

# **Komentáře k tabulkám Ročenky VZP ČR za rok 2011**

## Kapitola 1 – Pojištěnci VZP

V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byli v roce 2011 účastníky veřejného zdravotního pojištění:

- osoby, které měly na území ČR trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství);
- osoby, které na území ČR neměly trvalý pobyt, ale byly zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, pokud jim plynou příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle § 6 zákona o daních z příjmů;
- cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany
- žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti narozené na území ČR
- cizinci, jimž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu a jejich děti narozené na území ČR

Dále:

- osoby pojištěné na základě platných evropských nařízeních (Nařízení Rady 1408/71 a 574/72, Nařízení EP a Rady 883/04 a 987/09)
- osoby pojištěné na základě platných mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (Srbsko, Chorvatsko, Černá Hora, Makedonie, Turecko, Japonsko)

### Část A – Pojištěnci VZP

Všechny údaje o počtech pojištěnců byly získány z Centrálního registru pojištěnců, který podle platného znění § 27 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, vede Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Centrální registr pojištěnců podchycuje všechny pojištěnce s veřejným zdravotním pojištěním, tj. pojištěnce VZP a pojištěnce zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

**Tabulka T 1.1** obsahuje počty pojištěnců za celou Českou republiku a počty pojištěnců VZP v členění podle krajů a pohlaví, dále procentuální podíl pojištěnců VZP k celkovému počtu pojištěnců v České republice a konečně procentuální rozdělení pojištěnců VZP podle pohlaví. Počty pojištěnců uvedené v řádku „Nezařazeno do kraje“ jsou pojištěnci zavedení do Centrálního registru pojištěnců některou ze zdravotních pojišťoven a nelze je s jistotou převést do konkrétního kraje. Tato poznámka platí také pro tabulku T 1.2.

**Tabulka T 1.2** obsahuje vypočtený průměrný věk pojištěnců za celou Českou republiku a vypočtený průměrný věk pojištěnců VZP v členění podle krajů a pohlaví, dále absolutní rozdíl průměrného věku pojištěnců VZP a průměrného věku pojištěnců celé České republiky.

V **tabulce T 1.3** jsou počty pojištěnců za celou Českou republiku a počty pojištěnců VZP v členění podle věkových skupin a pohlaví s uvedením procentuálního podílu pojištěnců VZP vůči všem pojištěncům České republiky.

## **Část B – Pojištěnci VZP dle způsobu platby pojistného**

**Tabulka T 1.5** obsahuje celkové počty pojištěnců VZP v členění dle krajů. Dále z celkového počtu pojištěnců VZP členění na zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP). Pro srovnání je uveden také údaj o počtu zaměstnavatelů v daném kraji. Tabulka dále obsahuje počty pojištěnců VZP, kteří jsou zároveň zaměstnaní a OSVČ, zároveň zaměstnaní a platí za ně pojistné i stát, zároveň OSVČ a platí za ně pojistné i stát a zároveň zaměstnané, OSVČ a platí za ně i stát. Tyto souběhy jsou podmnožinou samostatně uváděného počtu zaměstnanců a OSVČ. Veškeré údaje jsou k 1. 12. 2011.

**Tabulka T 1.6** obsahuje počty pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, v členění do 60 let věku, nad 60 let věku a celkový počet, vše v členění dle krajů. Dále obsahuje procentuální podíl pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, vůči celkovému počtu pojištěnců VZP. Údaje jsou k 1. 12. 2011.

**Tabulka T 1.7** obsahuje celkové počty pojištěnců VZP a počty pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, do 60 let věku, nad 60 let věku a celkový počet. Dále obsahuje procentuální podíl pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, vůči celkovému počtu pojištěnců VZP. Údaje jsou za rok 2011 členěny po jednotlivých měsících (vždy k 1. dni v měsíci), uveden je i měsíční (aritmetický) průměr za příslušný rok.

**Tabulka T 1.8** obsahuje počty pojištěnců, za které hradí pojistné stát, dle jednotlivých skupin pojištěnců podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to v celé ČR i ve VZP. Dále obsahuje procentuální podíl pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, vůči pojištěncům, za které hradí pojistné stát, v celé ČR. Údaje jsou k 1. 12. 2011.

## **Kapitola 2 – Výběr pojistného**

**Tabulka T 2.1** obsahuje přijaté pojistné od plátců pojistného a celkové příjmy VZP v roce 2011 členěné po krajích a dále členěné na pojistné od zaměstnanců, OSVČ, OBZP a na ostatní příjmy, dále procentuální podíl vybraného pojistného od zaměstnanců, OSVČ, OBZP a ostatních příjmů a nakonec průměrné příjmy pojistného na jednoho zaměstnance a na jednu OSVČ nebo OBZP.

**Tabulka T 2.2** obsahuje příjmy pojistného od zaměstnanců, od OSVČ a OBZP, ostatní příjmy, platbu od státu a příjmy celkem po jednotlivých měsících v roce 2011. Dále obsahuje procentuální podíl příjmů pojistného od zaměstnanců, od OSVČ a OBZP, ostatních příjmů a plateb od státu na celkových příjmech VZP.

**Tabulka T 2.3** obsahuje celkové příjmy, dále průměrný počet pojištěnců VZP a příjem na jednoho pojištěnce VZP. Vše za celý rok 2011 včetně meziročního indexu a absolutního meziročního rozdílu.

**Tabulka T 2.4** člení celkové příjmy na příjmy z výběru pojistného a příjmy od státu a z přerozdělení. Vše za celý rok 2011 včetně meziročního indexu a absolutního meziročního rozdílu.

## **Kapitola 3 – Síť zdravotnických zařízení**

### **Část A – Celkový přehled**

V souhrnné tabulce je uveden přehled počtu smluvních zařízení a pracovišť podle základních segmentů zdravotní péče. V rámci ambulancí jsou evidovány počty zařízení a pracovišť společně pro ambulance v rámci jak ambulantních zdravotnických zařízení (AZZ), tak v rámci lůžkových zdravotnických zařízení (LZZ). Druhou část tvoří přehled zdravotnických zařízení a pracovišť s lůžkovou péčí, kde je navíc uveden i počet lůžek v konkrétním typu zařízení. Poslední část tvoří ostatní smluvní zdravotnická zařízení, jako jsou lázně a ozdravovny, dopravní zdravotní služba, zdravotnická záchranná služba, zvláštní ambulantní péče a lékárny a výdejny zdravotnických prostředků.

### **Část B – Primární péče**

V této části jsou uvedeny celkové počty (tj. ambulantní i lůžková zdravotnická zařízení) smluvních zařízení a pracovišť odborností primární péče, a to v členění podle krajů a za ČR celkem. Do primární péče jsou zahrnuty odbornosti 001 – praktický lékař pro dospělé, 002 – praktický lékař pro děti a dorost a 014 – praktický zubní lékař.

Vedle počtu smluvních zařízení (IČ) a pracovišť (IČP) jsou uvedeny také součty úvazků lékařů. Úvazek lékaře vychází z metodiky VZP, kdy jako úvazek ve výši 1,0 je u odborností 001 a 002 brána kapacita 25 hodin týdně a u odbornosti 014 kapacita 35 hodin týdně. Tyto hodiny jsou stanoveny na základě optimálního rozpisu ordinčních hodin lékaře, není zde tak zahrnuta doba, po kterou lékař provádí administrativní činnost, návštěvní službu apod.

### **Část C – Ambulantní péče**

Tato část je rozdělena na tři oblasti, a to na odbornosti ambulantních specialistů, na odbornosti komplementu a na ostatní odbornosti ambulantní péče nelékařského charakteru. Ve všech oblastech jsou uvedeny počty smluvních zdravotnických zařízení (IČ) a pracovišť (IČP), a to v členění podle toho, zda se jedná o zařízení/pracoviště ambulantního (AZZ) či lůžkového typu (LZZ). Za oba tyto typy dohromady jsou pak uvedeny počty úvazků lékařů (u ambulantních specialistů) či úvazků zdravotnického personálu (u komplementu a nelékařských odborností). Úvazkem lékařů se rozumí součet kapacit lékařů, kde jako úvazek 1,0 je brána kapacita 30 h týdně. Úvazkem nelékařského personálu se u odborností komplementu rozumí součet kapacit lékařů a jiných vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví, kde je jako úvazek 1,0 brána kapacita 40 h týdně; u nelékařských odborností jsou pro odbornosti 901–904 brány součty kapacit klinických psychologů, klinických logopedů a fyzioterapeutů a také jiných vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví, a pro odbornosti 914–927 součty kapacit nelékařského zdravotnického pracovníka (např. sestry); jako úvazek 1,0 je u nelékařských odborností brána kapacita 40 h týdně.

V rámci jednotlivých oblastí jsou uveřejněny tabulky v členění podle krajů a za ČR celkem, a to pouze za nejvýznamnější odbornosti v rámci celého systému zdravotní péče.

### **Část D – Lůžková péče**

Část lůžkové péče se dělí na oblast akutní lůžkové péče, následné lůžkové péče a ostatní zařízení lůžkové péče. Tabulky v oblasti akutní lůžkové péče zahrnují počty smluvních zařízení (IČ), smluvních pracovišť (IČP) a součty úvazků lékařů (kde jako úvazek 1,0 je brána kapacita 40 h týdně), spolu s počty lůžek, která jsou členěna na lůžka standardní péče a intenzivní péče. Uvedeny jsou tabulky za nejvýznamnější obory v členění podle krajů a za ČR celkem.

U následné lůžkové péče jsou ve stejném členění uvedeny počty smluvních zařízení, pracovišť, úvazků lékařů a lůžek, přičemž jsou samostatně sledovány odborné léčebné ústavy (OLÚ) psychiatrické, OLÚ pneumologie a ftizeologie, OLÚ rehabilitační a ostatní OLÚ, dále pak léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), lůžka ošetrovatelské péče a hospice.

Ostatními zařízeními lůžkové péče jsou pracoviště geriatry, pracoviště fyziatrie a rehabilitačního lékařství, spinální jednotky a pracoviště dlouhodobé intenzivní péče (DIP) a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP).

## **Část E – Lázně a ozdravovny**

V tabulce jsou uveřejněny počty smluvních lázeňských a ozdravenských zařízení dle IČZ a dle působnosti v jednotlivých krajích, včetně jejich lůžkové kapacity.

## **Část F - Lékařská služba první pomoci, zdravotnická záchranná služba a dopravní zdravotní služba**

Tato část obsahuje údaje o počtu smluvních zařízení (IČ) a pracovišť (IČP) u lékařské služby první pomoci (odb. 003), stomatologické lékařské služby první pomoci (odb. 019), pracoviště zdravotnické záchranné služby (od. 709) a u pracoviště dopravy raněných, nemocných a rodiček (odb. 989), v členění podle krajů a za ČR celkem.

## **Část G – Přehled o nákladné zdravotnické technice**

Tabulka uvádí počty nasmlouvaných přístrojů vybrané zdravotnické techniky a počty zařízení, v nichž se tato technika nachází, a to k 31. 12. 2011.

## **Část H – Centra**

Tato část obsahuje počet center se zvláštní smlouvou s VZP k 31. 12. 2011 v členění dle diagnostických skupin a krajů.

## Kapitola 4 – Náklady na zdravotní péči

Náklady na zdravotní péči se rozumí čerpání základního fondu zdravotního pojištění na základě vykázaných výkonů zdravotní péče poskytnuté zdravotnickými zařízeními.

V **tabulce T 4.1** údaje uvedené u jednotlivých krajských poboček VZP zahrnují náklady na zdravotní péči vykázanou zdravotnickými zařízeními dle jejich sídla působnosti, nikoliv dle trvalého bydliště pacienta/pojištěnce VZP. Údaje vykázané v řádku Praha – Ústředí obsahují dohadné položky k nákladům na zdravotní péči (vyjma řádku „Doplatky“).

Segment „**Stomatologie**“ zahrnuje náklady na zdravotní péči vykázanou stomatologickými zdravotnickými zařízeními.

Segment „**Ambulance**“ zahrnuje náklady na zdravotní péči vykázanou ambulantními zdravotnickými zařízeními (odbornosti praktických lékařů, specialistů, dále diagnostická zdravotní péče, rehabilitační péče, domácí péče, doprava ambulantních zdravotnických pracovníků, lékařská služba první pomoci, zvláštní ambulantní péče).

Segment „**Hospitalizace**“ zahrnuje náklady na zdravotní péči vykázanou lůžkovými zdravotnickými zařízeními (nemocnice, odborné léčebné ústavy, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská lůžka, hospice) včetně zdravotní péče poskytované v těchto zařízeních ambulantně.

Segment „**Doprava a ostatní**“ zahrnuje vykázané náklady na dopravu pacientů/pojištěnců VZP (dopravní zdravotní služba, zdravotnická záchranná služba, z ostatních nákladů dárcovství kostní dřevě).

Ve sloupci „**Doplatky**“ je zahrnuta částka, kterou VZP vrací pojištěncům při překročení ochranného limitu 2 500 Kč, resp. 5 000 Kč u plateb započitatelných regulačních poplatků a doplatků za léky. Tyto náklady se za celou VZP evidují na Ústředí.

**Tabulka T 4.2** obsahuje celkové náklady na zdravotní péči v členění dle věkové skupiny a pohlaví pojištěnce v roce 2011, tabulky T 4.2a, T 4.2b, T 4.2c obsahují navíc členění po krajích. Náklady jsou vypočteny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb., tj. přes mechanismus nákladových indexů. Ohodnocení péče je jednotné pro všechny zdravotní pojišťovny. Náklady takto vypočtené se liší od nákladů evidovaných v účetnictví.

**Tabulka T 4.3** obsahuje průměrné celkové náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce VZP v členění dle věkové skupiny a pohlaví pojištěnce v roce 2011, tabulky T 4.3a, T 4.3b, T 4.3c obsahují navíc členění po krajích. Náklady jsou stejně jako v tabulce T 4.2 vypočteny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb., tj. přes mechanismus nákladových indexů. Rovněž ve výpočtu použité průměrné počty pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví jsou stanoveny podle § 4 odst. 2 vyhlášky č. 644/2004 Sb.

**Tabulka T 4.4** obsahuje průměrné počty pojištěnců, počty standardizovaných pojištěnců a náklady na standardizovaného pojištěnce v roce 2011 v členění dle kraje a segmentu zdravotní péče. Ve výpočtu použité náklady jsou vypočteny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb., průměrné počty pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví jsou stanoveny podle § 4 odst. 2 vyhlášky č. 644/2004 Sb. Nákladové indexy pro stanovení počtu standardizovaných pojištěnců jsou vypočteny z nákladů roku 2011, a to pouze z dat VZP.

**Tabulka T 4.5** obsahuje počet ošetřených pojištěnců, náklady, počty hospitalizací v akutní a následné lůžkové péči v členění dle skupin diagnóz. Jedná se o náklady přiřaditelné k hlavní diagnóze (tzn. nejsou zahrnuty náklady na kapitaci, léčivé přípravky, ZUM, ZULP, ozdravovny), náklady jsou oceněny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb.

## Kapitola 5 – Činnost zdravotnických zařízení

Kapitola 5 obsahuje převážně analytická data týkající se činnosti zdravotnických zařízení, a to jak frekvenční, tak i údaje týkající se úhrad.

Údaje zveřejněné v této části byly zpracovány na základě dat vykázaných zdravotnickými zařízeními.

### Část A – Výkony

**Tabulka T 5.1** obsahuje pro vybrané odbornosti (v členění na ambulance terénní a ambulance v lůžkových ZZ) přehled o počtu a procentuálním podílu 10 nejfrekventovanějších výkonů a celkový počet všech výkonů v dané odbornosti, které byly vykázány v roce 2011; dále obsahuje celkové bodové a korunové ocenění těchto výkonů. Korunové ocenění je provedeno podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb.

V **tabulkách T 5.2a, T 5.2b** jsou vybrané léčebné postupy, které jsou z hlediska veřejnosti zajímavé, moderní a které jsou často velmi nákladné. Do jednoho léčebného postupu je shrnuto několik obdobných výkonů ze Seznamu zdravotních výkonů. Jedná se o postupy (výkony) provedené v roce 2011.

V tabulce T 5.2a se počtem léčebných postupů rozumí počet hospitalizací dle metodiky DRG, ve kterých byl uvedený výkon vykázán alespoň jednou. Celkové bodové i korunové ocenění vychází z metodiky DRG a hodnoty bodu 0,90 Kč; pouze v jediném případě, u poskytnutých koronárních stentů, se jedná o fyzický počet poskytnutých koronárních stentů, přičemž v ocenění je zahrnuta pouze cena samotných stentů.

V tabulce T 5.2b je korunové ocenění provedeno podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb.; počtem je míněn počet vyšetření u PET, CT, NMR a dialýzy a počet výkonů v případě chemoterapie a radioterapie.

### Část B – Léky

**Tabulky T 5.3 až T 5.5** ukazují spotřebu léčiv z různých hledisek - **tabulka T 5.3** obsahuje nejčastěji předepisovaná léčiva na recepty v roce 2011, **tabulka T 5.4** nákladově nejvýznamnější léčiva předepsaná na recepty v roce 2011, **tabulka T 5.5** náklady na anatomicko-terapeutické skupiny léčiv z receptů za rok 2011, **tabulka T 5.5a** náklady na anatomicko-terapeutické skupiny léčiv ze ZULP za rok 2011, **tabulka T 5.5b** náklady na individuálně připravované léčivé přípravky (IPLP) za rok 2011.

### Část C – Zdravotnické prostředky

**Tabulky T 5.6 a T 5.7b** vyjadřují náklady na jednotlivé skupiny ZP předepsaných na poukazy a ve vybraných podskupinách. V **tabulce T 5.8** jsou uvedeny náklady na podskupiny ZP vykázaných zdravotnickými zařízeními jako zvlášť účtovaný materiál.

### Část D – Lázně a ozdravovny

V **tabulce T 5.9** je uveden přehled počtu pojištěnců VZP odléčených ve smluvních lázeňských zdravotnických zařízeních v členění dle jednotlivých indikačních skupin dle



komplexní a příspěvkové lázeňské péče, s vyčíslením nákladů na tuto léčbu dle indikačních skupin i dle druhu poskytnuté lázeňské péče v roce 2011. Jedná se o souhrnná data, zpracovaná z celorepublikového hlediska.

**Tabulka T 5.10** uvádí počty odléčených pojištěnců v dětských ozdravovnách a náklady na dětskou ozdravenskou péči v roce 2011 v členění dle typu ozdravenského programu.

## **Část E – Praktičtí lékaři**

**Tabulky T 5.11 a T 5.11b** ukazují počet pojištěnců VZP, kteří byli k 31. 12. 2011 zaregistrováni u praktických lékařů pro dospělé nebo u praktických lékařů pro děti a dorost. Údaje jsou členěny dle krajů a dle pohlaví pojištěnců. Tabulka T 5.11 je doplněna procentem registrovanosti, poměrem mezi počtem registrovaných pojištěnců a celkovým počtem pojištěnců VZP v daném kraji.

**Tabulky T 5.12** ukazují vybrané sledované náklady v roce 2011 u praktických lékařů hrazených formou kombinované kapitačně-výkonové platby v členění dle krajů, odbornosti praktického lékaře a zapojení praktického lékaře do programu kvality péče (dále PKP) AKORD.

## **Část F – Stomatologové**

**Tabulka T 5.13** ukazuje v členění dle jednotlivých krajů absolutní počet ošetřených pojištěnců VZP u stomatologa a průměrné úhrady za 1 ošetřeného pojištěnce za poskytnuté zdravotní výkony a protetiku v roce 2011. Údaje jsou čtvrtletní, pololetní a roční.

## **Část G – Ambulantní péče**

**Tabulky T 5.14a** obsahují vybrané ukazatele za rok 2011 vztahující se k ambulantní péči, a to v členění na terénní zdravotnická zařízení a na ambulance v lůžkových zdravotnických zařízeních. V tabulkách jsou zveřejněny po jednotlivých odbornostech absolutní údaje sledovaných ukazatelů při poskytování ambulantní péče vztahované na „průměrné“ čtvrtletí (tj. neuvažuje se vliv sezónnosti při poskytování zdravotní péče), dále údaje za 1. a za 2. pololetí a za celý rok.

**Tabulky T 5.14b** obsahují ve stejném členění údaje za odbornosti komplementu a radiodiagnostiky.

**Tabulka T 5.24b** obsahuje náklady na léčivé přípravky poskytované a předepisované v ambulantních zdravotnických zařízeních v roce 2011 u nejvýznamnějších diagnostických skupin v centrech se zvláštní smlouvou s VZP.

## **Část H – Akutní lůžková péče**

**Tabulky T 5.15 a T 5.16** ukazují základní charakteristiky vztahující se k akutní lůžkové péči v členění dle jednotlivých krajů ČR a dle věkových skupin. V tabulce T 5.15 jsou zahrnuty všechny nemocnice, v tabulkách T 5.16 nejsou údaje za specializovaná lůžková zdravotnická zařízení a za lůžková zdravotnická zařízení s méně než 4 základními obory.

**Tabulka T 5.22** obsahuje frekvenci, průměrnou délku hospitalizace a další ukazatele v jednotlivých DRG skupinách.

**Tabulka T 5.23** obsahuje počty hospitalizací dle metodiky DRG v členění dle hlavní medicínské kategorie a kraje.

V **tabulce T 5.24a** jsou uvedeny náklady na léčivé přípravky poskytované a předepisované v lůžkových zdravotnických zařízeních v roce 2011 u nejvýznamnějších diagnostických skupin v centrech se zvláštní smlouvou s VZP a tomu odpovídající počty pojištěnců čerpajících tuto péči, a to v členění na zvlášť účtované léčivé přípravky a na recepty.

**Tabulky T 5.25a** a **T 5.25b** zachycují migraci pojištěnců VZP v akutní lůžkové péči, v prvním případě dle místa hospitalizace, v druhém případě dle místní příslušnosti pojištěnce.

## **Část I – Následná péče**

**Tabulky T 5.17 až T 5.20** obsahují základní charakteristiky vztahující se k následné, tj. dlouhodobé péči poskytované v odborných léčebných ústavech, ve spinálních jednotkách, v ZZ dlouhodobé intenzivní péče (DIP), dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), v léčebnách dlouhodobě nemocných, na ošetrovatelských lůžkách a v hospicích v členění dle jednotlivých krajů ČR a dle věkových skupin.

**Tabulky T 5.25c** a **T 5.25d** zachycují migraci pojištěnců VZP v následné péči, v prvním případě dle místa hospitalizace, v druhém případě dle místní příslušnosti pojištěnce.

## **Část J - Dopravní zdravotní služba, zdravotnická záchranná služba, lékařská služba první pomoci**

**Tabulka T 5.21** obsahuje vybrané ukazatele u dopravní zdravotní služby, dále u zdravotnické záchranné služby a lékařské služby první pomoci, a to v členění dle krajů.

## **Část K – Nákladná zdravotnická technika**

**Tabulka T 5.26** obsahuje frekvenci výkonů a počet ošetřených unikátních pojištěnců v členění dle jednotlivých skupin přístrojů v roce 2011.

## Kapitola 6 – Regulační poplatky a doplatky za léky

Regulační poplatky a limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely byly zavedeny od 1. ledna 2008 novelou zákona č. 48/1997 Sb. Pojištěnci hradí:

- **třicetikorunový regulační poplatek**  
za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, dále za návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa a u klinického logopeda a za vydání každého receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení;
- **šedesátikorunový regulační poplatek**  
za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách; od 1. prosince 2011 je tento poplatek zvýšen na 100 Kč
- **devadesátikorunový regulační poplatek**  
za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, nebo za ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedošlo k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče.

Od 1. dubna 2009 začala platit novela tohoto zákona (č. 59/2009 Sb.), která osvobodila od placení třicetikorunového regulačního poplatku za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, děti do dovršení věku 18 let věku. Také byly pro pojištěnce změněny ochranné limity. Pojištěncům mladším 18 let a pojištěncům starším 65 let byl stanoven limit 2 500 Kč, pro ostatní pojištěnce zůstal limit ve výši 5 000 Kč. Do limitu se započítávaly třicetikorunové regulační poplatky za návštěvu u lékaře, za recept a rovněž tzv. započítatelné doplatky za léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Šedesátikorunové (od 1. prosince 2011 stokorunové) a devadesátikorunové regulační poplatky se do limitu nezapočítávaly. Částku, která překročila tento limit, vracela Pojišťovna pojištěnci. Podrobné údaje o regulačních poplatcích a doplatcích za léky jsou uvedeny v tabulkách **T 6.1** až **T 6.6**, údaje odpovídají produkčním hodnotám za období leden – prosinec 2011.