



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Financování zdravotnictví a regulační poplatky v České republice

Health financing and regulatory fees in the Czech Republic

Věra Pražmová ^{a, b*}, Eva Talpová ^c^a Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra právních oborů, řízení a ekonomiky^b Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, České Budějovice^c Rehabilitační ústav Kladruhy

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2014-02-18

Received in revised form:

2014-04-25

Accepted: 2014-08-15

Published online: 2014-09-30

Keywords:

Financing health care

Health insurance

Fees

Deductible

ABSTRACT

The authors describe the method of payment for health care in the Czech Republic. Special attention is paid to the public health insurance system and its basic principles. The regulatory fees, which were introduced in the Czech Republic on 01/01/2008 are described in detail. Not only their economic function has been emphasized, but also other aspects of the reform, especially the protective limit, whose introduction ensures the availability of care for the chronically ill and socially disadvantaged patients. The authors follow the evolution of the price of all regulatory fees paid by all of the insured individuals of health insurance companies in the Czech Republic for the period 2008–2012 and the development of the amounts by which the protective limit was exceeded. A comparison of patients' participation was carried out in selected European Union countries, where the system has been in place for many years, together with other protective mechanisms in order to provide health care for patients in need.

S O U H R N

Autorky popisují způsob úhrad zdravotní péče v České republice. Pozornost je věnována systému veřejného zdravotního pojištění a jeho základním principům. Podrobněji jsou pak charakterizovány regulační poplatky, které byly v České republice zavedeny od 1. 1. 2008. Je zdůrazněna nejen jejich ekonomická funkce, ale také další aspekty reformních kroků, zejména ochranný limit, jehož zavedením je zajištěna dostupnost péče i pro chronicky nemocné a sociálně slabé pacienty. Autorky sledují vývoj částek zaplacených za regulační poplatky pojištěnci všech zdravotních pojišťoven v ČR za období let 2008 až 2012 i vývoj částek, o něž byl ochranný limit za uvedená období překročen. Je provedeno srovnání výše spoluúčasti pacientů ve vybraných zemích Evropské unie, kde je systém spoluúčasti nastaven řadu let spolu s ochrannými mechanismy tak, aby zdravotní péče byla pacientům v případech potřeby dostupná.

© 2014 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o. All rights reserved.

Klíčová slova:

financování zdravotní péče

zdravotní pojištění

poplatky

spoluúčast

* **Korespondenční autor:** JUDr. Věra Pražmová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra právních oborů, řízení a ekonomiky, J. Boreckého 27, 370 11 České Budějovice; e-mail: vprazmova@zpmvcr.cz
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.08.003>

KONTAKT XVI/3: 221–228 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Úvod

Státy většiny zemí světa mají v oblasti zdravotní politiky obvykle tři dlouhodobé cíle. Jde o: zajištění co nejširšího přístupu k lékařské péči bez ohledu na příjem pacienta, poskytování vysoké kvality zdravotní péče a také dlouhodobé udržení finanční stability celého systému financování zdravotnictví. Hlavním úkolem je dosáhnout všech těchto cílů současně. Většina zdravotních systémů vyžaduje, aby pacienti přispívali určitými částkami na náklady poskytované zdravotní péče. Nicméně rozhodování o tom, jak vysoké částky spoluúčasti by měly být a jaké výjimky a omezení by měly platit, je velmi obtížné a vždy se jedná o politický proces [1]. Vysoká spoluúčast může občanovi garantovat lepší zdravotní péči a lékařům lepší proplacení. Ale může být i příčinou vyšší finanční zátěže poplatníků [2].

Politické aspekty jsou společně s ekonomickými aspekty pro zdravotnictví zásadní. Politika určuje rozhodovací pravomoci tvůrcům, kteří jednají o výsledcích, zatímco

ekonomika určuje, jaké prostředky jsou k dispozici a jak jsou rozdělovány [3].

Také Česká republika hledá cesty, jak zdravotnictví reformovat, a přitom je ponechat dostupné pro všechny skupiny obyvatel.

Současný stav

Zdravotní péče v České republice je hrazena především z veřejných zdrojů, do nichž spadají zejména prostředky veřejného zdravotního pojištění, prostředky státu a prostředky místních rozpočtů – krajů a obcí. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je financováno přibližně 77 % výdajů na zdravotnictví, prostředky státu a místních rozpočtů saturují kolem 7 % a zbytek (kolem 16 %) financí plynoucích do zdravotnictví tvoří soukromé zdroje. Celkem vydává Česká republika do zdravotnictví kolem 8 % hrubého domácího produktu [4].

Vývoj celkových nákladů na zdravotnictví v České republice za období let 2005–12 je shrnut v tabulce 1.

Tabulka 1 – Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR (v mil. Kč)

Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zdravotní pojištění	170 093	174 200	183 713	197 280	217 658	222 500	225 545	230 371
Státní a místní rozpočty	21 363	22 828	22 851	21 493	26 034	20 781	16 863	15 647
Soukromé zdroje	27 418	29 783	35 370	45 801	47 954	45 754	46 376	46 719
Náklady celkem	218 774	226 811	241 934	264 574	291 646	289 035	288 784	292 737
Zdroje: [4, 5]								

Veřejné zdravotní pojištění je tedy rozhodující složkou ve financování zdravotní péče v České republice. Je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky [6]. V České republice neexistuje tzv. rodinné pojištění, kdy nezaopatřené osoby jsou pojištěny z pojištění jiného rodinného příslušníka – živatele, ale každá osoba je pojištěna samostatně.

Na trhu veřejného zdravotního pojištění působí v současné době sedm zdravotních pojišťoven. Největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, kde je pojištěno přibližně 60 % obyvatel České republiky. Zbývající část pojištěnců je pojištěna u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Mezi zdravotními pojišťovnami dochází k přerozdělování příjmů z pojistného. Veškeré vybrané pojistné (100 %) se přerozděluje dle věku, pohlaví a nákladnosti pojištěnců.

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

způsobuje, že zejména v posledních letech rostou menším tempem než výdaje.

Regulační poplatky

S účinností od 1. 1. 2008 byly v České republice novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví. Důvodem byla snaha regulovat náklady na veřejné zdravotní pojištění, vést pacienty k tomu, aby lékaře navštěvovali ve skutečně odůvodněných případech. V neposlední řadě bylo cílem snížit geometrickou řadou narůstající náklady na léky hrazené ze zdravotního pojištění, ale i zvýšit příjmy provozovatelů zdravotnických zařízení ze zdrojů mimo veřejné zdravotní pojištění.

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

Od 1. 1. 2008 je pojištěnec či jeho zákonný zástupce v souvislosti s poskytováním *hrazené péče* povinen platit *zdravotnickému zařízení*, které zdravotní péči poskytlo, regulační poplatek.

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

A. *Regulační poplatek ve výši 30 Kč, který se platí v ambulantní péči, a to za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření* (což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konsiliárního vyšetření a je vykázáno příslušnými výkony dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

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

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

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

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

Nálezem Ústavního soudu ČR sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013, který byl publikován ve Sbírce zákonů ČR pod číslem 238/2013, byl tento poplatek zrušen ke dni 31. 12. 2013. Své rozhodnutí Ústavní soud odůvodňuje zejména tím, že poplatek má být ve své podstatě platbou za poskytnuté hotelové služby. Má to být ekvivalent nákladů, které by pacient tak jako tak musel mimo zdravotnické zařízení nutně vynaložit. Konstrukci poplatku však vytýká, že nerozlišuje případy, kdy pobyt na lůžku je pouze běžnou součástí léčby a v krajním případě by bylo možné jej nahradit pobytem mimo zdravotnické zařízení, a případy, kdy pobyt v nemocnici je nutnou součástí medicínského výkonu a je nenahraditelný – například pobyt na jednotce intenzivní péče. Dále tomuto poplatku ústavní soud vytýká absenci jakýchkoli limitů. Dle jeho názoru poplatek dopadá plošně na osoby výdělečně činné i nečinné a platí se v plné výši bez ohledu na délku hospitalizace. Takto pojatá právní úprava vybočuje z kontextu poplatku za hospitalizaci hrazeného v okolních zemích, kde je většinou stanovena určitá maximální doba, po kterou se platí [7].

C. *Regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v pracovní dny od 17 do 7 hodin a v sobotu,*

neděli či svátek, pokud se nejedná o pravidelnou ordinární dobu. Regulační poplatek za využití pohotovostní služby se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pacienta do lůžkové péče [8].

Regulační poplatek platí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce poskytovateli zdravotních služeb, poplatek zůstává příjmem tohoto poskytovatele a slouží k úhradě nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

Osvobození od regulačních poplatků

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

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

- pojištěnci pobírající dávky v hmotné nouzi, musí se však prokázat rozhodnutím vydaným příslušným orgánem o dávce dle zákona o pomoci v hmotné nouzi;
- děti umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy, pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče;
- pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v příslušných zařízeních;
- při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit při nařízené izolaci či při nařízených karanténních opatřeních;
- při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a následné dispenzarizaci dárce podle transplantčního zákona.

Ochranný limit

Poskytovatelé sdělují zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče informace o vybraných regulačních poplatcích. Lékařny navíc sdělují i výši doplatku za léčiva, který se započítává do tzv. ochranného limitu. Informace o úhradě jednotlivých typů regulačních poplatků dostávají zdravotní pojišťovny pomocí tzv. signálních kódů, které poskytovatelé vykazují. Poskytovatel zdravotních služeb ani lékárna nemá povinnost u jednotlivých pacientů sledovat, kolik korun zaplatili na poplatcích a doplatcích započitatelných do limitu. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny [8].

Ochranný limit činí 5 000 Kč ročně a započítávají se do něho pouze regulační poplatky ve výši 30 Kč a doplatky na částečně hrazené léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. U léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely se však započítává doplatek pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit. V takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši [9].

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

Částku, o kterou započitatelné poplatky a doplatky překročí shora uvedený ochranný limit, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen [10]. Jedná se tedy o výdaj zdravotní pojišťovny, přestože příjem z regulačních poplatků zůstává ve zdravotnickém zařízení. Prostřednictvím ochranného limitu je tedy zajištěna dostupnost péče pro chronicky nemocné pacienty či pro pacienty se závažnými diagnózami s častější a nákladnější zdravotní péčí. Jakmile pacient překročí výši ochranného limitu, platí regulační poplatky sice dál, ale každé čtvrtletí mu zdravotní pojišťovna poplatky a doplatky na léky zaplacené nad limit vrátí.

Cílem tohoto článku je zmapovat vývoj a finanční dopady regulačních poplatků zaplacených pojištěnci zdravot-

ních pojišťoven od doby jejich zavedení, tj. od 1. 1. 2008, do současnosti.

Metodika a charakteristika souboru

Byl použit kvantitativní výzkum, a to obsahová analýza dat uvedených ve výročních zprávách Všeobecné zdravotní pojišťovny a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven za období let 2008–12. Byla analyzována data o jednotlivých druzích regulačních poplatků a dále o počtu pojištěnců, kteří překročili ochranný limit, a o výši částek vrácených těmto pojištěncům za období let 2008–12. Kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny se jednalo o údaje zveřejněné ve výročních zprávách Vojenské zdravotní pojišťovny; Zdravotní pojišťovny MV ČR; Oborové zdravotní pojišťovny; Zdravotní pojišťovny Škoda; Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny; České průmyslové zdravotní pojišťovny a do doby svého zániku i České národní zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny Metal-Alliance. [11, 12, 13, 15, 16, 17].

Výsledky a diskuse

Jak je patrné z následující tabulky 2, představovaly vybrané regulační poplatky roční příjem pro poskytovatele zdravotních služeb ve výši kolem 5 300 mil. až 5 600 mil. Kč.

Tabulka 2 – Celkový přehled zaplacených poplatků za období let 2008–12

	Měrná jednotka	2008	2009	2010	2011	2012
Částka za regulační poplatky ve výši 30 Kč	tis. Kč	1 797 402	1 601 957	1 526 913	1 429 339	1 428 144
Částka za regulační poplatky ve výši 60 Kč, resp. 100 Kč	tis. Kč	1 196 287	1 237 824	1 219 300	1 188 954	1 899 475
Částka za regulační poplatky ve výši 90 Kč	tis. Kč	181 546	202 025	189 607	184 558	174 027
Regulační poplatky v lékárnách	tis. Kč	2 391 678	2 588 789	2 641 064	2 540 881	1 773 196
Celkem všechny uhrazené poplatky a započitatelné doplatky	tis. Kč	5 568 921	5 632 604	5 578 894	5 345 743	5 276 854

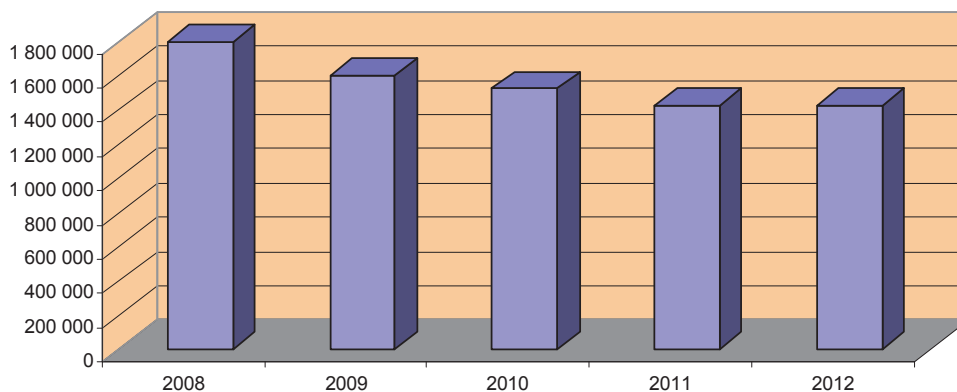
Zdroje: [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

Jak znázorňuje graf 1, za regulační poplatky ve výši 30 Kč (tj. za návštěvu, při níž bylo provedeno klinické vyšetření lékařem) zaplatili pojištěnci všech zdravotních pojišťoven České republiky v roce 2008 téměř 1,800 mld. Kč. V následujících letech se tyto částky snížily a v letech 2011 a 2012 činila částka uhrazená za tento poplatek cca 1,430 mld. Kč.

Pokles oproti roku 2008 byl v dalších letech způsoben tím, že s účinností od 1. 4. 2009 byly od placení tohoto poplatku osvobozeny děti do 18 let. Osvobození se však týká pouze ošetření u praktického lékaře, gynekologa, zubního lékaře, lékaře-poskytovatele ambulantní specializované péče a návštěvních služeb poskytovaných registrujícím praktickým lékařem v domácnosti pacienta.

I nadále je pojištěnec mladší 18 let (či jeho zákonný zástupce) povinen hradit 30korunový poplatek za návštěvu klinického psychologa, klinického logopeda a za recept.

Osvobození některých kategorií pojištěnců od placení regulačních poplatků (zejména dětí, těhotných žen a osob sociálně slabých) je zavedeno ve většině evropských zemí, v nichž se poplatky či jiná forma spoluúčasti platí. Např. ve Švédsku jsou poplatky za návštěvu lékaře poměrně vysoké a činí v přepočtu na české koruny přibližně 77 až 154 Kč za návštěvu u praktického lékaře, 62 až 230 Kč za návštěvu u ambulantního specialisty, 150 až 230 Kč za návštěvu lékařské pohotovosti. Vysoká spoluúčast je u zubního lékaře, kde si téměř veškerou péči hradí pacienti sami. Děti a prevence pro těhotné ženy jsou od poplatků osvobozeny [18].



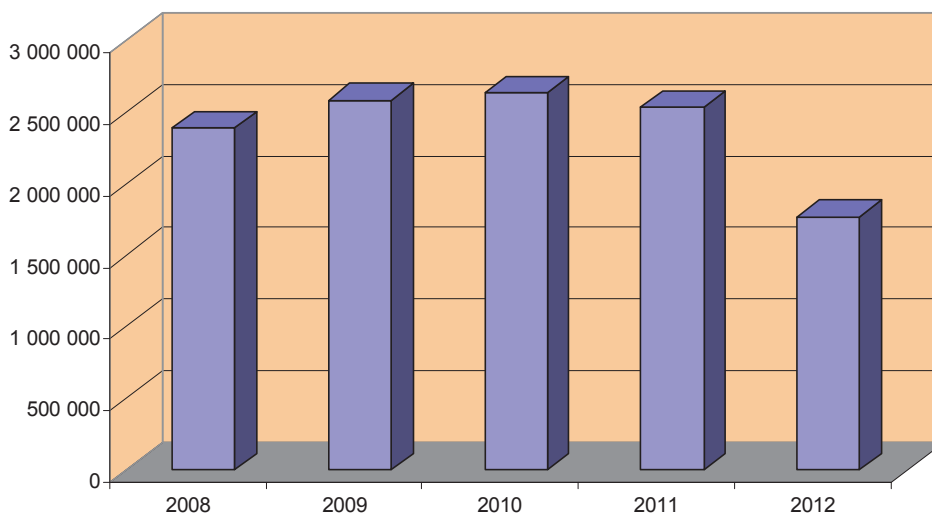
Graf 1 – Finanční částka zaplacená za regulační poplatky ve výši 30 Kč

Zdroje: [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

V Německu byl regulační poplatek za návštěvu praktického lékaře, stomatologa, ambulantního specialisty a psychologa stanoven ve výši 10 eur za kalendářní čtvrtletí a byl příjmem zdravotní pojišťovny. Tento poplatek byl však spolkovým zákonodárstvím zrušen k 31. 12. 2012, přestože Spolkový sociální soud v roce 2009 dospěl k závěru, že tento poplatek nezasahuje do ústavně garantovaných

práv pacientů – viz rozsudek ze dne 25. 6. 2009 sp. zn. B 3 KR 3/08R [7].

Vysoká spoluúčast pacientů je i ve Francii. Občané hradí poplatek 1 euro při návštěvě lékaře a dále 30 až 40 % nákladů na své ošetření. I zde jsou však stanoveny výjimky pro některé kategorie pojištěnců (dětí, těhotné ženy) či pro některé zákroky (CT vyšetření apod.).



Graf 2 – Regulační poplatky v lékárnách v tis. Kč

Zdroje: [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

Graf 2 znázorňuje vývoj částek zaplacených za regulační poplatky v lékárnách. Od roku 2008 se úhrada za poplatky v lékárnách pohybovala ročně od 2,4 mld. Kč do 2,6 mld. Kč. K významnému snížení došlo v roce 2012, kdy částka vybraná za tento poplatek činila 1,773 mld. Kč. V roce 2012 činil tedy meziročně pokles vybraných regulačních poplatků v lékárnách cca 710 mil. Kč a byl způsoben změnou účinnou od 1. 1. 2012, kdy namísto poplatku za položku na receptu se začal hradit poplatek za celý recept.

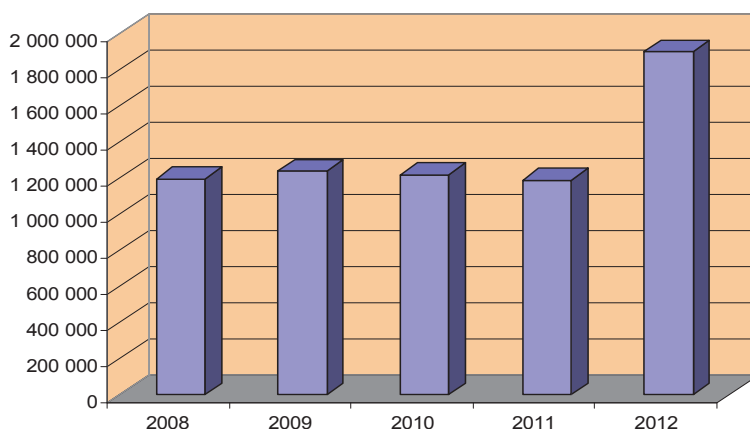
Rovněž platba za recept či položku na něm je obvyklá v řadě zemí. Např. ve Francii hradí pacienti kromě vysokých doplateků na léky, které se pohybují od 35 do 85 % ceny léku i 0,5 eura za každou položku na receptu, v Rakousku

hradí pojištěnec rovněž za položku na receptu, a to 5,15 eur [18]. Ve Velké Británii pacienti připlácí 7,65 GBP za recept s výjimkou osob starších 60 let, dětí do 16 let, studentů do 18 let, kteří jsou od platby za recept osvobozeni. Těhotné ženy a osoby, které užívají speciální léky, jsou osvobozené od spoluúčasti, musí však předložit potvrzení o osvobození [19]. Pro případ opakovaných lékařských předpisů existuje ve Velké Británii možnost nákupu předplatného certifikátu, na jehož základě jsou po dobu jeho platnosti lékařské předpisy bez poplatku. Jeho cena je stanovena bez ohledu na hodnotu předepsaných medikamentů [20]. Slováci hradí za recept v lékárně 0,17 eur [21].

Kromě poplatku za recept je však téměř ve všech zemích obvyklá i poměrně vysoká spoluúčast pacientů při úhradě léků. Např. ve Švédsku hradí pacienti léčiva plně v přepočtu do částky 700 Kč za rok, od 700 do 1 323 Kč hradí 50 %, v pásmu od 1 323 do 2 576 Kč platí 25 %, od 2 576 do 3 353 Kč platí 10 % a při překročení částky 3 353 Kč jsou dále léčiva hrazena pojišťovnou v plném rozsahu. Děti a prevence pro těhotné ženy jsou od poplatků osvo-

bozeny. Vysoká spoluúčast při úhradě léčiv je i v Itálii a ve Francii, kde se dle typu léku hradí až 85 % jeho ceny. Obdobně v Německu činí spoluúčast 10 % ceny léčiv (min. 5 a max. 10 eur) [22].

Také uhrazené regulační poplatky za hospitalizaci znamenaly výraznější výkyv až v roce 2012, kdy představovaly částku téměř 1,9 mld. Kč, v předchozích letech se pohybovaly kolem 1,2 mld. Kč (graf 3).



Graf 3 – Regulační poplatky za ústavní péči ve výši 60 Kč, resp. 100 Kč v tis. Kč

Zdroje: [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

Rozdíl let 2011 a 2012 ve výši více než 710 mil. Kč souvisí se zvýšením tohoto poplatku z 60 na 100 Kč s účinností od 1. 12. 2011.

Ve Švédsku se poplatek za den hospitalizace v nemocnici pohybuje v přepočtu kolem 62 Kč, ale je omezen na maximální částku 700 Kč na jednu hospitalizaci. V Německu hradí v případě pobytu v nemocnici pacient 10 eur za den pobytu (max. však 28 dní), osoby do 18 let nehradí žádnou spoluúčast. Ve Francii je při pobytu v nemocnici hrazen paušální příspěvek ve výši 12–16 eur, dle typu zdravotnického zařízení. Další poplatek ve výši 18 eur se hradí u nákladných zákroků s cenou nad 91 eur, poplatek však nesmí překročit 20 % celkových nákladů [15]. Pochopitelně jsou stanoveny výjimky pro některé kategorie pojištěnců (děti, těhotné ženy) či pro některé zákroky (CT vyšetření apod.).

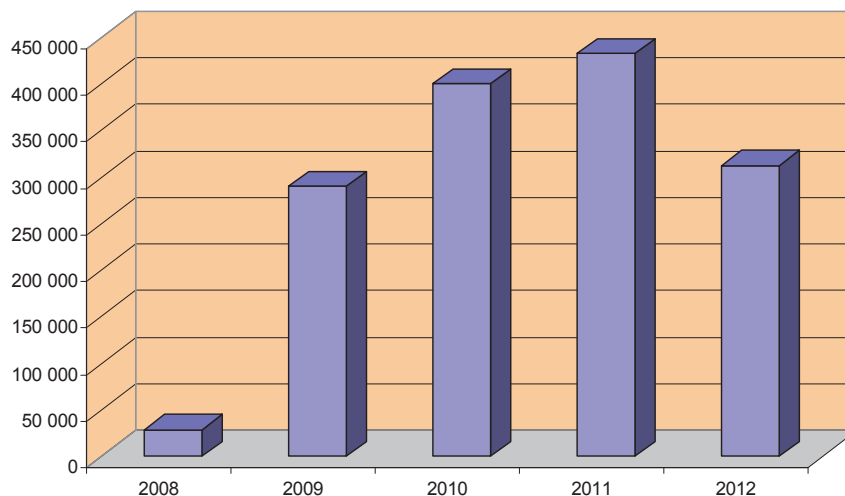
Rovněž částky zaplacené za regulační poplatky za lékařskou službu první pomoci se v letech 2008 až 2012 lišily minimálně a představovaly ročně částku kolem 180 mil. Kč, pouze v roce 2009 bylo za tento poplatek uhrazeno cca 202 mil. Kč. Tyto poplatky jsou v některých zemích hrazeny samostatně, v jiných jsou zahrnuty v platbě za ošetření. Např. v Portugalsku činí poplatek za ošetření na pohotovosti 17–20 eur, Slováci hradí 1,99 eur. Ve Švýcarsku je tento poplatek zahrnut v paušální platbě za lékařské ošetření, která se pohybuje ročně v přepočtu kolem 2 000 Kč pro dospělé a kolem 700 Kč pro děti do 18 let [23].

Následující dva grafy se týkají ochranného limitu. Graf 4 znázorňuje počet pojištěnců, kteří v letech 2008–12 překročili ochranný limit. Zatímco v roce 2008 překročilo ochranný limit 28 839 osob a zdravotní pojišťovny jim vrá-

tily 22 628 tis. Kč, v roce 2009 překročilo ochranný limit již více než 290 tis. osob a v následujících letech se tento počet ještě zvýšil. Tomu odpovídají i částky, které zdravotní pojišťovny v souvislosti s překročením limitu svým pojištěncům uhradily (graf 5).

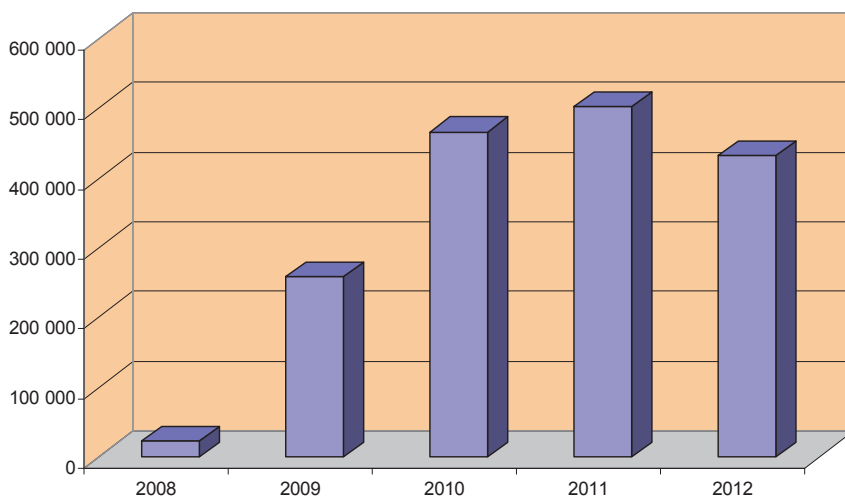
Oproti roku 2008 je v následujících letech patrné zvýšení částek, o které byl ochranný limit překročen a které tedy zdravotní pojišťovny vracely svým pojištěncům. Zejména výrazný je rozdíl mezi lety 2008 a 2009. Zatímco v roce 2008 se jednalo o 22 628 mil. Kč, v roce 2009 se tato částka zvýšila na více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

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



Graf 4 – Počet pojištěnců, kteří překročili ochranný limit

Zdroje: [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]



Graf 5 – Částky vrácené zdravotními pojišťovnami pojištěncům – vratky v tis. Kč

Zdroje: [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

Závěr

Dle statistických dat měly regulační poplatky vliv na spotřebu zdravotnických služeb v České republice. Se zavedením regulačního poplatku 90 Kč v roce 2008 poklesly počty ošetření na LSPP (lékařská služba první pomoci) pro dospělé oproti roku 2007 o 41,1 %. Počty ošetření na LSPP pro děti a dorost poklesly ve stejném období o 25,0 %, počty ošetření na LSPP stomatologické o 36,7 %. Za celé posuzované období let 2007–12 zůstává toto podstatné snížení počtu ošetření v rámci LSPP zachováno. Počty ošetření na LSPP pro dospělé v roce 2012 byly o 45,0 % nižší než v roce 2007 a počty ošetření na LSPP pro děti a dorost o 20,6 % nižší. Výjimkou je LSPP stomatologická, která za celé sledované období vykazovala nárůst počtu ošetření. V roce 2012 tento nárůst činil 107,3 % počtu ošetření roku 2007 [24].

Naproti tomu počet událostí řešených zdravotnickou záchrannou službou na základě tísňové výzvy vzrostl v období let 2007–12 ze 686 tisíc případů na 795 tisíc případů.

Celkové počty ambulantních ošetření (bez stomatologie, bez LSPP) v roce 2008 poklesly oproti roku 2007 o 17,0 %. Do roku 2012 došlo opět k růstu počtu ambulantních ošetření na 89,6 % roku 2007 [24].

Regulační poplatky přinesly do zdravotnictví ročně kolem 5,5 mld. Kč. Je zřejmé, že jejich případné zrušení si vyžádá další finanční prostředky, najít jejich zdroje však bude velmi složité. Jak bylo uvedeno výše, od 1. 1. 2014 byl zrušen regulační poplatek za ošetrovací den ústavní péče. Jeho zrušení znamená pro poskytovatele lůžkové péče snížení příjmu o cca dvě miliardy Kč ročně. Ministerstvo zdravotnictví ČR hledá v současné době cestu ke kompenzaci tohoto výpadku. Nabízí se buď navýšení platby za státní pojištění (saturace ze státního rozpočtu – tedy z daní

poplatníků), nebo přímo zvýšení pojistného na zdravotní pojištění. V případě zrušení všech regulačních poplatků (kromě poplatku za lékařskou službu první pomoci), jak současná vláda deklarovala, by výpadek příjmů představoval částku cca 5 miliard korun. Česká lékařská komora, Sdružení praktických lékařů i další odborné organizace zejména ambulantních lékařů již v současné době upozorňují, že budou trvat na kompenzaci výpadku příjmů. Nabízí se tedy otázka, zda by zrušení poplatků nemělo být přehodnoceno alespoň do doby, než se podaří tyto nové zdroje nalézt.

LITERATURA

- [1] Lundy J, Finder B. Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland. Washington: Kaiser Family Foundation; 2009. [online] [cit. 2014-02-07]. Dostupné z: <<http://www.kff.org/insurance/7852.cfm>>
- [2] Tomeš I et al. Sociální správa. Praha: Portál; 2002.
- [3] Edelman M, Mandle CL. Health Promotion Throughout the Life Span. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2006, p. 672–90.
- [4] ÚZIS. Aktuální informace 28/2012. Celkové výdaje na zdravotnictví 2007–2011. [online] [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>>
- [5] ÚZIS. Aktuální informace 41/2009. Celkové výdaje na zdravotnictví 2004–2008. [online] [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>>
- [6] Němec J. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada Publishing; 2008, p. 194–205.
- [7] Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. června 2013. In: Sbírka zákonů, Ministerstvo vnitra ČR, 2013, částka 92, p. 2220–46.
- [8] Česko. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. In: Sbírka zákonů České a Slovenské federativní republiky. 1997, částka 16, p. 1185–246. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1997/sb016-97.pdf>
- [9] Ministerstvo zdravotnictví ČR. Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplateků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. [online] [cit. 2013-12-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html>
- [10] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008, publikace pro širokou veřejnost. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2007, p. 20–7.
- [11] Výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocnizpravy>>
- [12] Výroční zprávy Vojenské zdravotní pojišťovny za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/informace-dle-zakona/vyrocnizpravy/>
- [13] Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <<http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/vyrocnizpravy/>>
- [14] Výroční zprávy Oborové zdravotní pojišťovny za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <<http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocnizpravy>>
- [15] Výroční zprávy České průmyslové zdravotní pojišťovny za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <<http://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomicke-informace.html>>
- [16] Výroční zprávy Zdravotní pojišťovny Škoda za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <<http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravy>>
- [17] Výroční zprávy Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny za období let 2008–2012. [online] [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <<http://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>>
- [18] Centrum mezistátních úhrad. Průvodce 2012. Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech. 11. upravené vydání. Praha: BMSS-Start s. r. o.; 2012, p. 54–8.
- [19] Mátl O, Beránková V, Chytil M, Pavlovská K, Rokosová M, Roubal T, Vachek S. Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR; 2009, p. 57–65.
- [20] Olson O. Financování zdravotnictví v Rakousku, Německu, Švýcarsku a Velké Británii. Zdravotnictví a právo; 2008;7–8(12):46–8.
- [21] Ekonomika. Zdravotnícké poplatky sa vrátia v novej podobe. [online] [cit. 2014-02-13]. Dostupné z: <<http://ekonomika.sme.sk/c/5888394/zdravotnicke-poplatky-sa-vratia-v-novej-podobe.html#ixzz2YvyCuFKj>>
- [22] Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionweise. 3. aktualizované vydání, Bern; 2010, p. 350–400.
- [23] Zámečník M. Zdravotní péče v evropských zemích. Vox paediatricae; 2008;6(8):7–8.
- [24] ÚZIS ČR. Aktuální informace č. 40/2013. [online] [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: <www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012>