

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Jana Fejfarová

Regulační poplatky ve zdravotnictví – rok poté

Diplomová práce

Vedoucí práce: prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené literární zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v Knihovně společenských věd T. G. Masaryka v Praze v Jinonicích a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 19.května 2009

Jana Fejfarová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc. za trpělivé a odborné vedení při tvorbě diplomové práce. Ráda bych také poděkovala své rodině za toleranci a podporu.

Obsah:

Abstrakt.....	7
1. Úvod.....	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 Alokace zdrojů.....	10
2.2 Financování zdravotních služeb.....	12
2.2.1 Finanční spoluúčast pacienta.....	13
2.2.2 Výdaje na zdravotnictví.....	14
2.3 Nemocný člověk a jeho postavení ve zdravotním systému.....	15
2.3.1 Stárnutí populace.....	16
2.3.2 Chudoba.....	17
2.3.3 Zájem pacienta.....	19
2.4 Evropská strategie v oblasti zdravotní péče.....	22
2.4.1 Program zdraví 21.....	22
2.4.2 Evropské zdravotní systémy.....	23
2.4.3 Finanční spoluúčast v některých evropských státech.....	24
2.4.3.1 Německo.....	25
2.4.3.2 Francie.....	26
2.4.3.3 Velká Británie.....	27
2.4.3.4 Slovensko.....	28
2.4.3.5 Maďarsko.....	28
2.5 Reforma zdravotnictví v České republice.....	29
2.5.1 Regulační poplatky v českém zdravotnictví po 1.1.2008.....	29
2.5.1.1 Definice pojmu – regulační poplatky.....	34
2.5.1.2 Typy regulačních poplatků.....	35
2.5.1.2.1 Poplatek ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře.....	36
2.5.1.2.2 Poplatek ve výši 30 Kč za výdej léku.....	37
2.5.1.2.3 Poplatek ve výši 90 Kč za pohotovost.....	37
2.5.1.2.4 Poplatek ve výši 60 Kč za pobyt v nemocnici.....	38
2.5.1.2.5 Osвобоzení od poplatků.....	39
2.5.1.2.6 Ochranný limit 5000 Kč.....	39
2.5.1.3 Účel regulačních poplatků.....	40
2.5.1.4 Problematika poplatků v praxi.....	42
2.5.1.5 Vliv poplatku na vztah pacient – zdravotník.....	43

2.5.2	Vývoj změn v poplatcích leden 2008 - duben 2009.....	44
2.5.2.1	Legislativní změna v regulačních poplatcích s účinností od 1.8.2008..	44
2.5.2.2	Analýza MZČR – půl roku po zavedení regulačních poplatků.....	45
2.5.2.3	Proplácení poplatků krajskými úřady s účinností od 1.1.2009.....	47
2.5.2.4	Analýza MZČR – rok po zavedení regulačních poplatků.....	48
2.5.2.5	Legislativní změna v regulačních poplatcích s účinností od 1.4.2009..	50
2.5.3	Přehled vývoje změn v poplatcích	53
3.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	60
3.1	Popis pracoviště.....	60
3.2	Kvantitativní výzkum.....	61
3.2.1	Regulační poplatky v mladoboleslavské nemocnici.....	61
3.2.1.1	Popis způsobu vybírání poplatků – ambulantní část.....	61
3.2.1.2	Popis způsobu vybírání poplatků – lůžková část.....	62
3.2.2	Výzkumný problém.....	62
3.2.3	Výběr respondentů.....	63
3.2.4	Metoda sběru dat.....	63
3.2.5	Hypotézy.....	63
3.2.5.1	Obecná hypotéza.....	63
3.2.5.2	Pracovní hypotézy.....	64
3.2.6	Interpretace výsledků výzkumu.....	64
3.2.6.1	Demografické ukazatele.....	64
3.2.6.1.1	Věk.....	65
3.2.6.1.2	Vedoucí funkce.....	65
3.2.6.1.3	Délka praxe.....	66
3.2.6.1.4	Typ řízeného úseku.....	66
3.2.6.2	Postoj sester k zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví.....	67
3.2.6.3	Vliv regulačních poplatků na chování pacientů.....	68
3.2.6.4	Názor sester na efektivitu ochranného limitu.....	70
3.2.6.5	Realita zdravotnických poplatků.....	70
3.2.7	Shrnutí výsledků.....	73
3.2.8	Doporučení.....	75
4.	Závěr.....	76
5.	Literatura.....	77
6.	Seznam zkratk.....	83

7. Přílohy.....	84
-----------------	----

Abstrakt

Autorka se v diplomové práci zabývá regulačními poplatky v českém zdravotnictví. V teoretické části popisuje problematiku alokace zdrojů, zmiňuje možnosti finanční spoluúčasti pacienta v některých evropských státech a zabývá se postavením nemocného člověka ve zdravotnickém systému. V další části se zabývá evropskou strategií v oblasti zdravotní péče a chronologicky popisuje změny, ke kterým došlo v rámci reformy zdravotnictví v období po zavedení regulačních poplatků v lednu 2008.

V praktické části je v rámci kvantitativního výzkumu použita metoda dotazníkového šetření. Z analýzy dat vyplývá, že vedoucí sestry oblastní nemocnice souhlasí se zavedením regulačních poplatků, avšak zásadně odmítají hrazení poplatků pacienty přímo zdravotníkům. Častý výskyt etických problémů, spojený s vybíráním regulačních poplatků, vážně narušuje vztah mezi zdravotníkem a pacientem.

Na základě výsledků provedené analýzy jsou v závěru diplomové práce doporučeny možné změny v koncepci řízení. Navržená doporučení by mohla pomoci eliminovat problémy, spojené s hrazením poplatků pacienty.

Klíčová slova: regulační poplatky, finanční spoluúčast, reforma zdravotnictví

Abstract

The author of this thesis deals with regulative payments in the Czech health care system.

In the theoretical part she describes the problem of allocation of funds. She mentions the option of co-payment by the patient in some of the European states and deals with the situation of a patient in the health care system. The next part of this thesis focuses on European approach to the field of health care, it chronologically describes changes that occurred within the framework of the health care system reform in the period after the introduction of regulative payments in January 2008.

In the practical part of this theses was as a quantitative research used the questionnaire method. The analysis of the data implies that the nurses from the Mlada Boleslav hospital agree with introduction of the regulative payments, however they fundamentally reject that the regulative payments be collected by health care personnel directly from patient. Frequent occurrence of ethic problems that is connected with collection of regulative payments seriously damages the relationship between the healthcare provider and the patient.

In the conclusion there are recommendations for possible changes in the concept of supervision based on the results of performed analysis. The proposed recommendations could help to eliminate problems connected with collection of regulative payments.

Key words: regulative payments, co-payment, reform of the health care system

1. ÚVOD

Zavedení regulačních poplatků do systému českého zdravotnictví v roce 2008 rozdělilo společnost na dvě názorově odlišné skupiny, a to na zastánce poplatků a na jejich odpůrce.

Při přemýšlení o tématu diplomové práce mě ovlivnila vážná událost, kterou jsem v loňském roce zažila v souvislosti s vybíráním poplatků. Dosud nejhorším zážitkem, se kterým jsem se během své odborné praxe všeobecné sestry setkala, byl rozhovor s pozůstalými zemřelého, který se týkal uhrazení regulačních poplatků za hospitalizaci v červnu 2008. Právě tento, pro mě z etického hlediska zcela nepřijatelný zážitek, mě motivoval k výběru tématu diplomové práce.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část se v úvodu zabývá otázkou alokace zdrojů ve zdravotnictví, poplatky či finanční spoluúčastí pacienta jako příjemce zdravotních služeb a dále informuje o problematice regulačních poplatků v některých evropských státech. Cíleně je práce zaměřena zejména na příčiny změn, ke kterým došlo po zavedení poplatků v českém zdravotnictví v roce 2008.

Praktická část prezentuje zkoumání názorů středního managementu Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s., nemocnice Středočeského kraje na problematiku regulačních poplatků. Těžištěm zkoumání jsou zkušenosti pracovníků, spojené s vybíráním poplatků od pacientů mladoboleslavské nemocnice.

Cílem práce je zjistit, jaký názor na zavedení poplatků do systému českého zdravotnictví převládá mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky v praxi.

2. TEORETICKÁ ČÁST

K 1. lednu 2008 byly v rámci reformy zdravotnictví zavedeny regulační poplatky. Oficiálně uváděných důvodů pro zavedení poplatků bylo několik, především zamezení plýtvání a zneužívání finančních prostředků v systému zdravotní péče. Údajnou příčinou, která vedla tým Ministerstva zdravotnictví České republiky za vedení bývalého ministra MUDr. Tomáše Julínka (20, 21) k zavedení poplatků, tedy byla potřeba efektivní regulace spotřeby zdravotní péče a služeb na straně poptávky. Autoři reformy očekávali změnu chování pojištěnců jako zákazníků zdravotní péče, zkvalitnění poskytovaných služeb, posílení postavení pacienta a příliv potřebných peněz do zdravotnictví.

V odborné literatuře se však lze dočíst, že poplatky fungují na omezení poptávky po zdravotní péči a službách pouze krátkodobě a nabízí se tedy otázka, jaké nástroje, regulující spotřebu zdravotní péče a služeb, bude potřeba uplatnit dále.

2.1 Alokace zdrojů

Faktorů, limitujících přerozdělování „vždy omezených zdrojů“ ve zdravotnictví, je více; řadíme mezi ně především finanční zdroje, vzdělanost a geografickou dostupnost zdravotních služeb.

Většina zemí vnímá trvalý tlak, kdy dochází ke zvyšování nákladů a zdroje zůstávají omezené. Obavy z výdajové krize ve zdravotnictví vedly k zavedení významných změn ve způsobu organizování a financování zdravotnictví. O udržení nákladů ve zdravotnictví se vedou odborné diskuze ve vyspělých zemích již od roku 1970. Pozornost mnoha zemí je v současnosti zaměřena na to, jak hradit zdravotní péči na udržitelném základě, veřejné půjčky ve velkém objemu totiž nejsou v mnoha zemích považovány za zdravou ekonomickou strategii. (42, s.1)

Reforma českého zdravotnictví je bezesporu nutná. Možnosti lékařských metod (léčebné postupy, léky aj.) se stále rozšiřují, nároky pacientů na léčbu rostou, přitom peněz, plynoucích do zdravotnického systému, se nedostává. Jak uvádí Helena Haškovcová, „není pochyb o tom, že alokace zdrojů je stejně tak ekonomickým, jakož i etickým problémem číslo jedna. Mýtus a mnoho omylů, které se váží k mimořádně závažné, obtížné a aktuální problematice alokace zdrojů, je spjato s vágně chápaným obsahem pojmu spravedlnost nebo sociální spravedlnost. Mnozí argumentují tím, že je

nespravedlivé, a tedy i nemravné, aby některým lidem nebyla poskytnuta nebo byla výrazně limitována pomoc jenom proto, že se nedostává finančních nebo jiných prostředků. Bylo by nepochybně ideální, mravné a spravedlivé, kdyby každý, kdo se ocitl v nouzi nemoci, mohl dostat vše, co potřebuje. Je nemravné zamlčovat, že tomu tak není a být nemůže, neboť vždy existoval, existuje a bude existovat rozdíl mezi ideální a dostupnou medicínou.“ (10, s. 253)

Problematiku alokace zdrojů otevřeně popsal v jednom diskusním pořadu také český chirurg Pavel Pafko. Jeho tým, provádějící transplantace plic, totiž často musí rozhodnout, komu plíci „dát a komu ji nedat“. Musí řešit nejen medicínský, ale také etický problém spojený s výběrem pacienta, neboť čekatelů je často více než dárců. Lékaři přitom dobře vědí, že mnozí z pacientů, kterým by dokázali pomoci, se transplantace nedočkají a zemřou. (45)

Ideálním stavem ve zdravotnictví je zcela jistě poskytování takové péče, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. Zdroje ve zdravotnictví jsou však limitovány a existuje tak velká propast mezi nejnovějšími poznatky vědy a omezenými možnostmi.

Názorným příkladem problému alokace zdrojů v praxi je v oboru ošetrovatelství např. rozhodování sester při výběru moderního ošetrovatelského postupu při péči o pacienta. Ošetřující personál se musí u lůžka velmi často rozhodovat, jakou metodu zvolí. Příkladem může být problematika hojení chronických ran. V současnosti trh nabízí široký sortiment kvalitních moderních materiálů podporujících a urychlujících hojení chronických ran. Tyto nejmodernější prostředky však při použití v praxi podstatně zvyšují náklady poskytnuté ošetrovatelské péče. A protože každý úsek zdravotnického zařízení má své „měsíční ekonomické limity“, stanovené vedením nemocnice, často sestry stojí před volbou, zda tyto hranice překročit a následně zdůvodňovat vedoucím pracovníkům nárůst nákladů anebo použít standardní tj. „levnější“ prostředek, i když podstatně méně efektivní. Chronicky nemocní pacienti jsou zpravidla ve zdravotnickém zařízení hospitalizováni dlouhodobě, stačí tedy několik nemocných této kategorie a limitované finanční zdroje jsou rychle vyčerpány.

2.2 Financování zdravotních služeb

Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, v článku 31 uvádí: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“. (30) Druhy zdravotní péče, hrazené zdravotními pojišťovny, stanoví zákon o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon mimo jiné specifikuje druhy zdravotní péče, výkony a zdravotnické prostředky dělí na výkony hrazené a nehrazené ze zdravotního pojištění. Léčivé přípravky jsou zde rozděleny do generických skupin, v každé skupině musí být alespoň jeden lék, který pojišťovna plně hradí. (83)

České zdravotnictví je financováno několika zdravotními pojišťovny, které jsou takzvaně „otevřené“ pro všechny občany. Pojišťovny si mohou tedy velmi obtížně konkurovat a fakticky pouze přerozdělují prostředky z povinného zdravotního pojištění. Co je tedy důvodem pro to, aby veřejné zdravotní pojištění nespravovala jediná instituce? Logickou dedukcí, že cílem snahy o udržení tzv. trhu se zdravotním pojištěním a existence více jak jedné pojišťovny, je pravděpodobně umožnit investiční příležitosti a vstup privátního kapitálu do takto uměle vytvořeného trhu.

Zdravotní pojištění je v České republice garantováno státem a je založeno na principu solidarity. Solidarita je v systému zajištěna jednak tím, že zdravotní pojištění za sociálně slabé či nízkopříjmové skupiny občanů je hrazeno státem (např. děti, ženy na mateřské dovolené či důchodci). Zároveň je v systému uplatňován princip solidarity zdravých s nemocnými, kdy zdraví občané platí zdravotní pojištění ačkoliv nejsou spotřebiteli zdravotní péče.

Tento zdravotnický systém s sebou však přináší určitá rizika. O možných rizicích píše Vojtěch Krebs, který uvádí, že jedním z největších problémů, který se v tomto zdravotnickém systému objevuje, je morální hazard. Obecně lze morální hazard definovat jako „existenci pobídek k neefektivnímu chování jedince.“ Veřejné zdravotní pojišťovny jako příjemci prostředků ze zdravotního pojištění mohou uplatnit určité nástroje a minimalizovat jimi riziko morálního hazardu. Mezi ně patří finanční spoluúčast pacientů či regulace ze strany poskytovatelů zdravotní péče. (27)

Jedním z nástrojů, které mohou pacienta směřovat k efektivnímu jednání při spotřebě zdravotních služeb, mohou být regulační poplatky nebo výše zmíněná přímá finanční spoluúčast pacienta na úhradě za zdravotní služby. Pokud není občan limitován

ve spotřebě zdravotní péče a služeb, snadno může např. neindikovanými návštěvami k lékařům dojít k plýtvání až k morálnímu hazardu. Zatímco ve vyspělých státech Evropy navštíví lidé lékaře v průměru 5 – 6x za rok, v České republice 15 – 16x ročně, přestože nemáme vyšší nemocnost než např. v Rakousku nebo v Německu. (65)

2.2.1 Finanční spoluúčast pacienta

Současná situace v takto nastaveném systému českého zdravotnictví nedává pacientovi možnost svobodné volby v otázce, jak nejlépe naložit se svými prostředky v případě nemoci. Pokud je občan zdravý, může si za peníze koupit vše, co potřebuje. Pokud onemocní, nemůže své peníze vložit do toho nejcennějšího, co má, do svého zdraví.

Česká republika je obecně považována za stát, patřící do skupiny s nejnižší spoluúčastí pacientů. I přesto, že Česká republika má nejnižší přímou spoluúčast pacientů na úhradách za zdravotní služby (tvoří přibližně 10% všech zdrojů), české zdravotnictví rozhodně není bezplatné. (1)

Jak uvádí Jan Mertl, finanční spoluúčast pacientů do nástrojů zdravotní politiky jistě patří, umí totiž regulovat prokazatelně neefektivní chování. „To ale není návštěva lékaře (který má právo kdykoli pacienta poučit, že návštěva byla zbytečná), ani lék na recept (jehož vystavení pacient neovlivní). To je třeba třetí konzultace na ten samý zdravotní problém. To je třeba pohyb pacienta mimo hierarchie zdravotnictví - třeba obcházení praktických lékařů nebo návštěvy nemocničních ambulancí bez vážného důvodu. V rámci svobody tohle nemůžeme nikomu upřít. Ale můžeme to zpoplatnit, protože v globálu to není účelné a efektivní hradit z veřejného pojištění“. (39)

Možnosti finanční spoluúčasti pacienta, známé ze zahraničí, uvádí významný odborník v oboru sociálního lékařství Jan Holčík: „Jednotlivé zdravotnické služby mohou být podmíněny částečnou finanční úhradou od pacienta (cost - sharing), např. spoluúčast na pojištění, určitá procentní sazba, kterou pacient platí z ceny výkonu, spoluplatba, pacient platí pevnou částku vždy, když je mu poskytnuta zdravotnická služba, balancovaná platba, pacient platí rozdíl mezi cenou pojišťovny a cenou poskytovatele, platba za výlučný výkon, pacient platí plnou částku za službu, kterou nehradí pojišťovna, Spoluúčast pacienta (co - payment) není pouhým příplatkem (např. na brýle), ale finanční účastí na úhradě určité základní zdravotnické služby (např. hospitalizace).“ (15, s. 33)

Do zdravotnictví ročně plyne přibližně 200 miliard korun. Tyto finanční prostředky nepochází pouze ze zdravotního pojištění, ale také z dalších veřejných rozpočtů, část tvoří např. také přímé doplatky občanů za léky aj. (1)

Příklad nejčastější formy spoluúčasti pacienta v zemích Evropské unie, tj. podíl pacienta na úhradě léku, zmiňuje právník a ekonom Jozef Wagner, který dále také uvádí, že finanční spoluúčast v českém zdravotnictví zřejmě není příliš v oblibě. Současné finanční zdroje nestačí, nové veřejné zdroje peněz nejsou k dispozici. Nejčastějším způsobem je podíl na úhradě léku. (80)

Formou přímé spoluúčasti pacienta přirozeně dochází k omezení nadbytečné péče a navíc také k výběru peněz k doplnění veřejných zdrojů soukromými penězi.

2.2.2 Výdaje na zdravotnictví

Výdaje na zdravotnictví se v České republice pohybují okolo 7 % DPH. Porovnáme-li výdaje na zdravotnictví s ostatními členskými zeměmi Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) pak zjistíme, že např. Švýcarsko vydává na zdravotnictví přes 11 % ročně, Německo, Francie a Belgie přes 10 %, Rakousko, Nizozemsko a Švédsko přes 9 % a Velká Británie, Lucembursko a Dánsko přes 8 % HDP za rok. Jak uvedl v jednom z rozhovorů prezident České lékařské komory, příčinou tohoto skromného procenta jsou v České republice zcela jistě nízké platy lékařů, ale nejen lékařů, navíc také platy sester a zdravotnického personálu obecně. (80)

Nabízí se otázka, který způsob odměňování zdravotnických pracovníků je lepší? Ve světě je využívána celá řada způsobů odměňování zdravotníků, žádný z nich není ideální, nejlepší bývá jejich kombinace. Jan Holčík uvádí, že mezi základní typy systému odměňování zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotnické služby, patří:

- Pevný plat (Salary)
- Podle počtu pacientů (Capitation)
- Podle výkonů (Fee-for-service)
- Podle případů (Case payment, např. DRGs)
- Úhrada za návštěvu
- Úhrada za dohodnutou práci
- Rozpočet (Global payment) (15)

2.3 Nemocný člověk a jeho postavení ve zdravotním systému

Zdraví toužíme být všichni, v dnešní hektické době však až příliš často zapomínáme o své zdraví pečovat. Teprve v okamžiku, kdy se narušené zdraví ohlásí a varovným signálem nás upozorňuje, abychom si ho více vážili, náhle si uvědomíme jeho význam a zdraví se posune v hodnotovém systému každého z nás podstatně výše. Staneme-li se nemocnými, všichni si přejeme být ošetřeni co nejlépe, co nejkvalitněji. Každý z nás si uvědomuje, že se někdy v budoucnu s největší pravděpodobností ocitne v roli pacienta. Pokud si člověk tento fakt připustí v době, kdy je zdrav, zajímá se o principy fungování zdravotnického systému. V médiích snadno získává potřebné informace a pozastavuje se nad problémy spojené s financováním zdravotnictví či limitovanými zdroji.

Ve zprávě z konference České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků Czechmed upozorňuje Helena Haškovcová na příspěvek jednoho z účastníků: „Pacienti by se měli postupně identifikovat s rolí klientů, tedy spotřebitelů zdravotní péče, kteří se umějí rozhodovat o svém osudu v nemoci, a kteří jsou schopni se také podílet na kontrole kvality péče.“ (12, s. 2)

Ve výše zmíněném příspěvku je také zdůrazněn význam partnerského vztahu mezi pacientem a lékařem, pacienti by měli být více odpovědní za své zdraví a pečovat o něj. Pacient je v dalším příspěvku velmi výstižně označen jako pojištěnec – plátce – pacient. Nejprve je v příspěvku pacient pojištěncem – fyzickou osobou, kterému je poskytována zdravotní péče z veřejného pojištění a následně nepojištěným klientem - samoplátcem, kterému je poskytována zdravotní péče na jeho žádost. Pacient má znát svá práva (volba lékaře, volba pojišťovny..), ale zároveň si musí být vědom také svých povinností. (12)

Pokud občan nebude osobně zainteresován na spolurozhodování o způsobu léčby či péče o své zdraví, nebude dle mého názoru nikdy dostatečně motivován k účelné spotřebě zdravotní péče či služeb. Tím, kdo nese odpovědnost za efektivitu a účelnou indikaci léčebných postupů a preskripci léků, je však především také lékař. Pokud lékař doporučí pacientovi lékařský výkon či léčbu, jen těžko pacient jako laik zhodnotí, zda se jedná o indikovaný postup či nikoliv.

2.3.1 Stárnutí populace

Demografický vývoj směřuje ke zvyšování počtu seniorů v našem státě. Tento trend v populačním vývoji potvrzují údaje Českého statistického úřadu a dokumentuje ho také „Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v České republice“, která byla zpracována v rámci projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice z roku 2008. Ve zprávě se doslovně uvádí: „Populace České republiky bude v nadcházejícím období, podobně jako v ostatních zemích, procházet poměrně výraznou demografickou transformací, která spočívá v nárůstu počtu současně žijících generací. Ten je způsoben především postupným prodlužováním délky lidského života.“ (88)

Ondřej Mátl uvádí, že jak bude populace stárnout, poroste informovanost seniorů o možnostech moderní léčby a ošetrovatelské péče. Do budoucna je třeba počítat s tím, že se výdaje ve zdravotnictví budou zvyšovat. Autor příspěvku říká „zatímco dnes připadá na čtyři sta pracujících lidí sto důchodců, za padesát let už by to mělo být téměř třikrát tolik. V průběžně nastaveném systému financování proto stárnutí povede k nižším zdrojům.“ (36)

Mezi vážné příčiny chudoby a sociálního vyloučení zcela jistě patří zdravotní postižení, stáří a špatný zdravotní stav. Stáří je většinou provázeno zdravotními problémy, které si často vynutí návštěvu lékaře, senioři musí vydat na zvládnutí chronických či polymorbidních onemocnění nemalé finanční prostředky. Stáří může dle Vojtěcha Krebse dokonce znamenat vyloučení některých skupin seniorů do „seniorského ghetta.“ Jak dále uvádí, jedním ze základních úkolů na poli sociálního začleňování je záruka stejného přístupu ke službám vysoké kvality. Mezi významné úkoly současnosti tedy zcela jistě patří zajistit rovný přístup ke službám, jako je zdravotnictví, doprava, kultura, sociální péče, právní služby a rekreace. (27)

Populace stárne a zvyšuje se informovanost seniorů o neustále se rozšiřujících možnostech soudobé medicíny. Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví zcela jistě ovlivňuje přemýšlení občanů při rozhodování, zda využít zdravotnické služby či nikoliv. Mezi skupiny, které budou přemýšlet nejvíce, patří nemocní senioři, invalidní důchodci aj., tedy lidé sociálně slabí. V okamžiku, kdy si člověk, dosud zvyklý využívat zdravotní péči a služby bez finanční spoluúčasti, musí za „použití zdravotnictví“ připlatit, zvažuje, zda je návštěva lékaře skutečně účelná. V této souvislosti se nabízí otázka, zda poplatky, jednotně nastavené pro všechny skupiny občanů s různými příjmy (30, 60, 90 Kč), jsou skutečně spravedlivé. Kdo tedy může více ovlivnit spotřebu zdravotní péče v systému,

lékař nebo pacient? Pokud pacienta jeho zdravotní stav „donutí“ vyhledat pomoc odborníka, je dle mého názoru na lékaři a jeho úvaze, zda bude pacienta léčit „účelně“. Pacient již z podstaty své role musí věřit ve správnost indikace léčby lékařem a jen těžko může ovlivnit objem péče, který následně v systému spotřebuje.

Dalším problémem je reálná možnost zhoršení zdravotního stavu člověka pro odkládání návštěvy u lékaře. Pokud se občan finančně spolupodílí na nákladech za léčení a patří do nízkopříjmové vrstvy obyvatelstva, může být výše regulačního poplatku důvodem pro odkládání návštěvy lékaře až do doby, kdy se objeví komplikace či dokonce zhoršení zdravotního stavu. Oddalování lékařského vyšetření může v konečném důsledku způsobit zvýšení nákladů na léčbu pacienta.

Zajímavé zjištění by zcela jistě přinesl výzkum na toto téma, který by byl realizován před a po zavedení poplatků do českého zdravotnictví. Cíleně by mohl být zaměřen na vývoj zdravotního stavu obyvatelstva, tj. na interval mezi objevením prvního příznaku obtíží, návštěvou lékaře a následným vývojem onemocnění (zdravotní komplikace aj.). Výsledkem této analýzy by mohlo být zjištění, zda regulační poplatky skutečně přispívají k účelné spotřebě zdravotní péče a zda skutečně vedou ke snížení nákladů na léčbu pacientů v českém zdravotnickém systému.

2.3.2 Chudoba

Ekonomický růst, jak uvádí Jan Keller, je označován za jedinou možnou cestu k odstranění chudoby a za příslib dalšího vzestupu životní úrovně těch, jichž se chudoba netýká. Ve skutečnosti však státy, zaznamenávající ekonomický růst, zároveň zpravidla registrují nárůst počtu osob žijících pod hranicí bídy. (23) Při rostoucí inflaci, jak píše Vilém Kahoun, „nízké a střední příjmy stagnují, příjmy bohatých však nepřiměřeně rostou. Mezi lidmi se stále více vytvářejí obrovské rozdíly. Sociální výdaje státu se s narůstající nezaměstnaností zvyšují, jeho příjmové zdroje se omezují, dochází k nepopulárním sociálním škrtům. Sociální polarita ve společnosti roste, je ohrožena a zpochybněna sociální solidarita a soudružnost společnosti.“ (22, s. 263 – 264)

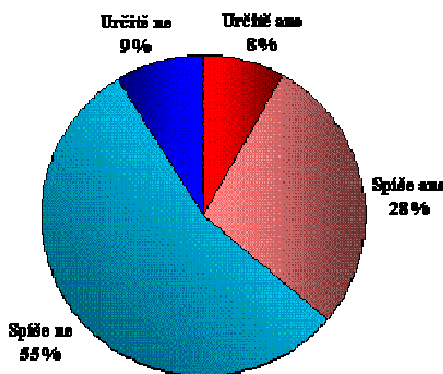
Paušální zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví pro všechny pojištěnce a finanční zatížení nemocných občanů poplatky za zdravotní péči bez ohledu na výši jejich příjmů, je zcela jistě „drastičtější“ pro sociálně slabší občany než pro občany

s nadprůměrným příjmem. Je sporné, zda jednotné nastavení regulačních poplatků pro všechny občany bez rozdílu, je sociálně nejspravedlivějším řešením.

Pocit chudoby je relativní věc. V Čechách je podle Ivy Špačkové za chudého považován člověk, který uspokojuje své potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň ve společnosti. Podle posledních dat Českého statistického úřadu z roku 2007 spadali do této skupiny lidé, kteří disponovali ročním příjmem menším než 93 a půl tisíce korun, tedy zhruba 260 Kč na den. (76) Podle Vojtěcha Krebse lze chudobu „obecně vymezit jako stav, kdy lidé nejsou schopni uspokojovat své základní životní potřeby v míře, kterou společnost v dané době uznává jako minimální nebo nezbytně nutnou.“ (27, s. 131)

Přestože životní úroveň posledních devět let v České republice roste, spokojených Čechů nepřibývá. Dle průzkumu agentury STEM si přibližně každý třetí Čech myslí, že žije v chudé rodině. (73) V březnu 2009 proběhl průzkum agentury STEM, který byl zaměřen na subjektivní vnímání chudoby respondenty. Výzkum zjišťoval vyjádření respondentů na otázku:

Obr. č. 1 „Máte pocit, že jste chudá rodina?“



STEM, Trendy 03/2009, 1276 respondentů starších 18 let

Zdroj: www.stem.cz (73)

Agentura STEM v komentáři uvádí, že přibližně každý třetí Čech vnímá vlastní rodinu jako chudou, tato skutečnost je neměnná již sedm let a neovlivnila ji ani ekonomická krize. Dále uvádí, že „již sedm let svou rodinu označuje jako chudou přibližně 36 % Čechů. V aktuálním výzkumu tak činí nejčastěji lidé nezaměstnaní (63 % z nich), dělníci (52 %) a důchodci (42 %). Z hlediska stranických preferencí se největší podíl lidí, kteří svou rodinu vnímají jako

chudou, objevuje mezi sympatizanty KSČM (59 %). Nejmenší pak mezi příznivci ODS (18 %). Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že dvě třetiny Čechů (64%) své rodiny nehodnotí jako chudé. Většina lidí (83%) nevnímá rodinnou situaci až tolik vyhraněně a volí varianty „spíše ano“ nebo „spíše ne“ (73)

Výsledek výše zmíněného průzkumu sice dokazuje, že většina lidí se v České republice nepovažuje za chudé, ale zároveň šetření ukázalo, že stabilně považuje svoji rodinu za chudou přibližně 36% občanů.

Pokud by tento průzkum byl realizován před zavedením regulačních poplatků, tj. před 1. lednem 2008, mohl by reformní tým dojít ke zjištění, že přibližně jedna třetina občanů bude patrně jistě považovat zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví za zvýšené finančního zatížení rodiny. MZČR by se následně mohlo alespoň pokusit zanalyzovat situaci a zjistit tak, jak silný je odpor veřejnosti k tak závažné změně, jakou jsou nově zavedené poplatky v českém zdravotnictví a následně vyhodnotit rizika.

Veřejná diskuse, jejíž absence byla dle mého názoru, hlavní příčinou neúspěchu reformního týmu pod vedením bývalého ministra MUDr. Tomáše Julínka, mohla předejít jednoznačnému nepřijetí zdravotnických poplatků českou veřejností. Tento postoj občanů, převládající u většiny české populace, následně potvrdily podzimní výsledky krajských voleb, kdy jednoznačně zvítězily kandidáti opoziční politické strany a hejtmany se nově ve všech krajích České republiky staly kandidáti ČSSD. Hlavním bodem jejich programu bylo zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví.

2.3.3 Zájem pacienta

Zdraví i peníze patří k lidským hodnotám, které se pro některé lidi mohou stát životním cílem. V odborné literatuře se můžeme setkat s varováním, že stane-li se zdraví dominantním cílem, může to vést až ke zdravotnímu teroru, byť vedenému dobrými úmysly. Stanou-li se však jediným životním cílem peníze, také to obvykle nevede ke štěstí. Zdraví a peníze nejsou v podstatě cílovými kategoriemi, jsou to spíše prostředky pomáhající naplnit lidský život smysluplnou aktivitou. (15)

Hana Brixí, poradkyně pro Světovou zdravotnickou organizaci, která posledních 15 let pomáhá reformovat veřejné finance, sociální politiku a státní správu v zemích Evropy, Jižní Ameriky a Asie si klade a zároveň nabízí odpovědi na následující otázky. Odpovědi na tyto otázky jsou, jak sama uvádí, poněkud v rozporu se záměry navržených zdravotních

reforem v České republice. V této části stručně interpretuji zajímavé pasáže z rozsáhlého sdělení Hany Brixí (3), publikovaného v Bulletinu OSZSP ČR v roce 2008:

Co nepomáhá zájmu pacienta?

- *Konkurence mezi lékaři, nemocnicemi a ordinacemi.* Až na pár výjimek nemá pacient přístup k potřebným informacím, podle kterých by si mohl pracoviště kvalifikovaně vybrat. (3)
- *Konkurence mezi pojišťovnami.* Z úhlu pohledu jedince je výběr pojišťovny a vhodného zdravotního plánu velmi často příliš komplexní a důsledkem neuvážené volby pak může být nepostačující léčba. (3)
- *Druh vlastnictví.* Zkušenosti z rozvinutých i rozvojových zemí dokazují, že vlastnické vztahy jen málo ovlivňují úměrnost a kvalitu zdravotní péče. Možnost vlastnictví zdravotnických zařízení pojišťovnami, kterou nelze přehlédnout v současném reformním návrhu v České republice, nejenže s sebou nese motivaci ve prospěch pacienta, navíc ještě značně komplikuje dohled. (3)
- *Způsob celkového financování zdravotnictví.* Způsob financování zdravotnictví, tj. buď přímo ze státního rozpočtu formou daní nebo z příspěvků placených občany pojišťovnám, nemá na základě mezinárodních zkušeností pro pacienta žádný význam. Pro rovnoprávnost je však lepší financování z daní (za předpokladu dobrého daňového systému), omezuje také vliv negativních dopadů finančního zatížení na celkové tržní prostředí. V polovině zemí OECD je zdravotnictví financováno ze státního rozpočtu (z daní) a druhá polovina má zdravotnictví postaveno na příspěvcích. (3)

Co zájmu pacienta pomáhá?

- *Řízená konkurence mezi lékaři, nemocnicemi a ordinacemi o smlouvy s informovanými plátcí a na druhé straně dohled plátců na lékaře ve věci výběru, nákladů péče i kvality.* Informovaným plátcem může být specializovaný úřad nebo pojišťovna, udělující kontrakty zdravotnickým zařízením podle přísně definovaných kritérií na dostupnost, kvalitu a cenu lékařské péče a následně také podle těchto kritérií na zdravotnická zařízení (soukromá či státní) dohlíží. Mezinárodní zkušenosti ukazují, že existence jedné takové pojišťovny nebo úřadu v zemi stačí a že „monopolní plátce“ je nejefektivnějším modelem kontroly nákladů ve zdravotnictví. Pro nastavení řízené konkurence mezi zdravotnickými zařízeními je monopol v oblasti plateb velmi efektivní. Podle mezinárodních zkušeností je v tomto směru nejefektivnější monopol založený na daních spíše než na příspěvcích, hrazených zdravotním pojišťovnám. Jako dobrý příklad lze uvést Kanadu, kde stát financuje zdravotnictví a lékaři, nemocnice i ordinacemi navzájem konkurují o smlouvy a následně čelí tvrdému dohledu.(3)
- *Finanční spoluúčást pacienta.* Finanční zainteresovanost pacienta až do výše 20% celkových nákladů na léčbu, s určitým vyčísleným stropem na rok, je nutným předpokladem pro zamezení plýtvání, pro zvýšení zájmu o prevenci, péči o své zdraví i efektivní léčbu. Spolu se zavedením finanční spoluúčasti je však třeba zavést sociální program pro občany s nízkým příjmem, který by zajistil dostupnost indikované léčby. (3)
- *Zainteresovanost lékařů a plátců na zdravotní osvětě a prevenci.* Významným cílem zdravotní politiky státu a působení zdravotnických zařízení i plátců (pojišťoven) musí být předcházení budoucím potřebám nákladné léčby prevencí a osvětou v oblasti zdravého životního stylu. Pojišťovny a stát se musí spolupodílet na informovanosti veřejnosti. (3)

V závěru příspěvku pak Hana Brixí podotýká, že občané by měli dostat příležitost vyjádřit se ke zdravotním reformám, vyjádřit své preference přímo, nejen přes politické

strany, které si zvolili. Pro úspěch zdravotních reforem je, jak uvádí, nutná veřejná diskuse. (3)

Prvním „krokem“ české zdravotnické reformy bylo zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví od 1.1.2008. Největším nedostatkem, které postavilo bariéru mezi veřejností – občany a autory reformy, byla podle všeho absence veřejné diskuse.

2.4 Evropská strategie v oblasti zdravotní péče

V Evropské unii je i nadále kladen důraz na sociální soudržnost. Solidární zdravotnické systémy však také mají své kontraproduktivní efekty. Zpřístupňují sice zdravotní služby celé populaci, ale lidé jsou zároveň velmi často a různým způsobem omezováni při spotřebě služeb, protože jedině restrikcí jsou veřejně financované systémy schopny zajistit chod zdravotnictví z limitovaných prostředků. Vztahy mezi třemi základními subjekty zdravotního systému, tj. uživateli, poskytovateli a plátcí, mohou být uspořádány jednak na základě mechanismu volného trhu nebo na základě státní regulace. Žádný z vyspělých států dnes nespolehá jen na jeden z těchto principů a kombinuje v různé míře oba. Lze ale říci, že v Evropě většinou převládá prvek solidarity, zatímco v USA převažuje soukromopodnikatelský způsob. (28)

Vlivem evropských politik se snižuje kontrola států nad externími hranicemi systémů zdravotní péče, postupně se vytváří evropský trh ve zdravotnictví. Samostatným problémem je také zaměstnávání zdravotníků v rámci celé Evropské unie, které rovněž podléhá pravidlům harmonizace. Hervey a McHalle uvádí, že licencování a regulace pro výkon zdravotnického povolání má v evropských zemích dlouholetou tradici. Teoretická výuka a praktické znalosti v oblasti medicíny jsou datovány již od dob Hippokrata a prací Galéna. (14)

2.4.1 Program Zdraví 21

Evropské země nyní začínají řešit ožehavou otázku, jak definovat základní potřeby a práva člověka ve vztahu ke zdravotnictví. Stejně tak jako nové medicínské technologie překonávají hranice možností léčby, roste podíl starých a chronicky nemocných lidí. (3) To vše vytváří zvýšený tlak na zdravotnické služby.

Práva a potřeby člověka jsou předmětem evropského programu Zdraví 21, jehož cílem je především dosáhnout plného zdraví pro všechny. Tento program byl připraven pro evropský region jako celek. Program tvoří celkem 21 cílů, které jsou zaměřeny na solidaritu, spravedlnost, zdravý životní styl, prevenci, zodpovědnost při péči o zdraví, financování zdravotní péče, výzkum aj. oblasti života občanů.

Například cíl 17, zabývající se financováním zdravotnických služeb a přidělováním zdrojů, nabádá členské státy k tomu, aby měly do roku 2010 takový mechanismus financování a alokace zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na principu rovného přístupu ke zdravotnickým službám, na solidárnosti, hospodárnosti a optimální kvalitě. (15)

Jan Holčík k programu Zdraví 21 píše, že „etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami:

- zdraví jako základní lidské právo;
- ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnosti mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně žen a mužů;
- vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, skupin, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví.“ (15, s. 38)

Jak uvádí Ondřej Mátl a Milena Jabůrková, „lze konstatovat, že dnes je Evropská unie i v oblasti zdravotnictví doslova všudypřítomná. Společenství má své akční programy v oblasti veřejného zdraví. Již desetiletí jsou realizovány společné projekty v oblasti boje proti AIDS, rakovině, hledání odpovědí na civilizační choroby apod.“ (37, s. 68)

2.4.2 Evropské zdravotní systémy

Socioložka Eva Křížová uvádí, že současný evropský zdravotní systém se sice vyvíjel na základě přímých intervencí vlád do soukromého trhu se zdravotními službami, ale zároveň solidárně organizovaný systém naráží na své mravní, sociální a ekonomické hranice.(28) Výdaje na zdravotnictví celosvětově velmi rychle rostou a žádný předpis na úspěšnou reformu, jak píše Hana Bixi, neexistuje. Neudržitelný růst na straně nabídky i

poptávky je zcela jistě hlavním důvodem rostoucích nákladů ve zdravotnictví. Na straně nabídky dochází k rozvoji nových lékařských technologií, přístrojů a léčiv, které rozšiřují možnosti léčby. Na straně poptávky dochází ke zvyšování potřeb a nákladů na léčení především proto, že populace stárne, navíc přibývá civilizačních nemocí v důsledku kouření, obezity aj. (3)

Ekonomické klima ve střední a východní Evropě a v bývalém Sovětském svazu zanechalo, jak říká Mossialos se spolupracovníky, po rozpadu „východního bloku“ většinu zemí ve velmi obtížné situaci při hledání finančních zdrojů za účelem pokrytí nákladů na zdravotní péči. Neformální platby (úplatky) jsou rozšířeny a hlavní výzvou nadále zůstává, jaké oficiální platební mechanismy znovu zavést za negativního či nízkého růstu státu. (42, s. 294)

Systémy zdravotní péče evropských států prošly různým historickým vývojem a poměrně významně se odlišují, mají však některé společné charakteristické rysy, a to zejména v oblasti financování. (37) Podle Freemana se jedná o dvě hlavní kategorie zdravotních systémů. První kategorii tvoří systémy národní zdravotní služby, druhou pak systémy zdravotního (sociálního) pojištění. (8, 37) Významnou roli garanta obecného zájmu o zdraví občanů hraje stát a zdravotní péče je organizována na principu solidarity. Evropané se dožívají poměrně vysokého věku a zdravotnictví je věnována pozornost také z hlediska ekonomického. (37)

Způsoby financování zdravotnictví a různou míru spoluúčasti občanů ve zdravotních systémech evropských států zmiňuje Jan Keller když říká, že „v Dánsku či Velké Británii je zdravotní péče hrazena z daní, v Německu, Francii a Nizozemsku z příspěvků pojištěnců, ve Španělsku a Švédsku především z daní, částečně však i z příspěvků. Ve všech uvedených zemích existuje navíc příplácení pacientů na léky, výrazně se liší výše této spoluúčasti.“ (24, s. 67)

2.4.3 Finanční spoluúčast v některých evropských státech

Regulační poplatky byly reformním týmem Ministerstva zdravotnictví České republiky zvoleny jako první z plánovaných změn reformy zdravotnictví. Paušálně byl stanoven poplatek za lékařské vyšetření, za den pobytu v nemocnici, za vyšetření v rámci pohotovostní služby či poplatek za předpis léku na recept. Hodnota poplatku byla stanovena jednotně, bez ohledu na výši příjmu jednotlivců. V současné době probíhají

polemiky a rozporuplné veřejné diskuze, zda takto nastavené poplatky jsou solidární či nikoliv. Nabízí se otázka, jakým způsobem se řeší poplatky či spoluúčast pacienta ve zdravotních systémech jiných evropských států, kde delší dobu fungují.

2.4.3.1 Německo

Nemocniční fondy jsou v Německu hlavními subjekty v systému zdravotního pojištění. Příspěvky povinného zdravotního pojištění hrazené nemocničním fondům, jsou hlavním zdrojem financování zdravotní péče v Německu. Do nemocničních fondů přispívají zaměstnanci, jejichž hrubý příjem nepřesahuje stanovenou hranici. Osoby samostatně výdělečně činné a všichni občané, kteří mají příjmy vyšší než je stanovená částka, jsou z povinného zdravotního pojištění vyloučeni a musí si sjednat soukromé zdravotní pojištění. (52)

- Poplatky ve zdravotnictví jsou v Německu stanoveny pevně v procentech, a to ve výši 2% z ročního příjmu klienta, pro chronicky nemocné se jedná o 1% z ročního příjmu. U každého klienta je tedy hranice poplatku individuálně stanovena dle výše příjmu; (57)
- Poplatky v německém zdravotnictví neplatí děti do 18 let; (57) Za lékařské vyšetření platí klient paušální poplatek za každé kalendářní čtvrtletí roku ve výši 10 eur bez ohledu na počet návštěv, tj. 40 eur ročně. Za lékařské vyšetření provedené specialistou, indikované osobním lékařem, se neplatí nic. Poplatky vybírá zdravotní sestra, která pak hotovost přeposílá zdravotní pojišťovně klienta. Peníze za poplatky tedy na rozdíl od nás nezůstávají zdravotnickému zařízení. Poplatky jsou jako ochranný limit plně započítány do nejvyššího možného zatížení pacienta (ochranný limit); (57)
- Za každý lék s doplňkem klient hradí 10 % z jeho ceny, nejméně však 5 eur a nejvýše 10 eur. Hotovost za poplatky lékárny odevzdávají zdravotním pojišťovnám. Jsou plně započítány do hranice nejvyššího zatížení (ochranný limit) bez ohledu na to, zda by si pacient mohl vybrat lék bez doplatku; (57)

- Za každý den pobytu v nemocnici pacient zaplatí poplatek ve výši 10 eur, maximálně však do výše 28 dní v roce. Poplatky za hospitalizaci převádí nemocnice na účet zdravotní pojišťovny.(57)

Soukromé zdravotní pojištění v Německu má dvě roviny: plné krytí pro část populace nespádající do povinného zdravotního pojištění a doplňkové připojištění - je zaměřeno na oblasti, které nehradí nemocniční fondy. Spoluúčasť pacientů v německém zdravotnickém systému má dlouholetou tradici. Doplatky klientů jsou limitovány ze zákona, týkají se zejména dětí, sociálně slabých osob, chronicky nemocných pacientů a studentů. Z povinného zdravotního pojištění je hrazen základní balíček zdravotní péče, jehož součástí je preventivní péče, vyšetření, léčba (ambulantní, stomatologická, léky, nemocniční i domácí ošetrovatelská péče, některé oblasti rehabilitace) a převozy pacienta (52).

2.4.3.2 Francie

Systém zdravotní péče ve Francii je založen na dvou základních principech: všeobecném povinném zdravotním pojištění a svobodné volbě zdravotní péče bez doporučení lékaře. Správu systému národního povinného zdravotního pojištění provádí Národní zdravotní pojišťovna, která má ve Francii 16 regionálních a 128 regionálních pokladen. (52)

Poplatek u lékaře je ve Francii 1 euro, které představuje přibližně tisícinu minimálního, státem uzákoněného, platu (tj. 1100 eur čistého). Minimální plat v Čechách je od ledna 2007 8000 Kč. Aby byl poplatek u českého lékaře ekvivalentní k tomu ve Francii a představoval jeho tisícinu, musel by být minimální plat v České republice 30 000 Kč měsíčně. Poplatek za návštěvu lékaře v Čechách je tedy podstatně větší, než ve Francii. (26)

Pacient má ve Francii možnost svobodné volby zdravotní péče, tj. volné rozhodování např. o návštěvě specialisty bez doporučení lékaře. U něho však vyšetření hradí v hotovosti, zdravotní pojišťovna je pacientovi následně proplatí, proplácí však pouze 70% vynaložených nákladů. Za pobyt v nemocnici platí pacienti paušální sazbu, která není hrazena z povinného zdravotního pojištění, tj. ve výši 10,67 eur za den. (52)

Všechny ostatní náklady za poskytnutou zdravotní péči ve veřejných nemocnicích hradí pojišťovna ve výši do 80%. Pro některé skupiny osob s potřebou sociální pomoci je zajištěna zdravotní péče bezplatně nebo s nižší spoluúčastí na základě zákonem stanovených podmínek. Pro francouzský systém je typická vysoká finanční spoluúčast pacienta. Většina Francouzů má sjednáno doplňkové zdravotní pojištění u některé z komerčních pojišťovacích institucí. Příspěvek doplňkového zdravotního pojištění tvoří přibližně 2,5% z výše platu. (52)

2.4.3.3 Velká Británie

Zdravotnictví ve Velké Británii je financováno převážně z daní a zákonného pojistného. K doplňkovým zdrojům financování zdravotní péče patří spoluúčast pacientů a soukromé pojištění. Finanční spoluúčasti je třeba zejména v nemocnicích a také u některé běžné zdravotní péče. Britské zákony nepopisují přesně seznam poskytované zdravotní péče, odpovědnost za dostupnou zdravotní péči mají zdravotní úřady. Jejich povinností je zajistit dostupnost lékařské péče na přijatelné úrovni. Primární zdravotní péči zde poskytují praktičtí lékaři, pacient si může zvolit svého lékaře, výběr je však omezen místem bydliště. Komerční zdravotní pojištění má dvě základní formy: zaměstnavatelské a individuální a je využíváno hlavně ke krytí nehrazené zdravotní péče. (52)

Časopis Britské listy uveřejnil záznam rozhlasové diskuse s titulkem: „Je rozumné, aby si pacienti dopláceli na léky, které nefinancuje státní zdravotnictví?“. Tony Benn, bývalý poslanec britského parlamentu, uvádí zajímavou myšlenku, citují: „Vezměte si dva lidi. Oba potřebují ten lék. Jeden si ho může dovolit, druhý ne. Takže vy říkáte, že bohatým lidem by mělo být dovoleno, aby si ho koupili. O to právě jde. Existuje-li lék, který lidé potřebují, lidé by ho měli dostat a měl by být financován státním zdravotnictvím. Víte, to je věc morálky. Je to o zdraví národa a o zájmech komunity. A jestliže bude někdo nemocen, může to mít dopad na mě. A jestliže já budu nemocen, může to mít dopad na druhé lidi. A jakmile ten morální princip zrušíte, přišli jste o všechno. A co se týče farmaceutických společností, já mám řešení. Řekneme jim: Budeme kupovat vaše léky, a na ně vydáváme miliardy, pokud nám dáte dvacet procent svých zisků. A brzo budeme vlastnit všechny farmaceutické společnosti. Tohle nejsou neřešitelné problémy. Pro mě je to morální otázka. Děláme to tak v armádě. V armádě vás léčí bez poplatků. Nemůžete říct svému generálovi: znám takového jednoho doktora, chci,

aby sem přišel mě léčit a já ho zaplatím. Když to může fungovat v armádě, může to fungovat pro všechny.“ (18)

2.4.3.4 Slovensko

Poplatky byly ve slovenském zdravotnictví zavedeny k 1.6.2003, a to ve výši 20 Sk za návštěvu lékaře, za ambulantní ošetření a za vypsání receptu, 60 Sk za návštěvu pohotovosti a 50 Sk za den pobytu v nemocnici. Při převozu sanitním vozem pacient zaplatí 2 Sk za kilometr. Osvobozeny od plateb jsou těhotné ženy, děti do šesti let, pacienti s chronickým onemocněním aj. Poplatky měly za cíl odstartovat reformu slovenského zdravotnictví, dluhy resortu dosahovaly v roce 2002 28 miliard korun. (70)

V rámci slovenské reformy zdravotnictví měla být do roku 2006 všechna zdravotnická zařízení a všechny pojišťovny převedeny na obchodní společnosti. Dle informace OSZSP ČR z června 2006 došlo po zavedení reformy ke zhoršení vztahů mezi zdravotnickými zaměstnanci a pacienty. Zhoršily se podmínky poskytování zdravotní péče, snížila se dostupnost a kvalita. Důsledkem tohoto vývoje byl rostoucí trend odchodu odborného personálu do zahraničí. Výhrady k dopadům slovenské reformy mělo podle průzkumu veřejného mínění 74 % občanů. (77) Důsledkem této situace ve slovenském zdravotnictví bylo legislativní omezení nepopulárních poplatků. K jejich zrušení na Slovensku ze zákona nedošlo, nařízením vlády Slovenské republiky však byla částka některých poplatků k 1.9.2006 snížena na 0 Sk. Nadále zůstaly v platnosti poplatky 20 Sk za recept, 60 Sk za návštěvu pohotovosti a 2 Sk/km za převoz pacienta sanitním vozem. (70)

2.4.3.5 Maďarsko

Zdravotnické poplatky v Maďarsku byly po „slovenském vzoru“ zavedeny dne 15.2.2007 ve výši 300 forintů za návštěvu lékaře a 300 forintů za „lůžkoden“. Premiér Gyurcsány v září 2006 v rozhovoru pro Maďarský rozhlas uvedl: „Je tu slovenský příklad podle kterého nejdůležitějším účinkem symbolického poplatku, v hodnotě půl krabičky cigaret, je pokles návštěv u lékaře.“ (32) Od poplatků budou osvobozeny děti do šesti let,

ženy na mateřské dovolené, důchodci s nízkým příjmem a třetinový poplatek zaplatí nezaměstnaní. (32)

1. července 2007 vládnoucí politické strany schválily třetí dodatek ke koaliční smlouvě, který byl mimo jiné zaměřen na oblast zvyšování kvality a transformaci systému zdravotního pojištění.

9. března 2008 maďarští voliči v referendu odmítli poplatky ve zdravotnictví a ve školství. 84,2 % voličů se vyslovilo proti poplatkům nemocnici, 82,5 % hlasovalo proti poplatkům za návštěvu ambulantních specialistů a 82,3 % hlasovalo proti poplatkům ve školství. Maďarský premiér Gyurcsány po oznámení výsledků referenda sdělil, že vláda připraví zákony, aby od 1. dubna 2008 došlo ke zrušení těchto poplatků. Opoziční politické strany následně navrhly nový zákon na zrušení reformy zdravotního pojištění. Tato reforma měla v Maďarsku zavést „pluralitní systém zdravotního pojištění s menšinovým podílem soukromého kapitálu“. (31)

Maďarský parlament 17. března 2008 schválil vládní návrh, kterým se od 1. dubna 2008 ruší nepopulární poplatky za lékařské vyšetření a pobyt v nemocnici, stejně tak se ruší zavedení registračního poplatku na vysokých školách. (33) Maďarský ministr zdravotnictví Lajos Molnár podal dne 4. dubna 2007 demisi a k 6.4.2007 odstoupil z funkce.

2.5 Reforma zdravotnictví v České republice

Hana Brixiová uvádí, že základní cíle zdravotních reforem, zdravotní péče dostupná každému dle potřeby, udržitelné náklady a dobrá kvalita, se zdají být zjevně neslučitelné. Nabízí se otázka, co má být hlavním předmětem diskusí o reformách zdravotnictví, a to nejen v českém zdravotnictví. Co konkrétně má být zodpovědností a úlohou státu a co přesně má být přenecháno silám volného trhu? Jakými konkrétními mechanismy je možno usměrňovat chování aktérů, aby byl na prvním místě především zájem pacienta, a aby náklady zůstaly pod kontrolou? (3, s. 10)

V současné době je zdravotnictví v České republice v popředí zájmu veřejnosti. V televizních debatách politici diskutují plánované reformní změny ve zdravotnictví, jejichž prvním krokem bylo zavedení regulačních poplatků. V souvislosti s jejich zavedením můžeme v médiích sledovat rozporuplné a často bouřlivé reakce zástupců politických stran. Často jsou diskutována taková témata, jako zamezení plýtvání ve

zdravotnictví, finanční stabilizace systému, alokace zdrojů, finanční spoluúčast pacienta. Již méně často je však slyšet o samotných „zákaznících“ zdravotnického systému – nemocných lidech. Nabízí se otázka, zda pomalu nedochází k odsunutí tak významných aspektů zdravotní péče jako je kvalita poskytované péče či etický přístup zdravotníků k pacientům. Otázkou také zůstává, zda by měla být prioritou naší české reformy zdravotnictví změna systému na straně poskytovatelů (regulační poplatky jsou v současnosti příjmem zdravotnického zařízení, které jejich vybírání organizují) nebo spíše na straně plátců zdravotní péče (zdravotních pojišťoven).

Náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Pavel Hroboň uvádí, že „velké vášně vyvolává tzv. řízená péče. Co to vlastně je? Řízená péče obecně znamená větší vliv pojišťovny na poskytování zdravotní péče, který vede k úsporám díky racionálnější léčbě (pomyslete jenom na možnosti úspor v oblasti předepisovaných léků) a lepší spolupráci jednotlivých druhů poskytovatelů. O úspory se podělí pacient, poskytovatel a pojišťovna. Příklady ze Švýcarska ukazují na možnost 10-15% úspor při zachování kvality péče.“ (16) V příspěvku dále uvádí čtyři faktory, které při určité míře výskytu vedou samy o sobě nebo v kombinaci k zařazení produktu pojišťovny do řízené péče.

K těmto faktorům patří:

- přenesení finančního rizika za objem poskytnuté péče z pojišťovny na poskytovatele (tedy např. kapitace nebo platba rozpočtem namísto výkonového způsobu nebo alespoň platby za případ);
- malý počet smluvních poskytovatelů (tj. malý výběr pro pojištěnce);
- používání modelu, ve kterém se pojišťovna nebo její smluvní poskytovatel vyjadřuje k oprávněnosti zdravotní péče před jejím poskytnutím;
- propojení pojišťovny a poskytovatele. (16)

Právě model řízení péče, který plánuje reformní tým MZČR aplikovat do prostředí českého zdravotnictví, přijímá odborná i laická veřejnost s obavami. Jak uvádí lékařka Pavla Nykodýmová „z toho, co je zatím známo, se mají hybatelem zdravotnictví stát soukromé pojišťovny, které mají tvořit zisk z prostředků veřejného zdravotního pojištění a

mají za své klienty rozhodovat, kdo bude pro ně tím nejvhodnějším lékařem či nejvhodnějším zdravotnickým zařízením. Systém má fungovat tak, že zdravotní pojišťovny budou vypisovat tendry na zdravotní péči a budou ji nakupovat údajně u toho, kdo bude splňovat nejlepší podmínky tendru.“ (44, s. 13) Bývalý ministr zdravotnictví ČR MUDr. Tomáš Julínek jako protiargument uvádí, že objektivnost výběru poskytovatele zdravotní péče ohlídá Úřad pro hospodářskou soutěž a Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. (44)

Zásadní nesouhlas s „Julínkovou zdravotnickou reformou“ po zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví projevily také zástupci Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky, ale také Česká lékařská komora či Svaz pacientů. Právě tyto sdružení, podle informací z médií, od počátku intenzivně usilovaly o dialog s reformním týmem MZČR, který se však konstruktivnímu jednání s oponenty spíše vyhýbal. Vážným nedostatkem postupu MZČR při zavádění poplatků do systému českého zdravotnictví se tak zdá být slabá komunikace a to nejen se zástupci pacientů, ale také se zdravotnickými pracovníky.

Předseda OSZSP ČR Jiří Schlanger od počátku upozorňuje na nedostatečnou komunikaci MZČR. S reformou zdravotnictví někdejšího ministra zdravotnictví MUDr. Julínka OSZSP ČR nesouhlasí a několikrát vyzval zástupce MZČR k jednání. K problematice zdravotnické reformy Jiří Schlanger uvádí, že česká zdravotnická reforma měla začít už u zdravotních pojišťoven. Upozorňuje také, že „velmi problematické poplatky, zbavení účasti zástupců pacientů na regulaci obsahu a rozsahu zdravotní péče a zmocnění SÚKL v regulaci léčiv jsou zatím jedinými výsledky legislativní práce ministerstva pod Julínkovým vedením.“ (68) Dále argumentuje, že „zdravotnictví bude mít v budoucnosti zase relativně méně peněz krácením plateb za státní pojištěnce, zastropováním pojistného a tím, že zatímco příjmy ze spoluúčasti jsou výnosem zdravotnických zařízení, výdaje související s limity jsou nákladem zdravotních pojišťoven. Není zřejmé, zda zdravotnictví zase nezapadne do bludného kruhu zadlužení plátců a poskytovatelů“. (68).

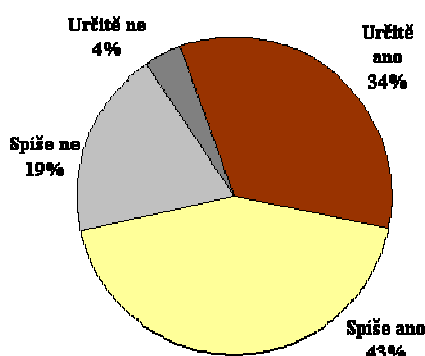
Zavedení poplatků dlouhodobě nekritizuje pouze OSZSP ČR, ale také zástupci pacientů. Svaz pacientů dokonce uvádí, že regulační poplatky „porušují ústavu podle níž by měla být zdravotní péče bezplatná. Kritizuje i další Julínkovy návrhy. Je například proti převodu nemocnic na akciové společnosti či privatizaci zdravotních pojišťoven.“ (74) Otázkou, zda je vhodnější ponechat nemocnice v režimu veřejnoprávních institucí nebo v akciových společnostech či jaká bude kvalita péče s ohledem na typ vlastnických vztahů,

uvádí Helena Haškovcová. (11) V této souvislosti dále poznamenává, že „Svaz pacientů uspořádal anketu na téma, kdo by měl kontrolovat kvalitu. 18 % občanů se domnívá, že to mají být lékaři, 16 % si myslí, že by měl zasáhnout premiér a 66% by uvítalo, kdyby k posuzování kvality péče byl přizván Svaz pacientů.“ (11, s. 2)

Špatnou komunikaci MZČR od počátku také kritizuje Česká lékařská komora, která uvádí, že ministr zdravotnictví opakovaně ignoroval jejich připomínky k věcným záměrům reformních zákonů z dubna 2008. (34). Vážné nedostatky v komunikaci potvrzuje ve svém příspěvku Tomáš Šindler, když píše, že „na poslední chvíli předstíraná komunikace s lékařskou veřejností a s Českou lékařskou komorou působí značně nedůvěryhodně“. (75) V příspěvku se autor zamýšlí, proč bývalý ministr projevil zájem o komunikaci se zástupci lékařů až v červnu 2008, tj. půl roku po zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Jak Tomáš Šindler dále uvádí, nic podstatného se tím nezměnilo. „Dialog nadále neprobíhá, jak by se slušelo. Pan ministr sice přislíbil, že se bude skutečně zabývat i námitkami svých oponentů včetně ČLK, ale asi to moc vážně nemyslel. Odmítl totiž jako předkladatel vzít své návrhy zákonů zpět a připomínky zapracovat.“ (75)

Zahájení každé reformy by měla jednoznačně předcházet veřejná diskuze, k té však v České republice nedošlo. Zajímavé výsledky přineslo v lednu 2008 výzkumné šetření agentury STEM, cíleně se zabývající názorem veřejnosti na reformu zdravotnictví. (61)

Obr. č. 2: *„Myslíte si, že Česká republika potřebuje reformu zdravotnictví?“*



STEM, Trendy 1/2008, 1362 respondentů starších 18 let

Zdroj: www.stem.cz (61)

Výstupem šetření byl závěr, že „výrazná většina lidí je přesvědčena, že reformu zdravotnictví potřebujeme (77%) a že je v resortu zdravotnictví nezbytné provést výrazná úsporná opatření (66% lidí). Čtvrtina lidí (23%) věří, že reforma úroveň a kvalitu zdravotní péče během několika let pozvedne, 37% je přesvědčeno o opaku a dvě pětiny lidí si myslí, že se reforma na stavu a úrovni zdravotní péče neprojeví.“ (61)

Občané a potencionální pacienti si tedy dobře uvědomují, že reformy zdravotnictví v České republice je třeba, ale na to, jaký bude mít tato reforma efekt „se však veřejnost dívá s rozpaky.“ (61)

Podle průzkumu agentury STEM/MARK z listopadu 2008 je „téměř tisícovkou lékařů a sester bylo jedenapadesát procent dotázaných přesvědčeno, že pokud by Julínek dostal možnost své záměry provést, českému zdravotnictví by to pomohlo. Zhruba polovina zdravotníků podle průzkumu podporuje vybírání regulačních poplatků v ordinacích a nemocnicích. Jejich popularita mezi lékaři od ledna také znatelně vzrostla. Na začátku roku je považovalo za dobrý krok 27 procent účastníků průzkumu, nyní je to dvakrát víc“. (9, 56)

2.5.1 Regulační poplatky v českém zdravotnictví po 1.1.2008

Regulační poplatky a limity, týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva, přinesla s platností od 1. ledna 2008 novelizace zákona o zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.) zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

Mimo několika drobných změn obsahuje novela především dva velké změnové okruhy, týkající se jednak zcela nového způsobu stanovování maximálních cen hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a výše a podmínek jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění a jednak novou povinnost pojištěnců platit a zdravotnickým zařízením vybírat tzv. regulační poplatky. Tato povinnost nastala od 1. ledna 2008. (54, 55) „Pojištěnci jsou všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a všechny osoby, které na území České republiky sice nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo (je-li právnickou osobou) nebo trvalý pobyt (je-li fyzickou osobou) na území České republiky“. (55)

Tehdejší ministr zdravotnictví ČR MUDr. Tomáš Julínek předložil občanům koncem roku 2007 „manuál“, týkající se zavedení regulačních poplatků v rámci reformy českého zdravotnictví k 1.1.2008. V tomto „Návodu na použití českého zdravotnictví

v roce 2008“ seznamuje občany s důvody, které vedly jeho tým k zavedení poplatků v našem zdravotnictví, cituji: „Zavádíme regulační poplatky a to není populární. A přitom by mohlo. Poplatky by měli přivítat všichni potenciální pacienti, protože směřují k tomu, aby bylo vždy dost peněz na zajištění včasné a vysoce moderní, kvalitní pomoci. Nové změny by měli vítat právě teď chronicky a vážně nemocní lidé, protože spolu s poplatky zavádíme – vůbec poprvé v českém zdravotnictví – ochranný roční finanční limit na doplatky na léky a některé nové poplatky.“ (43, 21)

2.5.1.1 Definice pojmu - regulační poplatky

Výraz poplatek se zpravidla v právu užívá pro jiný typ platby. V květnu 2008 se Ústavní soud zabýval návrhem sociálnědemokratických a komunistických poslanců a senátorů z Klubu otevřené demokracie, zda jsou regulační poplatky v souladu s ústavním pořádkem České republiky. V rozhodnutí Ústavní soud dospěl k závěru, že se sice jedná o platbu za službu, „ale nejedná se o platbu ekvivalentní, neboť hodnota poskytnuté služby nezávisí na hodnotě uhrazené platby regulačního poplatku. Jedná se tedy spíše o určitý příspěvek na úhradu nákladů, které má poskytovatel zdravotní péče v souvislosti s provozováním zdravotnického zařízení.“ (54, s. 4)

Jan Mertl uvádí, že z pohledu teorie veřejných financí je finanční spoluúčast pacientů v zavedené podobě v českém zdravotnictví poplatek. „Je to platba stanovená státem za konkrétní zdravotnickou službu (klinické vyšetření, den v nemocnici, vyšetření na pohotovosti, výdej léku).“ (38, s. 120) Dále říká, že takto nastavený poplatek se velmi výrazně odlišuje od skutečné ceny zdravotní péče a splňuje charakteristiku účelovosti, tj. čím více pacient spotřebovává konkrétní zdravotní služby, tím více platí.

Diskutabilní tedy zůstává fakt, že příjem z regulačních poplatků obecně není v České republice příjmem veřejných rozpočtů, ale je příjmem příslušného zdravotnického zařízení. V některých typech nemocnic či ambulancí je příjmem soukromého subjektu. (38)

2.5.1.2 Typy regulačních poplatků

Dnem 1. ledna 2008 byly v českém zdravotnictví zavedeny čtyři základní typy regulačních poplatků:

- 30 Kč za návštěvu u lékaře
- 30 Kč za výdej léku na předpis
- 90 Kč za návštěvu pohotovosti
- 60 Kč za den pobytu v nemocnici (43, 62)

Všechny poplatky se týkají pouze těch výkonů, pobytů a léků, které jsou hrazeny z veřejného pojištění. Nevztahují se tedy např. na plně hrazené léky nebo pokud zdravotní výkon hradí kdokoliv jiný mimo zdravotní pojišťovnu (např. Policie České republiky aj.) (43)

Zákon o veřejném zdravotním pojištění uvádí šest typů péče, se kterými je spojena povinnost hradit regulační poplatek:

- návštěvu ambulantního lékaře;
- návštěvu klinického logopeda;
- návštěvu klinického psychologa;
- poskytnutí pohotovostní služby ;
- vydání hrazeného léčiva;
- pobyt v nemocnici, lázních, v dětské odborné léčebně nebo ozdravovně. (43)

2.5.1.2.1 Poplatek ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře

Poplatek je možné vybírat pouze za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem.

Poplatek za návštěvu se hradí u:

- praktického lékaře
- dětského lékaře
- ženského lékaře
- ambulantního specialisty
- klinického psychologa
- klinického logopeda
- stomatologa (odlišná definice vyšetření)

Poznámka: Poplatek 30 Kč se vztahuje i na vyžádané klinické vyšetření a na návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a lékařem pro děti a dorost (43, 62)

Poplatek za návštěvu se nehradí:

- pokud není provedeno klinické vyšetření;
- jedná se o laboratorní a diagnostické vyšetření;
- jedná se o preventivní prohlídku;

- jde o některé zvláštní léčebné úkony, a to buď tzv. dispenzární péči (u vážně nemocných dětí a těhotných žen) nebo hemodialýzu nebo dárcekrvství krve (43, 62)

2.5.1.2.2 Poplatek ve výši 30 Kč za výdej léku

Poplatek za výdej léku se hradí:

- poplatek 30 Kč se vybírá za každou položku na receptu;
(na jednom lékařském předpisu mohou být maximálně 2 položky)

Poplatek za výdej léku se nehradí:

- při vydávání léků na recept avšak nehrazených z veřejného zdravotního pojištění;
- pokud lékař na receptu vyznačí „hradí pacient“;
- výdej léků, které nejsou vázány na lékařský předpis. (43, 62)

2.5.1.2.3 Poplatek ve výši 90 Kč za pohotovost

Poplatek za pohotovost se hradí:

- za využití ambulantní pohotovostní služby – včetně pohotovostní služby poskytované stomatology či pohotovostní služby, která je poskytnuta v bytě pacienta;
- za využití ústavní pohotovostní služby, tj. pohotovost v nemocnici

(v sobotu, v neděli, ve svátek nebo v pracovní den mezi 17-7 hod), poplatek se hradí pouze v případě, že nedošlo k následné hospitalizaci pacienta

Poznámka: Na výdej léku na předpis se poplatek ve výši 90 Kč nevztahuje, pacient hradí 30 Kč za položku na receptu. (43, 62)

2.5.1.2.4 Poplatek ve výši 60 Kč za pobyt v nemocnici

Poplatek za pobyt v nemocnici se hradí, za každý den, strávený:

- v nemocnici, v odborných léčebných ústavech;
- v léčebnách dlouhodobě nemocných;
- v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách;
- v lázních (komplexní lázeňská péče)

Poplatek za pobyt v nemocnici se nehradí:

- pokud je pacient „na propustce“;
- jedná se o pobyt pacienta ve stacionáři;
- při jednodenní péči na lůžku. (43, 62)

Poznámka: Poplatek je pojištěnec povinen uhradit do 8 kalendářních dnů po propuštění v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní. Při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, trvající déle než 30 dní, musí být poplatek uhrazen vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce.

2.5.1.2.5 Osvobození od poplatků

Od všech poplatků jsou osvobozeny tyto 4 skupiny občanů:

- pojištěnci v hmotné nouzi;
- pojištěnci, umístění v dětských domovech či ve školských zařízeních (pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy);
- občané, kteří se musí podřídit zvláštním opatřením z důvodu ochrany veřejného zdraví (léčba infekčního onemocnění, nařízená izolace, karanténní opatření);
- občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu. (43, 62)

2.5.1.2.6 Ochranný limit 5000 Kč

Hlavním smyslem ochranného ročního limitu je dle MZČR chránit chronicky nemocné před kumulací doplatků na léky a některých typů regulačních poplatků.

Každému platícímu pojištěnci jsou do limitu započteny tyto položky:

- poplatky ve výši 30 Kč za výdej léku;
- poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře;
- doplatky na léky – do limitu budou započítávány doplatky na částečně hrazené léky a to pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný lék s obsahem stejné účinné látky a stejnou cestou podání. Pokud lékař označí na předpisu, že lék nelze nahradit, pak se započítává doplatek 5000 Kč v plné výši.

Do ročního ochranného limitu se nezapočítávají:

- doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy;
- poplatek 90 Kč za pohotovost;
- poplatek 60 Kč za pobyt;
- doplatky na některé léky – tj. doplatky na částečně hrazené léky, jejichž úhrada je nižší než 30 procent maximální ceny nebo obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě a doplatky za částečně hrazené léky účtované jako takzvané ZULP. (43, 62)

Poznámka: Zdravotní pojišťovny budou provádět vyhodnocování limitu po jednotlivých kalendářních čtvrtletích.

2.5.1.3 Účel regulačních poplatků

Zavedení regulačních poplatků je dle Ministerstva zdravotnictví České republiky pod tehdejším vedením MUDr. Tomáše Julínka „startovním výstřelem samotné zdravotnické reformy. Další zákony, které předloží ministr zdravotnictví vládě a parlamentu v průběhu roku 2008 jasně vymezí nárok občanů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy na to na co a dokdy mají nárok, včetně garance maximálních objednacích dob a místní dostupnosti zdravotní péče“. (43)

V rámci reformy zdravotnictví byly připraveny věcné záměry celkem sedmi zákonů. Jedná se o zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě, zákon o zdravotních pojišťovnách, zákon o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, zákon o veřejném zdravotním pojištění a zákon o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích. (53, 34)

V lednu 2009 však ministr Julínek odstoupil z funkce a všechny uvedené zákony jsou „u ledu“.

Smysl regulačních poplatků je z pohledu MZČR jednoznačný. Poplatky mají zamezit „nadužívání“ zdravotní péče občany a změnit myšlení občanů. Při placení poplatku si občan uvědomí, že zdravotní služby nejsou „zadarmo“. Ministerstvo zdravotnictví České republiky na svých webových stránkách uvádí účel regulačních poplatků ve zdravotnictví.

Regulační poplatky mají dle ministerstva plnit několik funkcí:

1. **Regulační** – symbolický poplatek odrazuje od spotřeby nadbytečné zdravotní péče ty občany, kteří ji nadužívají – zejména se jedná o pohotovost, návštěvy u lékaře a předepisování některých levných či méně účinných léků. V počtu návštěv u lékaře jsem na špici v Evropě (průměrně 13 návštěv za rok).(19)
2. **„Signalizační“** – symbolický poplatek upozorňuje pacienta, že právě čerpá peníze z balíku veřejného zdravotního pojištění, že je tento balík limitovaný a je povinností nás všech stavět se k jeho čerpání velice odpovědně. (19)
3. **Vyjádření pobytových, hotelových, nezdravotnických nákladů** – týká se poplatku za hospitalizaci v nemocnici. Při pobytu v nemocnici vznikají náklady na energie, jídlo a další služby, které běžně spotřebujeme doma. (19)
4. **Psychologickou** – regulační poplatky prolamují psychologickou bariéru vystavěnou za minulého režimu, že je zdravotní péče zdarma a existuje bezedná státní studnice, ve které je vždy dost peněz pro všechny pacienty a na jakoukoli léčbu. Ukazují, že zdroje jsou omezené, musíme se k nim chovat odpovědně. (19)

Regulační účel poplatku tak, jak jej prezentuje MZČR, se však v některých případech zdá být sporným. Jen těžko si lze představit, že by např. děti nebo pacienti s bolestí zubů „nadužívali“ zdravotní služby častými návštěvami lékaře. Také dárce orgánů pro transplantace nejsou vyňati z povinnosti platit regulační poplatky, jaké chování poplatek v těchto případech tedy vlastně reguluje?

Také dopady regulačního efektu poplatků na zdravotní stav obyvatelstva zatím nejsou známy. „Nadužívání“ zdravotní péče je široký pojem a odkládání včasného lékařského vyšetření samotnými pacienty, ať již z jakýchkoliv důvodů, může do

budoucná znamenat např. zvýšení počtu zanedbaných případů v populaci, projevující se zhoršením zdravotního stavu občanů např. zvýšeným krevním tlakem či vyšší hladinou cholesterolu. (81)

2.5.1.4 Problematika poplatků v praxi

V průběhu roku 2008 byly v tisku opakovaně prezentovány názory občanů na přijetí regulačních poplatků veřejností. Jejich připomínky se týkaly různých situací a případů, zejména však pacienti kritizovali postupy některých lékařů, kteří údajně vybírali regulační poplatky neoprávněně, tj. aniž bylo provedeno lékařské vyšetření.

Časté stížnosti pacientů na tento postup lékařů potvrdil v červnu 2008 tehdejší mluvčí Ministerstva zdravotnictví ČR Tomáš Cikrt, který uvedl, že „nejčastěji lékaři účtovaly poplatky za vypsání receptu, přestože pacienta neprohlédli.“ (69) V příspěvku se dále píše, že ministerstvo obdrželo od začátku roku desítky stížností na zneužívání hrazení regulačních poplatků ze strany lékařů.

Neoficiální stížnosti obdržely také zdravotní pojišťovny. Mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Vévoda sdělil, že „lidé volají, a ptají se na věci spojené s poplatky. Nikdo ale proti svému lékaři, třebaže od něj podle jeho názoru vybral neoprávněně regulační poplatek, nechce jít. Na druhou stranu je pochopitelné, že si lidé kvůli třiceti korunám doktora nechtějí rozlobit.“ (69) Tato slova potvrzuje mluvčí Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Hana Kadečková, která uvádí, že „lidé zavolají, postěžují si, ale dotáhnout případ do konce nechtějí.“ (69) Z výše uvedeného vyplývá, že pro nemocného člověka není snadné stěžovat si na postup svého lékaře. Velmi dobře si totiž uvědomuje, že případná stížnost by mohla jejich vzájemný vztah nejen narušit, ale dokonce „rozbít“. A pokud je pacient s léčebnými postupy svého lékaře spokojen zvažuje, zda mu „pouhých“ 30 Kč, i když neoprávněně vyžádaných, za stížnost vlastně stojí. Pacient změnu lékaře v podstatě nechce, ale dle mého názoru zároveň cítí, že „ve zdravotním systému není něco v pořádku“. Samozřejmě je velký rozdíl v přístupu k poplatkům mezi praktickým lékařem a lékařem – zaměstnancem zdravotnického zařízení. Poplatky, jak jsem již několikrát uvedla, jsou příjmem poskytovatele zdravotní péče. Je rozdíl, zda peníze putují do „kasičky“ soukromého praktického lékaře či jdou do na účet zdravotnického zařízení. Zatímco praktický lékař má zájem zvýšit vlastní zisk a vybírat regulační poplatky, lékař, zaměstnaný např. ve větší nemocnici tento zájem nemá,

není totiž motivován. Lékař Petr Wagner popisuje vlastní zkušenost z praxe takto: „Z mých zkušeností vybírání poplatků od pacientů jenom otravuje. Zdržuje mne i sestru zcela novou agendou. Pokud se za půl roku vybralo v nemocnicích 300 milionů Kč, je to zhruba 20% rozpočtu jediné nemocnice! Středně velké nemocnice v Čechách.“ (81)

Nejen pacientům, také lékařům přinesl systém poplatků v praxi problémy. V červnu 2008 popisuje, ve výše uvedeném zajímavém příspěvku, vlastní zkušenost s poplatky prostějovská lékařka, která doslova uvádí: „Třicetikorunový poplatek za vyšetření jsem si nevzala od své chronicky nemocné pacientky, která bydlí v domově důchodců a nezbyvají jí téměř žádné peníze. Musela jsem jí předepsat několik léků, na něž bohužel musí doplácet. Když vytahovala z peněženky peníze a dávala mi je, bylo mi z toho zle. Hned jsem jí řekla, že toto vyšetření je zdarma a poplatek jsem uhradila ze svého. Takhle trapně mi dlouho nebylo.“ (69) Z příspěvku je zřejmé, že lékařka, vědoma si zákonné povinnosti pacientky poplatek uhradit, z etických důvodů tak učinila sama a poplatek uhradila. Lékařka jednala v zájmu pacienta.

Podobnou, osobní zkušenost, mám z praxe vrchní sestry lůžkového oddělení oblastní nemocnice. Souvisí s vybíráním regulačního poplatku od příbuzných u nás zemřelé pacientky. Zdravotnický personál oddělení se rozhodl pozůstalé o hotovost z etických důvodů nežádat a sestry zaplatily poplatek ze svého. Staniční sestra, která za administrativu spojenou s poplatky zodpovídá, mi později sdělila, že by se musela stydět, říci si o peníze truchlícím pozůstalým.

2.5.1.5 Vliv poplatku na vztah pacient - zdravotník

Poplatky jsou v českém zdravotnictví novinkou, která s sebou přinesla do praxe zdravotnických zařízení spoustu problémů jak pacientům, tak zdravotníkům. Zdravotnická zařízení musela po zavedení regulačních poplatků zajistit prodej cenin v hodnotě 30, 60 a 90 Kč. Každá z nemocnic se vypořádala s vybíráním poplatků po svém. Některá zdravotnická zařízení se rozhodla problém vyřešit pořízením „automatů“, jiná zřídila „prodejní místa“, kde mohl pacient ceninu v hodnotě regulačního poplatku zakoupit.

Problémy nastávaly v různých situacích, kdy pacient např. neměl drobné mince do automatu či pokud byl zdravotně handicapován. Špatně pohybliví občané, lidé se zrakovým postižením, vážně nemocní senioři a další skupiny nemocných, se náhle potýkali s problémy a obavami, zda vůbec uhrazení poplatku zvládnou. Ne všechny

odborné ambulance totiž přijímaly přímou platbu za poplatek a tak byli tito lidé často odkázáni na pomoc druhých lidí. I když automat v nemocnici konečně našli a někteří zdatnější jeho obsluhu zvládli, objevila se další komplikace, a to v jaké výši poplatek vlastně uhradit.

Také zdravotníkům, tedy především zdravotním sestřím, přibyla společně s novou administrativou další činnost, a to přebírání hotovosti od pacientů jako regulační poplatek. A protože ne každý pacient přicházel s „drobnými“, běžně se stávalo, že sestra sháněla po nemocnici drobné mince na vrácení přeplatku místo toho, aby se věnovala své „sesterské“ práci.

Nespokojenost zástupců pacientů, profesních skupin, odborových svazů a některých politických stran s takto nastavenými poplatky v českém zdravotnictví byla příčinou změn, ke kterým po půl roce „fungování“ regulačních poplatků v českém zdravotnictví došlo. První legislativní změna v poplatcích nastala v srpnu 2008.

2.5.2 Vývoj změn v poplatcích leden 2008 – duben 2009

2.5.2.1 Legislativní změna v regulačních poplatcích s účinností od 1.8.2008

V srpnu 2008 došlo k významné změně v regulačních poplatcích, byl zrušen poplatek za pobyt novorozenců v porodnici a za pobyt pacientů v léčebně, pokud jim léčbu nařídil soud a byl také zrušen poplatek za lékařské vyšetření a odběr dárce orgánu.

Dne 1. srpna 2008 nabyla účinnosti novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (83), která tímto dnem mění podmínky vybírání regulačních poplatků takto:

- „osvobozují se zákonní zástupci od placení regulačních poplatků za pobyt narozeného dítěte ode dne porodu do dne prvního propuštění ze zdravotnického zařízení; regulační poplatky za pobyt zákonného zástupce zůstávají v platnosti;
- osvobozují se od placení všech regulačních poplatků pojištěnci umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením;

- regulační poplatky se neplatí při umístění pojištěnce bez jeho souhlasu do ústavní péče z důvodů stanovených zvláštním zákonem, vysloví-li souhlas s tímto umístěním a držením pojištěnce v ústavní péči soud;
- dárce orgánů pro transplantace se osvobozují od placení regulačních poplatků, které se bezprostředně vztahují k tomuto dárcovství;
- zavádí se pokuta do výše 50 000 Kč za neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři a zdravotnickými zařízeními, s tím, že opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smluvního vztahu.“ (63, 84)

Zrušení poplatků pro děti však přineslo ostrou kritiku ze strany pediatrů, místopředseda sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milan Kudyn v tisku jakékoliv rušení poplatků odmítá a upozorňuje, že se pediatrům výrazně sníží příjmy. Poslanci KDU – ČSL, kteří toto omezení poplatků navrhli však argumentují tím, že děti by poplatky platit neměly, protože se z jejich strany nepředpokládá zneužívání zdravotní péče.

2.5.2.2 Analýza MZČR – půl roku po zavedení regulačních poplatků

Hlavním důvodem zavedení regulačních poplatků bylo dle MZČR zamezení plýtvání a nadužívání zdravotnických služeb. V tiskové MZČR ze dne 22.4.2008 se uvádí, že „jak ukazují předběžná data z průzkumu, poklesl v prvním čtvrtletí 2008 oproti stejnému období loňského roku počet návštěv u ambulantních specialistů o 28 procent a počet hospitalizací v nemocnicích. Výrazně poklesl počet receptů a to o 40 procent a klesly také celkové náklady z veřejného zdravotního pojištění na léky a to o 20 procent, což odhadem představuje jenom za první čtvrtletí úsporu 1,75 miliardy korun! Tyto peníze mají k dispozici pojišťovny a mohou je využít k podpoře moderní nákladné a život zachraňující léčby“. (67)

Bývalý reformní tým Ministerstva zdravotnictví pod vedením ministra Tomáše Julínka shrnul vliv regulačních poplatků po půl roce po jejich zavedení a uvedl, že:

- „nikomu nebyl znemožněn přístup k potřebné zdravotní péči;
- došlo k vytvoření úspor, které mohou být použity pro skutečně potřebné pacienty;
- zdravotníci mohou věnovat více času těžkým pacientům;
- byl zaveden limit na poplatky a doplatky jako univerzální nástroj chronicky nemocných;
- poprvé jsou systematicky sbírána data o finanční spoluúčasti potenciálně zranitelných skupin, což umožňuje ochránit je přesně cílenými a účinnými opatřeními.“ (5)

Vlastní komentář: Obsahem sdělení MZČR po půl roce od zavedení regulačních občanů je tvrzení, že díky regulačním poplatkům „zdravotníci mohou věnovat více času těžkým pacientům“.

Zkušenost z praxe však potvrzuje pravý opak, ve zdravotnických zařízeních, kde poplatky vybírají od pacientů samotní zdravotníci (většinou zdravotní sestry), přibyla administrativa, která právě sestřím ubírá čas, jenž by mohly věnovat právě těžkým pacientům.

Obr.č. 3: Sledování dopadu regulačních poplatků, Praha, MZČR, 11.9.2008

CELKOVÝ FINANČNÍ DOPAD V PRVNÍM POLOLETÍ ROKU 2008

	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory nebo možnosti přesunutí prostředků od méně k více nemocným
Ambulantní služby	976 mil. Kč	810 mil. Kč – pouze u specialistů
Recept	1211 mil. Kč	2 185 mil. Kč
Pohotovost	55 mil. Kč	31 mil. Kč
Lůžkové služby	364 mil. Kč	385 mil. Kč
Celkem	2 606 mil. Kč	3 411 mil. Kč

Zdroj: www.mzcr.cz (5)

V tiskové zprávě Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 15.9.2008 se uvádí, že „pozitivní dopad mělo i zavedení ochranného limitu, který v prvním pololetí roku letošního roku překročilo 1306 pojištěnců, do konce roku to budou podle odhadů ministerstva desetitisíce případů. Pětitisícový limit chrání především chronické pacienty a pacienty trpící více chorobami“. (6)

2.5.2.3 Proplácení poplatků krajskými úřady s účinností od 1.1.2008

V pěti krajských nemocnicích ve Středočeském kraji od 1.1.2009 přestala pro pacienty platit povinnost hradit regulační poplatky ve výši 30, 60 a 90 korun Tyto poplatky za klienty svých zařízení začal platit na základě darovací smlouvy Středočeský kraj pod vedením hejtmana MUDr. Davida Ratha. Od 1.2.2009 začaly proplácet poplatky svým pacientům formou daru také ostatní krajské úřady v České republice.

2.5.2.4 Analýza MZČR – rok po zavedení regulačních poplatků

Ministerstvo zdravotnictví České republiky zveřejnilo výsledky po roce od zavedení regulačních poplatků. V tiskové zprávě ze dne 11.3.2009 uvádí, že regulační poplatky přinesly do českého zdravotnictví v roce 2008 celkovou úsporu 10 miliard korun, z toho 5 miliard korun bylo vybráno na regulačních poplatcích a dalších 5 miliard korun tvoří úspory uvnitř systému. (66, 2)

(viz. obr. č. 4)

Obr.č. 4: Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008

	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory
Ambulantní služby	1 801 mil. Kč	1 250 mil. Kč (ušetřeno 4,15 milionů klinických vyšetření)
Recepty v lékárnách	2 437 mil. Kč	3 630 mil. Kč (zabráněno obvyklému 9% nárůstu nákladů) <i>Následná úspora 1 600 mil. Kč na straně pacientů (zamezení růstu doplatků - kompenzován růst cen vzhledem k inflaci)</i>
Pohotovost	107 mil. Kč	0 mil. Kč (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti)
Lůžkové služby	679 mil. Kč	165 mil. Kč (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)
Celkem	5 024 mil. Kč	5 045 mil. Kč

Zdroj: www.mzcr.cz (66)

Jak se ve zprávě dále uvádí, bylo naplněno očekávání ministerstva zdravotnictví a regulační poplatky plnily svůj primární účel – došlo k lepšímu využití prostředků veřejného zdravotního pojištění a k přesměrování peněz od banalit k potřebnějším pacientům. Počet návštěv na pohotovostní službě klesl o 36 %, u ambulantních specialistů o 15 %, u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních poklesl dokonce o 19 %. Poplatky splnily byly efektivní i v další oblasti, počet receptů na léky klesl o 28 % a výdaje na léky do 150 Kč poklesly o 19 % (66, 2) (viz. obr. č. 5)

Obr.č. 5: Změna poptávky po zdravotních službách v roce 2008

Návštěvy ambulantních specialistů	-15,32%
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,15%
Dispenzární prohlídky	10,83%
Pohotovost	-36,07%
Výjezdy záchranné služby	0,49%
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích	-1,37%
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3,18%
Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče	-3,75%
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5,09%
Počet položek na receptu	-30,67%
Počet receptů	-27,95%
Počet balení léků	-21,09%
Celková úhrada	-3,48%

Zdroj: www.mzcr.cz (66)

Příklady přínosu regulačních poplatků pro pacienty uváděla ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová (ve funkci ministra po Tomáši Julínkovi v období od ledna 2009 do května 2009): „Díky regulačním poplatkům se podařilo výrazně omezit plýtvání ve zdravotnictví, ušetřit prostředky za levné léky a přesunout je na péči pro těžce nemocné. Ve specializovaných centrech, kde se léčí rakovina, roztroušená skleróza a další závažné choroby, bylo léčeno o 40 % více pacientů než v roce 2007, úhrada na léky ve specializovaných centrech vzrostla o 47 %, počet operací kyčelních a kolenních náhrad vzrostl například u VZP o 35 %. Zároveň působí jako velmi účinné protikrizové opatření.“ (66)

Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví dodává: „S regulačními poplatky úzce souvisí i ochranný limit, který chrání především chronicky nemocné pacienty a pacienty trpící více chorobami. Díky němu se výrazně snížily náklady na léčbu celkem 18 700 pojištěncům. Přesto, že jsou poplatky nepopulární, zásadním způsobem zvýšily jistotu našich občanů, že až budou sami nebo jejich blízcí vážně nemocní, dostane se jim moderní a účinné léčby včas.“ (66)

MZČR je tedy s ekonomickými výsledky po roce od zavedení poplatků více než spokojeno. Občan musí věřit číslům, která jsou ministerstvem prezentována a argumentům, kterými jsou komentována. Ekonom Jan Mertl k české reformě zdravotnictví však uvádí: „Výsledkem je mimo jiné více než 30 miliard korun na účtech zdravotních pojišťoven, zavedení 5000 Kč limitu na ceny léků a jiná opatření, která opticky a mediálně

nevypadají vůbec špatně. Bohužel, podstata těchto opatření je poněkud jiná. Je nutno si totiž uvědomit, že výchozí situací bylo univerzální krytí zdravotní péče pomocí veřejného zdravotního pojištění. Jakkoli tedy existovali pacienti, kteří např. na léky dopláceli větší částky a tato praxe jistě zasluhuje systémové řešení, jakkoli byly deficity zdravotních pojišťoven v minulosti problémem a jistě by zasluhovaly také systémové řešení, problém spočívá v tom, že tato potřeba systémového řešení nespočívá v praxi v nástrojích, které zavedl ministr Julínek“. (40)

Za samostatnou studii pak stojí i ekonomické dopady odložených návštěv u lékaře, na které je ovšem ještě „brzo“.

2.5.2.5 Legislativní změna v regulačních poplatcích s účinností od 1.4.2009

Dnem 1. dubna 2009 vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (83), která mění jeho paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů. Zvýhodnění se týká zejména dětí do 18 let a seniorů ve věku od 65 let. Změny je možno stručně shrnout takto:

Děti do 18 let

- ruší se poplatek 30 korun u lékaře, jde-li o děti do dovršení 18. roku věku včetně tohoto dne (pozor: poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa nebo u klinického logopeda a 30 Kč za položku na receptu zůstávají!);
- snížení ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku (17, 59, 64)

Seniori nad 65 let

- snížení ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku;

- do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept pojištěncům starším 65 let (včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku) (17, 59, 64)

Osvobození od poplatků

Ke skupinám osob již dříve zákonem vyjmenovaným, které neplatí žádné regulační poplatky, se doplňují:

- děti umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče;
- osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud jim po úhradě za ubytování a stravu zbude méně než 800 Kč nebo pokud nemají žádný příjem (potvrzení o této skutečnosti jim vydá příslušný poskytovatel sociálních služeb). (17, 59, 64)

Poplatek 30 korun za položku na receptu

Podle zákona se platí nadále, ale doplatek pacienta za položku na receptu bude snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část tak, aby částka za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč. To znamená, že u léků, které jsou plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění, se vždy hradí regulační poplatek. U částečně hrazených léků se doplatek na lék snižuje o zaplacený regulační poplatek. Doplatek a regulační poplatek musí činit vždy nejméně 30 Kč. (17, 59, 64)

Použití vybraných poplatků

Vybrané poplatky musí být použity na provoz a modernizaci zdravotnického zařízení.

Výše ochranných ročních limitů

- limit 5000 Kč - týká se dospělých ve věku od 18 do 65 let;
- limit 2500 Kč - týká se jen dětí do 18 let a seniorů nad 65 let (17, 59, 64)

Do limitu se nezapočítává

- poplatek 60 korun za každý den ústavní péče v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech včetně psychiatrických, dětské odborné léčebně a ozdravovně, lázních nebo za den komplexní lázeňské péče;
- poplatek 90 korun za návštěvu pohotovosti (lékařské služby první pomoci nebo ústavní pohotovostní služby) (17, 59, 64)

Do limitu se započítává

- poplatek u lékaře ve výši 30 korun (za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem, za návštěvu u klinického psychologa či klinického logopeda;
- poplatek 30 korun za položku na receptu (za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení);
- doplatek za léčivé přípravky částečně hrazené pojišťovnou, ale pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že lék nelze nahradit - pak se doplatek započítává v plné výši. Do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě, předepsané na recept pojištěncům starším 65 let. (17, 59, 64)

2.5.3 Přehled vývoje změn v poplatcích leden 2008 - květen 2009

Poplatky se staly politikem a proto v posledních čtyřech měsících došlo k dalším dramatickým a neukončeným změnám.

Leden 2008

- Od 1. ledna 2008 začaly poskytovatelé zdravotní péče vybírat od pacientů regulační poplatky. (47)

Březen 2008

- V poslanecké sněmovně byl podán návrh poslankyně KDU-ČSL na zrušení poplatků za pobyt novorozenců v nemocnici
- Poslanci ČSSD se pokusili prosadit návrh na zrušení regulačních poplatků. Jejich argument, že poplatky jsou protiústavní a pacientům žádné zkvalitnění služeb nepřinesly, neobstál, návrh byl zamítnut v prvním čtení. (47)

Duben 2008

- Ministr Julínek přestavil vizi transformace zdravotních pojišťoven jako součást „balíku“ reformních zákonů (47)
- Vláda zamítla návrh poslankyně KDU-ČSL na zrušení poplatků pro kojence a jejich matky v porodnicích. (47)
- Vládní kabinet jednomyslně schválil věcné záměry reformních zdravotnických zákonů, ministr však musí zapracovat některé změny (47)

Květen 2008

- Poslanci ČSSD a KSČM podali návrh na celkové zrušení poplatků. (47)
- OSZSP ČR vyhlásil na 24.5.2008 stávkou proti reformním záměrům ministra Julínka (47)
- Dne 28.5.2008 přednesla místopředsedkyně Ústavního soudu Eliška Wagnerová veřejnosti rozhodnutí, že zavedené regulační poplatky jsou v souladu s ústavním pořádkem České republiky. (54) Ústavní soud schválil regulační poplatky ve zdravotnictví, souhlasné stanovisko vyjádřilo celkem osm z patnácti ústavních soudců.

Červen 2008

- Poslanecká sněmovna udělala první krok ke zrušení poplatků za hospitalizaci novorozenců v porodnici, schválila návrh poslankyně KDU-ČSL Michaely Šojdrové k dalšímu projednávání. (47) Později byl návrh podpořen v Senátu a podepsán prezidentem České republiky.
- Ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek spolu se svými náměstkyněmi seznámil dne 30.6.2008 na semináři České lékařské komory (ČLK) lékaře s vizí reformy českého zdravotnictví a předal ČLK k připomínkám paragrafové znění tří nově navrhovaných zdravotnických zákonů, konkrétně zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotnických službách a zákon o zdravotnické záchranné službě. ČLK vznesla k těmto návrhům celkem 117 připomínek. Ministr zdravotnictví nevyhověl žádosti ČLK, aby vzal zpět věcné záměry zákonů o zdravotních pojišťovnách, o veřejném zdravotním pojištění a o univerzitních nemocnicích, které 9.4.2008 schválila vláda. ČLK považuje tyto záměry za „riskantní experiment nemající v Evropě obdobu, který ohrožuje zájmy pacientů i lékařů.“ (34)

Srpen 2008

- 1.srpna 2008 byl novelizován zákon a s okamžitou platností zrušen poplatek za pobyt novorozenců v porodnici a za pobyt pacientů v léčebně, pokud jim léčbu nařídil soud. Dále byl zrušen poplatek za lékařské vyšetření a odběr dárce orgánu. (47, 63)

Září 2008

- Dne 26.9.2008 navrhly opoziční politické strany v poslanecké sněmovně částečné zrušení poplatků u lékaře, poplatky by neměli platit děti, důchodci a lidé s nižšími příjmy. (25)
- MZČR předalo do připomínkového řízení novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění z důvodu zajištění souladu s terminologií a klasifikací tří připravovaných reformních zákonů – zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě (47)

Říjen 2008

- Poslanci ČSSD obnovili jednání o návrhu na zrušení poplatků ve zdravotnictví v poslanecké sněmovně. Návrh se týkal osvobození některých dalších skupin pacientů od regulačních poplatků. (47) Sněmovní výbor pro zdravotnictví však nepodpořil žádný návrh. Poslanec KDU – ČSL Ludvík Hovorka navrhoval mimo jiné „zachovat poplatky v nemocnicích a snížit osvobození poplatků na lidi s 1,5 násobkem životního minima. Boris Šťastný, poslanec ODS, přednesl za vládní koalici komplexní pozměňovací návrh, který plánuje zrušit poplatky pro děti do šesti let a snížit ochranný limit na 3000 Kč pro děti a mladistvé do 15 let. ČSSD navrhla, aby za lékařské vyšetření, za recept či v nemocnicích neplatili starobní důchodci, děti do 18 let a lidé s nižším příjmem, tj. než je dvojnásobek životního minima. Opozice argumentovala tím, že poplatky omezují přístup občanů zdravotní péči, ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš

Julínek však v reakci zdůraznil, že „poplatky jsou příliš citlivá věc na to, aby se o nic jednalo jednoduše a primitivně. (78)

- Krajské volby vyhrála ČSSD, jejíž prioritou ve volebním programu bylo zrušení regulačních poplatků v krajských nemocnicích. Později, po volbách ČSSD hledala právní cestu, jak slib dodržet a zrealizovat. (25)

Listopad 2008

- Na svém listopadovém sjezdu ČLK lékaři odmítli rozdíly ve výběru regulačních poplatků podle toho, zda je pacient ošetřen v krajském zdravotnickém zařízení nebo jinde (58)
- Legislativní rada vlády doporučila ke schválení čtyři reformní zákony předložené MZČR, novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění doporučuje upravit – zapracovat přesné vymezení povinností zdravotních pojišťoven
- Vláda schválila tři ze čtyř reformních zákonů, zákon o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě a později na svém mimořádném zasedání dne 27.11.2008 schválila novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění a to s pozměněným paragrafem o nadstandardu a o péči ze zdravotního pojištění
- Univerzita Karlova připravila svůj návrh zákona o univerzitních nemocnicích (47)

Prosinec 2008

- Poslanecká sněmovna schválila návrh opozice na zrušení všech zdravotnických poplatků, v lednu se jimi bude zabývat Senát (58, 72)
- Hejtmani ČSSD se zavázali dodržet předvolební slib a byl zahájen proces rušení regulačních poplatků u lékařů.

- MUDr. David Rath, hejtman Středočeského kraje, dal příklad ostatním a jeho kraj začal jako první proplácet poplatky, Středočeské krajské zastupitelstvo totiž na svém zasedání 15.12.2008 schválilo proplácení poplatků pacientům oblastních nemocnic formou daru od 1.ledna 2009 (58)

Leden 2009

- V pěti středočeských nemocnicích nemusí pacienti od 1. ledna 2008 platit regulační poplatky. Mohou přijmout dar SČK, který za ně poplatky, v případě zájmu, uhradí.;
- Prezident ČLK MUDr. Milan Kubek podal podnět Úřadu na ochranu hospodářské soutěže pro dotování regulačních poplatků Středočeským krajem (58)
- Proti postupu krajů, vedených hejtmany ČSSD, se pro porušení pravidel hospodářské soutěže postavila Koalice soukromých lékařů a možnost žaloby nevyloučil náměstek ministra zdravotnictví Marek Šnajdr (72)
- Ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek se sešel se zástupci Koalice soukromých lékařů, podle MZČR je nehrazení poplatků porušování zákona. (48)
- Zákon o úplném zrušení regulačních poplatků byl Senátem vrácen s novým zněním do Poslanecké sněmovny. Senát se shodl na tom, že od 1. dubna 2009 by mohly přestat platit poplatky děti do 18 let a mohl by jim, tj. dětem a seniorům nad 65 let, být snížen ochranný limit z 5000 Kč na 2500 Kč (50)
- V lednu 2009 byl odvolán z funkce ministra zdravotnictví ČR MUDr. Tomáš Julínek

- 23.1.2009 byla prezidentem České republiky jmenována ministryní zdravotnictví Ing. arch. Daniela Filipiová - senátorka, členka výboru pro zdravotnictví a sociální politiku

Únor 2009

- Od 1.2.2009 bylo zavedli i další kraje, vedené hejtmany ČSSD, dotování poplatků formou daru krajem pacientům krajských nemocnic (50)
- Podle ministryně zdravotnictví Daniele Filipiové dojde po přijetí senátního návrhu k propadu financí ve zdravotnictví až přibližně o 2 miliardy Kč, zdravotní pojišťovny budou muset kompenzovat finance pediatrům. Také ČLK trvá na kompenzaci ztráty zdravotnickým zařízením po propadu příjmů, způsobený změnou pravidel proplácení regulačních poplatků (49)
- Ústavní soud odmítl návrh Svazu pacientů na zrušení poplatků ve zdravotnictví z prosince 2008 (50)
- Prezident ČLK Milan Kubek vyzval hejtmany k zastavení placení poplatků za pacienty krajských nemocnic a lékáren;
- Předsednictvo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost požaduje kompenzaci praxím za snížení příjmu kvůli zrušení regulačních poplatků dětem. MZČR garantovalo, že do doby účinnosti, tj. do 1.dubna 2009, vyřeší kompenzaci jejich ztráty. (50)

Březen 2009

- Ministerstvo vnitra zahájilo na základě dvou podnětů kontrolu a provede analýzu zákonnosti postupu krajů, které platí zdravotnické poplatky za pacienty svých nemocnic (46)

Duben 2009

- Dnem 1. dubna došlo ke změně v hrazení regulačních poplatků, vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Nově poplatky nehradí děti do 18 let a senioři ve věku od 65 let. (17, 64, 83)
- Ostravský soud vydal předběžné opatření a zakázal krajské lékárně Slezské nemocnice v Opavě hradit za pacienty regulační poplatky. Žalobu na krajské zařízení podal majitel soukromé lékárny v Opavě s tvrzením, že se „kraj úhradou poplatků za pacienty dopouští nekalé soutěže a poškozují tak soukromé lékárny.“ (60) Podobná situace se opakovala i v případě mladoboleslavské lékárny v polovině dubna, středočeský kraj proto přešel na nabízení třicetikorunových slevových kupónů ve svých lékárnách od 4.5.2009.

Květen 2009

- Dne 8.5.2009 byla prezidentem České republiky jmenována nová vláda, novou ministryní zdravotnictví se stala Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA
- Dle informace z tisku se ČSSD pokusí v úterý 12. května na mimořádné schůzi Poslanecké sněmovny zrušit poplatky ve zdravotnictví.

Poslední zpráva o vývoji regulačních poplatků v České republice: Poslanecká sněmovna dne 15.5.2009 zrušila regulační poplatky ve zdravotnictví a postoupila návrh na zrušení Senátu.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

V projektu diplomové práce jsem původně plánovala v praktické části práce použít kvalitativní i kvantitativní metody výzkumu..

Kvalitativní metodou výzkumu měla být obsahová analýza stávajících dokumentů a předpisů v mladoboleslavské nemocnici, související s regulačními poplatky.

Před vlastním zahájením výzkumu jsem v prosinci 2008 na interních webových stránkách nemocnice hledala metodické pokyny či směrnice, informující zdravotníky o postupech při vybírání regulačních poplatků. Zjistila jsem, že žádný pokyn ani směrnice k poplatkům nebyly do konce roku 2008 v nemocnici vydány. Potřebné informace byly předávány neformálně na schůzích vrchních sester či v interní elektronické korespondenci v e- mailu. Z důvodu nízké vypovídací hodnoty těchto sdělení jsem od metody obsahové analýzy dat upustila a v praktické části diplomové práce provedu dotazníkové šetření v rámci kvantitativního výzkumu.

3.1 Popis pracoviště

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav má formu akciové společnosti, jejímž zakladatelem a jediným akcionářem je Středočeský kraj. Hlavním účelem naší zdravotnické organizace je poskytovat ambulantní a lůžkovou léčebnou péči včetně preventivních opatření v rozsahu stanoveném příslušnými obecně závaznými předpisy.. Struktura činností v oblasti zdravotní péče je členěna na lůžkové i ambulantní služby a dále na oddělení komplementu. Zdravotní péče je poskytována kvalifikovaným odborným lékařským a nelékařským zdravotnickým personálem. Nemocniční lůžka jsou umístěna na lůžkových odděleních v areálu nemocnice v Mladé Boleslavi a ve dvou LDN - Na Celně a v Mnichově Hradišti. Nemocnice dále zajišťuje odborné ambulantní služby při svých lůžkových odděleních, oddělení rehabilitace a ordinaci praktického lékaře. Do komplementu řadíme oddělení radiologické, transfuzní, nukleární medicíny, klinické biochemie, mikrobiologie, centrální operační služby a patologicko-anatomické oddělení. Nemocnice poskytuje další zdravotní služby, tj. domácí péče, DRNR, nemocniční lékárna a další nezdravotní služby jako - stravovací provoz, prádelna, technické oddělení. (7)

3.2 Kvantitativní výzkum

3.2.1 Regulační poplatky v mladoboleslavské nemocnici

Regulační poplatky v mladoboleslavské nemocnici byly zavedeny dne 1.1.2008, stejně jako v ostatních zdravotnických zařízeních, dle novely zákona o zdravotním pojištění č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. (54, 55) Jednotný postup pro vybírání regulačních poplatků v nemocnici nebyl stanoven, interní směrnice k regulačním poplatkům nebyla vypracována. Postup po zavedení regulačních poplatků byl prezentován vedením nemocnice na pracovní schůzce v prosinci 2007. Kritéria vybírání regulačních poplatků od pacientů upravuje Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky (62), určený zdravotnickým zařízením v České republice.

3.2.1.1 Popis způsobu vybírání poplatků – ambulantní část

Vybírání či prodej regulačních poplatků v nemocnici je zajištěno těmito způsoby:

1. regulační poplatky vybírají od pacientů zdravotní sestry.
2. je zřízeno informační místo s prodejem cenin v hodnotě regulačních poplatků, tj. 30 Kč a 90 Kč.
3. po areálu nemocnice jsou umístěny „parkovací automaty“, které po vhození „drobných mincí“ vydávají „kupóny“ v hodnotě 30 Kč a 90 Kč

Z těchto možností si pacient vybere vyhovující postup, buď přichází k lékaři se zakoupenou „ceninou“ nebo poplatek uhradí v hotovosti u lékaře. Poplatek fyzicky nevybírá lékař, ale zdravotní sestra, která poplatky písemně eviduje. Lékař zadává do nemocničního informačního systému údaje o uhrazení či neuhrazení poplatku. V případě, že je pacient od poplatku osvobozen a poplatek se nevybírá, druh osvobození od poplatku lze vybrat z nabídky v NIS. Směnu hotovosti v případě přímé platby pacienta provádí zdravotní sestra nebo administrativní pracovnice na informačním místě.

3.2.1.2 Popis způsobu vybírání poplatků – lůžková část

Na lůžkové části provádí směnu hotovosti a evidenci poplatků (tj. u hospitalizovaných pacientů) pouze zdravotní sestry. Pro situace, kdy pacient odmítá regulační poplatek uhradit, jsou k dispozici v ambulantní i lůžkové části formuláře „Odmítnutí zaplacení regulačního poplatku“ nebo „Uznání dluhu“ a složenka. Formuláře jsou pro cizince přeloženy do čtyřech světových jazyků, tj. jsou k dispozici v anglickém, polském, ruském a německém jazyce a jsou dostupné na intranetu nemocnice.

Za sumarizaci regulačních poplatků pro příjmovou účtárnu zodpovídají vrchní sestry jednotlivých nemocničních oddělení.

3.2.2 Výzkumný problém

Regulační poplatky vnímá česká veřejnost různě, někteří lidé jsou spíše jejich zastánci, jiní odpůrci. Podobně je tomu u zdravotnických pracovníků. V televizním zpravodajství a v tisku se od ledna 2008 intenzivně diskutuje o tom, zda poplatky v českém zdravotnictví mají svůj smysl či nikoliv.

Pracuji v nemocnici na pozici vrchní sestry, denně se zabývám problémy v souvislosti s regulačními poplatky. Proto jsem se v rámci tohoto výzkumu rozhodla zjistit, jaké názory na problematiku regulačních poplatků mají mé kolegyně, vrchní a staniční sestry oblastní nemocnice. V neformálních rozhovorech jsem totiž zjistila, že mají velmi podobné názory a zkušenosti na problematiku regulačních poplatků.

Cílem výzkumné části diplomové práce je popsat, jaký postoj k poplatkům mezi dotazovanými sestrami převládá a jakého typu jsou nejčastější a nejvážnější praktické problémy, se kterými se v praxi setkaly. Před zahájením vlastního dotazníkového šetření jsem si položila otázku: „Jaký postoj mají k regulačním poplatkům vrchní a staniční sestry mladoboleslavské nemocnice?“

3.2.3 Výběr respondentů

Výzkumný soubor tvoří sestry, pracující ve vedoucích funkcích (vedoucí sestry), tj. vrchní a staniční sestry mladoboleslavské oblastní nemocnice. V nemocnici jsem oslovila celkem 35 vedoucích sester, z toho 10 pracujících na pozici vrchní sestry a 25 staničních sester.

Provedla jsem náhodný výběr respondentů, během prvních tří dnů jsem navštívila jednotlivá oddělení v nemocnici a přítomným vedoucím sestřám dotazník osobně předala.

3.2.4 Metoda sběru dat

Zvolenou technikou sběru dat v rámci kvantitativního výzkumu je metoda dotazníkového šetření – individuálně předaný dotazník, poštou distribuovaný zpět.

V přípravné fázi výzkumu v rámci projektu diplomové práce jsem zformulovala hypotézy, které jsem v rámci předvýzkumu testovala otázkami dotazníku. Následně jsem jej nechala vyplnit pěti sestřám oblastní nemocnice. Potvrdily se moje obavy, že otázky dotazníku, jako nástroj testování hypotéz, nejsou pro sestry jednoznačně formulované. Po-té jsem otázky znovu, srozumitelněji, zformulovala.

Dotazníkové šetření proběhlo v období od 23. – 30.3. 2009. Dotazníky jsem sestřám předala osobně, ke každému byla přiložena obálka jsem přiložila obálku spolu s tím, že vyplněný dotazník sestry následně odešlou zpět na moje jméno ústavní poštou.

3.2.5 Hypotézy

3.2.5.1 Obecná hypotéza

Zdravotnický personál zavedení regulačních poplatků přijal, každodenní konfrontace s realitou při vybírání poplatků však ovlivňuje jejich názor.

3.2.5.2 Pracovní hypotézy

Hypotéza 1

Regulační poplatky pozitivně ovlivňují přístup lidí k péči o své zdraví.

Hypotéza 2

Roční ochranný pětitisícový limit pomáhá těžce nemocným lidem zvládnout finanční náklady spojené s léčbou.

Hypotéza 3

Praktická zkušenost s vybíráním regulačních poplatků ovlivňuje názor středního managementu na poplatky.

3.2.6 Interpretace výsledků výzkumu

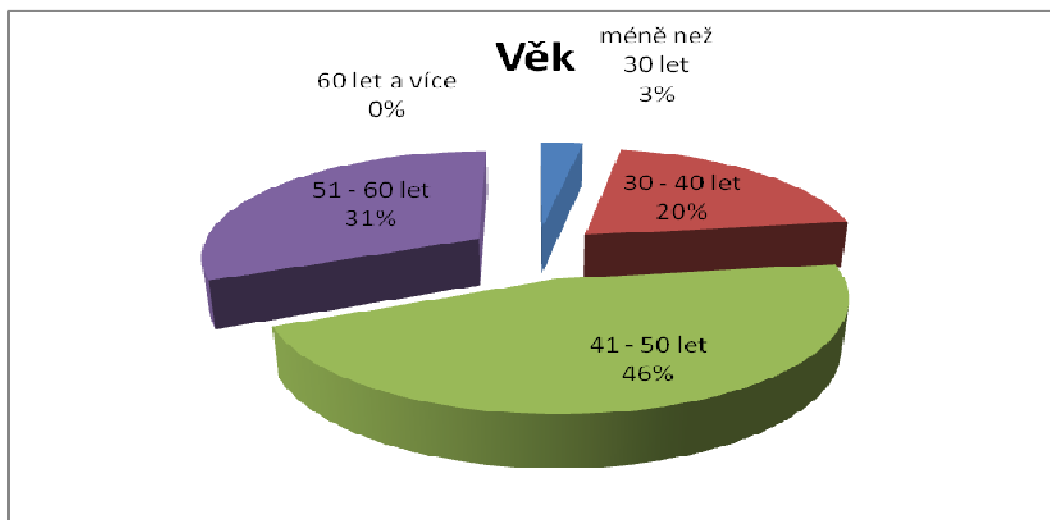
V rámci výzkumného šetření bylo celkem rozdáno 38 dotazníků, vrátilo se mi celkem 35 dotazníků, návratnost činila 92 %. Všechny vrácené dotazníky byly kompletně vyplněny a žádný nebyl z výzkumného šetření vyloučen.

3.2.6.1 Demografické ukazatele

3.2.6.1.1 Věk

Výzkumný soubor tvoří vedoucí sestry mladoboleslavské nemocnice. Většinu středního managementu představuje skupina sester nad 40 let (77%), sestry do 30 let věku se podílejí na řízení nemocnice pouhými 3%. (graf č. 1)

Graf č. 1

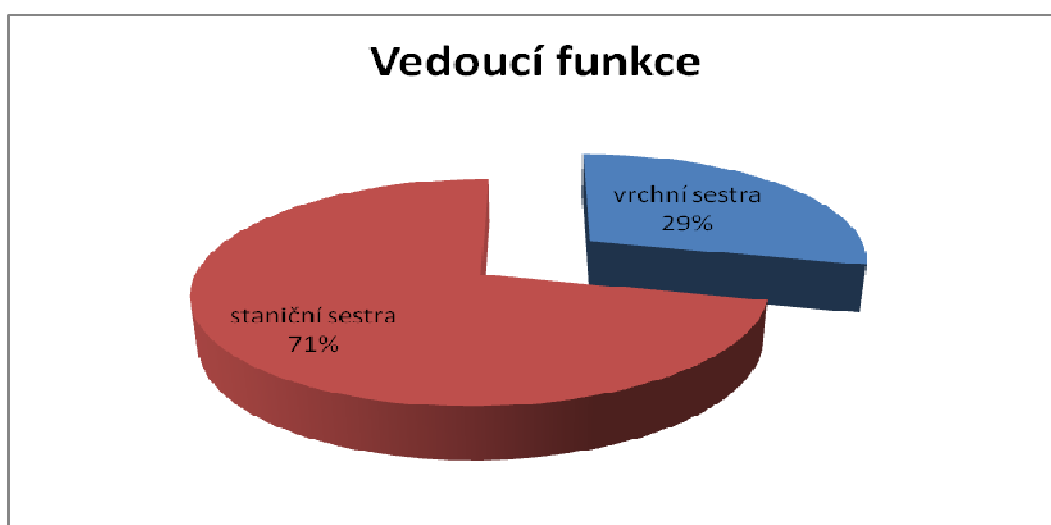


N = 35

3.2.6.1.2 Vedoucí funkce

Sestry ve vedoucích funkcích tvoří 29 % vrchní sestry a 71 % staniční sestry. Praktickou zkušenost s poplatky mají většinou staniční sestry, vrchní sestry se věnují spíše administrativním činnostem. (graf č. 2)

Graf č. 2



N = 35

3.2.6.1.3 Délka praxe

Podíváme-li se na délku praxe respondentů ve zdravotnictví, většinu tvoří sestry s více jak 20 letou praxí ve zdravotnictví (80%). (graf č. 3)

Graf č. 3

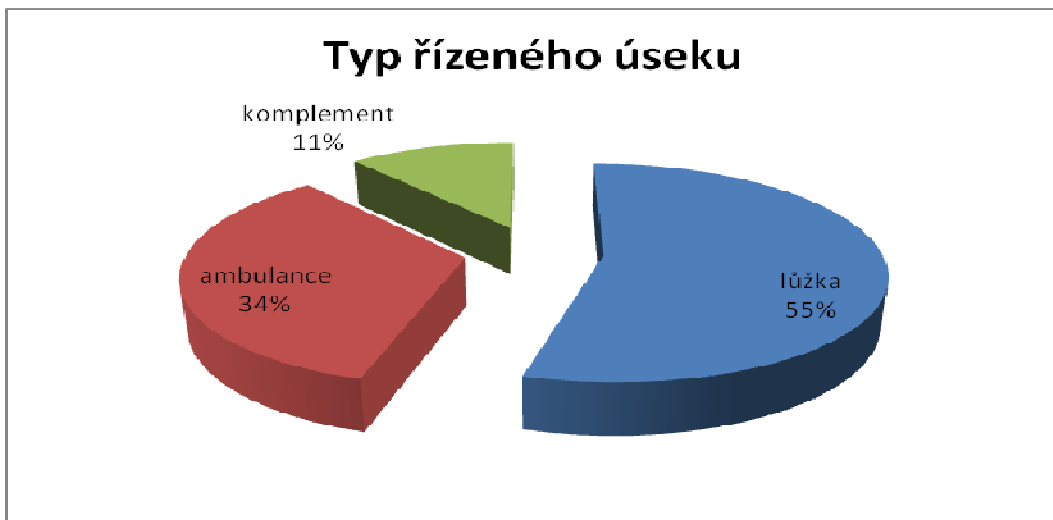


$N = 35$

3.2.6.1.4 Typ řízeného úseku

Ve výzkumném souboru byly zastoupeny vedoucí sestry ze všech typů úseků, nejvíce sester vede lůžkovou část (55%), nejmenší početní zastoupení mají sestry pracující v komplementu (lékárna, laboratoř aj.). Vedoucí sestry ambulancí jsou ve vzorku zastoupeny 34%. (graf č. 4)

Graf č. 4

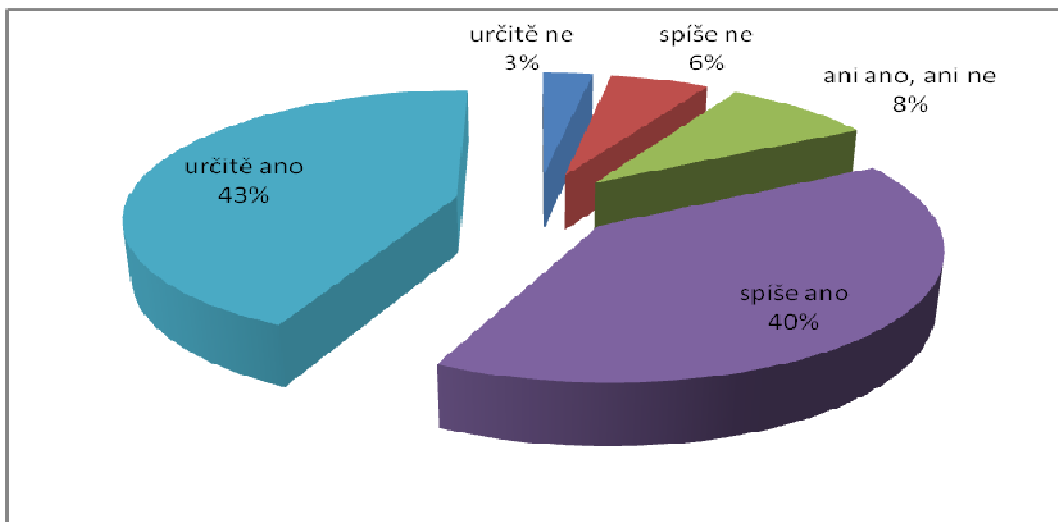


$N = 35$

3.2.6.2 Postoj sester k zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví

Výsledky dotazníkového šetření potvrzují první část obecné hypotézy, že „zdravotnický personál zavedení regulačních poplatků přijal“. Souhlas se zavedením regulačních poplatků vyjádřilo 83% respondentů, s poplatky ve zdravotnictví nesouhlasí pouhých 9% z nich. (graf č. 5)

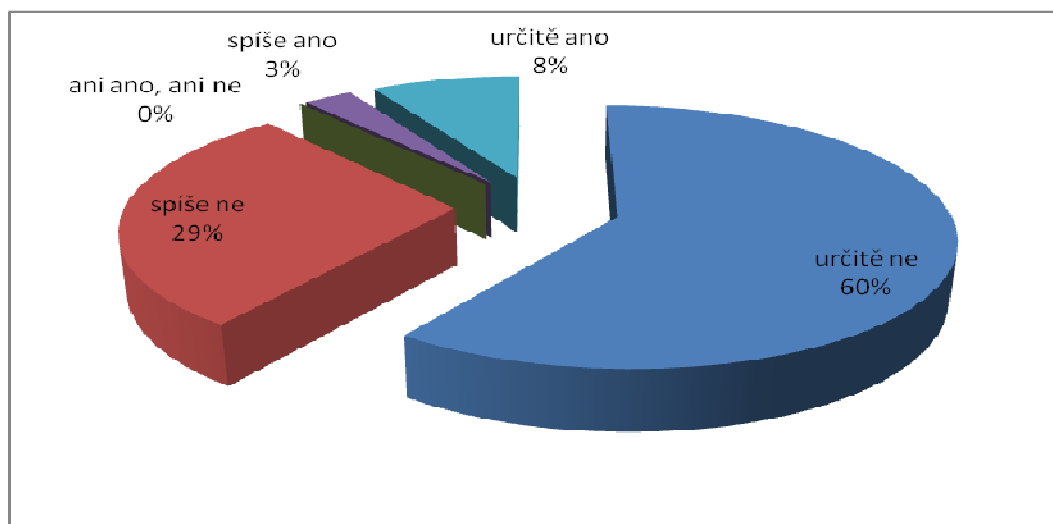
Graf č. 5 Procentuální vyjádření souhlasu s regulačními poplatky ve zdravotnictví



$N = 35$

Druhou část obecné hypotézy, že „každodenní konfrontace s realitou při vybírání poplatků“ ovlivňuje názor zdravotníků“ byla potvrzena. Nesouhlas s vybíráním poplatků přímo zdravotníky vyjádřilo celkem 89% sester. Tento způsob vybírání poplatků vyhovuje pouze 11% sester, viz. níže (graf č. 6)

Graf č. 6 Procentuální zastoupení nesouhlasu s vybíráním poplatků od pacientů zdravotníky



$N = 35$

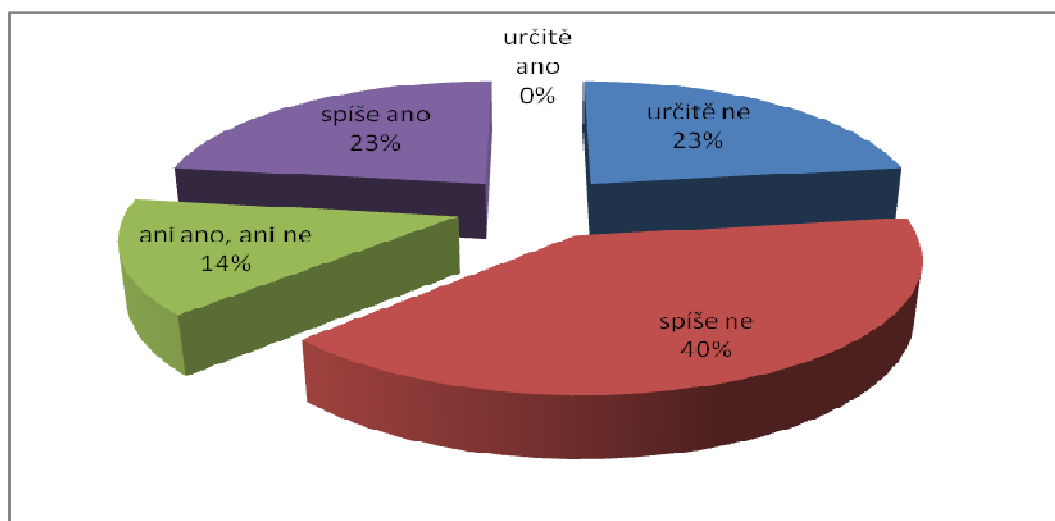
3.2.6.3 Vliv regulačních poplatků na chování pacientů

Očekávaným efektem MZČR po zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví, mělo být mimo jiné, přimět občany k většímu zájmu o své zdraví. Pojďme se nyní podívat, zda tato očekávání korelují s praktickými zkušenostmi vedoucích sester mladoboleslavské nemocnice.

V oblasti změny chování pacientů ke svému zdraví byla hypotéza, že „regulační poplatky pozitivně ovlivňují přístup lidí k péči o své zdraví“ vyvrácena. Celkem 63% sester nevidí změnu v chování pacientů ke svému zdraví ve smyslu většího zájmu o svůj zdravotní stav. Pozitivní změnu chování pozoruje u pacientů pouze 23% sester.

Zajímavý je vyšší počet sester, které na tuto otázku „nemají názor“ (14%), důvodem může být rozdíl v typu pracoviště, na kterém sestry pracují. Pokud o pacienta pečují na lůžkovém oddělení, stráví s ním podstatně více času než sestra na ambulanci a mohou se ke změně v chování pacienta jednoznačněji vyjádřit. (graf č. 7)

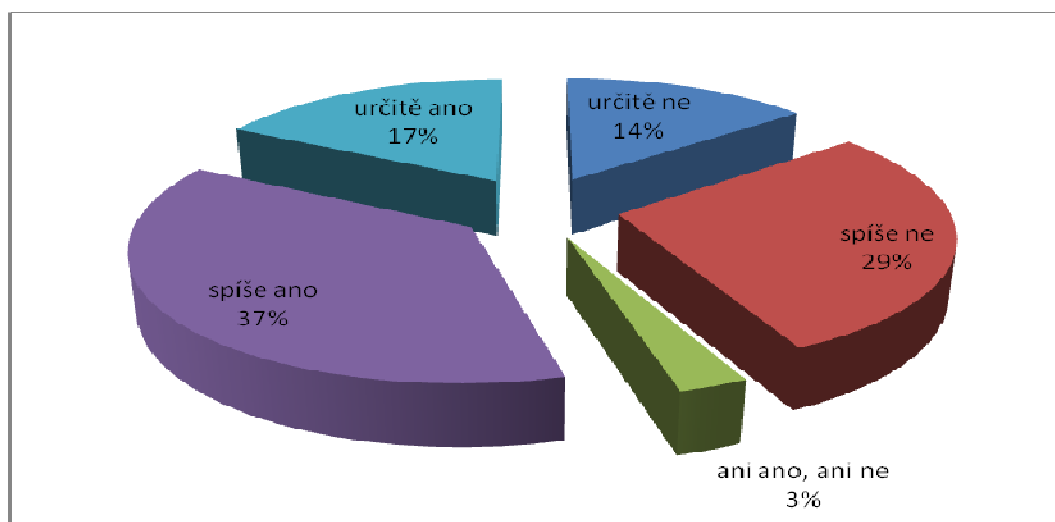
Graf č. 7 **Zvýšily poplatky zájem pacienta o svůj zdravotní stav?**



N = 35

Dalším očekávaným přínosem Ministerstva zdravotnictví České republiky bylo zamezení plýtvání ve zdravotním systému. Jedním z faktorů, které plýtvání v systému mohou potencovat, je nízká míra motivace pacienta k účelné spotřebě zdravotní péče. K otázce, zda poplatky zvyšují motivaci pacienta k omezení „nadužívání“ zdravotní péče, se sestry vyjádřily takto: celkově 54% sester s tímto tvrzením souhlasí, 43% sester však o této funkci poplatků přesvědčena není. (graf č. 8)

Graf č. 8 **Motivují poplatky pacienta k účelné spotřebě zdravotní péče?**



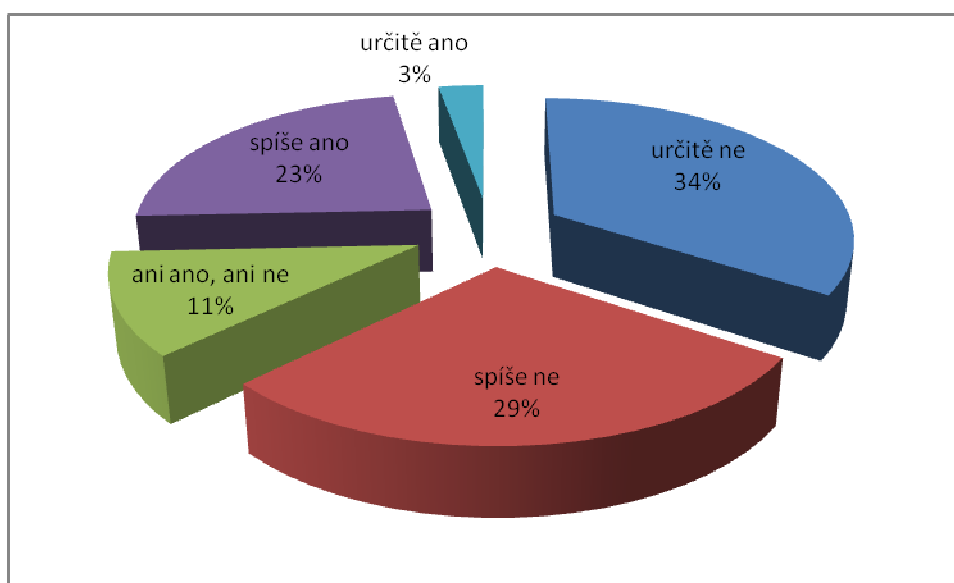
N = 35

3.2.6.4 Názor sester na efektivitu ochranného limitu

Snad nejspornějším efektem regulačních poplatků ve zdravotnictví je „pacienta ochraňující“ funkce regulačních poplatků ve zdravotnictví prostřednictvím ročního pětitisícového limitu. MZČR v průběhu roku 2008 zveřejnilo několik analýz dopadu regulačních poplatků a uvádělo stále se zvyšující počty chronicky nemocných lidí, kteří podle ministerstva limitu v krátkém období po zavedení poplatků dosáhlo. Názor na účelnost ochranného limitu zobrazuje graf č. 9.

Celkem 63% sester s tímto tvrzením nesouhlasí, souhlas vyjádřilo 26 % vedoucích sester.(graf č. 9)

Graf č. 9 Názor na význam ročního ochranného pětitisícového limitu pro vážně nemocné



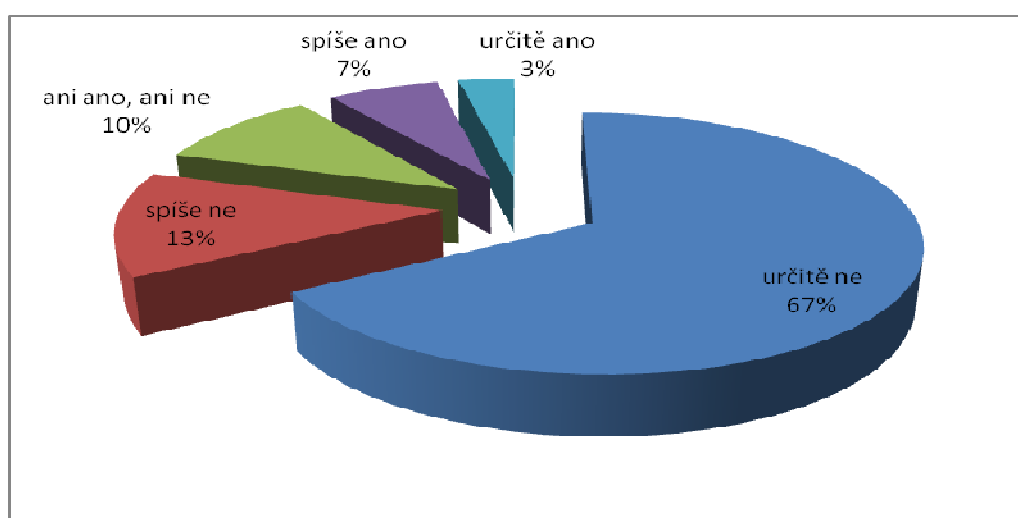
N = 35

3.2.6.5 Realita zdravotnických poplatků

K praktickým problémům s poplatky (realita regulačních poplatků) se vyjadřovaly pouze sestry, které mají zkušenost s vybíráním poplatků v praxi, tj. sestry, které v dotazníku odpověděly na dotaz, zda pracují na svém úseku s regulačními poplatky,

kladně. Přesto, že obecně s regulačními poplatky ve zdravotnictví sestry souhlasí (graf č. 5), o pozitivním vlivu regulačních poplatků na počet návštěv pacienta u lékaře rozhodně přesvědčeny nejsou. Výsledkem je, že 80% sester nepozoruje pokles počtu vyšetření po zavedení regulačních poplatků v lednu 2008, vzácná poměrná shoda je mezi sestrami, které snížení počtu vyšetřených pacientů zaregistrovaly a těmi, které nemají názor (10%). (graf č. 10)

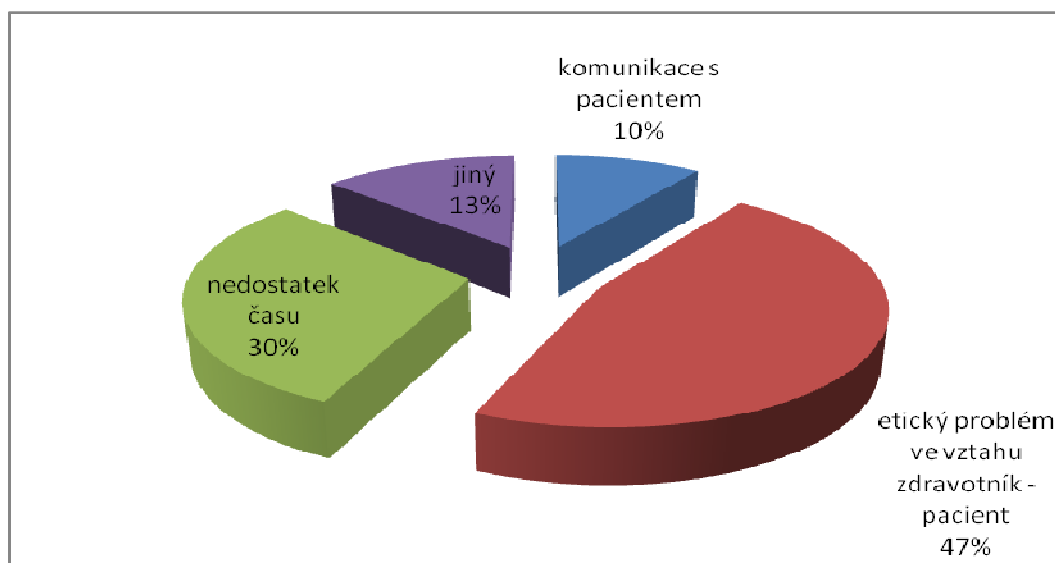
Graf č. 10 Názor na snížení počtu vyšetřených pacientů po zavedení poplatků v roce 2008



N = 30

Důvodem pro zaměření toho výzkumu na problematiku regulačních poplatků ve zdravotnické praxi je především snaha zjistit, co sestram „vadí“ na regulačních poplatcích nejvíce, tj. jaké problémy musí řešit nejčastěji. 47 % sester uvádí jako nejčastější problém – etický problém ve vztahu zdravotník pacient, 30 % nedostatek času, 10 % má problém komunikovat o poplatcích s pacientem a 13 % zastupují ostatní problémy (tj. zajištění směny hotovosti na drobné sestrou, etický problém mezi sestrou a příbuzným pacienta, etický problém při úmrtí pacienta a větší množství administrativy), viz. níže (graf č. 11)

Graf č. 11 Nejčastější typ problému s regulačními poplatky ve zdravotnictví

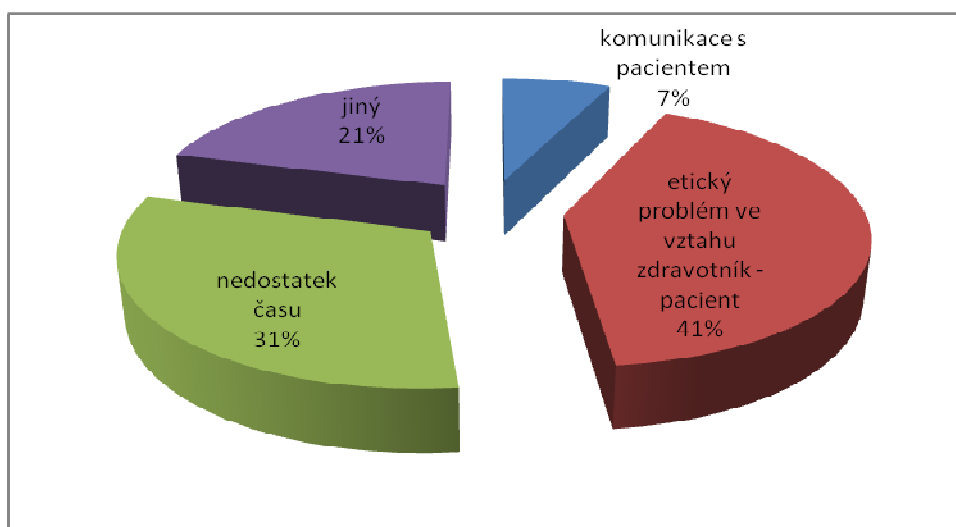


N = 30

Nejvýznamnějším problémem, v souvislosti s regulačními poplatky je podle 41 % sester problém ve vztahu zdravotník pacient, 31 % uvádí nedostatek času, 7 % problém v komunikaci s pacientem a 21 % se setkala s jiným typem problému (etický problém při úmrtí pacienta, verbální agrese, velké množství administrativy).

(graf č. 12)

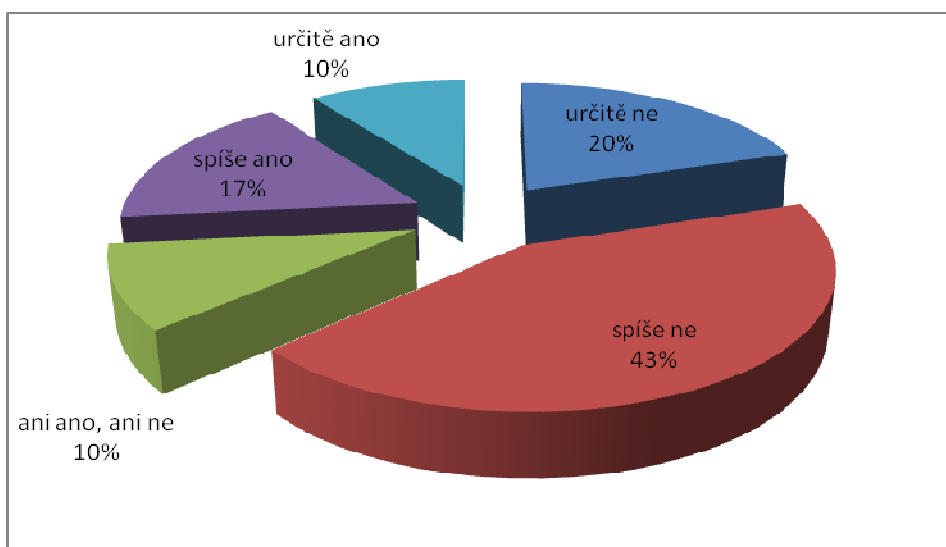
Graf č. 12 Nejvýznamnější typ problému s regulačními poplatky ve zdravotnictví



N = 30

Přesto, že převážná většina vedoucích sester se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví souhlasí, není většina z nich spokojena se systémem vybírání poplatků v mladoboleslavské nemocnici. Nesouhlas vyslovilo se systémem vybírání poplatků v nemocnici v roce 2008 celkem 63 % sester, pouhých 27 % bylo spokojeno. (graf č. 13)

Graf č. 13 Spokojenost sester se systémem vybírání poplatků v nemocnici



N = 30

3.2.7 Shrnutí výsledků

- Výzkumný soubor tvoří 35 vedoucích sester mladoboleslavské nemocnice, většina z nich je starší 40 let (77%), funkčním zařazením tvoří většinu populace staniční sestry (71 %), délkou praxe jsou nejpočetněji zastoupeny sestry s více jak 20 letou praxí ve zdravotnictví (80%) (graf č. 1, 2, 3);
- Jednoznačný souhlas se zavedením regulačních poplatků vyjádřilo 83% respondentů, s poplatky ve zdravotnictví nesouhlasí pouhých 9% (graf č. 5);
- Nesouhlas s vybíráním poplatků přímo zdravotníky vyjádřilo celkem 89% sester, tedy naprostá většina, 11% sester s tímto způsobem souhlasí (graf č. 6);

- 63% sester nevidí změnu v chování pacientů ve smyslu většího zájmu o svůj zdravotní stav, pozitivní změnu pozoruje u pacientů pouze 23% sester (graf č. 7);
- K problematice, zda poplatky zvyšují motivaci pacienta k účelné spotřebě zdravotní péče celkem 54% sester s tímto tvrzením souhlasí, 43% sester vyjádřilo nesouhlas (graf č. 8);
- Celkem 63% sester nesouhlasí s tvrzením, že roční ochranný pětitisícový limit pomáhá těžce nemocným lidem, souhlas vyjádřilo 26 % vedoucích sester (graf č. 9);

Ke zkušenostem s praktickými problémy s poplatky se vyjadřovaly pouze sestry, které s nimi mají zkušenost z praxe (30 respondentů):

- 80% sester nepozoruje snížení počtu vyšetřených pacientů u lékaře, 10 % z nich tento trend zaregistrovalo (graf č. 10);
- 47 % sester uvádí jako nejčastější problém s poplatky – etický problém ve vztahu zdravotník pacient, 30 % nedostatek času, 10 % má problém v oblasti komunikace s pacientem a 13 % zastupují ostatní problémy (graf č. 11);
- Nejvážnějším problémem v souvislosti s regulačními poplatky je podle 41 % sester problém ve vztahu zdravotník pacient, 31 % uvádí nedostatek času a 21 % se setkalo s jiným typem problému (graf č. 12);
- Nesouhlas se systémem vybírání poplatků od pacientů v nemocnici uvádí celkem 63 % sester, 27 % sester tento postup vyhovuje (graf č. 13).

3.2.9 Doporučení

Doporučení systémových změn na tomto místě neuvádím vzhledem ke složitosti problematiky přesahující rámec této práce.

Na podkladě výstupů z výzkumného šetření však jednoznačně doporučuji změnu v managementu výběru regulačních poplatků - přesunutím mechanismu výběru poplatků ze zdravotnických pracovníků na administrativně - technické oddělení.

Zatížení pracovníků se zdravotnickou kvalifikací administrativně - technickou činností považuji za fatální chybu vrcholového managementu a to ve dvou rovinách:

- Managementu – řízení zaměstnanců jako neefektivní a neekonomické využití odborníků se specifickou kvalifikací;
- Marketingu – jako narušení důvěry pacienta v roli spotřebitele

4. ZÁVĚR

Jaké bude české zdravotnictví v budoucnu bude bezesporu záležet na tom, jaké postavení bude mít v hodnotovém systému v naší společnosti.

Kvalita, ať už z pohledu použitých materiálů, lékařských postupů nebo kvalifikovaných zdravotnických pracovníků bude bezesporu i nadále ovlivňována objemem finančních prostředků, které bude ochotna naše společnost do tohoto odvětví alokovat.

Neméně důležitým faktorem, který zásadně ovlivní systém zdravotnictví, bude úroveň managementu. A to jednak použitím konkrétního modelu zdravotní péče jako systému, ale také odbornou úrovní manažerů jako lidí bezprostředně ovlivňujících použitý model v každodenní praxi.

Listina základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky uvádí, že: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ (30) Naši zákonodárci tedy stanovili, že náš zdravotní systém je postavený na základě veřejného pojištění, to znamená na systému, který je založen na principu vzájemné solidarity mezi občany. To, že náš zdravotní systém není bezplatný, je dáno povinným zdravotním pojištěním. Stanovením maximální výše základu, ze kterého se vypočítává povinné zdravotní pojištění, bylo jednoznačně „nabouráním“ principu solidarity mezi pojištěnci.

Současné zavedení regulačních poplatků bylo bezesporu založením dalšího „pilíře“ financování zdravotnictví na principu spoluúčasti pacientů. Porovnání našich skutečných výdajů v procentech HDP s obecným doporučením vykazuje dlouhodobé podfinancování českého zdravotnictví.

Je tedy otázkou, jak se s tímto problémem v budoucnosti naše společnost vypořádá. Z rozboru řešené problematiky zavedení zdravotnických poplatků vyplývá, že řešením mělo být upuštění od zavedeného systému povinného solidárního zdravotního pojištění k systému individuálnímu.

5. LITERATURA

1. ANTOŠOVÁ, L.: *Kolik nás stojí dnešní „bezplatné“ zdravotnictví.* http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Aktualne/aktualne_28.04.06.pdf [online 4.4.2009]
2. BEZDĚKOVÁ, M.: *Poplatky loni ušetřily deset miliard korun.* http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/poplatky-loni-usetrily-deset-miliard-koron_109433.html [online 4.4.2009]
3. BRIXI, H.: *Zdravotnictví je v krizi.* Praha: Bulletin OSZSP ČR, 2008, č. 8, s. 10 – 11
4. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7
5. *Fakta o regulačních poplatcích a jejich dopadech! . Prezence MZČR „Sledování dopadu regulačních poplatků“.* Praha, 11.9.2008 <http://www.mzcr.cz/Pages/487-regulacni-poplatky.html> [online 18.4.2009]
6. *Fakta o regulačních poplatcích a jejich dopadech!* Tisková zpráva MZČR 15.9.2008. <http://www.mzcr.cz/Pages/621-fakta-o-regulacnich-poplaticich-a-jejich-dopadech.html> [online 18.4.2009]
7. FEJFAROVÁ, J: *Závěrečná zpráva z praxe řízení I. Seminární práce.* Praha: FHS UK, 16.6.2008
8. FREEMAN, R.: *The Politics of Health in Europe,* Manchester University Press, 2000
9. FRYDECKÁ, L.: *Průzkum: Lékaři Julínkovu reformu chtějí.* 13.11.2008. <http://www.zdravnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=388699> [online 4.4.2009]
10. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika, třetí vydání.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7
11. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Občan a nemocný občan. Vedení lékařské praxe.* Praha: Dashöfer, 2006, část 1, kap. 2.2, s. 1-6
12. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Pacient a jeho postavení v systému. Vedení lékařské praxe.* Praha: Dashöfer, 2006, část 1, kap. 2.1, s. 1-8
13. HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
14. HERVEY, T., Mc HALLE, J., V.: *Health Law and European Union,* Cambridge University Press, 2005

15. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L.: *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve zdravotnictví, 2005. ISBN 80-7013-417-8
16. HROBONĚ, P.: *Co přinese reforma zdravotníkům*. <http://www.mzcr.cz/Pages/495-co-prinese-reforma-zdravotnikum.html> [online 4.4.2009]
17. *Jak od 1. dubna na regulační poplatky*. <http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-od-1-dubna-2009-na-regulacni-poplatky.html> [online 30.4.2009]
18. *Jak se dnes diskutuje v Británii*. <http://www.blisty.cz/2008/9/15/art42751.html> [online 15.2.2008]
19. *Jak se věci mají – regulační poplatky*. www.mzcr.cz/Pages/485-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-funguji-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem.html [online 22.4.2008]
20. JULÍNEK, T.: *Reforma zdravotní péče na míru*. <http://www.reformanamiru.cz/Pages/55-Uvodni-slovo.html> [3.3.2009]
21. JULÍNEK, T.: *Zdravotnictví je tu pro pacienty. Ne naopak*. <http://julinec.blog.idnes.cz/c/57707/Zdravotnictvi-je-tu-pro-pacienty-Ne-naopak.html> [online 15.12.2008]
22. KAHOUN, V. a kol.: *Sociální práce II*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-064-5
23. KELLER, J.: *Až na dno blahobytu, třetí vydání*. Praha: EarthSave CZ, 2005. ISBN 80-903085-7-0
24. KELLER, J.: *Soumrak sociálního státu*. Praha: Slon, 2005, ISBN 80-86429-41-5
25. *Koalice připustila omezení poplatků u lékařů, zváží desítky návrhů*. http://zpravy.idnes.cz/poslanci-se-prou-koho-osvobodit-od-poplatku-u-lekare-pcd-domaci.asp?c=A081217_090951_domaci_adb [online 30.4.2009]
26. KOŠTÁL, K.: *Proč je ve Francii poplatek u lékaře nižší než v Čechách*. <http://blisty.cz/2008/12/5/art44008.html> [online 6.12.2008]
27. KREBS, V. a kolektiv: *Sociální politika*. Praha: Aspi, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1
28. KŘÍŽOVÁ, E.: *Zdravotnické systémy v mezinárodní srovnání*. Praha: studijní materiál FHS UK, 2008
29. *Lékaři a sestry: „Reforma zdravotnictví podstatně ovlivnila volby“* 10.11.2008 <http://www.stemmark.cz/archive.htm> [online 26.4.2009]

30. LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD. *Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.* <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [online 20.3.2009]
31. *Maďari v referende odmietli poplatky* http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=585&Itemid=33 [online 20.4.2009]
32. *Maďarsko po vzore Slovenska zaviedlo poplatky.* http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=262&Itemid=32
33. *Maďarský parlament zrušil poplatky v zdravotníctve.* http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=586&Itemid=33 [online 20.4.2009]
34. MACH, J., KUBEK, M.: *Zásadní chyby a hrubé nedostatky. Připomínky České lékařské komory k návrhům tří nových zdravotnických zákonů.* Tempus Medicorum. Olomouc: ČLK, 7-8/2008, ročník 17, s. 3-10
35. MALÝ, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví.* Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-2006-7
36. MÁTL, O.: *Pečujte o sebe, pomůžete zdravotnictví.* www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=366322 [online 30.4.2009]
37. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.: *Naše zdravotnictví po vstupu do Evropské unie. Vliv politik a práva Společenství na zdravotní péči členských států.* Praha: studijní materiál FHS UK, 2008
38. MERTL, J.: *České regulační poplatky. Zdravotnictví v České republice.* Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 4/XI/2008, s.120-123
39. MERTL, J.: *Tančíme s poplatky.* <http://www.blisty.cz/2008/6/5/art41023.html> [online 5.5.2009]
40. MERTL, J.: *Úspory ministerstva zdravotnictví.* <http://www.blisty.cz/2008/7/22/art41713.html> [online 5.3.2009]
41. MOSSIALOS, E., McKEE, M.: *EU Law and the Social Character of Health Care.* Brussels: P.I.E. – Peter Lang, 2002. ISBN 90-5201-110-9
42. MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J., KUTZIN, J.: *Funding health care: options for Europe.* Buckingham:Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20924-6
43. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008.* <http://www.mzcr.cz/Pages/127-brozurka-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi-v-roce-2008-je-k-dispozici-siroke-verejnosti.html> [online 28.4.2009]
44. NYKODÝMOVÁ, P.: *Vybírat lékaře by si měl pacient.* Tempus Medicorum. Olomouc: ČLK, 7-8/2008, ročník 17, s. 13

45. PAFKO, P.: *Hulvát zůstane hulvátém.* http://zpravy.idnes.cz/pafko-hulvat-zustane-hulvatem-des-/domaci.asp?c=A070515_213533_domaci_mad [online 16.4.2009]
46. PAVLÍKOVÁ, O.: *Analýza postupů krajů kvůli poplatkům do května.* Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, 9/2009, s. 3
47. PAVLÍKOVÁ, O.: *Co se stalo v českém zdravotnictví v roce 2008.* Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, zimní příloha ZDN 1 – 2/2009, s. I – II
48. PAVLÍKOVÁ, O.: *Ministr a lékaři: Poplatky musí zůstat.* Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, 1-2/2009, ročník 58, s.1-2
49. PAVLÍKOVÁ, O.: *Poplatky budou zmírněny, ale zůstávají.* Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, 7/2009, s.1-2
50. PAVLÍKOVÁ, O.: *Senát: Poplatky ano, ale s omezením.* Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, 5/2009, s.1-2
51. PETRÁŠOVÁ, L.: *Většina Čechů odmítá poplatky u lékaře, ale i jejich proplácení.* http://zpravy.idnes.cz/vetsina-cechu-odmita-poplatky-u-lekare-ale-i-jejich-proplaceni-p6a-/domaci.asp?c=A090305_225403_domaci_anv [online 3.5.2009]
52. PODNECKÝ, D.: *Systemy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech.* <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/> [online 2.2.2009]
53. POLICAR, R.: *Medicínské právo v roce 2008.* Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, zimní příloha ZDN 1 – 2/2009, s. VIII
54. POLICAR, R.: *Regulační poplatky – rok poté.* Vedení lékařské praxe. Praha: Dashöfer, 2008, část 1, kap.1.2.1, s. 1-19
55. POLICAR, R. : *Všechno, co jste kdy chtěli vědět o regulačních poplatcích (ale báli jste se zeptat).* http://www.dashofer.cz/3/2/9/174031_vsechno-co-jste-kdy-chteli-vedet-o-regulacnich-poplaccich-ale-bali-jste-se-zeptat/ [online 20.12.2008]
56. *Poplatky ve zdravotnictví.* <http://www.stem.cz/clanek/1436> [online 26.4.2009]
57. *Poplatky ve zdravotnictví v ČR a v Německu.* <http://www.blisty.cz/2008/12/5/art44105.html> [online 5.12.2008]
58. *Prezident ČLK podal kvůli poplatkům podnět ÚOHS.* <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=398161> [online 30.4.2009]
59. *Přehled regulačních poplatků a limitů platný k 1.4.2009.* http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/prehled_poplatku_limitu/ [online 30.4.2009]

60. *Přelomový rozsudek: soud zakázal lékárně hradit poplatky.*
<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=414444> [online 30.4.2009]
61. *Reforma zdravotnictví.* <http://www.stem.cz/clanek/1434> [online 26.4.2009]
62. *Regulační poplatky. Metodický pokyn – znění platné od 1.1.2008*
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>
[online 15.11.2008]
63. *Regulační poplatky. Metodický pokyn – znění platné od 1.8.2008*
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>
[online 15.11.2008]
64. *Regulační poplatky. Metodický pokyn – znění platné od 1.4.2009*
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>
[online 28.3.2009]
65. *Regulační poplatky. Prezentace MZČR „Sledování dopadu regulačních poplatků“.*
Praha, 22.4.2008 <http://www.mzcr.cz/Pages/487-regulacni-poplatky.html> [online 18.4.2009]
66. *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných.* Tisková zpráva MZČR, Praha, 11.3.2009 <http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html> [online 18.4.2009]
67. *Regulační poplatky.* Tisková zpráva MZČR „Regulační poplatky ve zdravotnictví fungují – ochranný limit pomáhá stále více lidem“. Praha, 22.4.2008
<http://www.mzcr.cz/Pages/487-regulacni-poplatky.html> [online 18.4.2009]
68. SCHLANGER, J. *Pár poznámek k „dlouhověčnosti“.*
<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=322396> [online 26.4.2009]
69. SLOUKOVÁ, K: *Poplatky u lékaře: stížností pacientů přibývá.*
www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=367147 [online 30.4.2009]
70. *Slováci začnou poprvé platit lékaři, s nimi i turisté z Česka.*
<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=154276> [online 30.4.2009]
71. SOKOL, J., PINC, Z.: *Antropologie a etika.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-372-5
72. *Soukromí lékaři se sejdou s Julínkem kvůli dotování poplatků*
<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=398448> [online 30.4.2009]

73. *Stav a vývoj pocitu chudoby v ČR.* <http://www.stem.cz/clanek/1776> [online 7.4.2009]
74. *Svaz pacientů představil svou reformu.* Zdravotnictví v České republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 4/XI/2008, s.127
75. ŠINDLER, T.: *Kterak pan ministr komunikovati v pravý čas nezačal a co z toho pošlo.* Olomouc: ČLK, 7-8/2008, ročník 17, s. 11-12
76. ŠPAČKOVÁ, I.: *Třetina lidí se cítí chudá.*
http://ekonomika.idnes.cz/tretina-cechu-se-citi-chuda-ukazal-pruzkum-fj5-ekonomika.asp?c=A090406_202400_ekonomika_dp [online 7.4.2009]
77. VESELÁ, J.: *Slovenská reforma zdravotnictví v praxi: Za mnoho peněz málo muziky.* Praha: Bulletin OSZSP ČR, 2006, č. 6, s. 1; s.6
78. *Výbor nepodpořil žádný návrh na omezení poplatků u lékaře.*
www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=381996 [online 3.4.2009]
79. *Vývoj obyvatelstva v roce 2007.* [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435610/\\$File/400708u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435610/$File/400708u.pdf) [online 7.4.2009]
80. WAGNER, J.: *Poplatky nejsou všelék. Určitě ale pomohou.*
<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=396881> [online 19.12.2008]
81. WAGNER, P.: *Zdravotní reforma.* <http://www.blisty.cz/2008/9/12/art42712.html> [online 26.4.2009]
82. ZÁKON č. 20/1966 Sb., <http://www.helcom.cz/download/integrace/099pece.pdf> [online 26.4.2009]
83. ZÁKON č. 48/1997 Sb., http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html [online 26.4.2009]
84. *Změny v regulačních poplatcích.* <http://www.mzcr.cz/Pages/595-zmeny-v-regulacnich-poplaccich.html> [online 19.4.2009]
85. *Změny v regulačních poplatcích platné od 1. dubna 2009:*
http://www.cnzp.cz/static.php?fcSoub=aktuality_poj&{insert%20name=session_id} [online 30.4.2009]
86. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR.* Ed. Mátl Ondřej. Praha: Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice, 2008.
87. *Zrušit poplatky sa rozhodlo jedine Slovensko.* http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=396&Itemid=32 [online 30.4.2009]

6. SEZNAM ZKRATEK

ČLK	Česká lékařská komora
ČSSD	Česká strana sociálně - demokratická
DRNR	Doprava raněných, nemocných a rodiček
HDP	Hrubý domácí produkt
KDU – ČSL	Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová
KSČM	Komunistická strana Čech a Moravy
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
LSPP	Lékařská služba první pomoci
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
ODS	Občanská demokratická strana
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (The Organisation for Economic Co-operation and Development)
OSZSP ČR	Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky
SČK	Středočeský kraj
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
ÚOHS	Úřad pro ochranu hospodářské soutěže
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZULP	Zvlášť účtované léčivé přípravky

7. PŘÍLOHY

Příloha č.1 Dotazník

Příloha č.2 Seminární práce

Fejfarová, J.: *Nemocný člověk a regulační poplatek ve zdravotnictví. Seminární práce - předmět Etika v pomáhajících profesích, 1. ročník studia 2007/2008. FHS UK Praha.*

Příloha č.1

ID.....

Vážená kolegyně, vážený kolego,

děkuji Vám za čas, který věnujete odpovědím na otázky dotazníku.

Jsem studentkou magisterského programu Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze a v současné době pracuji na tvorbě diplomové práce na téma „Regulační poplatky ve zdravotnictví – rok poté“. Chtěla bych Vás požádat o pomoc, významným zdrojem informací do výzkumné části diplomové práce budou názory a zkušenosti Vás, vrchních a staničních sester naší nemocnice, k problematice regulačních poplatků ve zdravotnictví. Dovoluji si Vás požádat o pravdivé odpovědi na otázky v dotazníku. Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď (pokud není uvedeno jinak).

Informace, které v rámci výzkumu získám, budou považovány za anonymní. Vyplněný dotazník, prosím, vložte do přiložené obálky a zašlete nemocniční poštou zpět na moje jméno. Výsledky tohoto výzkumu budou použity pouze pro vědecké účely.

Děkuji za Vaši ochotu.

Jana Fejfarová, březen 2009

Informace o Vás

Věk	méně než 30 let 51 – 60 let	30 – 40 let 60 let a více	41 – 50 let
Vedoucí funkce	vrchní sestra	staniční sestra	
Praxe ve zdravotnictví	méně než 10 let	10 – 20 let	20 let a více
Typ Vámi řízeného úseku (zde označte všechny odpovídající možnosti)	lůžková část	ambulantní část	komplement

Dotazník

1. Souhlasíte Vy osobně se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

Určitě ne
Spíše ne
Ani ano, ani ne
Spíše ano
Určitě ano

2. Souhlasíte Vy osobně s vybíráním regulačních poplatků od pacientů přímo zdravotníky?

Určitě ne
Spíše ne
Ani ano, ani ne
Spíše ano
Určitě ano

3. Myslíte si, že regulační poplatky zvýšily v roce 2008 zájem pacienta o jeho zdravotní stav?

Určitě ne
Spíše ne
Ani ano, ani ne
Spíše ano
Určitě ano

4. Myslíte si, že regulační poplatky zvyšují motivaci pacienta k účelné spotřebě zdravotní péče a služeb?

Určitě ne
Spíše ne
Ani ano, ani ne
Spíše ano
Určitě ano

5. Souhlasíte s názorem, že roční pětitisícový ochranný limit (v roce 2008) dostatečně snižuje finanční náklady chronicky nemocných na zdravotní péči a služby?

Určitě ne
Spíše ne
Ani ano, ani ne
Spíše ano
Určitě ano

6. Uveďte prosím, zda pracujete na Vašem úseku s regulačními poplatky, pokud je Vaše odpověď záporná, označte ne a dále neodpovídejte.

ano

ne

7. Myslíte si, že po zavedení regulačních poplatků došlo během roku 2008 k celkovému poklesu počtu vyšetřených pacientů na Vašem oddělení?

Určitě ne

Spíše ne

Ani ano, ani ne

Spíše ano

Určitě ano

8. S jakým typem problému jste se v roce 2008, při vybírání regulačních poplatků zdravotníky, setkal (a) nejčastěji:

komunikace s pacientem

etický problém ve vztahu zdravotník - pacient

nedostatek času

jiný (vypište, prosím).....

9. S jakým nejvýznamnějším typem problému jste se v roce 2008 při vybírání regulačních poplatků zdravotníky setkal (a):

komunikace s pacientem

etický problém ve vztahu zdravotník - pacient

nedostatek času

jiný (vypište, prosím).....

10. Když se zamyslíte, byl(a) jste celkově spokojen(a) se systémem vybírání regulačních poplatků v roce 2008 v naší nemocnici?

Určitě ne

Spíše ne

Ani ano, ani ne

Spíše ano

Určitě ano

Děkuji Vám.

Seminární práce

Nemocný člověk a regulační poplatek ve zdravotnictví

předmět Etika v pomáhajících profesích
1. ročník studia 2007/2008



Osnova

Úvod

1. Vymezení tématu
2. Kazuistika – etický problém
3. Pohled do literatury
 - 3.1 Komunikace s pacientem
 - 3.2 Základní pravidla lékařské etiky
 - 3.3 Etický kodex sester

Závěr

Použitá literatura

Úvod

V této práci bych se chtěla zaměřit na oblast regulačních poplatků, ty jsou zdravotnická zařízení povinna od 1.1.2008 od pojištěných pacientů vybírat. Z pozice vrchní sestry oblastní nemocnice jsem se totiž setkala s neočekávaným a z mého pohledu velmi závažným etickým problémem, který v kazuistice stručně popíši. Následně se pokusím za pomoci nastudované literatury nalézt možná řešení z pohledu zdravotní sestry. V závěru bych chtěla zjištěná fakta shrnout, případně zhodnotit.

1. Vymezení tématu

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ukládá od ledna letošního roku povinnost zdravotnickým zařízením vybírat regulační poplatky od pacientů – pojištěnců. Můj postoj k rozhodnutí ministerstva byl zpočátku pozitivní. Ocenila jsem odvalu ministra zdravotnictví a jeho týmu přistoupit k tak nepopulárnímu opatření.

Informovanost veřejnosti i zdravotníků se zdála být zajištěna. Ministerstvo ještě v prosinci 2007 vydalo manuál „Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008“, kde vysvětluje občanům význam zavedení regulačních poplatků. V obsahu „návodu“ čtenář nalezne čtyři kapitoly, které pojednávají o tom, jak rádi Češi utrácejí, kolik stojí zdravotní péče a k čemu jsou dobré poplatky. Součástí textu jsou také rady nemocným lidem, jak se připravit na nové změny, jak plánovat osobní finance a na co se ptát lékárníků a lékařů. Třetí kapitola pak přináší informace o tom, jaké regulační poplatky nás čekají a jak těžce nemocné ochrání roční limit. V závěrečné kapitole pak reformní tým ministra zdravotnictví nezapomíná ani na dotazy občanů a odpovídá na jejich konkrétní otázky ohledně poplatků a doplatků. (9)

Cíle ministerstva byly z mého pohledu jednoznačně srozumitelné, rozuměla jsem snaze ekonomicky udržet zdravotnictví v dalších letech i očekávání změny v chování lidí, jako partnerů zdravotníků, důstojných a svéprávných pacientů, kteří svobodně rozhodují o svém zdraví. Vždyť ve skupině nemocných lidí se často na našem oddělení objevili lidé, kteří „do nemoci“ spíše utíkali. Jednalo se především o špatně přizpůsobivé občany, kteří často hledali azyl ve zdravotnickém zařízení, teplou stravu, čistotu a péči...

Proč by tedy po zavedení regulačních poplatků nemocný neopodstatněně žádal poskytnutí zdravotní péče, když se na ní bude muset sám finančně podílet? S největší pravděpodobností lze očekávat přínosnou změnu v přístupu lidí k péči o své zdraví. Z pracovní pozice vrchní sestry neurologického oddělení jsem očekávala tyto pozitivní dopady zavedení regulačních poplatků, tj. snížení objednávací doby pro pacienty neurologických ambulancí, zkrácení délky hospitalizace na lůžkovém oddělení i zodpovědnější přístup pacientů k hospodaření s léky, tj. snížení ekonomických nákladů za poskytovanou péči. Objevily se však zároveň neočekávané etické problémy, které jsem musela v souvislosti s vybíráním regulačních poplatků řešit.

2. Kazuistika – zformulování etického problému

Počáteční organizační problémy s vybíráním regulačních poplatků jsme díky vstřícnému přístupu sester i lékařů zvládli. Většina pacientů našeho oddělení hradila poplatky bez problémů, někteří nemocní dokonce projevíli lítost nad sestrami, které ochotně měnily pacientům bankovky za drobné a vydávaly stvrzenky.

Iluze bezproblémového zvládnutí změny zmizela v okamžiku, kdy byla na lůžkové oddělení přijata těžce nemocná pacientka s maligním onemocněním a nepříznivou prognózou. U lůžka denně pacientku navštěvovala žena, která na pokoji setrvala jen velmi krátce a se slzami v očích nemocnou rychle opouštěla.

Blížil se konec měsíce. Tedy doba, kdy jsou pacienti, hospitalizovaní na oddělení déle než třicet dní, povinni uhradit regulační poplatek za hospitalizaci. Mezi dlouhodobě hospitalizované patřila i tato těžce nemocná žena. Pacientka se nacházela v terminálním stadiu onemocnění, kdy kvantitativní úroveň jejího vědomí byla blízka komatu. Jako vrchní sestra jsem se ocitla před praktickým problémem, jakým způsobem situaci řešit. Rozhodla jsem se oslovit ženu, která za nemocnou denně docházela. Zjistila jsem, že se jedná o dceru. Požádala jsem ji o rozhovor a pozvala ji k sobě do kanceláře.

Žena mi vyprávěla, jak o matku pečovala. Svěřila se mi se svým strachem, který ji provází vždy, když přichází na pokoj k lůžku. Vyprávěla mi o obavách z utrpení, které její matku během umírání čekají. Pak se mi spontánně svěřila ze své obavy z platby poplatku za hospitalizaci, z důvodu velmi malého starobního důchodu nemocné. Kromě psychické podpory jsem jí poskytla radu, jak tíživou situaci vyřešit. Dcera odcházela o poznání klidnější s tím, že požádá odbor sociálních věcí o přidělení dávky z důvodu hmotné nouze.

Našemu zdravotnickému zařízení následně doloží potvrzení, z pohledu nemocnice je tato pacientka od regulačního poplatku osvobozena a věc je uzavřena. Z mého pohledu však nikoli.

Objevily se pro mne dilematické a eticky sporné otázky, které se pokusím zformulovat a nalézt odpověď:

Je nutné, aby ekonomické problémy ve zdravotnictví řešili zdravotničtí pracovníci?

Je nutné, aby se regulační poplatky týkaly těžce nemocných lidí, často v terminálním stádiu onemocnění?

3. Pohled do literatury

3.1 Komunikace s pacientem

Tím, kdo žádá nemocného člověka o regulační poplatek za poskytnutou zdravotní péči není pouze lékař, ale také zdravotní sestra, a je to často ona, kdo vede komunikaci s pacientem. Zdravotní sestra tedy musí znát základy verbální a nonverbální komunikace, musí být připravena řešit možné konfliktní situace, předcházet jim a komunikovat s nemocnými lidmi na profesionální úrovni.

Ivan Úlehla uvádí, že „pro nás lidí je přirozenou potřebou vysvětlovat si věci. Jakmile pro ně vytvoříme smysluplné vysvětlení, začínáme jim rozumět. Pracovník má sice pro svou profesi prostor, povinnosti a limity vymezené zákony, zvyklostmi, tradicí, profesní etikou atd., ale rozhovor otevírá příležitost pro nekonečné množství nových významů, a proto není schopen pracovat se vším, co se během rozhovoru vyskytne. Pracovník v záplavě informací udělá totéž, co kterýkoliv člověk. Z celého množství si vybírá to, co mu dává smysl, a tím se dál zabývá. Aby pracovník mohl vybírat účinně, potřebuje dobře rozumět tomu, co dělá, proč to dělá a k čemu je to dobré.“ (8, s.17)

Lékaři a sestry našeho oddělení byli včas informováni o významu regulačních poplatků, neobjevily se žádné stížnosti na jejich chování ze strany pacientů. Pochopili, že

přišel čas pro reformu zdravotnictví. Jen si občas postěžují, že jim zbývá méně času na rozhovor s nemocným a kladou si otázku:

„Proč to musíme být my, zdravotníci v přímém kontaktu s pacientem, kdo vybírá poplatky od nemocných lidí?“

3.2 Základní pravidla lékařské etiky

Zdravotničtí pracovníci jsou jenom lidé, kteří však musí znát a mít na paměti práva pacientů. Dle Heleny Haškovcové se odborníci shodují v názoru, že je třeba důsledně uplatňovat tato pravidla lékařské etiky:

1. Sebeurčení, samostatnost (autonomie)
2. Nepoškozování (non maleficence)
3. Směřování k dobru (beneficence)
4. Spravedlnost (justice) (2, s.33)

Zdravotníci musí mít vždy na mysli, že nemocný člověk má právo říct „ne“, že způsob, jakým zdravotnický personál o poplatky, tj. o peníze žádá, nesmí v žádném případě psychicky poškodit pacienta. V neposlední řadě musí mít zdravotníci na paměti, že všechno, co dělají pro nemocného, musí být vedeno snahou přinášet dobro a musí si také uvědomovat, že každý člověk má právo na spravedlivý přístup ke zdravotnické péči.

V praxi to tedy znamená, že zdravotnický personál musí mít v souvislosti s regulačními poplatky všechny potřebné informace a znát, které skupiny pacientů jsou od všech poplatků osvobozeni, tj. od poplatků za návštěvu u lékaře, za výdej léku, za pohotovost a za den pobytu v nemocnici. Musí vědět, že do této skupiny patří nemocní, kteří jsou v hmotné nouzi; děti, které jsou umístěny v dětských domovech nebo ve školských zařízeních; občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu a také občané, kteří se musí podřídit zvláštním opatřením z důvodu ochrany veřejného zdraví. (9, s.19)

Jana Kutnohorská uvádí, že „škála negativního působení na pacienty je relativně široká. Jevy, které souvisejí se škodlivým působením zdravotníků i dalších osob na nemocného mají své odborné názvy“. Iatrogenie – poškození lékařem, sororigenie –

poškození sestrou, egrotogenie – poškození pacientem. (5, s.61) Poškození pacienta může mít podle svého charakteru několik podob. Nalezneme mezi nimi mimo jiné psychické poškození. „Často to bývá psychotrauma ve smyslu depersonalizace, tj. vnímání pacienta jako věci.“ (5, s.62)

Žádat neoprávněně regulační poplatky může tedy vést k psychické újmě pacienta, k pocitům bezmoci a v podstatě k poškození pacienta zdravotníkem.

3.3 Etický kodex sester

Helena Haškovcová uvádí, že „kodex poskytuje základní rámec, podle něhož by sestry měly činit vlastní etická rozhodování. Přestože jednotlivé situace mohou svou povahou podmiňovat použití specifických morálních zásad, jsou základní filozofické hodnoty, nařízení a předpoklady v něm obsažené lehce přizpůsobitelné situacím vzniklým při praktickém poskytování péče.“ (3, s.77)

Chování a jednání zdravotních sester je dle mého názoru především založeno na jejich mravních vlastnostech, subjektivních postojích a osobní odpovědnosti. Návod, jak jednat při výkonu povolání s pacientem, jak uplatňovat získané znalosti, jak spolupracovat v týmu jim beze sporu poskytuje etický kodex zdravotních sester. Tento kodex České asociace sester respektuje požadavky ICN. Každá sestra by se s ním měla podrobně seznámit, aby mohla ohleduplně a kvalitně pečovat o své nemocné, v souladu s holistickým přístupem.

Helena Haškovcová uvádí, „že není velkých a malých rolí, jsou jen velcí a malí herci. Toto rčení bychom mohly použít i pro naše účely. **Zdravotní sestry pracují ve spolupráci s lékaři a jejich kompetence jsou určitým způsobem omezeny, jak vzděláním, tak i profesní rolí. S jistou licenci můžeme říct, že hrají malé, ale zpravidla mimořádně důležité role.**“ (2, s.24)

Závěr

Po prostudování „Návodu na použití českého zdravotnictví v roce 2008“ mám pocit, že teoreticky je „vládní batoh změn“ aplikovatelný do praxe jen tehdy, pokud zapomeneme na základní etické principy. Vždyť v závěru etického kodexu pacientů se praví:

„10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.“ (3, s.89)

Nevím zda lze považovat za citlivý přístup zjišťování, zda má těžce nemocný, dlouhodobě hospitalizovaný člověk dostatečné množství peněz na uhrazení regulačního poplatku.

Co si myslet o výzvě ministra zdravotnictví: „Proto na vás všechny apeluji: nebuďte lhotejší! Stejnou pozornost jako věnujete radovánkám současné ekonomické prosperity, prosím věnujte svému zdraví. A když už jste nemocní, nebojte se vést otevřený dialog se svými lékaři, neváhejte se jich na cokoliv zeptat, stejně jako využijete k otázkám návštěvu lékárny. Zkrátka chovejte se jako partneři a zákazníci zdravotníků.“ (9, s.3)

A co lidé v komatu, těžce nemocní? Budou tato slova někdy vyslyšena?

Cílem ministerstva jsou mimo jiné kvalitnější služby poskytované zdravotníky. Kdo však bude řídit a kontrolovat kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb, když vrchní a staniční sestra stráví většinu času přepočítáváním drobných?

Závěrem cituji zajímavý úryvek z knihy Malá filosofie člověka, který se týká hodnot. J. Sokol píše: „Hodnota, vyjádřená penězi, je cena. Tím se sice velice zjednoduší všechny směny, na mnohotvárném světě hodnot se tím však páchá zřejmé násilí. Hodnota, jak víme, je totiž hodnotou pro někoho, kdežto „hodnota“ vyjádřená penězi je jen jakýsi abstraktní průměr, který navíc nevyjadřuje nic jiného, než relativní vzácnost dané věci nebo služby, poměr její žádoucnosti k její dostupnosti: čím žádoucnější, tím dražší, čím dostupnější, tím levnější.“ (7, s.182)

Nejsem si jista, zda regulační poplatek ve výši 30, 60 či 90 Kč za poskytnutou péči bude dostatečně motivující pro pacienty, zda dojde ke změně jejich myšlení, zda se lidé

začnou více zajímat o to, jak předcházet nemocem a pečovat o své zdraví. Čas ukáže, jak moc se snížily náklady na léky či zda se naplnila očekávání.

Jisté je nyní jen jediné. Sestrám ubyl čas, který mohly věnovat svým pacientům.

Použitá literatura

1. Gaarder, J.: Sofiin svět. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01748-2
2. Haškovcová, H.: České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-310-4
3. Haškovcová, H.: Lékařská etika. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X
4. Kořenek, J.: Lékařská etika. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4
5. Kutnohorská, J.: Etika v ošetřovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
6. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008, MZČR, Praha, 2007.
7. Sokol, J.: Filosofická antropologie: Člověk jako osoba. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6
8. Sokol, J.: Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů. Praha: Vyšehrad, spol. s r.o., 2004. ISBN 80-7021-713-8
9. Úlehla, I.: Umění pomáhat. Praha: Slon, 1999. ISBN 8085850-69-9