšování spoluúčasti pacientů a tím nahrazení veřejných zdrojů soukromými.

2.1.1 Financování zdravotnictví v ČR dříve a dnes

Před listopadem 1989 garantoval bezplatnou zdravotní péči pro všechny občany stát. Financování zdravotnictví bylo realizováno z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Zdravotní péče byla tedy v podstatě zadarmo. Pacient vystupoval spíše jako pasivní příjemce zdravotnických služeb, bez možnosti volby lékaře nebo přístupu k většině informací. Po roce 1989 byl v novém systému zdravotnictví propagován tržní mechanismus a tím došlo k významným změnám.

Financování zdravotnictví je v současné době realizováno z více zdrojů:

- všeobecným zdravotním pojištěním a finanční spoluúčastí pacientů,
- státním rozpočtem a rozpočty územních orgánů,
- přímými úhradami fyzických nebo právnických osob,
- úhradami mimo okruh zdrojů státního rozpočtu,

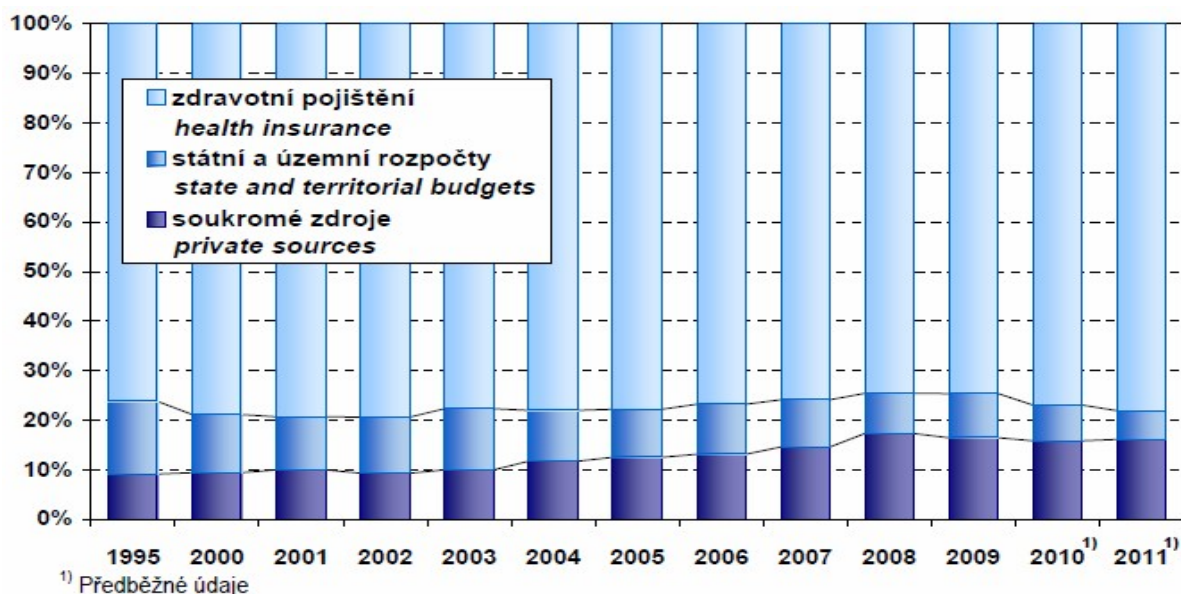
¹⁸ ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2011 [online]*. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>. ISSN: 1210-9991

¹⁹ STEINER, Š. *Nevíme, kolik peněz ve zdravotnictví ve skutečnosti potřebujeme.PVS*. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.parlament-vlada.eu/index.php/komentar-zdravotnictvi/362-nevime-kolik-penz-ve-zdravotnictvi-ve-skutenosti-potebujeme>

– sponzory, nadacemi apod.²⁰

V roce 2011, jako i v předchozích letech, byla převážná část výdajů na zdravotnictví hrazena systémem veřejného zdravotního pojištění – 78,2 %. Státní a územní rozpočty uhradily 5,8 % celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 16,0 %. Podíl soukromých výdajů vzrostl zejména po roce 2008 se zavedením regulačních poplatků. Celkové výdaje na zdravotnictví se oproti roku 2010 snížily a představují 7,51 % HDP roku 2011. Pokles veřejných výdajů je způsoben snížením prostředků z veřejných rozpočtů (o 18,9 %), zatímco výdaje veřejného zdravotního pojištění mírně rostly (vše předběžné údaje).²¹

Graf 3: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování



Zdroj: ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2011 [online]*. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>. ISSN 1210-9991

Součástí systému zdravotní péče v ČR je i zcela soukromý sektor, který poskytuje zdravotní péči nikoli na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale pouze za přímé platby pacientů. Tato zdravotnická zařízení jsou alternativou pro bohatší vrstvy

²⁰ DURDISOVÁ, J. *Sociální politika v ekonomické praxi: vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 246 s. ISBN 80-245-0850-8.

²¹ ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2011 [online]*. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>. ISSN 1210-9991

společnosti a nabízejí především estetickou medicínu, laserové oční operace, zubní péči a nadstandardní preventivní programy.

2.1.2 Silné a slabé stránky českého zdravotnictví

K silným stránkám našeho zdravotnictví patří především všeobecná dostupnost zdravotnické péče, a to jak z hlediska finančního, tak z hlediska zajištění solidní sítě primární a sekundární péče, včetně péče lůžkové. Tyto kvality získalo už za minulého režimu a udržuje si je z velké části dodnes. Velmi dobrou kvalitu si zachovává primární péče o děti a dorost, která má dlouhou tradici a důvěru veřejnosti. Dlouhodobě je velmi dobrá také perinatální a neonatologická péče včetně porodnictví. V ČR je např. jedna z nejnižších kojeneckých úmrtností na světě. Ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi u nás neexistují významnější čekací doby na specializovaná vyšetření a diagnostické procedury. Zdravotnický personál dosahuje vysoké odborné úrovně a profesionality. Z makroekonomického hlediska patří k přednostem českého zdravotnictví nesporně nízké celkové náklady, které se dlouhodobě pohybují pod průměrem EU (kolem 7 % z HDP).²²

Slabou stránkou je podcenění postakutní (následné) a dlouhodobé péče o chronicky nemocné seniory a lidi s postižením, která je u nás stále poddimenzovaná a trpí nedostatkem koncepčnosti a systematičnosti. Částečně se to týká i primární péče, kde např. věková struktura praktických lékařů není příznivá (díky nízkému zájmu mladých lékařů o tuto oblast) a které chybí efektivní provázanost a kontinuita s dalšími úrovněmi lékařské péče. Problémem je také neuspokojivá kvalita komunikace ve zdravotnictví projevující se nízkou empatií a nedostatečnou vstřícností zdravotníků k pacientům nebo nedostatečná informovanost pacientů o kvalitě zdravotní péče.

Příčiny těchto negativních aspektů lze spatřovat v dlouhodobé nestabilitě systému, pro který jsou charakteristické příliš časté změny pravidel i vlastnických vztahů a nedostatek vnitřního řádu, který nutí personál často improvizovat, což vede ke stresu při jejich práci a celkové nepřívětivosti. Také neuspokojivé odměňování hlavně nemocničních lékařů a všeobecných sester zvyšuje riziko jejich odchodu do zahraničí

²² JANEČKOVÁ, H, HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

nebo mimo obor, což vede k jejich nedostatku a nutnosti jejich nahrazení lékaři a sestrami především z východoevropských zemí.

Další slabiny jsou spatřovány v oblasti nedostatečné prevence, pasivním a nezodpovědným přístupem lidí k vlastnímu zdraví, nezdravém životním stylu a častém rizikovém chování, i přes upozornění nebo zákazy ze strany lékařů (kouření, nadměrná konzumace alkoholu, obezita, nedostatek pohybu apod.) Velkým problémem českého zdravotnictví je také neschopnost hlavních politických sil najít shodu v základních principech jeho vývoje, bez níž nelze žádné změny s dlouhodobým pozitivním dopadem na celou společnost prosadit.

2.1.3 Zdravotnická reforma v ČR

Česká zdravotnická reforma z let 2007 – 2008 byla součástí politického programu pravicově orientované koaliční vlády. Její pilíře leží ve čtyřech sférách, jimiž jsou vstup peněz do systému, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé péče a chování pacientů.

Byla zahájena přijetím zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů č.261/2007 Sb., jehož součástí bylo mimo jiné zavedení spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče – tzv. regulačních poplatků. Jejím důsledkem je celospolečenská diskuse a politická jednání o jejich smyslu, efektech, plánování omezení, případně zrušení.

Dalším platným reformním krokem je zavedení nové formy spoluúčasti pacienta tzv. nadstandardní péče. Dochází tím k dělení zdravotní péče na standard – hrazený plně z veřejného zdravotního pojištění a nadstandard – lepší, modernější a hlavně nákladnější variantu léčby, kterou si pacient může ve vybraných případech zvolit a připlatit. Jedná se o stále velmi diskutovaný reformní krok, který se jeví jako značně problematický hlavně kvůli obtížnému stanovení hranice mezi standardem a nadstandardem a také díky nedůvěře a pocitu diskriminace, který u velké části občanů vyvolává.

Reformní kroky již přinesly některé reálné změny. Regulační poplatky sice nemají tak výrazný efekt, jak se očekávalo, ale k mírnému a trvalému snížení spotřeby léků a počtu návštěv (hlavně na pohotovosti) přeci jen došlo a podle tiskové zprávy MZČR jen za první rok od jejich zavedení přinesly celkovou úsporu 10 miliard Kč (z toho 5 miliard bylo vybráno přímo na poplatcích, ostatní představují úspory uvnitř systému), která se

investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných²³. Ještě výraznější úspory se očekávají od lékové reformy, díky níž došlo k úplnému zrušení úhrad u levných léků (do 50 Kč) nebo léků dostupných i bez lékařského předpisu.

Od konce roku 2007 lze též zaznamenat konec dlouhodobé zadluženosti systému veřejného zdravotního pojištění, protože pojišťovny začaly konečně platit zdravotnickým zařízením včas. Celkově se zdravotnictví v posledních letech vyznačovalo vysokou ekonomickou stabilitou.²⁴

2.2 Situace v zahraničí

České zdravotnictví na sebe v poslední době poutá velkou míru pozornosti nejen medií, ale i samotných občanů a jejich volených zástupců. Ti si pokládají stále více otázek, z nichž nejčastější je: jaká bude budoucnost a směr, kterým se má české zdravotnictví ubírat? A právě za účelem hledání inspirace je žádoucí se podrobně dívat, co se děje kolem nás, jaké změny zdravotnictví probíhají za hranicemi našeho státu, jak jsou hodnoceny a jaký mají dopad.

„V posledních dvaceti letech došlo prakticky ve všech zemích Evropy k menším či rozsáhlejší reformám systémů zdravotní péče. Pro Českou republiku jsou zahraniční změny velmi podnětné a zajímavé, byť ne nutně zcela přenosné. Při rozhodování o způsobech řešení našich vlastních problémů musíme zvažovat náš historický vývoj, zájmy jednotlivých aktérů a také naše ekonomické možnosti,“ uvádí Ondřej Mátl, koordinátor projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice. Vlády neustále hledají optimální řešení typického ekonomického problému – zajištění rovnováhy mezi neomezenými přáními a potřebami na straně jedné a omezenými zdroji na straně druhé. Skutečností je, že všude v Evropě výdaje na zdravotnické systémy dlouhodobě neustále rostou.²⁵

²³ MZČR. *TZ MZ regulační poplatky v roce 2008*. [online]. 11.3.2009 ©2010 MZČR. [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych_1259_868_1.html

²⁴ ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2007,8*. [online]. © ÚZIS ČR, 2007-2008. [cit. 2012-11-4.]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocnky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>. ISSN: 1210-9991

²⁵ KULATÝ STŮL *budoucnost zdravotnictví*. [online]. © 2007. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/276>

„Je jisté, že systémy poskytování zdravotní péče u nás doma, v celé Evropě i v dalších částech světa budou procházet další výraznou změnou. Pravděpodobně budeme svědky neustálého přizpůsobování dílčích aspektů jednotlivých zdravotnických systémů. Výzvou tak nebude systémy jednorázově reformovat, ale spíše kontinuálně transformovat. Diskuse o změnách se také budou postupně posouvat od úzkého zaměření na zdravotní služby k celistvému vnímání péče o zdraví a spolupráci všech sektorů a resortů včetně životního prostředí, dopravy, profesionálních sociálních služeb nebo péče neformální,“ vysvětluje analytik projektu MUDr. Stanislav Vachek.²⁶

²⁶ *KULATÝ STŮL budoucnost zdravotnictví. [online]. © 2007. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi_FINAL_3.pdf*

3 Český pacient a jeho specifika

Situace v našem zdravotnictví je nepřehledná, komplikovaná a rozhodně není ideální. Kvůli tomu, ale není nutné hledat a kritizovat pouze systémové chyby, reformní zákony a špatné hospodaření nemocnic a pojišťoven nebo jiné černé díry, kam nenávratně plynou finanční prostředky z našich daní a zdravotního pojištění. Každý z nás by si měl nejdříve uvědomit kolik z těchto prostředků sám zbytečně odčerpal svým nezodpovědným přístupem k vlastnímu zdraví, zbytečnými návštěvami lékaře, neopodstatněným čerpáním nemocenské nebo plýtváním léky. Každý se podívejme do své domácí lékárničky na to množství nashromážděných, často již prošlých léků, u kterých ani nevíme, na co vlastně jsou nebo spíše byly. V našem zdravotnictví v této oblasti dochází dlouhodobě k velkému plýtvání a neefektivitě. Uvědomme si, že zneužívání nebo nadužívání lékařské péče a léků tvoří velkou část výdajů plynoucích z veřejného zdravotního pojištění a že tyto peníze zákonitě chybí jinde.

Díky odlišným cenovým hladinám je ve finančním vyjádření spotřeba léčiv v ČR v mezinárodním kontextu spíše průměrná, avšak při vyjádření v hmotných jednotkách (balení, DDD²⁷/1000 obyvatel/ den) se mezi evropskými zeměmi již řadu let umisťuje mezi prvními pěti.²⁸ V lékárnách se přitom likviduje obrovské množství často nenačatých ale prošlých léků nebo naopak balení s dobrou expirací, ale načatých a nedoužívaných, přestože se jedná i o takové léky, u kterých je potřeba dobrat celé balení, aby léčba měla vůbec nějaký smysl. Můžeme jen spekulovat, zda má tento náš neehospodárný způsob nakládání s léky a lékařskou péčí původ v dlouholeté bezplatnosti našeho zdravotnictví nebo třeba v tom, že se po letech absence velké části léků na našem trhu za dob komunismu stále nemůžeme nabažit jejich snadné dostupnosti nebo zda v tom hraje roli jen určitá česká „hrabivost“ či nezodpovědný přístup k vlastnímu zdraví.

Lékárníci se často setkávají také s tím, že lidé, a jsou to i důchodci, kteří jsou nespokojeni s tím, že mají na lék doplácet sumu v řádech desetikorun, si vzápětí koupí

²⁷ Doporučená denní dávka.

²⁸ SUCHOPÁR, J. *Ceny a úhrady léčivých přípravků v ČR- pohled na minulost i budoucnost*. © (1999-2009). [cit. 2012-12-4]. Dostupné z <http://www.parlamentvlada.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=494>

potravinový doplněk nebo nějaký podpůrný prostředek, které nejsou registrovány jako léky za mnohem vyšší cenu, jen proto, že ho znají z reklamy. Navíc často sami pacienti přiznávají, že více než za své zdraví a léky pravidelně utrácejí za své domácí mazlíčky a veterinární péči a přípravky, což je také jedno z českých specifík .

Vliv na velkou spotřebu léků má také to, že hlavně dříve bylo běžnou praxí navštěvování paralelně více lékařů s žádostí o znovuposouzení často banálních potíží nebo o předepsání léků (např. praktického a v zápětí interního lékaře), kdy pacient využíval nepropojenosti systému, možnosti svobodné volby lékaře a toho, že k návštěvě specialisty již není nutné doporučení a léky si často zbytečně a neopodstatněně hromadil. Dalším problémem je, že pacienti většinou neinformují při návštěvě specialisty o všech lécích, které jim předepisuje obvodní lékař a tím dochází k častému dublování léčby. Pacient si často ani neuvědomuje, že jeho jednání je nejen neekonomické, ale může být i zdraví nebezpečné, protože díky tomu, že nerozpozná, že se pod různými generickými názvy skrývá stejný lék, může snadno dojít k předávkování nebo „jen“ zesílení nežádoucích účinků či interakcím. Toto počínání částečně omezilo zavedení regulačních poplatků, možnost předepisování určitých léků pouze specialisty, omezení předepisovaných léků do zásoby na pouhé tři měsíce, důslednější kontrola ze strany pojišťoven a tím i lékařů a změny v úhradové a lékové politice. Úplně se ale podobné chování vymýtit nepodařilo.

Jedním z nejvýraznějších specifík českého pacienta, jak již bylo v této práci zmíněno je vysoká nemocnost a časté návštěvy lékařů. Česká republika je mezi zeměmi EU na prvním místě v počtu návštěv lékaře na jednoho obyvatele. Zatímco ve vyspělých státech Evropy chodí pacient k doktorovi průměrně šestkrát za rok, český pacient navštíví v průměru lékaře až šestnáctkrát.²⁹ Přitom se nedá říci, že bychom byli více nemocní než naši evropští sousedé. Většinou jde o běžné rutinní výkony, které sice nejsou drahé, ale v tom obrovském počtu generují obrovské náklady. V těchto oblastech jsme tedy v porovnání s ostatními zeměmi Evropské unie stále na předních příčkách a regulační poplatky to výrazněji omezily jen na velmi krátkou dobu po jejich zavedení. Vysoká nemocnost a časté čerpání nemocenské způsobuje navíc snížení příjmů, nejen

²⁹ VZP. *Otázky a odpovědi*. [online]. © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/regulacni-poplatky-za-zdravotni-peci/129/proc-platim-poplatky-kdyz-nevycerpam-co-jsem-odvedl-na-zalohah>

konkrétnímu nemocnému člověku, ale i jeho zaměstnavateli a tím i celé ekonomice. Dopad na své peněženky vidí každý z nás na své výplatní pásce za měsíc, kdy byl nemocný. Často si ale neuvědomujeme, že v celkových číslech se jedná o tak významné ztráty, že se promítají i do státního rozpočtu a tím se dotýkají každého z nás.

Dalšími problémy, které způsobují velké výdaje ve zdravotnictví jsou stárnutí populace a tzv. civilizační choroby. Jedná se o souhrnný název nemocí, na jejichž vzniku se podílí neovlivnitelné faktory, jako jsou věk, rodinná zátěž nebo pohlaví, a faktory ovlivnitelné, které jsou způsobené moderním nezdravým životním stylem, např. nadměrnou konzumací vysoce kalorických nebo nekvalitních potravin, nedostatek pohybu a spánku, stres, alkohol, kouření a v neposlední řadě i znečištěné životní prostředí. Tyto faktory způsobují nahromadění volných radikálů v organismu, a tím urychlují rozvoj mnoha nemocí. Česká republika má světové prvenství ve výskytu kardiovaskulárních onemocnění. V zemích s nejnižší spotřebou živočišných potravin, resp. živočišných bílkovin, je úmrtnost na tyto nemoci desetkrát nižší. S tím souvisí i další závažný problém české populace a tím je obezita, která podle statistik postihuje v současné době až 40 % Čechů.³⁰ Nutno ale dodat, že tato nelichotivá čísla nejsou jen důsledkem lehkomyšlného a nezodpovědného přístupu Čechů ke zdraví, ale také tím, že spousta lidí si kvůli své finanční situaci kvalitní a zdravé potraviny pravidelně nemůže dovolit. Mezi další civilizační choroby patří např. vysoký krevní tlak, cukrovka, některá nádorová onemocnění a vrozené vývojové vady, alergie, deprese, předčasné porody, potraty, astma a apod.³¹ K prevenci těchto chorob nestačí jen užívat potravinové doplňky či vitamíny a věřit v jejich zázračné účinky. Životní styl ovlivňuje zdraví minimálně z 50 %, vztah je však vzájemný. Zdravotní stav rovněž ovlivňuje životní styl jedince. Proto je důležité snažit se režimovými opatřeními těmto chorobám předejít a užívat si lepší, zdravější a hodnotnější život. Navíc tím, že budeme šetřit své zdraví, budeme zároveň šetřit i peníze ve zdravotnictví na léčbu vůlí neovlivnitelných, vážných a nákladných chorob.

³⁰ MAKAROVÁ, A. *Civilizační choroby*. [online]. © 29.11.2010. [cit. 2012-12-2]. Dostupné z: <http://civilizacni-choroby.zdrave.cz/civilizacni-choroby/>

³¹ MZČR. *Zdraví pro všechny v 21.století*. [online]. © 2001-2008. [cit. 2012-12-2]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf&nazev=Zdraví 21 - Cile 1-9.pdf>

4 Pojetí spoluúčasti pacienta v ČR

Prakticky ve všech zemích EU již veřejné zdroje, ať z daní nebo z veřejného zdravotního pojištění nestačí na pokrytí všech výdajů na zdravotní péči a zavádí se další formy finanční spoluúčasti na její úhradě. Většinou za pacienta hradí největší část jím čerpané péče zdravotní pojišťovna a on sám se navíc podílí formou spoluúčasti a platí určitou část hotově nebo ze svého komerčního pojištění (doplatky, regulační poplatky, platby za nehrazenou a nadstandardní péči). Výše spoluúčasti je v jednotlivých zemích odlišná a různé jsou i výjimky a limity, které se k ní vztahují a zohledňují tak sociální dopady poplatků. V České republice upravuje povinnost spoluúčasti zákon číslo 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.³² ..

Podle prohlášení vlády by se spoluúčast pacientů měla velmi zvolna zvyšovat až na průměr obvyklý ve vyspělých evropských zemích. Nutné je ovšem velmi pečlivé zvážení dopadů na všechny skupiny obyvatel. Podle statistik spoluúčast ve zdravotnictví nepředstavuje pro většinu českých domácností zásadní položku. Tvoří ji v průměru necelá 3 % všech spotřebních výdajů domácností. To je o něco méně, než vydáme za alkohol a tabák, které mají na zdraví přesně opačný efekt. Tento vztah přitom platí i u desetiny nejchudších domácností v zemi. O něco vyšší jsou výdaje na zdraví v domácnostech důchodců, kde dosahují přibližně 4,5 %. Ale pouze necelá polovina z výdajů na zdraví jsou výdaje nutné, například za léky, zubaře či poplatky. Přibližně 53 % je zapláceno za různé vitamíny, doplňky stravy, homeopatika apod. Necelá čtvrtina výdajů jde na doplatky za částečně hrazené léky. Tuto část je možné zmenšit, pokud pacient bude po svém lékaři vyžadovat předpis plně hrazeného léku. Zbytek, tedy 12 %, představují regulační poplatky.^{33 34}

Většina druhů spoluúčasti, stejně tak jako celé naše zdravotnictví, funguje na principu solidarity. Ten se dá jednoduše vysvětlit tak, že všichni platíme do jednoho rozpočtu, ze kterého je pak hrazena zdravotní péče, kterou nemocní lidé v našem státě potřebují. Ti

³² JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

³³ *Jak se mění zdravotnický systém v roce 2012*. [online]. © 2012 Úřad vlády ČR. [cit. 2012-12-2]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/inzerce_reforma_zdravotnictvi.pdf

³⁴ Zmíněná data představují průměrnou populaci, což může snadno zakrýt poměry v některých specifických sociálně slabších skupinách.

čerpají péči v takovém množství, které jejich zdravotní stav vyžaduje, a to zcela bez ohledu na to, kolik oni sami do systému vložili peněz. Problém je, že ve všech vyspělých zemích velmi rychle narůstají výdaje za zdravotní péči. Je to dáno rychlým rozvojem medicíny, zvyšováním životní úrovně, nárůstem civilizačních chorob, stárnutím populace a dalšími faktory (např. nedostatečně regulovaným farmaceutickým trhem a jeho snahou o maximalizaci nebo alespoň udržení stávajícího zisku). Zdravotní péče je tedy čím dál tím dražší. Protože se však o zdravotnictví u nás stále mluví jako o "bezplatném", málo lidí ví, jak moc ve skutečnosti péče lékařů, léky, zdravotní pomůcky, operace atd. stojí. Namátkou můžeme uvést několik položek, které napoví, kolik za konkrétní úkony zdravotní pojišťovny platí. Velice často lidé namítají, že platí každoročně nemalé částky za zdravotní pojištění a přitom zdravotní péči čerpá minimálně a proto nechápou, proč by měli vynakládat další finanční prostředky např. na placení regulačních poplatků. Přitom si ale vůbec neuvědomují, že jejich např. 60 tisíc Kč zaplacených na zdravotním pojištění uhradí pouze přibližně tři porody císařským řezem nebo tři operace slepého střeva. Implantace kardiostimulátoru už stojí zhruba 250 tisíc. Transplantace srdce vyjde na 1,5 milionu Kč. Léčba rakoviny děložního čípku stojí mezi 120 – 220 tisíci Kč, jeden den na JIP 30 – 50 tisíc, na ARO až půl milionu Kč. Jeden pacient s roztroušenou sklerózou léčený moderními účinnými léky stojí ročně cca 330 tisíc Kč a takto by se dalo pokračovat. Nepříjemným, leč pravdivým faktem tedy je, že ze zdravotního pojištění průměrně vydělávajícího člověka placeného po celý jeho život lze uhradit „jen“ pár dní na ARO nebo několik nejmodernějších vyšetření a zákroků, nic víc. Zdravotní pojištění, které si běžný občan ze svého příjmu každý měsíc platí, je tedy opravdu spíše výrazem solidarity s nemocnými, než opravdovým vyčíslením nákladů na zdravotní péči v celém jejím rozsahu.³⁵

Ozdravit financování českého zdravotnictví není možné pouze přidáváním peněz do systému, ani čistě za pomoci zefektivňování procesů a protikorupčních opatření. K dosažení maximálně přínosného řešení pro všechny je potřeba jít oběma cestami zároveň. Proto se u nás neustále zvyšuje spoluúčast pacientů. Idea spojená se spoluúčastí je taková, že na levné banality, regulační poplatky, léky do 50 Kč apod. si

³⁵ VZP. *Otázky a odpovědi*. [online]. © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/regulacni-poplatky-za-zdravotni-peci/129/proc-platim-poplatky-kdyz-nevycerpam-co-jsem-odvedl-na-zalohah>

může připlatit naprostá většina z nás s tím, že ti úplně nejchudší jsou ze spoluúčasti částečně vyjmuti, a v momentě potřeby nákladné léčby, kterou si většina obyvatel nemůže dovolit, je potřebná péče plně hrazená zdravotními pojišťovkami. Ačkoliv se to některým z nás nezdá, je potřeba věřit, že spoluúčast je zvyšována sociálně šetrným způsobem a po předchozí analýze a vede k tomu, že skutečně potřebná péče je dostupná každému z nás.³⁶

Je také docela možné, že právě finanční účast pacienta na kontaktu se svým lékařem jej konečně osvobodí z jeho pocitů méněcennosti a stane se psychologickou pobídkou k rovnocennému vyjednávání a hledání společné terapeutické dohody.³⁷

4.1 Regulační poplatky

K 1.1 2008 vstoupil v platnost zákon č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů a jeho součástí je i změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon z právního hlediska popisuje novou formu spoluúčasti pacientů na zdravotní péči a to tzv. regulační poplatky. Tato problematika je od svého zavedení velmi citlivým a diskutovaným tématem, které i po čtyřech letech stále plní přední stránky novin a to i proto, že během té doby se několikrát změnila kritéria jejich vybírání i jejich výše. Nejdříve se poplatky týkaly všech pacientů a ochranný limit byl stanoven pro všechny bez rozdílu na 5 000 Kč. Od 1. 4. 2009 platí novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, která zrušila regulační poplatek 30 Kč pro děti do 18 let za návštěvu u lékaře. Pro ně i seniory nad 65 let byl navíc snížen limit na 2 500 Kč.³⁸

Regulační poplatky a jejich efekt, morálnost a dopady na jednotlivé skupiny jsou již několik let velmi oblíbeným a stále aktuálním předvolebním tématem. Velké procento

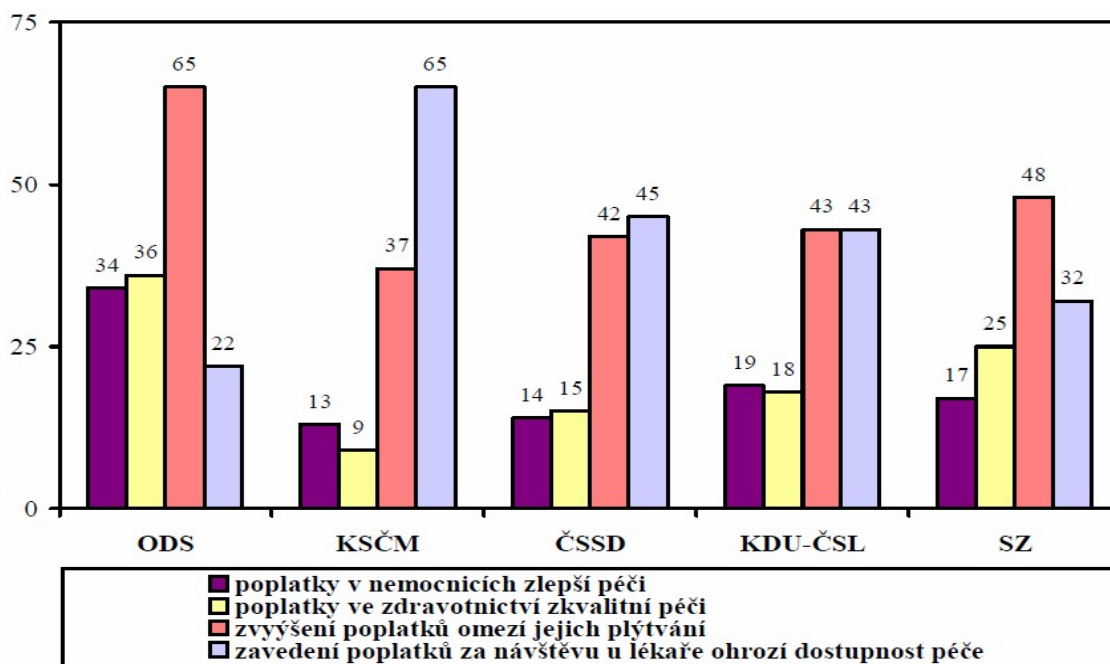
³⁶ MZČR. *Průvodce pacienta po změnách v českém zdravotnictví. [online].* © 29.02.2012. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/pruvodce-pacienta-po-zmenach-v-ceskem-zdravotnictvi-9122.html>

³⁷ MOOS, P. *Spoluúčast pacienta na úhradě zdravotní péče. [online].* © 05.01.2005. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.petrmoos-psycholog.ic.cz>

³⁸ AKCENT Informační kanál VZP. *Regulační poplatky a doplatky přinášejí do systému miliardy.* 2012, roč. 3, č. 6. [online]. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/akcent-06-2012.pdf>

pacientů, hlavně senioři, rodiny s malými dětmi a sociálně slabší vrstvy obyvatelstva totiž s regulačními poplatky nesouhlasí, a tak se dají výrazně ovlivnit sliby o jejich snížení nebo úplném zrušení. Názor na poplatky, jejich smysl a efekt má tedy velký vliv na stranickou preferenci a naopak (viz. Graf 4).

Graf 4: Hodnocení zavedení poplatků ve zdravotnictví (podle stranických preferencí)



Zdroj: STEM, Trendy 1/2008, 1362 respondentů starších 18 let. [online]. © Mikosoft Praha s.r.o.. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.stem.cz/>

O vlivu medializace a politizace tohoto tématu ale bude tato práce pojednávat později. Nejdříve je potřeba stručně nastínit, proč vlastně poplatky vznikly, přehledně popsat zásady jejich vybírání, výjimky od nich osvobozené, fungování ochranného limitu a pokusit se zachytit pohledy na ně z co nejvíce stran.

4.1.1 Důvody jejich zavedení

Hlavním cílem zavedení regulačních poplatků mělo být nejen posílení role pacienta a soukromých finančních zdrojů na fungování celého systému, zajištění jeho efektivity a finanční stability, a tím zkvalitnění zdravotních služeb a péče, ale také potřebné zamezení zneužívání nebo nadužívání lékařské péče a léků. Pomoci změnit toto naše nezdravé "zdravotní" chování pomocí pravidelného zásahu do našich peněženek, byl původní smysl a účel tohoto reformního kroku, který ale zdaleka, jak vyplývá

z dlouhodobých průzkumů a statistik, nesplnil naděje do něj vkládané. Lidé si na tuto svou novou povinnost rychle zvykli a své návyky a přístup k vlastnímu zdraví příliš nezměnili.

Účelem regulačních poplatků je také posílení solidarity ve zdravotnictví (v tomto případě solidarita nemocných s ještě vážněji nemocnými), na jejímž principu je založeno i celé veřejné zdravotní pojištění. Regulační poplatky se ale na rozdíl od něj váží na konkrétní využití poskytované zdravotní péče a služeb. Na straně pacientů by měly sloužit v první řadě k tomu, aby si uvědomili, že zdravotní služby nejsou zadarmo, a že uhrazený poplatek je jen zlomkem jejich ceny. Měly by odradit pacienta od bezohledného chování spočívajícího ve zbytečných návštěvách lékařů, hromadění nepotřebných léčiv hrazených ze zdravotního pojištění a tím plýtvání finančními prostředky, které by místo toho mohly být použity na léčbu vážně nemocných. Takto zní oficiální důvody zavedení a jistě na nich je spousta pravdy a skoro každý nějaký případ obdobného chování ze svého okolí zná. Na druhou stranu, pokud se někdo podobně nikdy nechoval a dnes je starý, nemocný, bere pravidelně několik léků a snaží se vyjít s velmi omezenými příjmy, nikdy ho tyto argumenty nepřesvědčí, bude se cítit diskriminován a zůstane napořád odpůrcem poplatků.

4.1.2 Typy poplatků

V českém zdravotnictví jsou momentálně zavedeny čtyři základní typy poplatků. Nejnižší třicetikorunový poplatek platí dospělí pacienti za klinické vyšetření u lékaře v ordinaci nebo v případě, že je lékař navštíví a ošetří doma. Výraz klinické je zde klíčový a poskytne pacientům jednoduchou pomůcku na to, kdy platit a kdy ne, proto si ho následně podrobněji vysvětlíme. Dále se tato částka platí v lékárně za recept, 90 Kč za návštěvu pohotovosti a 100 Kč za den pobytu v nemocnici.

Klinická vyšetření jsou ta, kdy lékař zkoumá zdravotní stav, stanoví diagnózu i způsob léčby. Jde tedy obecně o situaci, kdy lékař vyšetřuje pacienta se zaměřením na aktuální potíže nemocného (= cílené vyšetření) nebo následně zjišťuje odeznění příznaků či pokračování nemoci (= kontrolní vyšetření). Základem každého klinického vyšetření je kromě pohovoru s pacientem a zhodnocení jeho subjektivních potíží, hlavně objektivní fyzikální vyšetření. Za takovéto vyšetření má lékař povinnost vybrat a pacient uhradit regulační poplatek. Pokud navštíví pacient se stejnými obtížemi více lékařů (např. pro

bolest zad bude vyšetřen u praktického lékaře, ortopeda a neurologa) za každé klinické vyšetření platí pacient poplatek zvlášť. Pokud ovšem lékař neprovede celkové objektivní vyšetření, tzn., že s pacientem proběhne „jen“ pohovor, zhodnocení jím popsaných potíží, poskytnutí informací nebo rady, sepsání zprávy a např. vystavení receptu atd., tehdy může vykázat pojišťovně k úhradě „jen“ výkon minimálního kontaktu, na který se povinnost regulačního poplatku nevztahuje.³⁹

Stává se ale bohužel, že tyto zásady jsou v praxi porušovány. Například existují lékaři, kteří vybírají poplatky paušálně, kdy to např. probíhá tak, že je vybírá sestra již v čekárně spolu s průkazkami zdravotní pojišťovny, aniž by věděla, s čím pacienti přicházejí. Snadno se pak stane, že pacienti z neznalosti nebo obavy z odporu nebo dokonce konfliktu se svým lékařem zaplatí i v případech, kdy by platit nemuseli. Jindy, aby bylo vybrání poplatku formálně podloženo, nechá lékař sestru alespoň změřit pacientovi tlak, nebo sám provede jiný jednoduchý úkon, přestože to pacientův zdravotní stav ani pacient sám od sebe nevyžadují. Někdy se objevují případy, kdy lékaři metodické pokyny ministerstva porušují tím, že poplatky naopak nevybírají v případech, kdy by měli a to např. z důvodu známosti s pacientem, odpuštění dluhu nebo třeba stanovením vlastní skupiny od poplatku osvobozené. Tato gesta jsou sice pěkná a zmíněné pacienty jistě potěší, ale jsou i pro ně matoucí a zavádějící a ostatní, pokud se o takových případech doslechnou, jistě popudí a někteří se pak mají tendenci marně dožadovat téhož znova nebo v jiných ordinacích.

4.1.3 Plátcí poplatků

Regulační poplatky v případech popsaných výše hradí pojištěnec, který se účastní veřejného zdravotního pojištění, pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva a cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu.⁴⁰

³⁹.MZČR. *Metodický pokyn. [online].* © 02.01.2012. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

⁴⁰ MZČR. *Metodický pokyn. [online].* © 02.01.2012. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

Oficiálně je výjimka v osvobození od placení poplatků podle zákona o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.) poskytována pojištěnci, který čerpá dávky pomoci v hmotné nouzi.⁴¹ Pacient při návštěvě lékaře či lékárny musí doložit, že je od poplatků osvobozen, a to rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, ne starším 30 dnů.

Poplatky rovněž neplatí pojištěnec, kterému jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.⁴² Dále jde o pojištěnce umístěné v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Regulační poplatky rovněž neplatí osoby umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče. Dalšími skupinami jsou například pacienti při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci či karanténních opatřeních ve zdravotnickém zařízení k zajištění ochrany veřejného zdraví, dále při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při výkonu zabezpečovací detence. Také v případě, že nejde o zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, ale pacient si ji hradí z vlastních prostředků nebo ji má hrazenou z komerčního pojištění či z jiných zdrojů, se regulační poplatky neplatí.⁴³

Jestliže aktuální zdravotní stav pacienta vyžaduje neodkladnou péči, je ho lékař povinen ošetřit i tehdy, když u sebe nemá k dispozici hotovost potřebnou k uhrazení regulačního poplatku. Vzniká tím však pacientovi dluh a je jen na lékaři nebo zdravotnickém zařízení, jakým způsobem ho od něj bude vymáhat. Povinnost poplatky vybrat má ale lékař ze zákona danou.⁴⁴

⁴¹ Mezi tyto dávky patří příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc.

⁴² A to v případě, že po úhradě za ubytování a stravu představuje stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem. Tuto skutečnost prokazuje potvrzením (opět ne starším než 30 dnů), které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.

⁴³ MZČR. *Metodický pokyn*. [online]. © 02.01.2012. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

⁴⁴ VZP. *Otázky a odpovědi*. [online]. © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/regulacni-poplatky-za-zdravotni-peci/134/osetreni-kdyz-pacient-nemuze-uhradit-reg-poplatek>

4.1.4 Využití poplatků

Poplatky zůstanou vždy tomu zdravotnickému zařízení nebo soukromému lékaři, které je vybere. Jsou příjmem navíc, který pouze podléhá zdanění. Tyto finanční prostředky by měly být využity ve prospěch pacientů a měly by nějakým způsobem zlepšovat podmínky a kvalitu poskytované zdravotní péče a služeb. Přesněji jejich využití ale určeno nebo dokonce nařízeno není a neexistuje ani žádný systém kontroly, zda se tak děje. Vybranými poplatky sice dál disponují i lékárny, snižuje se jim však marže z prodeje léku.⁴⁵ Zavedení poplatků se tedy na jedné straně stalo zdrojem příjmů zdravotnických zařízení na zlepšení služeb pro pacienty, na druhou stranu může znamenat nemalé finanční zatížení především pro staré a chronicky nemocné lidi, které zdravotní péči čerpají nejčastěji a tím vyvolává riziko porušení sociální solidarity, že daleko více budou zatíženi chudí a nemocní, kteří musí platit více oproti zdravým a bohatým.⁴⁶

4.1.5 Ochranný limit

Pokud zdravý člověk onemocní párkrát do roka běžným onemocněním, finanční ztrátu v podobě zaplacených poplatků nejspíš ani nezpozoruje. Chronicky nemocný pacient je ale v péči lékaře mnohem častěji, chodí na pravidelné kontroly, potřebuje brát dlouhodobě velké množství léků, nutná je občas i hospitalizace. Takový člověk již určitě vynaložené prostředky vnímá jako velký zásah do svého osobního nebo i rodinného rozpočtu. Aby se tedy finanční spoluúčast nestala pro některé pacienty neúnosnou, stanovilo ministerstvo zdravotnictví ochranný roční limit ve výši 5 000 Kč pro dospělé do 65 let a 2 500 Kč pro děti do 18 let a seniory nad 65 let.⁴⁷

⁴⁵ BUŘÍNSKÁ, B., *Poplatky ve zdravotnictví: kolik za co a kdy už nemusíte platit.* [online]. © 5.3.2012. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/zdravotnictvi/232090-poplatky-ve-zdravotnictvi-kolik-za-co-a-kdy-uz-nemusite-platit>

⁴⁶ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

⁴⁷ BUŘÍNSKÁ, B. *Zdravotní pojišťovny vracejí poplatky. Ne všechny a ne všem.* [online]. © 02.07.2010. [cit. 2012-12-1]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/zdravotni-pojistovny-vraceji-poplatky-ne-vsechny-a-ne-vsem-pq2-/viteze.aspx?c=A100625_153826_viteze_bab

Každému pojištěnci se do ročního ochranného limitu počítají tzv. „započitatelné poplatky“ tj. za návštěvu u lékaře, poplatky za jeho návštěvu v bytě pacienta a poplatky za recept společně s doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky, avšak pouze ve výši doplatku na nejlevnější dostupný lék na trhu s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou formou podání. Skutečný doplatek na lék se v plné výši započítá pouze tehdy, pokud lékař na receptu vyznačí „nezaměňovat“. Konkrétní rozhodnutí o preskripci je na lékaři, který odpovídá za léčbu a musí mít medicínské opodstatnění. Zdravotní pojišťovny ve svém vlastním zájmu kontrolují, zda tato možnost není zneužívána. Samy si totiž na vrácení poplatků u překročených limitů stěžují s odůvodněním, že vlastně posílají klientům peníze, které od nich nikdy nepřijali, neboť regulační poplatky a doplatky jsou výhradním příjmem zdravotnických zařízení a lékáren.

Mezi naopak „nezapočitatelné poplatky“ patří poplatky za pohotovost a poplatky za pobyt v lůžkovém zařízení. Odečteny nebudou ani doplatky na zdravotnické prostředky, doplatky na léčivé přípravky obsahující léčivé látky podpůrné a doplňkové a doplatky na léčivé přípravky, jejichž úhrada je nižší než 30 % maximální ceny.

Jestliže součet započitatelných poplatků přesáhne roční ochranný limit 5 000 Kč, zdravotní pojišťovna je klientovi povinna vrátit přeplatek do 60 dnů po skončení čtvrtletí, během kterého k překročení limitu došlo. V průběhu následujících kvartálů daného kalendářního roku mu potom budou postupně propláceny všechny další započitatelné poplatky a doplatky (opět do 60 dnů po skončení čtvrtletí). Pouze částky nižší než 50 Kč za kvartál vrací pojišťovna najednou po skončení roku. Každý pojištěnec má jedenkrát za rok nárok požádat o bezplatné poskytnutí výpisu z osobního účtu pojištěnce, který obsahuje rovněž výpis regulačních poplatků a doplatků.

Každý rok překročí stanovené limity úhrady zdravotní péče až tisíce pojištěnců. Pojišťovny uvádějí, že se jedná o pouhá procenta vzhledem k celkovému počtu klientů, které evidují. Každý rok se ale počty klientů, u kterých došlo k překročení limitu zvyšují a vyšší jsou i částky jim vyplácené. V celkovém součtu pojišťovny vyplácejí milionové částky.^{48 49}

⁴⁸ MZČR. *Metodický pokyn*. [online]. © 02.01.2012. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

⁴⁹ Např. podle údajů VZP v roce 2011 překročilo limit 431 tis. pojištěnců a vyplaceno bylo 385 mil. Kč.

4.1.6 Vnímání regulačních poplatků

Co se týče názorů na regulační poplatky ze strany zdravotníků a pacientů, v obou táborech se najdou zastánci i odpůrci. Část zdravotníků i lékařů může vnímat jejich vybírání a administrativu s nimi spojenou jako práci navíc a ještě k tomu občas spojenou s negativními reakcemi některých pacientů nebo vlastními pocity soucitu a lítosti nad některými např. starými, chronicky nemocnými pacienty, kteří evidentně nikdy systémem nezneužívali a dnes, kdy musí počítat každou korunu, doplácí na jiné. Obzvlášť když se navíc ukazuje, že svůj původní regulační účel poplatky stejně příliš neplní. Pacienti poplatky často vidí jako zdražení služeb, vadí jim i fakt, že neví, kam přesně jejich peníze jdou a na co jsou využity, nebo že jsou soukromým příjmem lékaře nebo zdravotnického zařízení. To je jistě fakt, ale bylo by dobré zmínit určité souvislosti a fakta mluvící také v jejich prospěch.

Pokud by se měl systém poplatků ještě dále komplikovat výjimkami a nebo zrušit úplně, nejspíš dojde k tomu, že regulace, které alespoň částečně začaly fungovat, bude potřeba dříve či později nahradit zvýšením pojistného a nebo vyšším státním příspěvkem z našich daní. Proto ministerstvo zdravotnictví zastává názor, že je v tuto chvíli lepší tento systém zachovat jako celek a teprve po důkladném vyhodnocení ho eventuálně nějakými opatrnými zásahy částečně upravit. Navíc ministr zdravotnictví Leoš Heger věří, že například praktickým lékařům, kteří denně vyšetří až 50 pacientů, toto přilepšení k platbám od pojišťoven skutečně náleží. Je potřeba si uvědomit, že tito lékaři, kteří jsou všude jinde skutečně vážení jako pilíře péče prvního kontaktu, se léta potýkali s problémy se zdravotními pojišťovnami, na kterých jsou závislí. Zpožděné platby jim velice zneprjemňovaly život a mnozí se museli i zadlužit. Nyní mají konečně šanci na vyšší příjem.⁵⁰

Uvědomme si také, jak vysoké nároky jsou na lékaře kladeny. Dlouhá profesní příprava, nutnost celoživotního vzdělávání, obrovská zodpovědnost, stres. Platová politika ve zdravotnictví také ve srovnání se zahraničím není pro většinu lékařů zrovna uspokojivá a pocit podhodnocení je pak často důvodem odchodů mladých a perspektivních lékařů do zahraničí nebo živnou půdou pro korupci. Proces stárnutí obyvatelstva se tak

⁵⁰ HEGER, L. *Regulační poplatky - výraz spoluúčasti a solidarnosti*. [online]. © 28.01.2010. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://virtually.cz/archiv.php?art=16568>

nevyhýbá ani této skupině. Demografie lékařů ukazuje jako nejsilnější věkovou kategorii 53 – 62 let, jejich další počty s klesajícím věkem ubývají.⁵¹ O toto dříve mnohem pozitivněji a prestižněji vnímané povolání u dnešních mladých lidí přestává být zájem. Pokud by regulační poplatky v podobě příjmu navíc pomohly alespoň trochu zmírnit tyto problémy, bylo by to jistě přínosem.

U některých lidí může přímá finanční spoluúcast (nejen regulační poplatky, ale také placený nadstandard, sponzorský dar apod.) naopak vyvolat pozitivní pocit jejich stoupající důležitosti a zlepšení svého postavení v asymetrickém vztahu pacient – lékař. Pacient by měl začít vnímat rozdíl, neboť dosud byl pouze pasivním účastníkem – konzumentem zdravotnických služeb. Nový zákon o zdravotnických službách ale posílil jeho postavení, rozšířil jeho práva, dal mu větší možnost potenciálních stížností a v neposlední řadě, tím, že bude přinášet další díl peněz do zdravotnictví, by se měl zákonitě stát vzácnějším a zdravotnická zařízení by o něj nabídkou lepších služeb měla bojovat a více si ho vážit.

4.1.7 Dopady regulačních poplatků na spotřebu zdravotnických služeb

Očekávání tvůrců a příznivců zákona zavádějících regulační poplatky bylo v tomto směru veliké a všichni se také v prvních měsících po jeho zavedení radovali z výrazného snížení počtu návštěv u lékařů i spotřeby léků. Až později se ukázalo, že významný pokles počtu receptů byl dán hlavně efektem očekávání a velkým předzásobením léky a to mělo vliv i na nižší počet návštěv na ambulancích. Ty se postupně vrátily téměř na svou původní úroveň (se zohledněním dlouhodobého klesajícího trendu). Přestože je ale vliv regulačních poplatků na chování pacientů menší než se očekávalo, nějaký pozitivní efekt se jim upřít nedá.

Počty ošetření dospělých na lékařské službě první pomoci (LSPP) se zavedením regulačního poplatku poklesly o 41,1 % oproti roku 2007. Ošetření dětí o 25,0 %, počty ošetření na LSPP stomatologické o 36,7 %. Za celé posuzované období 2007 až 2011

⁵¹ VALŠUBA, K. *Počtní stav a věková struktura lékařů ve smluvních zdravotnických zařízeních VZP*. INFOSERVIS: informační kanál pro smluvní partnery VZP ČR, 2012, roč.3, č.2 [online]. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-02-2012.pdf>

zůstává toto podstatné snížení počtu ošetření v rámci LSPP zachováno. Počty ošetření na LSPP pro dospělé v roce 2011 byly dokonce o 53,5 % nižší než v roce 2007.⁵²

Na druhou stranu ale možná díky tomu, vzrostl počet událostí řešených zdravotnickou záchrannou službou na základě tísňové výzvy a to v období 2007 až 2011 ze 686 tisíc případů na 811 tisíc případů a navíc část zdravotnických zařízení provozující pohotovostní lékařskou službu byla v posledních letech zrušena, takže pokles je jistě tak výrazný i z tohoto důvodu.

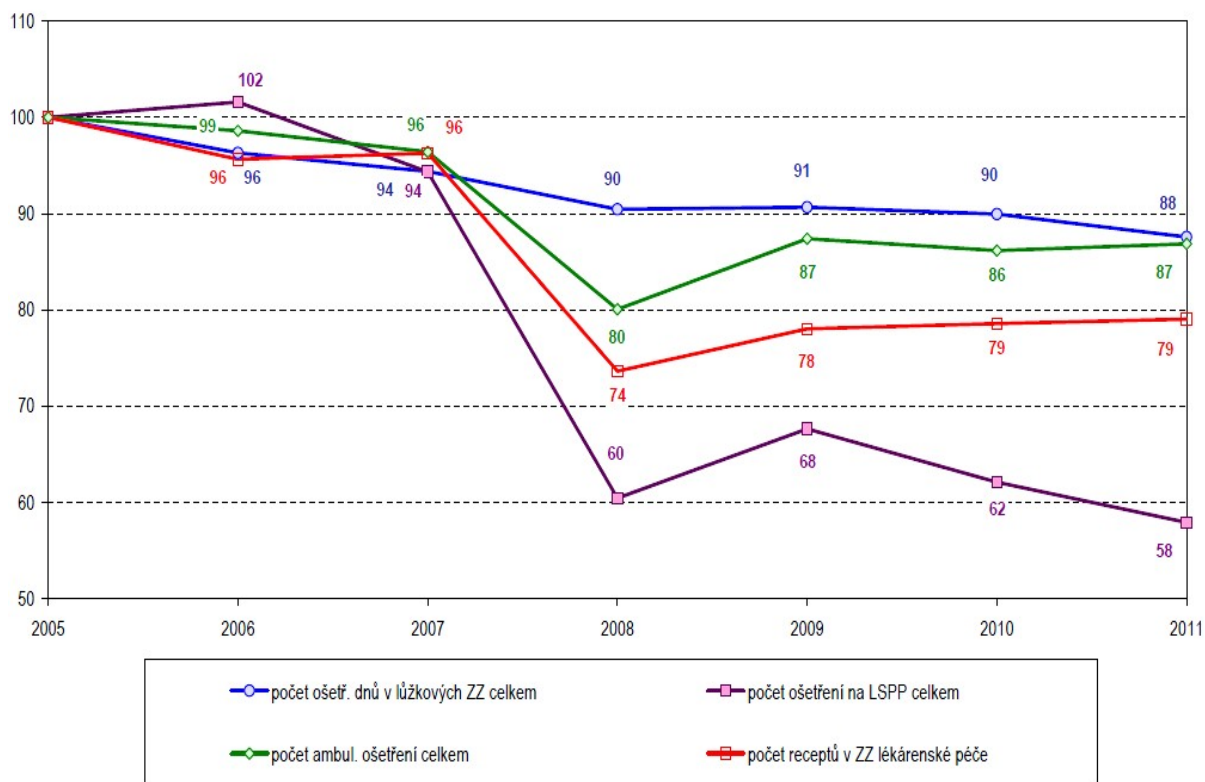
Celkové počty ambulantních ošetření/ vyšetření v roce 2008 poklesly o 17 % oproti roku 2007, zatímco v předešlých letech se tyto počty snižovaly pouze o 2 – 3 % ročně. Do roku 2011 došlo opět k růstu počtu ambulantních vyšetření o 8,5 %.

Počty návštěv ve stomatologických ambulancích se zavedením regulačních poplatků nezaznamenaly výrazný pokles srovnatelný s poklesem návštěv u jiných ambulantních oborů. Důvodem může být i určitá již zažitá tichá akceptace nutné spoluúčasti při návštěvě zubní ordinace. Počet receptů přijatých v lékárnách se také dlouhodobě snížil. V roce 2011 to bylo na 82,1 % počtu receptů z roku 2007.⁵³

⁵² Toto srovnávání se týká pouze celkových počtů ošetření na LSPP podle odevzdaných statistických výkazů a nezabývá se místní a časovou dostupností LSPP.

⁵³ ÚZIS. POPOVIČ, I. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2011*. 18.9.2012. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2012. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/47_12.pdf

Graf 5: Spotřeba zdravotnických služeb 2005 – 2011



Zdroj: ÚZIS. POPOVIČ, I. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2011*. 18.9.2012. [online] © ÚZIS ČR 2010-2012. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/47_12.pdf

Podle zjištění ČSÚ přesáhlo v období 2008 – 2010 inkaso regulačních poplatků ve zdravotnictví každoročně kolem 5,5 mld. Kč. Výši inkasa regulačních poplatků za rok 2011 lze předpokládat srovnatelnou s předcházejícími roky. Je pravděpodobné, že v případě nezavedení regulačních poplatků by si udržení systému financování zdravotnictví vyžadovalo jiné dodatečné zdroje. Jako regulační tedy zafungovaly poplatky jednoznačně u návštěv na pohotovosti a částečně u receptů⁵⁴. U ambulantních zdravotnických služeb a zdravotnických služeb v lůžkových ZZ zřejmě jen zdůraznily trend postupného snižování z minulých let.⁵⁵

⁵⁴ Zde je pokles jistě způsoben i zrušením úhrad u levných, dříve běžně předepisovaných léků (Paralen, Acylpyrin apod.), které již nemá smysl na recept psát.

⁵⁵ ÚZIS. POPOVIČ, I. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2011*. 18.9.2012. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2012. [cit. 2012-12-3]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/47_12.pdf

4.1.8 Vyhlídky do budoucnosti

Ministerstvo zdravotnictví v dubnu 2012 představilo druhou fázi reformy zdravotnictví. Jednou z nejvýraznějších změn od roku 2014 by podle návrhu ministra Hegera mohl být nárůst poplatků za návštěvu u lékaře z 30 na 50 Kč, přičemž za návštěvu specialisty bez doporučení by se mohlo platit 200 i více korun. ČSSD podrobila tyto zamýšlené kroky kritice. Jejich předseda Bohuslav Sobotka slibuje, že v případě volebního vítězství řadu opatření Nečasova kabinetu včetně všech poplatků zruší. Je připravená ponechat pouze poplatek na stravu v nemocnicích, který chce ale snížit ze stávajících sto korun na šedesát a ten ještě limitovat pouze na 30 dní v roce.⁵⁶ Osud reformy a její dopady na veřejnost a naše zdravotnictví tedy výrazně ovlivní výsledek dalších voleb.

4.2 Doplatky na léky a léková reforma

Kolik peněz v lékárně necháme, ovlivní změny v regulačních poplatcích, v některých zákonech a hlavně v úhradovém systému. Nově neplatíme 30 Kč za položku na receptu, ale za celý recept. Což je pro pacienty na první pohled pozitivní změna. Na druhou stranu se ale poplatek přestal odečítat od doplatku za léky, ale naopak se k němu přičítá a tak teprve nyní začal být opravdu výdajem navíc. K tomu je ještě nový zákon mnohem důslednější v případě nabízení výhod poskytovaných lékárnami, jako jsou například slevy kompenzující poplatek za recept. Pokud by je i nadále nabízely, hrozí jim pokuta.⁵⁷

Změny u volně prodejných léků a léků s cenou do 50 Kč se projevovaly postupně v průběhu prvního pololetí 2012, tak jak Státní ústav pro kontrolu léčiv uváděl změny zákonů postupně do života a tyto léky vyřazoval z úhrad. Od dubna 2012 si léky, na

⁵⁶ Heger-navrhl, aby-poplatky u lékařů vzrostly na 50 a 200 korun. [online]. © 12.04.2012. [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/264656-heger-navrhl-aby-poplatky-u-lekare-vzrostly-na-50-a-200-korun.html>

⁵⁷ SVOBODOVÁ, M. Rok 2012 zásadně mění zdravotnictví: příplatky za nadstandard. [online]. © 30.01.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/rok-2012-zasadne-meni-zdravotnictvi-priplatky-za-nadstandard-p45-/viteze.aspx?c=A120126_113838_viteze_bab

kteří není nutný lékařský předpis, hradí vždy pacient a mohl by tak v některých případech i odpadnout důvod návštěvy lékaře.⁵⁸

Řadu úspor, ale i omezení korupce si ministerstvo zdravotnictví slibuje i od dalších změn v lékové politice. Kromě zmiňovaného třicetikorunového poplatku za recept bez ohledu na počet předepsaných léků se chystá například zavedení elektronického receptu. Vize je taková, že zdravotní pojišťovny budou vytvářet takzvané pozitivní listy podle cen léků, z nichž bude moci lékař vybírat vhodný lék. Pojišťovny by tak mohly aktivně ovlivnit předepisování cenově výhodných léčiv. Pacienti by zase získali od lékařů potřebné informace o jejich cenách a mohli by platit méně za případné doplatky. To by bylo v situaci, kdy mají být ze zdravotního pojištění hrazeny nejvýše tři čtvrtiny ceny nejlevnějšího léku, jistě přínosem. Uvedený systém by měl podle ministerstva zdravotnictví přinést větší konkurenci, a tím i pokles cen léčivých přípravků, stejně jako nový způsob určování maximálních cen léčiv. Při jejich stanovení by se již nevycházelo ze tří nejnižších cen referenčního koše z osmi, ale 21 zemí. Maximální ceny léků by tak mohly klesnout až o třetinu.⁵⁹ Na druhou stranu se ale ukazuje, že některá ustanovení obsažená v zákoně 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jsou mimořádně tvrdá, zejména v oblasti stanovování výše úhrady léčivých přípravků z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V Evropě nemá obdobu, aby byla úhrada léčiva stanovena podle nejnižší ceny v jakékoliv zemi EU.⁶⁰

Už delší dobu se také zvažuje a diskutuje možnost generické preskripce. Ta znamená, že by lékař pacientovi předepsal jen název léčivé látky, nikoli obchodní název léku.⁶¹

"Od takovéto generické preskripce si slibujeme výrazné úspory v systému, a navíc tak plníme programové prohlášení této vlády," podotkl náměstek ministerstva zdravotnictví Petr Nosek. Zavedení generické preskripce provází i možnost nahradit levnějším

⁵⁸ BRETYŠOVÁ, T. *BONUS Info pololetník OZP*. [online]. © 2011- 2012. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: http://www.ozp.cz/files/bonus_1102.pdf

⁵⁹ MAŠEK, F. *Kolik si připlatíme na zdravotnictví*. [online]. © 22.07.2011. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/zdravotnictvi/215874-kolik-si-priplatime-na-zdravotnictvi>

⁶⁰ SUCHOPÁR, J. *Ceny a úhrady léčivých přípravků v ČR- pohled na minulost i budoucnost*. © (1999-2009). [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.parlament-vlada.cz/modules.php?name =News&file =article&sid=494>

⁶¹ Generikum je léčivý přípravek, který je vyroben podle značkových léků, jimž již skončila patentová ochrana. Jeho výhodou je zejména nižší cena oproti původnímu originálu.

preparátem lékařem předepsaná léčiva. "Tuto možnost zákon zná od roku 2008, avšak v praxi se příliš neužívá a je nutné tento stav změnit," uvedl Nosek.⁶²

Tím by měla být znemožněna korupce a ovlivňování lékaře ze strany farmaceutických firem. Je ovšem otázkou, zdali by se část tlaku a snaha o ovlivnění výdeje konkrétních léků nepřenesla z lékařů pro změnu na lékárníky.

4.3 Nadstandard

Další téma, o kterém tato práce pojednává je nově zaváděný systém nadstandardní péče. Dělení zdravotní péče na placený nadstandard a bezplatný standard patří k hlavním pilířům reformy ministra zdravotnictví Leoše Hegera. Za tzv. "nadstandard" v lékařské péči si pacienti v České Republice mohou připlatit od ledna 2012. Alespoň tehdy vešel v platnost zákon, kterému předcházela dlouhá diskuze a protesty odborů a opozice. Dokonce byla podána stížnost k Ústavnímu soudu, že navrhovaný zákon porušuje Listinu základních práv a svobod, podle níž mají lidé právo na bezplatnou péči na základě všeobecného pojištění. Stejným způsobem už ČSSD napadla zavedení regulačních poplatků. Ústavní soud ale ani jedné stížnosti nevyhověl.

Zákon už tedy několik měsíců platí, praxe se ovšem od původní představy výrazně liší a to hlavně malým zájmem, ne-li přímo nezájmem, jak ze strany zdravotnických zařízení, nemocnic, či lékařů, tak ze strany pacientů, kteří zatím mají o této možnosti málo informací a téměř ji nevyužívají.⁶³

4.3.1 Standard vs. Nadstandard

Dosud byl pojem nadstandard v souvislosti se zdravotnictvím spojován pouze s placenými službami, zvyšujícími komfort pacienta např. během hospitalizace (samostatný nemocniční pokoj s televizí, lepší strava) nebo ošetření lékařem mimo jeho ordinaci a ordinační hodiny nebo třeba bílá zubní výplň u zubaře. Tohle je ale něco

⁶² FOJČÍKOVÁ, Z. *Ministerstvo zdravotnictví představilo svou podobu standardu a nadstandardu.* [online]. © 17.05.2011. [cit. 2012-10-2]. Dostupné z: <http://www.mediafax.cz/domaci/3221997-Ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-svou-podobu-standardu-a-nadstandardu>

⁶³ *Přehledně: Jaký je zájem o nové nemocniční nadstandardy.* [online]. © 07.02.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/grafika/2012/02/07/prehledne-jaky-je-zajem-o-nove-nemocnici-nadstand/?cid=756970>

zcela nového. Nejdříve by asi bylo dobré si ujasnit, co vlastně standard a nadstandard znamenají. Slovo standard znamená normu, měřítko, správnou míru, něco obvyklého, očekávaného, přiměřeného. Odtud pak pramení výraz standardní (obvyklý, správný, přiměřený), nadstandardní (luxusní, zvláště vybavený). Normy (standarty) odrážejí odborný názor podložený přesvědčivými vědeckými studiemi a tyto normy jsou uznávány významnými autoritami v oboru. Využití těchto norem (standardů) je určeno výhradně pro odborné účely, pro usnadnění stálého zvyšování kvality péče, k výuce začínajících odborníků a fungují i jako způsob odborné diskuze mezi odborníky. Standard je velkou pomůckou, protože reprezentuje nepodkročitelné doporučení k diagnostickým a léčebným postupům.⁶⁴ Lékaři na systému standardů – jednotných doporučení pro léčbu pacientů pracují již několik let. Jeho spoluautoři chtějí přesvědčit ministerstvo zdravotnictví, aby práci využilo při definici standardu a nadstandardu. MZČR ale tvrdí, že odborná doporučení vznikají příliš pomalu a jsou pro účel úhradových standardů nepoužitelná.⁶⁵

4.3.2 Unikátní druh spoluúčasti

Co tedy tento nový systém standardní a nadstandardní péče ve skutečnosti znamená? V první řadě je nutno podotknout, že jde téměř o světový unikát. Obvykle se totiž systém zdravotnické péče dělí na veřejný, financovaný téměř výhradně ze zdravotního pojištění a státního rozpočtu a soukromý sektor, kde jsou předem stanovené podmínky a výše případné spoluúčasti. V České republice se ale zavedlo v rámci veřejného zdravotnictví dělení medicíny na tu „běžnou – standardní“ poskytovanou v rámci zdravotního pojištění a za běžné regulační poplatky a tu „lepší – nadstandardní“ za vyšší příplatek.

K dělení na tyto dva typy dochází tehdy, kdy se zdravotní péče, chirurgický zákrok, výkon apod. dá poskytnout nebo ho lze provést více způsoby. Ta základní, levnější varianta bude hrazena ze zdravotního pojištění a u té ekonomicky náročnější má pacient

⁶⁴ MZČR. *Co vás aktuálně zajímá. Otázky a odpovědi.* [online]. © 23.11.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/co-vas-aktualne-zajima-otazky-a-odpovedi_2026_13.html

⁶⁵ VÁLKOVÁ, H. *Lékaři na standardech dělají už roky. Ministerstvo na ně čeká nechce.* [online.] © 10.08.2011. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/lekari-na-standardech-delaji-uz-roky-ministerstvo-na-ne-cekat-nechce-11t-/domaci.aspx?c=A110808_192755_domaci_hv

možnost zaplatit rozdíl od standardu z vlastních zdrojů. Díky tomu může i tisíce korun ušetřit. Např. za lepší nitrooční čočku, kterou jste až dosud museli hradit v plné výši, zaplatíte o 3 000 Kč méně, což je cena čočky standardní, kterou za vás uhradí pojišťovna. Nebo pokud si dříve chtěl pacient místo klasické připlatit za odlehčenou umělou sádku, zaplatil za ní od 500 do 2 000 Kč. Po jejím přesunutí do seznamu nadstandardů však zaplatí lidé sotva polovinu. Část je hrazena pojišťovnou a zbytek ceny nemocnice často sníží, aby měly konkurenční výhodu. Pro nadstandard se pacient rozhodne naprosto dobrovolně a finanční rozdíl doplatí hotově v ordinaci. V seznamu nadstandardu je momentálně 18 položek a to: několik typů očkování (proti tetanu, sezonní chřipce, pneumokokovi, tuberkulóze, rakovině děložního čípku, vzteklině), modernější typy fixačních sádkových dlah a obvazů a implantace nitroočních očních čoček (tvrdá, měkká).⁶⁶

Od ledna roku 2013 se měl seznam dále rozšířit o další položky jako např. o některé typy robotických operací, kloubních náhrad, laparoskopie u některých gynekologických zákroků nebo třeba šetrnější narkózu. Nakonec k tomu zatím nedojde pro nedostatek návrhů zákroků ze strany lékařů a čímž se rozšíření seznamu minimálně na rok odsouvá.⁶⁷

Od června 2012, kdy vešel v platnost nový metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví mají pacienti také novou možnost vybrat a připlatit si za konkrétního operátora. Návrh vzešel od odborných lékařských společností a vychází ze zahraniční praxe např. z Rakouska nebo Švýcarsku, kde podobný systém funguje už léta ke spokojenosti všech zainteresovaných stran.⁶⁸ Naše nemocnice se k této novince zatím vyjadřují zdrženlivě a vyčkávají spíše na reakce a zájem pacientů. Ten je minimální, takže téměř žádná zdravotnická zařízení této možnosti zatím využít nechtějí a tuto službu vůbec nenabízejí. Objevují se i četné námitky. Např. by mohlo v praxi dojít k tomu, že by lékař v případě velkého zájmu o něj, mohl operovat výhradně slepá střeva komerčních

⁶⁶ Zdravotnická reforma. *Co je nadstandard a co ještě stále standard?* [online]. © 2011 MZČR. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zdravotnickareforma.cz/standard-nadstandard.html>

⁶⁷ ČTK. *Nové nadstandardy nebudou. Heger je o rok odsunul.* [online]. © 23.11.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/nove-nadstandardy-nebudou-heger-je-o-rok-odsunul_253129.html

⁶⁸ ČT Brno. *Připlatit si za operátora zatím není možné.* [online]. © 01.06.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/extra/datapole/179492-priplatit-si-za-operatera-zatim-neni-mozne/>

pacientů a k zajímavějším a složitějším operacím, které jsou nejdůležitější pro trénink a zdokonalování jeho dovedností by se nedostal. Otázkou zůstávají i některé právní vztahy mezi lékařem a pacientem nebo složitý proces eliminace rizik upřednostňování placících pacientů. Některé nemocniční zařízení tuto službu ani nabízet nemohou např. kvůli kapacitním důvodům, kdy by hrozilo, že dojde k neúnosnému zatížení lékařů. MZČR i proto očekává, že tuto možnost pacientům poskytnou v zásadě pouze špičková zařízení a to jen v úzkém spektru oborů. Předpokládá se, že zájem a tím i nabídka bude hlavně v porodnictví a ortopedii.⁶⁹

Hlavním účelem zavedení této novinky je odstranění korupce, ke které u nás v některých případech a u určitých specializací běžně dochází. Například u porodů je uplácení lékařů veřejně známá věc. Ženy velmi často chtějí mít při příchodu svého dítěte na svět gynekologa, který se o ně staral celé těhotenství a kterého tedy znají a důvěřují mu. Nyní mají alespoň některé z nich možnost využít této služby oficiálně a legálně.

Nabídka nadstandardů není pro nemocnice ze zákona povinná, může to ale pro ně být konkurenční výhoda, díky které přilákají více pacientů. Lékaři samozřejmě nesmějí dávat přednost pacientům, kteří si chtějí připlatit. Každému musí nabídnout nejprve standard a podat potřebné informace o rozdílech a výhodách či nevýhodách obou variant.⁷⁰ Pokud by se tak nestalo, zdravotnická zařízení by se chovala v rozporu se zákonem. Takové chování budou systematicky odhalovat revize. Zdravotnická zařízení by od něj měla odrazovat možnost udělení velmi vysokých pokut. Pokud by měl pacient přesto pocit, že ho ve zdravotnickém zařízení diskriminují nebo lékař vyvíjí nátlak k pořízení nadstandardu, může si stěžovat na lékaře u České lékařské komory, vedení nemocnice, na Krajském úřadě nebo u své zdravotní pojišťovny.⁷¹

⁶⁹ ČTK. Lidové noviny. *Kupte si svého lékaře*. MEDICAL TRIBUNE. [online]. © 25.04.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26460>

⁷⁰ Předpis č. 48/1997 Sb. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. [online]. © AION CS 2010-2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#f1747083>

⁷¹ MZČR. *Průvodce pacienta po změnách v českém zdravotnictví*. [online]. © 29.02.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/pruvodce-pacienta-po-zmenach-v-ceskem-zdravotnictvi-9122.html>

4.3.3 Ceny nadstandardu

Navrhované platby za nadstandard se pohybují od 5 000 Kč (např. operace slepého střeva, kýly, šedého zákalu) do 15 000 Kč (např. transplantace srdce). Stejně rozmezí plateb by mělo být dodrženo i u možnosti příplatku za konkrétního operátora (15 000 Kč za operaci provedenou primářem, 5 000 Kč pokud ji provede jiný vybraný lékař).⁷² Částky navrhuje Ministerstvo zdravotnictví po diskusi s odborníky a jsou pouze orientační a pro zdravotnická zařízení nezávazné. Povinné je pouze, aby byl pro pacienty k dispozici jmenný seznam lékařů a platný ceník. Protože ceny nabízených nadstandardů se často velmi liší, vyplatí se u plánovaného zákroku předem informovat o nabídce dostupných nemocnic. Pro přehledné a rychlé srovnání existuje server např. [Čekacidoby.cz](http://cekacidoby.cz), který shromažďuje nejaktuálnější dostupná data, která nemocnice poskytují a usnadňují pacientům rozhodování, jakou nemocnici pro plánovaný zákrok využít. Srovnání může být celorepublikové nebo jen v rámci daného kraje.⁷³ Získané peníze za nadstandard by se měly dělit mezi lékaře a zdravotnický personál, který se o pacienta staral a nemocnici, která by je měla nějak smysluplně využít na vybavení nebo třeba navyšování platů.⁷⁴

4.3.4 Otázky a námitky kolem nadstandardu

Důležitá otázka také je, jakým způsobem a kdo bude určovat, co je ještě standard, na který má každý z nás nárok a co už placená nadstavba pouze pro ty, kteří na to mají? Přesný mechanismus tohoto dělení stále ještě není jednoznačně stanoven. V zásadě toto dilema mají řešit a stanovovat odborníci z oboru, ministerstvo zdravotnictví a lékařská komora v pravidelných ročních intervalech s ohledem na aktuální situaci a pokrok lékařské vědy. Postupně se seznam bude doplňovat a rozšiřovat o další výkony,

⁷² *Jak se mění zdravotnický systém v roce 2012 [online].* © 2012 Úřad vlády ČR. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/inzerce_reforma_zdravotnictvi.pdf

⁷³ *Ceny nadstandardů se výrazně liší, lehčí sádra stojí 73 ale i 2000 korun [online].* © 04.07.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/272402-ceny-nadstandardu-se-vyrazne-lisi-lehci-sadra-stoji-73-ale-i-2000-korun.html>

⁷⁴ BRANDEJSKÁ, A. *Za vybraného lékaře by si pacienti mohli připlatit od května. [online].* © 22.03.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/priplatky-za-vybraneho-lekare-od-kvetna-f0q-/domaci.aspx?c=A120322_152951_domaci_abr

materiály, služby nebo naopak se časem díky pokroku ve vědě a výzkumu z některým dnešních nadstandardů stane standard a bude ze seznamu odstraněn.⁷⁵

Odpůrci systému nadstandardní péče namítají, že jeho zavedením dochází k totálnímu narušení principu, na kterém by veřejné zdravotnictví mělo stát. Tedy na principu solidarity a ekvity ve smyslu rovnosti přístupu ke zdravotní péči ve veřejném zdravotnictví. Obávají se toho, že rozdělení poskytovaných zdravotních služeb a péče na standardní a nadstandardní způsobí zmatky, nejistotu a obavy pacientů o kvalitu poskytované péče a vytvoří dojem zdravotnictví pro chudé a bohaté. Jinými slovy, že dojde ke snížení dostupnosti a rozsahu zdravotní péče pro sociálně slabší skupiny, a že z pojištění budou časem hrazeny a poskytovány jen ty nejlevnější a méně kvalitní metody léčení a výkonů, materiály, léky a pomůcky. Za obdobu tohoto „kastování“ jsou někdy považovány také VIP programy v nemocnicích, jejichž uživatelé se stávají „kulichy“, tedy prominentními pacienty s protekční péčí a lepšími službami. Oponenti reformního zákona o nadstandardní péči předkládají spousty znepokojujících otázek. Kdo zaručí, že se nebude řešit přednostně neakutní placený nadstandardní zákrok před akutním standardem nebo že poskytovaný standard bude dostačující? Podaří se udržet kvalitní, bezplatnou základní péči? Není novinka pouze výhodným byznysem pojišťoven, které již začaly nabízet možnost pojištění pro potřebu nadstandardní léčby? Nezbyvá zřejmě než čekat, jak vše dopadne a spolehnout se na etické chování lékařů, Hippokratovu přísahu a systém našich zákonů a státní kontroly a v neposlední řadě i zdravý rozum pacientů.

Příznivci této nově zaváděné změny všechny tyto obavy a výhrady odmítají a považují je za neopodstatněné. Obhajují ji hlavně tím, že nadstandard u nás existuje již dávno a to hlavně neoficiálně a načerno, což vytváří šedou ekonomiku zdravotnictví a způsobuje únik peněz se systémem. Zatímco dnes mohou peníze z různých obálek mizet v soukromých kapsách, zavedením nadstandardů by měly zůstat a pomoci zlepšit péči pro všechny. A také vzhledem k neustálému pokroku v medicíně, by měli mít alespoň bohatí možnost využít nejmodernějších metod, přístrojů, materiálů, robotických operací, na které peníze ze státního rozpočtu a zdravotního pojištění nestačí a nemůžou být tedy

⁷⁵ SVOBODOVÁ, M., PAVLÍKOVÁ, O. Standardy zdravotní péče – mnoho otázek a nejasných odpovědí. *ZDRAVOTNICKÉ NOVINY MF*. [online]. © 12.04.2010. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/standarty-zdravotni-pecce-mnoho-otazek-a-nejasnych-odpovedi-451089>

hrazeny. Tím, že ti movitější investují peníze do svého vlastního zdraví, přispějí tím také na financování dalšího vývoje těchto novinek v lékařské vědě, jejich širšího využití a tím dalšímu pokroku.

Jak je vidět politici ani odborníci nejsou jednotní v pohledu na toto téma. Natož pak laická veřejnost – pacienti. Reformní změny zkrátka vyvolávají příliš mnoho otázek, na které zatím nikdo nezná vyčerpávající a přesvědčivou odpověď, a které asi zodpoví až čas a praxe. Pacienti se bojí hlavně nejasností a toho, jak zjistit, na co mají nárok a jak posoudit, zda-li je pro jejich stav standard dostatečný a neznamena pro ně nějaké riziko. Obávají se, že budou platit i za to, co je dnes zadarmo. Matoucí je jistě také váhání či odmítavý postoj části zdravotnických zařízení a velké rozdíly v jejich cenících těch, která už se do změn zapojila.

Z výše uvedeného vyplývá, že v době, kdy se ve všech resortech volá hlavně po úsporách, u nadstandardu o šetření nejde. Jde pouze o to, získat další zdroj financí. O další typ spoluúčasti pacienta, tentokrát ale založený na úplné dobrovolnosti, na rozdíl od zákonem daných a až na výjimky povinných regulačních poplatků. Úspory tento systém nepřinese také proto, že platí obecné pravidlo, že použije-li lékař méně kvalitní léčbu, můžou se obtíže časem znova vrátit, u horšího, obvyčejnějšího materiálu dojde rychleji k jeho opotřebování a nutnosti náhrady nebo provede-li akutní zákrok méně zkušený operátor, protože ten zkušenější právě provádí nějaký plánovaný placený, může dojít ke komplikacím a potřebě reoperace. To všechno jsou náklady navíc, které nakonec mohou v součtu vyjít zdravotní pojišťovny i pacienty draž než původně nadstandardní varianta.

4.4 Sponzorské dary

Dalším typem finanční spoluúčasti pacienta, které by měla tato práce podrobněji analyzovat, jsou rozmanité platby, tzv. sponzorské dary, se kterými se lze v poslední době v některých zdravotnických zařízeních setkat. Ve většině případů se ale nejedná o zcela dobrovolný příspěvek ze strany dárce – pacienta, ale o více či méně podmíněnou nebo vyžadovanou platbu. Jde buď o platbu jednorázovou, spojenou například s převzetím pacienta do péče, nebo o pravidelný každoroční paušál, který platí třeba pacientky některých gynekologických ordinací a za to mají nárok na přednostní

objednávání, zaslání receptů poštou nebo již neplatí další peníze za jednorázové pomůcky (např. gynekologická zrcátka) během vyšetření. Jedná se tedy spíše o nenápadné přenášení materiálových nákladů na pacienta nebo v případech, kdy lékař přímo podmiňuje platbou přijetí do péče nebo dokonce poskytnutí lékařské pomoci, se jednoznačně jedná o nepřijatelné chování, úplatek, korupci.

Žádný lékař by si neměl dovolit vymáhat od pacienta jakékoli jiné poplatky než ty, které určuje zákon. Ačkoliv je toto jednání protizákonné, viníkům se korupce v podobných případech dokazuje jen těžko. Není totiž snadné určit, zda se jedná o dobrovolný sponzorský dar, na kterém není nic špatného nebo o lékařem vynucený poplatek. Spousta lékařů toho využívá a zákon tímto způsobem obchází. V některých případech ale lékaři v podstatě nic jiného než navrhnout pacientovi sponzorský dar nezbyvá. Pokud lékař nemá peníze na provedení pacientem požadovaného zákroku, může si ho pacient formou sponzorského daru zaplatit sám. Protizákonné vymáhání sponzorských darů mělo omezit mimo jiné i zavedení regulačních poplatků, tedy dalšího oficiálního a legálního příjmu lékařů a zdravotnických zařízení. Povedlo se to ale jen částečně.⁷⁶

Že se jedná o nepřijatelné praktiky naznačuje i to, že samotné zdravotní pojišťovny považují vyžádaný sponzorský dar jako podmínku ošetření nebo vzetí do registrace, za důvod k okamžitému rozvázání smlouvy s lékařem.⁷⁷

⁷⁶ ZÁMEČNÍK, M. Chcete konkrétního lékaře? Sponzorský dar to vyřeší. *NÁCHODSKÝ DENÍK*. [online] © 25.7.2008. [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: http://nachodsky.denik.cz/zpravy_region/chcete-konkretniho-lekare-sponzorsky-20080725.html

⁷⁷ VZP. *Smluvní vztahy*. [online]. © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy>

5 Politizace, média a jejich vliv na veřejné mínění

Zdravotnictví je obor, který se, ať chceme nebo ne, dotýká každého z nás. V posledních letech došlo ke společenským, ale i medicínským změnám, na které musí české zdravotnictví reagovat. Je třeba si uvědomit, že v příštích letech musíme počítat s pokračujícím stárnutím populace a že celý systém zdravotnictví by se během několika let mohl stát finančně neudržitelný. Již teď upozorňují zdravotní pojišťovny, že současné financování zdravotní péče je možné jen díky rezervám, které si vytvořily v minulých letech.⁷⁸ Otázkou ale je, proč jich je u nás tolik a vznikají další? A každá se snaží svým vlastníkům generovat zisk. Neušetřily by se jejich sloučením provozní náklady nebylo by pak jejich hospodaření transparentnější?

Každopádně je třeba co nejdříve zahájit diskuzi o dalším směřování zdravotnictví a nastítnit scénáře vývoje, na kterých se shodnou jednotlivé politické strany. O tom, že to nebude snadné, svědčí přehled hlavních změn v oblasti zdravotní péče, které jednotlivé strany navrhuji před volbami. Věřme, že se jim nakonec podaří dosáhnout shody a dlouhodobé problémy našeho zdravotnictví se začnou úspěšně řešit. Nesmíme ale ani zapomínat na to, že za své zdraví má každý individuální odpovědnost a že vzniku řady civilizačních onemocnění můžeme zdravým životním stylem a režimovými opatřeními a návyky zabránit nebo je alespoň oddálit.⁷⁹

Pokud člověk nepracuje přímo ve zdravotnictví a není odborníkem na tuto problematiku, nemá velkou šanci na relevantní informace a orientaci v problému. Pokud čte běžný denní tisk, sleduje televizní politické debaty nebo večerní zprávy, musí mít o své zdraví a celé naše zdravotnictví velké obavy. Často se totiž v médiích realita prezentuje jednostranně a dramatičtěji než jaká ve skutečnosti je. Upozorňuje se více na negativní stránky reformy, korupční aféry mezi lékaři a farmaceutickými firmami, rušení lůžek či celých nemocnic nebo jejich špatné hospodaření a nastiňují se katastrofické scénáře do budoucna. Přitom je naše zdravotnictví stále na velmi vysoké

⁷⁸ Podle ÚZIS (Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011) průměr všech výdajů systému zdravotního pojištění v přepočtu na 1 pojištěnce byl v roce 2011 21 699 Kč, zatímco příjmy byly jen 21 203 Kč.

⁷⁹ STEINER, Š. Příloha - zdravotnictví. PVS. [online]. ©. [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: <http://www.parlament-vlada.eu/index.php/hlavni-temata-zdravotnictvi/241-piloha-zdravotnictvi>

úrovni a to s podprůměrnými náklady a s jednou s nejnižších spoluúčastí pacientů (viz. Graf 3). V některých oborech (např. chirurgie, kardiologie, onkologie a výzkum a vývoj nových léků) naši lékaři a vědci patří ke špičce a učinili nejméně jeden objev světového významu. Vysoká úroveň českých zdravotnických a výzkumných pracovišť umožňuje zavádět nejmodernější metody do praxe a pomáhat tak pacientům z ČR i světa. O tom se ale bohužel příliš v běžném tisku nepíše a laická veřejnost o tom téměř neví.

Cíleně situaci dramatizují hlavně opoziční politické strany ve svém předvolebním boji, kritizují zaváděné reformy, slibují omezení nebo úplné zrušení regulačních poplatků a někdy až populisticky zneužívají toto citlivé téma k ovlivnění svých voličů. Typickým příkladem účelového zneužití tohoto tématu a tendenčních změn názoru předvedl např. MUDr. Rath, který v předvolební kampani ČSSD v roce 2008 proti poplatkům vehementně bojoval a říkal to, co většina lidí, obzvláště ti sociálně slabší, chtěli slyšet. Výrazně tím přispěl nejen ke své popularitě, ale hlavně k drtivému vítězství své strany v následných krajských volbách. Všichni zřejmě zapomněli, jak i on sám v roce 2003 jako prezident ČLK požadoval výrazné zvýšení spoluúčasti pacientů na léčebných výlohách, a to dokonce z tehdejších 9 % na alespoň 14 %.⁸⁰ Vládní strany zase situaci zkreslují opačným způsobem a některé problémy nebo negativní dopady svých reformních zákonů zamlčují, ignorují nebo bagatelizují. To vše vyvolává v lidech velkou nedůvěru, obavy a dezinformovanost.

Mezi lidmi je proto dodnes rozšířeno plno polopравd a nepřesných informací pramenících z neposkytnutí všech potřebných faktů, jejich účelovému zneužívání, překrucování nebo jen pouhé neznalosti souvislostí. Dalším typickým příkladem je chování médií např. před plánovanou změnou lékových úhrad, kdy doslova straší veřejnost vysokými doplatky a zvyšováním cen léků farmaceutickými firmami, přitom ve skutečnosti většina firem (hlavně ty generické) ceny již mnoho let pouze snižují v závislosti na poklesu úhrad, protože jinak by nebyly konkurenceschopné. A i pokud by se tak nestalo, musí být v každé lékové skupině zachován lék bez doplatku. Na první pohled se může zdát, že důvod, proč pacient často o takovém léku neví, je způsoben špatným přístupem lékaře, který se mu dostatečně nevěnuje a o rozdílech v doplatecích nebo o možnosti převedení na jiný (bezdoplatkový nebo alespoň levnější) lék ho

⁸⁰ PERGL, V. *Rath požaduje vysokou spoluúčast pacientů. [online].* © 09.06.2003. [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/9339-rath-pozaduje-vysokou-spoluucast-pacientu.html>

neinformuje. Na obranu lékařů je nutno uvést, že ve většině případů není příčinou jejich lhostejnost nebo neochota, ale vše je způsobeno hlavně tím, že i pro ně je situace značně nepřehledná. I ti, kteří chtějí pro své pacienty jen to nejlepší, tuto snahu vzdávají, protože se v rychle se měnících úhradách a cenách léků a různosti doplatků v různých lékárnách přestali již dávno orientovat. Ceny léků, a tím výše doplatků, jsou opravdu nepředvídatelné a záleží na mnoha faktorech. Např. na typu lékárny (samostatná, součást řetězce), umístění (na poliklinice, v obchodním centru), druhu dodavatele (můžou se lišit v cenách), datu dodávky (mezi dodáním léku a jeho vydáním na recept může dojít ke změně úhrady a tím zvýšení doplatku), množství objednaného léku do lékárny (na vyšší se zpravidla vztahují akční ceny nebo nějaká balení zdarma navíc, které lékárna může do cen ostatních rozpočítat) apod.

Navíc se pacienti často navrhovaným změnám medikace brání, protože jsou zvyklí na "svou krabičku", svému léku věří a vyhovuje jim (a to je také důležitý aspekt léčby). Tehdy je dobře míněný návrh nevyslyšen a je pro lékaře jen ztrátou času a nebo někteří pacienti za doporučenou změnou vidí jeho nekalou motivaci ze strany příslušné farmaceutické firmy, jak to často média prezentují. A do této pozice se žádný lékař jistě dostat nechce.

6 Sociální nerovnosti ve zdraví a problematika ekvity

Vnímání nerovností je součástí přirozených psychických procesů, kterými se lidé adaptují na sociální realitu. Problémem nejsou přirozené rozdíly podmíněné rasou, pohlavím a věkem. I když jsou někdy velké, jsou neodstranitelné. Nepřijatelné a neomluvitelné jsou naopak rozdíly, které jsou odstranitelné a tudíž nespravedlivé. Jsou to rozdíly vyplývající z toho, že je někdo sociálně a ekonomicky znevýhodněn. Ekvita – spravedlnost neznamena rovnost absolutní. Lidé jsou různí a přirozené rozdíly mezi nimi neodporují principům ekvity. Anglický termín „equity“ a „inequity“ (spravedlnost a nespravedlnost) jsou etickou kategorií. Odkazují na skutečnost, že rozdíly ve zdraví mezi jedinci a skupinami jsou příliš velké a zahanbující. Vyplývají z nepříznivých životních podmínek, které si člověk nevybral, nezavinil a nemůže je sám změnit. Tím je snížena jeho šance žít zdravě a být zdravým, stejně jako možnost získat potřebnou zdravotní péči. Může se jednat o nedostatek vědomostí, prostředků, motivace a síly vymanit se ze sociální izolace a z tlaku sociálního prostředí nebo jiných okolností snižujících jeho šanci být zdrav. Pokud kterákoli společnost takovéto rozdíly ignoruje, přehlíží téma ekvity a nedělá nic pro snižování nerovností ve zdravotnictví, porušuje zásadním způsobem svoji sociální soudržnost, ohrožuje základní lidské hodnoty vzájemné solidarity a úcty k důstojnosti člověka. Směřuje k degradaci a rozkladu. Identifikace nerovností a jejich příčin je základem zodpovědného politického rozhodování, které usiluje o pozitivní změny ve zdraví, o kvalitu života obyvatelstva a o rozvoj celé společnosti. Výzkumy prokázaly, že příčinami nerovností byly zásadní a stále se zvětšující rozdíly v životních podmínkách (zejména výživy a bydlení) mezi chudými a bohatými. Příslušníci marginálních a deprivovaných sociálních skupin žijí kratší dobu, jsou častěji vystaveny násilí a nemocem, než lidé s vysokými příjmy, kvalitním vzděláním a dobrým sociálním začleněním. Je tedy potřeba věnovat přiměřenou pozornost a alespoň se snažit o rovnoměrný růst životní úrovně napříč celou společností a předcházet tak vzniku příliš velkých sociálních rozdílů a vyloučení některých sociálních skupin ze společnosti. Celoživotní vzdělávání, podpora zaměstnanosti, participace na společenském životě a rozvoj komunit, spolu s efektivním fungováním zdravotnického systému, jsou nezbytné podmínky pro zlepšování zdraví

lidí v pojetí programu WHO Zdraví 21, jehož druhý cíl se týká přímo dosažení rovnosti a spravedlnosti ve zdraví. Program uvádí, že je nutné zaměřit se na podporu skupin, které mají zvýšené nároky na zdravotní péči (senioři, lidé s postižením) a na skupiny, které jsou v přístupu ke zdravotní péči znevýhodněné (bezdomovci, příslušníci menšin a migranti).⁸¹

V kontextu programu Zdraví 21 tedy ekvita znamená, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál. Cílem zdravotní politiky států, které se připojily k programu WHO je redukce existující nerovnosti ve zdraví a v dostupnosti zdravotní péče a zvýšení počtu let prožitých bez poruchy zdraví.⁸²

⁸¹ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

⁸² HÁVA, P. et al. *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec n. Černými Lesy, IZPE, 2002. 259 s. ISSN 1213-8096

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Popis šetření

Citované výsledky pochází ze šetření probíhajícího od listopadu 2012 do ledna 2013 na souboru obyvatel České republiky starších 18 let. Šetření bylo provedeno formou dotazníku na náhodném vzorku 65 pacientů ordinace praktického lékaře v Praze 3.

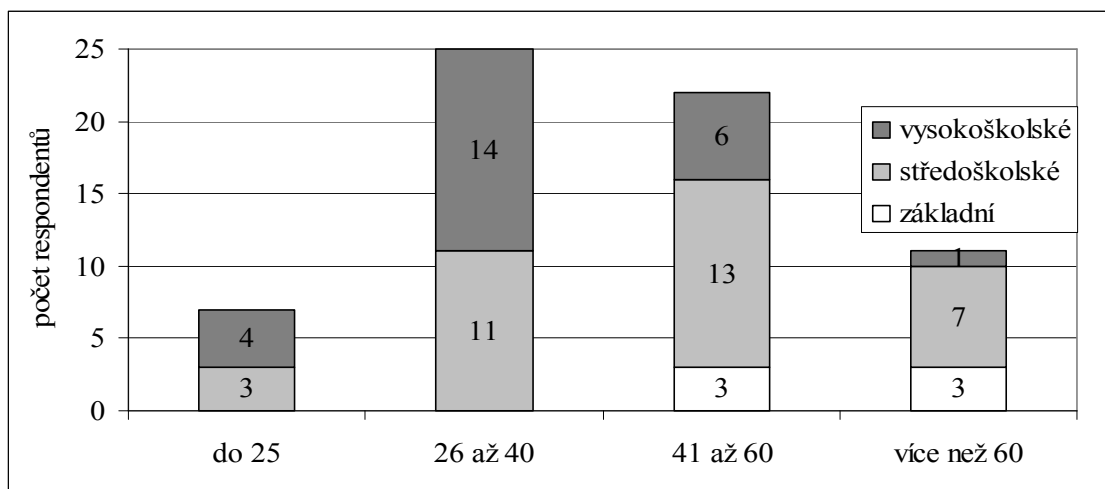
7.1 Cíl a hypotézy šetření

Cílem šetření je zmapovat názor pacientů na české zdravotnictví a změny v něm probíhající. Popsat jejich postoje k regulačním poplatkům a dalším formám jejich finanční spoluúčasti na zdravotní péči. Dalším úkolem je zjistit, jaký mají podle pacientů takto získané prostředky vliv na aktuální situaci v našem zdravotnictví a jeho další vývoj a v neposlední řadě posoudit, jaké má na jejich postoje a preference vzdělání nebo věk. Cílem praktické části této práce je také porovnat zjištěné výsledky s podobným průzkumem provedeným těsně po zavedení regulačních poplatků v 1/2008 agenturou STEM a zjistit, zda po pěti letech zkušeností změnili pacienti na toto téma nějak výrazně svůj názor a postoj k němu.

7.2 Charakteristika vzorku

Ve zkoumaném vzorku bylo 55 % žen a 45 % mužů různého věku a vzdělání. Byli vybíráni náhodně v rámci ordinace soukromého praktického lékaře v Praze 3.

Graf 6: Struktura výběrového souboru podle věku a vzdělání



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

7.3 Metody sběru dat

Šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku v papírové podobě na náhodném vzorku 65 pacientů. Respondenti odpovídali na 15 otázek, jejichž cílem bylo zjistit jejich názory, postoje a preference v mapovaných oblastech.

7.4 Sběr a zpracování údajů

Sběr dat probíhal od listopadu 2012 do ledna 2013 v ordinaci praktického lékaře v Praze 3. Zpracování výsledků dotazníku probíhalo v nástroji Statgraphics a pomocí statistických funkcí MS Excel.

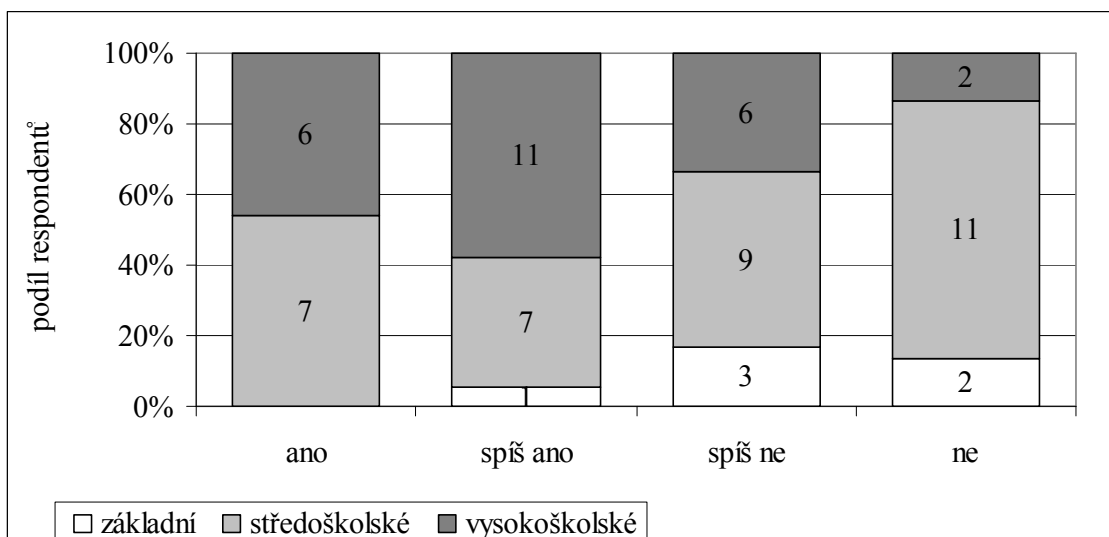
7.5 Interpretace údajů

Největší část dotazníku byla věnována tématu regulačních poplatků. Zjišťován byl postoj k nim jako celku i pohled na opodstatněnost každého z nich, dále názor na důvod jejich zavedení nebo reálný efekt a zaznamenané změny od doby jejich vybírání.

Podle výsledku provedeného šetření s regulačními poplatky obecně souhlasí nebo spíše souhlasí 49 %. Z této skupiny lidí se pak 72 % domnívá, že zavedení poplatků pomáhá ke zlepšení stavu našeho zdravotnictví. Výzkum potvrzuje hypotézu, že postoj respondentů k regulačním poplatkům (ale i k jiným formám spoluúčasti) je silně

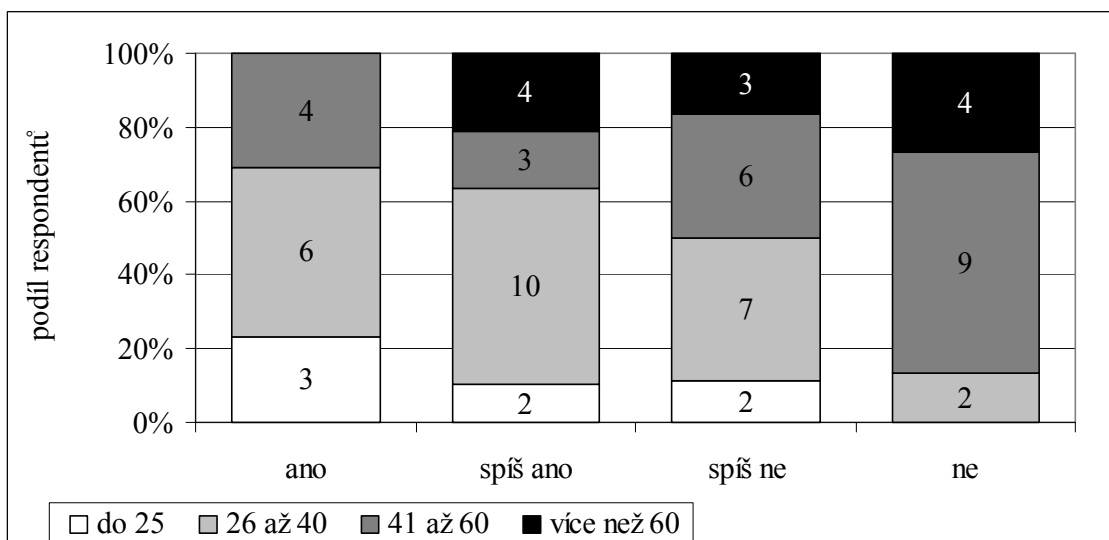
korelován s jejich dosaženým vzděláním a věkem. Osoby s nižším věkem nebo vyšším vzděláním častěji mají k regulačním poplatkům pozitivní postoj, což obecně souvisí s nižší nemocností mladších a vyššími příjmy vzdělanějších respondentů. Vliv pohlaví na obecný názor na regulační poplatky prokázán nebyl.

Graf 7: Postoj k zavedení regulačních poplatků podle dosaženého vzdělání



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

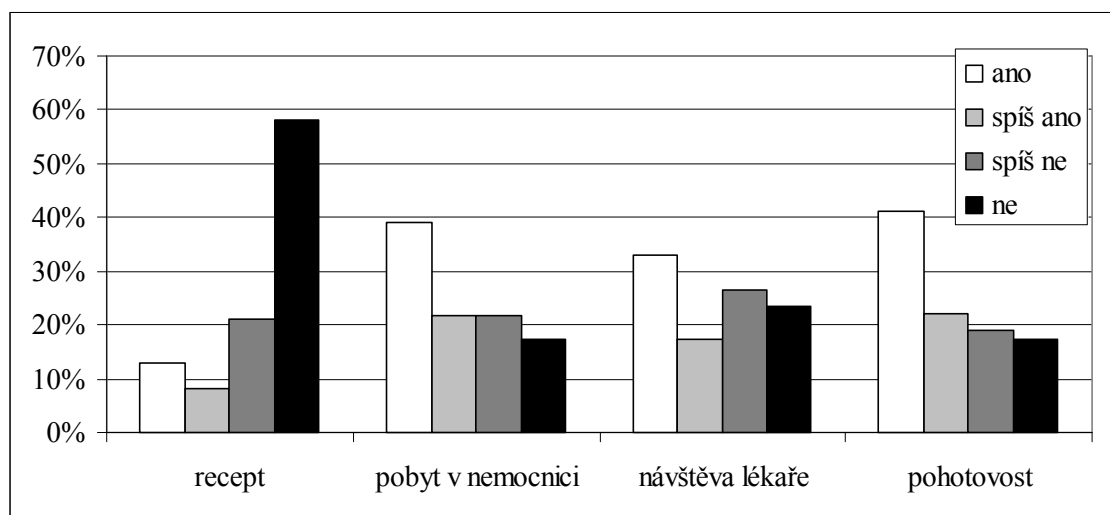
Graf 8: Postoj k regulačním poplatkům podle věku



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

U dotazu na souhlas s jednotlivými druhy poplatků se odpovědi významně liší. Nejvíce oslovených souhlasí s poplatky za pobyt v nemocnici a za pohotovost. Svůj pozitivní postoj s těmito dvěma druhy poplatků vyjádřila dokonce i část lidí, kteří s poplatky obecně nesouhlasí.

Graf 9: Postoj pacientů k jednotlivým druhům poplatků



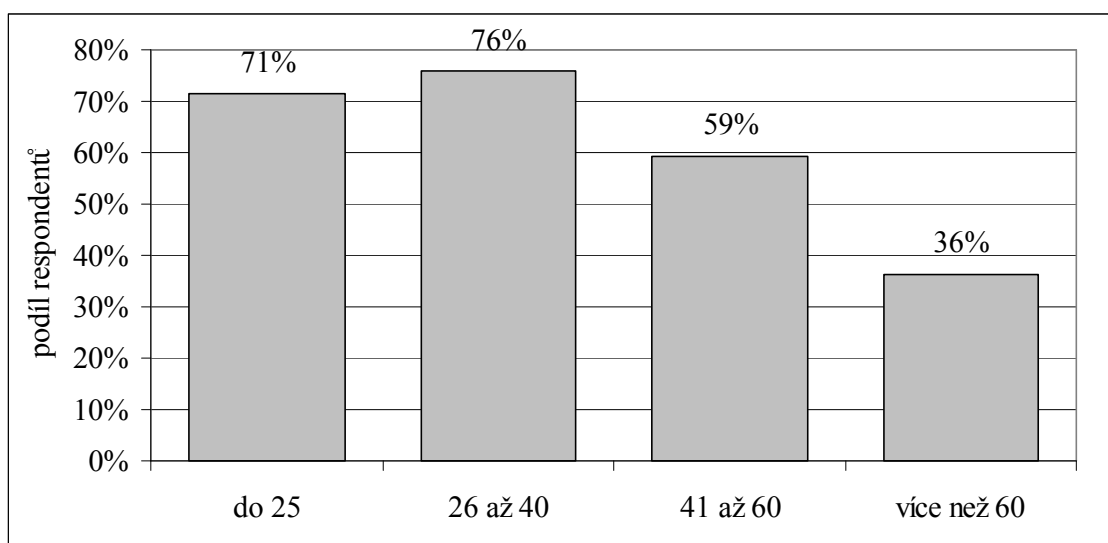
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Opačným případem jsou poplatky za recept, kde svůj negativní postoj vyjádřilo téměř 80 % všech dotázaných. Výsledky ukázaly, že konkrétně s tímto poplatkem dokonce nesouhlasí téměř 60 % lidí, kteří jinak se zavedením regulačních poplatků obecně souhlasí. Je možným důvodem, že za poplatkem za recept nevidí žádnou práci? Vždyť jen výdaje za doplňky na léky, léky nehrazené pojišťovnou nebo nákup potravinových doplňků tvoří největší podíl na celkových výdajích spojených se zdravím. Tak proč platit další peníze? Navíc od zavedení jednotného poplatku za celý recept (ne za položku) se už 30 Kč neodečítá od doplatku, který má pacient uhradit, jako tomu bylo dříve, ale k doplatku se naopak přičítá. Proto je zřejmě tento poplatek nejčastěji vnímám jako nespravedlivý a neopodstatněný.

Výsledky výzkumu také ukazují, že obecný postoj k poplatkům se nejvíce odvíjí od postoje k poplatku za návštěvu lékaře. Stal se jakýmsi symbolem této reformní změny. Více než 90 % lidí, kteří odpověděli, že nesouhlasí nebo spíše nesouhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, se pak negativně staví i k zavedení regulačních poplatků obecně.

Dvě třetiny dotázaných odpověděly, že mají přehled, v jakých případech je vybírání poplatků zákonem povoleno a kdy naopak ne. Z výsledků dále vyplynulo, že s vyšší vzděláním mají lidé lepší přehled (v kategorii základního vzdělání to bylo 50 %, u vysokoškolského vzdělání až 70 %). Jako silnější se ukázala vazba na věk, která ale není lineární. Největší přehled mají lidé z kategorie 25 – 40 let. Je to nespíš tím, že těch mladších se toto téma zase tolik nedotýká, jsou méně nemocní a do 18 let jsou od části poplatků zcela osvobozeni. Naopak starších lidí se poplatky a výdaje s nimi spojené týkají velmi, ale je pro ně obtížné se v této často se měnící a složité problematice orientovat. Celkově tedy šetření dokázalo, že je stále celá třetina pacientů, kteří spoléhají na etické chování lékařů a na to, že poplatky od nich budou vybírány jen v zákonem definovaných případech.

Graf 10: Podíl respondentů, kteří mají přehled o pravidlech vybírání poplatků (podle věkových kategorií)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Další otázka dotazníku se týkala efektů zavedení regulačních poplatků. Zde je velmi zajímavé srovnání s výsledky výzkumu prováděného agenturou STEM v lednu roku 2008, kdy byly regulační poplatky zavedeny a lidé s nimi ještě neměli žádnou zkušenost. Osloveno bylo tehdy 1 362 respondentů starších 18 let. Největší rozdíl v názorech tehdy a dnes je v obavě ze zhoršení dostupnosti lékařské péče. Zatímco tehdy byli lidé v této otázce velmi pesimističtí a tento negativní efekt očekávalo celých

42 % dotázaných (podle mého názoru díky tomu, že ohrožení dostupnosti byl jeden z hlavních argumentů odpůrců tohoto reformního kroku), dnes po pětileté zkušenosti tuto možnost uvedlo jen 14 % respondentů. Více lidí se naopak přiklání k názoru, že poplatky pomohou zamezit plýtvání a nadužívání zdravotní péče. V roce 2008 to bylo 23 % a v současnosti je to dle provedeného šetření 32 % dotázaných. Více než třetina oslovených nevidí v zavedení regulačních poplatků žádný efekt, což zůstalo v podstatě beze změny (v roce 2008 to bylo 35 %). Dalším často uváděným efektem je příliv peněz do zdravotnictví. Zde srovnání nemáme, tato varianta se v průzkumu STEM neobjevila. Jako jiné efekty uvedli respondenti např.: snahu nahradit finance ze státního rozpočtu soukromými zdroji nebo nalezení prostředků na rekonstrukci a vybavení ordinace, čekárny.

Tabulka 1: Předpokládaný efekt zavedení regulačních poplatků

Žádný rozdíl neočekávají	37 %
Zamezení plýtvání léky a nadužívání lékařské péče	32 %
Příliv nových peněz do zdravotnictví	29 %
Zhoršení dostupnosti lékařské péče pro sociálně slabší skupiny	14 %
Zlepšení vztahu pacient vs. lékař	9 %
Jiný efekt	3 %

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

U otázky na konkrétní změny vnímané po zavedení regulačních poplatků v různých oblastech zdravotních služeb odpovídali respondenti nejčastěji, že žádnou změnu nezaznamenali (72 %).

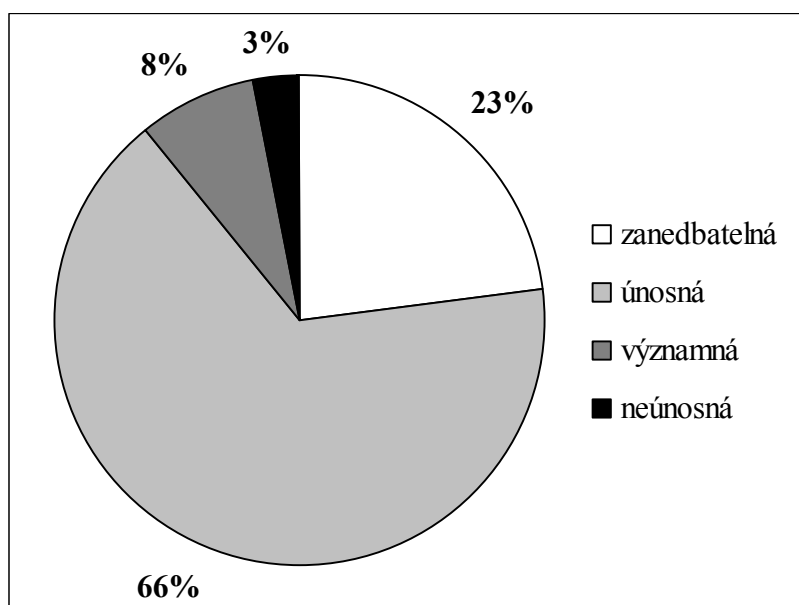
Tabulka 2: Změna zaznamenaná po zavedení regulačních poplatků

	Rozsah péče	Kvalita péče	Přístup k pacientovi	Komunikace s lékařem	Vybavení zařízení	Objednací lhůty	Celkem
Zlepšení	19 %	23 %	9 %	20 %	34 %	25 %	22 %
Beze změny	75 %	70 %	84 %	72 %	62 %	70 %	72 %
Zhoršení	6 %	6 %	6 %	8 %	5 %	5 %	6 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Na otázku, zda pacienta někdy odradilo zavedení regulačních poplatků od návštěvy lékaře, pohotovosti nebo vyzvednutí receptu v lékárně odpovědělo 78 % respondentů záporně, což potvrzuje celkově malý regulační efekt poplatků. Na druhou stranu z 22 %, které poplatky někdy odradily, více než 70 % zároveň odpovědělo, že částka, kterou průměrně měsíčně za zdravotní péči utratí, tvoří jen zanedbatelnou část rozpočtu, což by mohlo znamenat, že důvodem, proč od návštěvy lékaře nebo vyzvednutí léků upustili, nebyly důvody finanční, ale možná právě zodpovědnější přístup k čerpání zdravotních služeb.

Graf 11: Subjektivní vnímání průměrné měsíční částky vydané na zdravotní péči (regulační poplatky, doplatky za léky, volný prodej v lékárně apod.) ve vztahu k celkovému rozpočtu



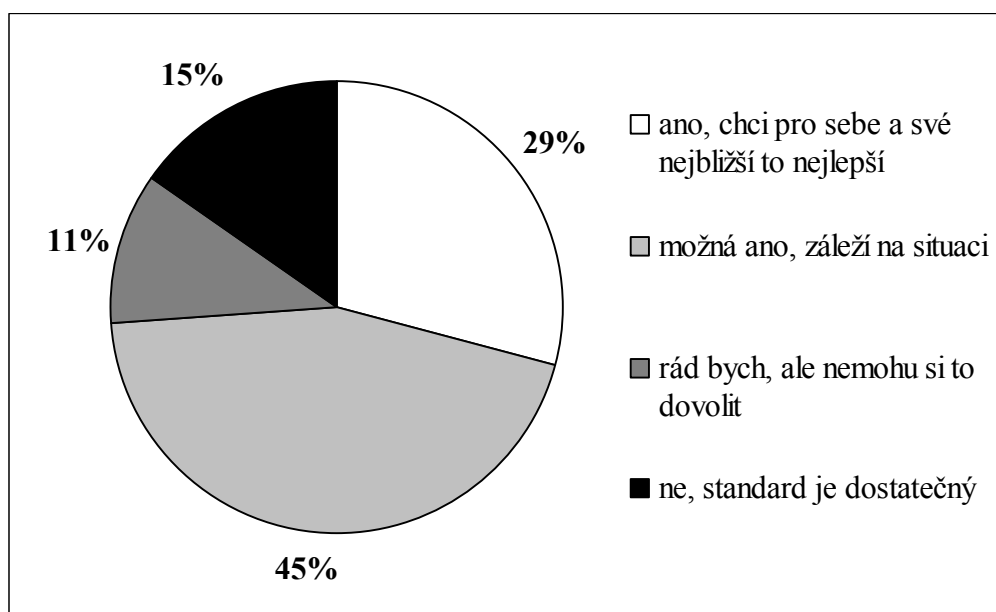
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z grafu 11 je patrné, že velká většina respondentů (dohromady téměř 90 %) považuje částku, kterou měsíčně v průměru za zdraví utratí jako únosnou nebo dokonce zanedbatelnou. Toto zjištění koresponduje s argumenty zastánců poplatků, či jiných forem spoluúčasti. Na druhou stranu 8 % (což není málo) dotázaných uvedlo, že částka, kterou musí pravidelně vydat, je pro ně významná a musí ji předem plánovat a 2 pacienti z oslovených 65 dokonce uvedli, že je pro ně neúnosná a jejich rozpočet jim na to nestačí, což by mělo být nepřipustné.

Dalším tématem obsaženým v dotazníku je systém nadstandardní péče a zjišťovalo se obecné povědomí a zájem o tuto relativně novou formu finanční spoluúčasti. Přestože je součástí našeho zdravotnického systému již více než rok, odpověď, že o nadstandardu ví, označilo jen 62 % respondentů, 31 % uvedlo, že už o této novince něco zaslechlo, ale příliš o ní neví a 8 % odpovědělo, že o ní neví vůbec.

Po stručném popisu, co tedy vlastně nadstandard představuje (příplatek za „lehkou“ sádku, konkrétního operátora, kvalitnější nitrooční čočku apod.) byl zjišťován zájem o eventuální využití této možnosti někdy v budoucnu. Jednoznačný souhlas, či zájem za určitých podmínek vyjádřila většina dotázaných, nezájem z důvodu spokojení se se standardem označilo 15 % pacientů.

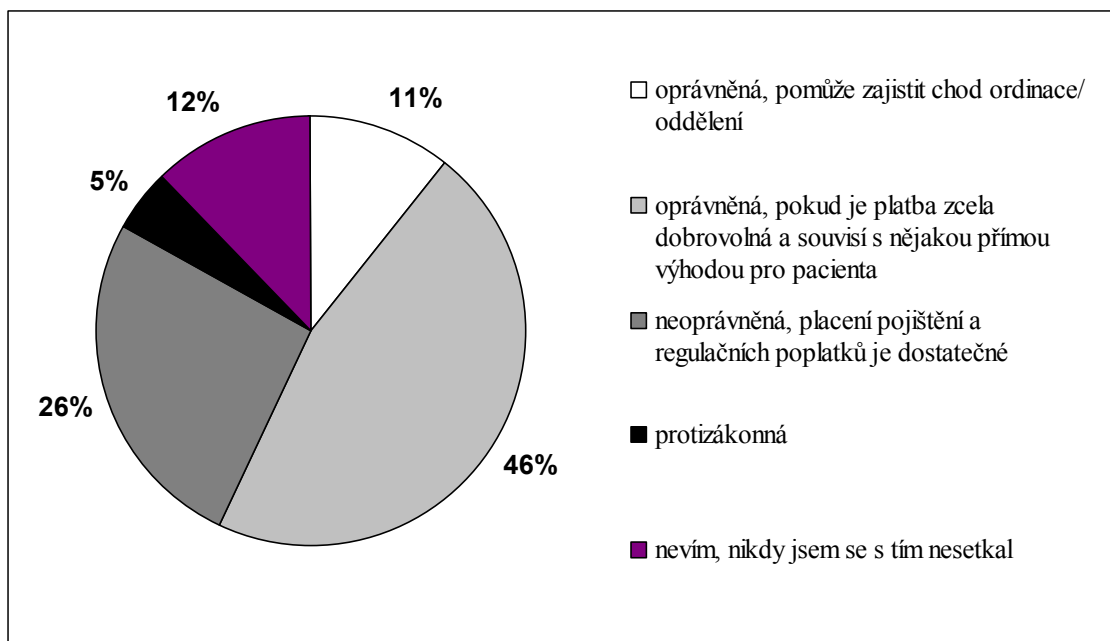
Graf 12: Zájem o využití nadstandardu



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Posledním tématem, kterým se šetření zabývalo jsou tzv. sponzorské dary, tedy více či méně dobrovolné příspěvky na chod ordinace/ oddělení, někdy zajišťující konkrétní výhody pro pacienta, někdy ale neoprávněně až protizákonně podmiňující přijetí pacienta do péče apod. Osobní zkušenost se sponzorským darem nebo žádostí o něj uvedlo 31 % respondentů, 38 % tuto praxi znají z doslechu a 31 % se s touto problematikou nesetkalo nikdy. Postoj respondentů k žádosti o sponzorský dar zobrazuje následující graf.

Graf 13: Postoj pacientů k žádosti o sponzorský dar



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

7.6 Shrnutí a doporučení...

V souhrnu lze považovat výsledky šetření za zajímavé a logické, vesměs potvrzující postřehy z praxe, informace z teoretických zdrojů nebo odborných statistik. Pokud budeme mluvit o symbolu finanční spoluúčasti pacienta u nás – tedy regulačních poplatcích, potvrzuje šetření fakt, že si za uplynulých 5 let velká většina pacientů na regulační poplatky zvykla, i přes stávající nesouhlas s nimi a v době, kdy zdražuje vše kolem nás, je nepovažuje za zásadní výdaj. Důsledkem toho je jejich relativně nízký regulační efekt. Lidé zkrátka své návyky týkající se spotřeby zdravotnických služeb příliš nezměnili. Bohužel ale v součtu s ostatními nutnými výdaji za zdravotní služby, doplatky za léky apod. se částka pro některé z nás již stává neúnosnou a ani ochranný limit nebo možnost částečné výjimky pro osoby s potvrzením o hmotné nouzi to zřejmě neřeší.

O dalších typech finanční spoluúčasti, jako je možnost připlatit si za nadstandardní péči nebo poskytnout sponzorský dar, stále velká část české veřejnosti neví nebo na ni nemá vyhraněný názor. Bude to asi dané hlavním rozdílem od zmiňovaných poplatků a tím je dobrovolnost těchto forem spoluúčasti, i když i ta je v některých výše uvedených případech relativní a diskutabilní.

Bylo by jistě prospěšné, zopakovat podobné šetření za několik let, až se stále ještě nový a nedořešený systém nadstandardní péče ukáže v praxi a lidé s ním získají nějaké zkušenosti. Dále by bylo zajímavé mít možnost srovnat výsledky stejného šetření, pokud by nebylo provedeno v Praze, ale v nějakém malém městě nebo v regionu s vyšší nezaměstnaností. Srovnání by ukázalo, jak se změnilo v závislosti na těchto rozdílech názory a postoje dotazovaných a zdali by se zvýšil počet těch, pro které je stále se zvyšující finanční spoluúčast důvodem ohrožení dostupnosti zdravotní péče nebo nerovnosti v přístupu k ní.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo srozumitelně popsat situaci v našem zdravotnictví a jeho reformy v posledních letech probíhající, hlavně jejich část týkající se finanční spoluúčasti pacienta. Práce měla za úkol usnadnit orientaci v tomto širokém a komplikovaném tématu a tím pomoci pochopit určité souvislosti nebo odstranit některé desinformace a rozšířené polopravdy. Také bylo důležité snažit se zmapovat vliv spoluúčasti na různé vrstvy a skupiny obyvatelstva a reflexi těchto reformních změn a novinek ve veřejném mínění, a to i díky časté medializaci a politizaci tohoto problému. Tyto úkoly byly splněny v šesti kapitolách teoretické části a potvrzeny a doplněny praktickým dotazníkovým šetřením týkajícím se mapované oblasti.

V úvodu byly nejprve vysvětleny základní pojmy vztahující se k této problematice. Další kapitola byla věnována situaci v našem zdravotnictví, jeho vývoji, popsány byly způsoby financování dříve a dnes a také silné a slabé stránky našeho dnešního zdravotnického systému. Následovalo zamyšlení nad specifiky českého pacienta – jeho přístupu ke spotřebě zdravotních služeb, postoji k vlastnímu zdraví, návyky a zlovyky, které se stavem zdravotnictví u nás jistě hodně souvisí. Čtvrtá kapitola této bakalářské práce je asi tou nejdůležitější. Splnila velkou část zadaného úkolu vytyčeného v úvodu tím, že se v ní podařilo kompletně a přehledně popsat hlavní typy finanční spoluúčasti v ČR v kontextu jejich vzniku, uvedení do praxe, byl přidán základní popis pravidel jejich fungování a hlavně u každého z nich byla snaha shromáždit maximum pohledů na ně, z co nejvíce zainteresovaných stran. Další kapitola nastínila, jak velký vliv na veřejné mínění má oblíbenost tohoto citlivého tématu v médiích a jak snadno lze tuto problematiku politicky využít (často až zneužít). V poslední kapitole teoretické části byl popsán čím dál aktuálnější a markantnější problém ekvity – sociální nerovnosti ve zdraví a přístupu k němu, na který má neustále se zvyšující finanční spoluúčast (a tím zátěž pacientů) přímý vliv.

Z výsledků zdravotnických statistik, ekonomických informací a jejich srovnání nejen s ostatními státy EU bohužel jednoznačně vyplývá, že i nadále bude trend zvyšování spoluúčasti nezbytný, neboť ve stále napjatějším státním rozpočtu v době nutných úspor ve všech resortech, bude i na tak důležitou oblast jako je zdravotnictví zbývat stále

méně peněz. Prakticky ve všech zemích EU již veřejné zdroje, ať z daní nebo z veřejného zdravotního pojištění nestačí na pokrytí všech výdajů na zdravotní služby a zavádí se další a další formy finanční spoluúčasti na její úhradě. To vše i proto, že celkové náklady na zdravotnictví se neustále zvyšují, a to z mnoha důvodů, jako je např. stárnutí populace, rychlý pokrok vědy a techniky nebo také díky poklesu počtu plátců veřejného zdravotního pojištění a naopak nárůstu množství pojištěnců, za které platí pojistné stát. Proto se s tímto faktem a nepříjemnostmi, které s sebou již dnes přináší a v budoucnu ještě přinese, budeme muset smířit. Důležité ale je, aby k navyšování spoluúčasti docházelo šetrně, postupně a po předchozí důkladné analýze jejích dopadů na jednotlivé vrstvy společnosti, hlavně ty sociálně slabé. A v jejich případě je nutné také nalézt způsob, jak jim jejich situaci usnadnit nebo ji alespoň nezhoršovat.

Dalším přínosem pro celkovou situaci v naší republice by bylo, negativní pocity a postoje veřejnosti dále nestupňovat neobjektivní medializací, účelovým zneužíváním nebo politizací tématu (a to se netýká jen zdravotnictví), což lze asi těžko zařídit. Zlepšení veřejného mínění o stavu našeho zdravotnictví by ale trochu mohlo pomoci, např. pokud by existoval způsob, jak dát pacientovi informace o reálných nákladech na jeho léčbu např. ve výpisu od zdravotní pojišťovny nebo na informativním účtu, který by dostal např. po propuštění z nemocnice, kde byl hospitalizován. Jeho ochota podílet se přímo na zdravotní péči by pak možná vzrostla (pokud by se ovšem nejednalo o výše zmíněné sociální výjimky) a stoupla by také celková spokojenost se stávající úrovní našeho zdravotnictví. V neposlední řadě by to mohlo vést i k zodpovědnějšímu přístupu lidí k vlastnímu zdraví, zlepšení životního stylu, důslednější prevenci chorob nebo alespoň ochotnějšímu dodržování všech terapeutických pokynů a doporučených režimových opatření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- DURDISOVÁ, J. *Sociální politika v ekonomické praxi: vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 246 s. ISBN 80-245-0850-8.
- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226- 996-8.
- GLADKIJ, I. *Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci zdravotnictví*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství University Palackého, 1997. ISBN 80-7067-753-8
- HÁVA, P. et al. *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec n. Černými Lesy: IZPE, 2002. ISSN 1213-8096
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9
- KAPR, J., PETRUSEK, M. *Sociální deviace. Sociologie nemoci a medicíny*. 2.vyd. Praha: Slon, 1997. 116 s. ISBN: 80-85850-03-6
- PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*.3 Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5
- PILNÝ, J., *Ekonomika veřejného sektoru*. Pardubice: Univerzita Pardubice 2005, s.133 ISBN 80-7194-746-6.
- PUNCH, F. K. *Základy kvantitativního šetření*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

AKCENT Informační kanál VZP. *Regulační poplatky a doplňky přinášejí do systému miliardy.* 2012, roč.3, č.6, . [online]. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/akcet-06-2012.pdf>

BRANDEJSKÁ, A. *Za vybraného lékaře by si pacienti mohli připlatit od května.* [online]. © 22.03..2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/priplatky-za-vybraneho-lekare-od-kvetna-f0q-/domaci.aspx?c=A120322_152951_domaci_abr

BRETYŠOVÁ, T. *BONUS Info pololetník OZP.* [online]. © 2011-2012. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: http://www.ozp.cz/files/bonus_1102.pdf

BUŘÍNSKÁ, B., *Poplatky ve zdravotnictví: kolik za co a kdy už nemusíte platit.* [online]. [cit. 2012-12-02]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/zdravotnictvi/232090-poplatky-ve-zdravotnictvi-kolik-za-co-a-kdy-uz-nemusite-platit>

BUŘÍNSKÁ, B., *Zdravotní pojišťovny vracejí poplatky. Ne všechny a ne všem..* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/zdravotni-pojistovny-vraceji-poplatky-ne-vsechny-a-ne-vsem-pq2-/viteze.aspx?c=A100625_153826_viteze_bab

Ceny nadstandardů se výrazně liší, lehčí sádra stojí 73 ale i 2000 korun. [online]. © 04.07.2012. [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/272402-ceny-nadstandardu-se-vyrazne-lisi-lehci-sadra-stoji-73-ale-i-2000-korun.html>

ČT Brno. *Připlatit si za operátora zatím není možné.* [online]. © 01.06.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/extra/datapole/179492-priplatit-si-za-operatera-zatim-neni-mozne/STR.39>

ČTK. *Nové nadstandardy nebudou. Heger je o rok odsunut.* [online]. © 23.11.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/nove-nadstandardy-nebudou-heger-je-o-rok-odsunut_253129.html

ČTK. *Lidové noviny. Kupte si svého lékaře. MEDICAL TRIBUNE.* [online]. © 25.04.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26460>

FOJČÍKOVÁ, Z. *Ministerstvo zdravotnictví představilo svou podobu standardu a nadstandardu.* [online]. © 17.05.2011. [cit. 2012-10-2]. Dostupné z: <http://www.mediafax.cz/domaci/3221997-Ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-svou-podobu-standardu-a-nadstandardu>

HEGER, L. *Regulační poplatky- výraz spoluúčasti a solidárnosti.* [online]. © 28.01.2010. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://virtually.cz/archiv.php?art=16568>

Heger-navrhl, aby-poplatky u lékaře vzrostly na 50 a 200 korun. [online] © 12.04.2012. [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/264656-heger-navrhl-aby-poplatky-u-lekare-vzrostly-na-50-a-200-korun.html>

Jak se mění zdravotnický systém v roce 2012 [online]. © 2012 Úřad vlády ČR. [cit. 2012-12-2]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/inzerce_reforma_zdravotnictvi.pdf

KULATÝ STŮL budoucnost zdravotnictví [online] © 2007. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/276>

KULATÝ STŮL budoucnost zdravotnictví [online] © 2007. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi_FINAL_3.pdf

MAKAROVÁ, A. *Civilizační chorob. [online]*. © 29.11.2010. [cit. 2012-12-2]. Dostupné z: <http://civilizacni-choroby.zdrave.cz/civilizacni-choroby/>

MAŠEK, F. *Kolik si připlatíme na zdravotnictví. [online]*. © 22.07.2011. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/zdravotnictvi/215874-kolik-si-priplatime-na-zdravotnictvi>

MOOS, P. *Spoluúčast pacienta na úhradě zdravotní péče. [online]*. © 05.01.2005. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.petrmoos-psycholog.ic.cz>

MZČR. *Co vás aktuálně zajímá. Otázky a odpovědi. [online]*. © 23.11.2012. [cit.]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/co-vas-aktualne-zajima-otazky-a-odpovedi_2026_13.html

MZČR. *Metodický pokyn. [online]*. © 02.01.2012. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

MZČR. *Průvodce pacienta po změnách v českém zdravotnictví. [online]*. © 29.02.2012. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/pruvodce-pacienta-po-zmenach-v-ceskem-zdravotnictvi-9122.html>

MZČR. *TZ_MZ_regulacni poplatky_v_roce_2008. [online]*. 11.3.2009 © 2010 MZČR. [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a.nakladne-lecby-vazne-nemocnych_1259_868_1.html

MZČR. *Zdraví pro všechny v 21.století. [online]*. © 20.01.2008. [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf&nazev=Zdraví 21 - Cile 1-9.pdf>

PERGL, V. *Rath požaduje vysokou spoluúčast pacientů. [online]*. © 09.06.2003. [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/9339-rath-pozaduje-vysokou-spoluucast-pacientu.html>

Předpis č. 48/1997 Sb. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.* [online]. © AION CS 2010-2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#f1747083>

Přehledně: Jaký je zájem o nové nemocniční nadstandardy. [online]. © 07.02.2012. [cit. 2012-10-2]. Dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/grafika/2012/02/07/prehledne-jaky-je-zajem-o-nove-nemocnicni-nadstand/?cid=756970>

STEINER, Š. *Nevíme, kolik peněz ve zdravotnictví ve skutečnosti potřebujeme.* PVS. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.parlament-vlada.eu/index.php/komentar-zdravotnictvi/362-nevime-kolik-penz-ve-zdravotnictvi-ve-skutenosti-potebujeme>

STEINER, Š. Příloha – zdravotnictví. PVS. [online]. © [cit. 2012-11-6]. Dostupné z: <http://www.parlament-vlada.eu/index.php/hlavni-temata-zdravotnictvi/241-piloha-zdravotnictvi>)

SUCHOPÁR, J. *Ceny a úhrady léčivých přípravků v ČR – pohled na minulost i budoucnost.* © (1999-2009). [cit. 2012-12-4]. Dostupné z: <http://www.parlament-vlada.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=494>

SVOBODOVÁ, M. *Rok 2012 zásadně mění zdravotnictví: příplatky za nadstandard.* [online]. © 30.01.2012. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/rok-2012-zasadne-meni-zdravotnictvi-priplatky-za-nadstandard-p45-viteze.aspx?c=A120126_113838_viteze_bab

SVOBODOVÁ, M., PAVLÍKOVÁ, O. *Standardy zdravotní péče – mnoho otázek a nejasných odpovědí.* ZDRAVOTNICKÉ NOVINY MF. [online]. © 12.04.2010. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/standardy-zdravotni-pecce-mnoho-otazek-a-nejasnych-odpovedi-451089>

ÚZIS. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011.* [online]. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011.ISSN 1211-6467>

ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2007,8* [online]. © ÚZIS ČR, 2007-2009. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

ÚZIS. *Zdravotnická ročenka 2011* [online]. © ÚZIS ČR, 2012. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

ÚZIS. POPOVIČ, I. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007 – 2011.* 18.9.2012. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2012. [cit. 2012-12-3]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/47_12.pdf

VÁLKOVÁ, H. *Lékaři na standardech dělají už roky. Ministerstvo na ně čekat nechce.* [online]. © 10.08.2011. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/lekari-na>

standardech-delaji-uz-roky-ministerstvo-na-ne-cekat-nechce-11t-domaci.aspx?c=A110808_192755_domaci_hv

VALŠUBA, K. *Početni stav a věková struktura lékařů ve smluvních zdravotnických zařízeních VZP*. INFOSERVIS: informační kanál pro smluvní partnery VZP ČR, 2012, roč.3, č.2 [online]. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-02-2012.pdf>

VZP. *Otázky a odpovědi*. [online] © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-10-7]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/regulacni-poplatky-za-zdravotni-peci/134/osetreni-kdyz-pacient-nemuze-uhradit-reg-poplatek>

VZP. *Otázky a odpovědi*. [online]. © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-11-4]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/regulacni-poplatky-za-zdravotni-peci/129/proc-platim-poplatky-kdyz-nevycerpam-co-jsem-odvedl-na-zalohah>

VZP. *Smluvní vztahy*. [online]. © 2012 VZP ČR. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy>

ZÁMEČNÍK, M. Chcete konkrétního lékaře? Sponzorský dar to vyřeší. *NÁCHODSKÝ DENÍK*. [online]. © 25.7.2008. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://nachodsky.denik.cz/zpravy_region/chcete-konkretniho-lekare-sponzorsky-20080725.html

Zdravotnická reforma. *Co je nadstandard a co ještě stále standard?* [online] © 2011 MZČR. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zdravotnickareforma.cz/standard-nadstandard.html>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

TABULKA 1: PŘEDPOKLÁDANÝ EFEKT ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ

TABULKA 2: ZMĚNA ZAZNAMENANÁ PO ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ

Seznam grafů

GRAF 1: STRUKTURA PENĚŽNÍCH VYDÁNÍ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PŘÍMO PLACENÝCH OBYVATELSTVEM V ROCE 2011

GRAF 2: STRUKTURA BĚŽNÝCH VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ NA 1 OBYVATELE V ROCE 2010 V USD V PARITĚ KUPNÍ SÍLY (PPP) A SROVNÁNÍ VYBRANÝCH ZEMÍ OECD

GRAF 3: VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ PODLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ

GRAF 4: HODNOCENÍ ZAVEDENÍ POPLATKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ (PODLE STRANICKÝCH PREFERENCÍ)

GRAF 5: SPOTŘEBA ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB 2005 – 2011

GRAF 6: STRUKTURA VÝBĚROVÉHO SOUBORU PODLE VĚKU A VZDĚLÁNÍ

GRAF 7: POSTOJ K ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ PODLE DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ

GRAF 8: POSTOJ K REGULAČNÍM POPLATKŮM PODLE VĚKU

GRAF 9: POSTOJ PACIENTŮ K JEDNOTLIVÝM DRUHŮM POPLATKŮ

GRAF 10: PODÍL RESPONDENTŮ, KTERÍ MAJÍ PŘEHLED O PRAVIDLECH VYBÍRÁNÍ POPLATKŮ (PODLE VĚKOVÝCH KATEGORIÍ)

GRAF 11: SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ PRŮMĚRNÉ MĚSÍČNÍ ČÁSTKY VYDANÉ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI (REGULAČNÍ POPLATKY, DOPLATKY ZA LÉKY, VOLNÝ PRODEJ V LÉKÁRNĚ APOD.) VE VZTAHU K CELKOVÉMU ROZPOČTU

GRAF 12: ZÁJEM O VYUŽITÍ NADSTANDARDU

GRAF 13: POSTOJ PACIENTŮ K ŽÁDOSTI O SPONZORSKÝ DAR

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK.....	I
---------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A – DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,
dovoluji si Vás oslovit a požádat o spolupráci při vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Výsledky této sondy budou sloužit jako součást podkladů pro bakalářskou práci na téma „Spoluúčast pacienta na zdravotní péči“.

Označte, prosím, křížkem odpovědi, které se nejvíce blíží Vašemu názoru a po vyplnění dotazník, prosím, vložte do připravené schránky. Děkuji.

1. Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků?

Ano Spíše ano Spíše ne Ne

2. Případají Vám tyto regulační poplatky smysluplné/ opodstatněné?
(označte políčko v každém řádku)

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Za návštěvu lékaře				
Na pohotovosti				
Za den pobytu v nemocnici				
Za recept				

3. Myslíte si, že jejich zavedení pomáhá ke zlepšení stavu našeho zdravotnictví?

Ano Spíše ano Spíše ne Ne

4. Máte přehled v jakých případech je vybírání poplatků zákonem povoleno a kdy nikoliv?

Ano Spíše ano Spíše ne Ne

5. Jaký efekt podle Vás zavedení poplatků má?
(můžete označit i více odpovědí)

- Příliv nových peněz do zdravotnictví
 Zamezení plýtvání léky a nadužívání lékařské péče
 Zhoršení dostupnosti lékařské péče pro sociálně slabší skupiny
 Zlepšení vztahu pacient vs. lékař
 Žádný rozdíl jsem nezaznamenal
 Jiný. Prosím, specifikujte.....

6. Jakou změnu jste v těchto oblastech zaznamenal po zavedení poplatků?
(označte políčko v každém řádku)

	Zlepšení	Beze změny	Zhoršení
Rozsah lékařské péče			
Kvalita lékařské péče			
Přístup k pacientovi			
Komunikace s lékařem/ sestrou			
Vybavení zdravotnického zařízení			
Objednací lhůty na vyšetření/ zákrok			
Jiné. Prosím, specifikujte.....			

7. Odradily Vás někdy regulační poplatky od návštěvy lékaře, pohotovosti, vyzvednutí receptu v lékárně?
 Ano Ne
8. Částka, kterou utratíte průměrně měsíčně za zdravotní péči (regulační poplatky, doplatky za léky, zdravotnické pomůcky, volný prodej v lékárně) je pro Vás:
 Zanedbatelná část měsíčního rozpočtu
 Únosná
 Významná částka, kterou musím dopředu plánovat
 Neúnosná, rozpočet mi na ni často nestačí
9. Víte o nově zaváděné možnosti „nadstandardní péče“ (příplatek za "lehkou" sádku, konkrétního operátora, nitrooční čočky)?
 Ano
 Něco jsem zaslechl, ale moc o tom nevím
 Ne
10. Myslíte, že možnosti připlacení si za „nadstandard“ někdy v budoucnu využijete?
 Ano, chci pro sebe a své blízké jen to nejlepší
 Možná ano, záleží na situaci
 Rád bych, ale nemohu si to dovolit
 Ne, standard považuji za dostatečný
11. Setkal/a jste se v nějakém zdravotnickém zařízení s žádostí o „sponzorský dar“?
 Ano
 Osobně ne, ale slyšel(a) jsem o tom
 Ne
12. Považujete takovou žádost za:
 Oprávněnou, pomůže zajistit chod ordinace/ oddělení
 Oprávněnou, pokud je platba zcela dobrovolná a souvisí s nějakou přímou výhodou pro pacienta (např. přednostní objednávání, zasílání receptu poštou...)
 Neoprávněnou, placení pojištění a regulačních poplatků je dostatečné
 Protizákonnou
 Nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal.
13. Jste: Žena Muž
14. Váš věk:
 do 25 25 až 40 40 až 60 více než 60
15. Vaše vzdělání:
 Základní Středoškolské Vysokoškolské

Děkuji za upřímné odpovědi a Váš čas, který jste vyplnění dotazníku věnovali.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Murtingerová

Obor: Manažerská studia- řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Spoluúčast pacienta na zdravotní péči a její reflexe ve veřejném mínění

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 60

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů české literatury a pramenů: 10

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 42

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Radomír Havlík CSc.