VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA NÁRODOHOSPODÁŘSKÁ

Financování zdravotnictví v České republice

Health Care Funding in the Czech Republic

Student: Bc. Hana Bartoňová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Tomáš Wroblowský, Ph.D.

Ostrava 2016

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra národohospodářská

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Hana Bartoňová**

Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: 6202T027 Národní hospodářství

Téma: Financování zdravotnictví v České republice
Health Care Funding in the Czech Republic

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Zdravotní péče
3. Financování zdravotnictví v ČR
4. Kvantifikace dopadů vybraných změn ve zdravotnictví a návrh možných reforem
5. Závěr

Seznam použité literatury
Seznam zkratek
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-482-9.
DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví.* Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta národohospodářská, 2005. ISBN 80-245-0998-9.
GRUBER, Jonathan. *Public Finance and Public Policy.* Fourth Edition. New York: Worth Publishers, 2012. ISBN 978-1429278454.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Tomáš Wroblowský, Ph.D.**

Datum zadání: 20.11.2015
Datum odevzdání: 22.04.2016

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ-TECHNICKÁ UNIVERZITA Ekonomická fakulta OSTRAVA 1

Ing. Martin Štěpánek, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 20.4.2016

.....

Podpis

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat panu Ing. Tomáši Wroblowskému, Ph.D. za odborné vedení a poskytnuté rady při psaní této diplomové práce.

Obsah

1 ÚVOD 5

2 ZDRAVOTNÍ PÉČE 7

2.1 Zdraví 7

2.1.1 Péče o zdraví 9

2.1.2 Zdravotní péče 9

2.1.3 Právo na zdraví 11

2.2 Zdravotní politika 13

2.3 Ekonomie zdravotnictví 14

2.3.1 Význam ekonomie a ekonomiky ve zdravotnictví 15

2.3.2 Zdraví a zdravotnické služby jako ekonomický statek 16

2.4 Legislativní rámec v České republice 17

2.5 Zdravotní pojištění 18

2.5.1 Soukromé zdravotní pojištění 18

2.5.2 Veřejné zdravotní pojištění 19

2.6 Zdravotní pojišťovny v ČR 21

2.7 Shrnutí kapitoly 24

3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR 25

3.1 Elementární subjekty zdravotnického systému 25

3.2 Modely financování zdravotní péče 27

3.2.1 Charakteristické znaky financování zdravotní péče 29

3.3 Změny v systému zdravotnictví v ČR po roce 1989 31

3.4 Organizace zdravotnictví v ČR 33

3.4.1 Trojúhelník vztahů ve zdravotním pojištění 34

3.5 Financování zdravotnictví v ČR 35

3.5.1 Zdroje financování ve zdravotnictví ČR 38

3.5.2 Regulační poplatky ... 41
3.6 Shrnutí kapitoly ... 43
4 KVANTIFIKACE DOPADŮ VYBRANÝCH ZMĚN VE ZDRAVOTNICTVÍ A NÁVRH MOŽNÝCH REFOREM ... 45
4.1 Důvody reformy ... 46
4.2 Hegerova reforma zdravotnictví ... 48
4.3 Zhodnocení vybraných změn ... 53
4.3.1 I. fáze reformy ... 53
4.3.2 II. fáze reformy ... 60
4.4 Vybrané problémy - návrhy a doporučení ... 61
4.4.1 Regulační poplatky ... 61
4.4.2 Stát ... 66
4.4.3 Zdravotní pojišťovny ... 68
4.4.4 Nedostatek zdravotníků ... 69
4.4.5 Posílení role pacienta ... 70
4.5 Shrnutí kapitoly ... 71
5 ZÁVĚR ... 72
SEZNAM LITERATURY ... 75
SEZNAM ZKRATEK ... 81
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce ... **Chyba! Záložka není definována.**

1 ÚVOD

Zdraví je považováno za jednu ze základních lidských hodnot, které se v průběhu lidského života výrazně mění. Zdraví není a nemůže být předmětem koupě a prodeje, neboť nemá hmotnou podstatu. Světová zdravotnická organizace chápe zdraví jako stav plné fyzické, psychické a sociální pohody. Zdraví občanů je ovlivněno především způsobem života a prevencí. Zdravotní stav populace se často používá jako ukazatel vyspělosti daného státu. Neustále zvyšování životní úrovně souvisí s rostoucími požadavky na zdravotní péči a následné zvyšování výdajů na její uskutečnění.

V České republice se zdravotnictví potýká s velkým množstvím problémů. Jedná se především o nedostatek financí ve zdravotnictví a snahu najít optimální řešení při neustálém růstu technologického pokroku, a také kvůli demografickým změnám (stárnutí populace). Politické strany se snaží jednotlivé změny a problémy ve zdravotnictví řešit pomocí reforem ve zdravotnictví a v současné době zvýšením spoluúčasti pacientů. Zdravotní politika státu by měla především usilovat o zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, neboť právě populace je ta co vyrábí, platí daně a má dopad na konkurenceschopnost celé ekonomiky.

Cílem této diplomové práce je zhodnocení financování zdravotnictví v České republice a kvantifikace dopadů vybraných změn (především regulačních poplatků). Následně jsou uvedeny jednotlivé návrhy a doporučení, které by mohly vést ke zlepšení situace ve financování zdravotnictví v České republice.

Pro dosažení cíle diplomové práce byla použita deskriptivní metoda teoretických a empirických poznatků, citlivostní analýza a logicky deduktivní metoda. Na základě výsledků jsou poté popsána jednotlivá doporučení a návrhy.

Diplomová práce je tvořena z pěti kapitol včetně úvodu a závěru. V druhé kapitole jsou popsány jednotlivé základní aspekty zdravotní péče. Jedná se o zdraví a jeho péči, právo na zdraví, zdravotní politiku, význam ekonomie a ekonomiky ve zdravotnictví. Je zde také vymezen legislativní rámec v České republice, zdravotní pojištění (veřejné i soukromé) a zdravotní pojišťovny v České republice.

Třetí kapitola pojednává přímo o financování zdravotnictví v České republice. Jsou zde vymezeny elementární subjekty, modely financování zdravotní péče a změny v systému českého zdravotnictví od roku 1989. Také je zde uvedena organizace zdravotnictví v České republice a jeho zdroje financování.

Ve čtvrté kapitole jsou kvantifikovány dopady vybraných změn především regulačních poplatků. Jsou zde zmíněny také silné a slabé stránky českého zdravotnického systému, důvody reformy a následné zhodnocení Hegerovy reformy. Na závěr této kapitoly jsou uvedeny jednotlivé návrhy a doporučení, které by mohly vést ke zlepšení situace ve financování zdravotnictví České republiky.

2 ZDRAVOTNÍ PÉČE

V dnešní době neexistuje žádný stát schopný zabezpečit takovou zdravotní péči, která by jeho občanům dokázala poskytnout vše, co medicína umožňuje. Dle Maaytové (2012) není zde problém jen politický, ale také sociální, filosofický, psychologický a sociologický. Tato kapitola se tedy vztahuje na zdravotní péči, je zde uvedeno, co je to zdraví, právo na zdraví a zdravotní politika. Dále je zde objasněn význam ekonomie ve zdravotnictví, legislativní rámec v ČR, jaké jsou druhy zdravotního pojištění a také jaká je hlavní funkce zdravotních pojišťoven a kolik se jich v ČR nachází.

2.1 Zdraví

Za jednu ze základních lidských hodnot je považováno zdraví. Zdraví se v průběhu lidského života výrazně mění, je specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu, nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje. Světová zdravotnická organizace chápe zdraví jako stav plné fyzické, psychické a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady.

Pojem zdraví a choroba se objevuje nejen v medicíně, biologii, ale také v ekonomii a filosofii. Zdraví se vymezuje negativně i pozitivně. Pokud jde o negativní vymezení zdraví je zde zdraví označeno jako stav organismu bez nemoci. Naopak pozitivní vymezení zdraví respektuje zkušenosti získané při praktické péči o zdraví. Zdraví je stav organismu, který je schopen snášet tělesné a duševní zatížení.

Zdraví jako životní proces se stále mění v závislosti na změně a také reakci obou prvků systémů, a to organismu a vnějšího prostředí. Jedná se o komplikovaný vzájemný vztah interakce mezi prostředím a organismem, kde se uplatňují zpětné vazby a multifaktorální charakter prvků sociálního a přírodního prostředí (Durdisová, 2005).

Zdraví pro jedince představuje významnou hodnotu, která je upřednostňována před jinými hodnotami, jedná se o dynamický proces, na který působí řada faktorů (některé lze ovlivnit – prevence, informovanost o zdravém životním stylu, úroveň služeb, vzdělávání zdravotnického personálu atd.).

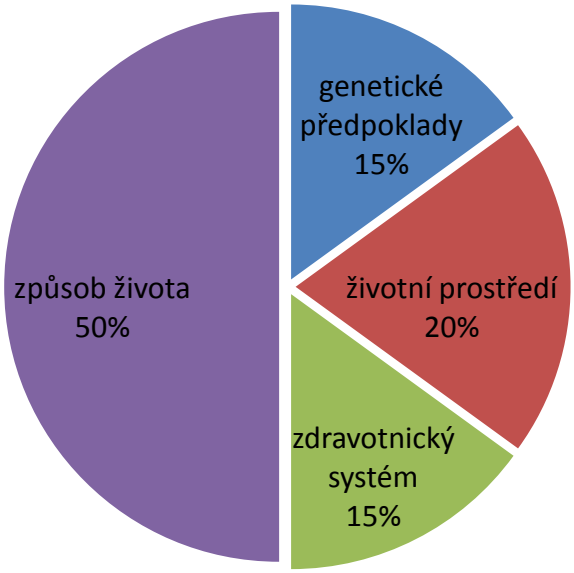
Někteří autoři uvádí čtyři základní faktory, které ovlivňují zdravotní stav (Maaytová, 2012; Durdisová, 2005).

1. Faktory vnitřního prostředí
   - genetický základ (biologické individuální vklady).

2. Faktory vnějšího prostředí
   - způsob života,
   - životní prostředí,
   - zdravotní péče (počet a kvalita zdravotního personálu, způsob financování, množství zdravotních zařízení, struktura, vybavenost).

V grafu 2.1 jsou uvedeny jednotlivé faktory ovlivňující zdravotní stav jedinců.

Graf 2.1: *Faktory ovlivňující zdravotní stav jedinců*



Zdroj: Maaytová (2012, s. 12)

Z grafu 2.1 je zřejmé, že největší vliv na zdravotní stav jedinců má celkový způsob života daných obyvatel (např. pohyb, výživa, stres, způsob bydlení atd.). Mezi další faktor ovlivňující zdravotní stav jedinců patří životní prostředí (jedná se o sociální vztahy, politický systém nebo kulturní možnosti). Genetické předpoklady jsou dány genetickými informacemi a jejich změnami vedoucí k přizpůsobení se k životu v konkrétních podmínkách. Se současnými rychlými změnami v posledních desetiletí se tzv. informační základ nestačí adaptovat, což vyvolává mnoho problému, jako je např. problém obezity (celosvětově považováno za rizikový faktor). Jako poslední faktor uveden v grafu je zdravotnický systém, který ovlivňuje zdraví počtem zdravotnických zařízení (lůžková, ambulantní) a počtem a strukturou pracovníků ve zdravotnictví (odborné vzdělání středního zdravotnického personálu, lékařů atd.). Také závisí na úrovní vybavení (přístroje) a způsobem financování

(např. platba za výkon, rozpočty). Dále Williams (1997) za vlivy na zdraví považuje mimo jiné rizika související se zaměstnáním, vzdělání a finanční příjem.

Mezi hlavní faktory rozvoje zdravotnictví patřily (Maaytová, 2012):

- nástup moderní medicíny, rozvoj přírodních věd,
- potřeba péče o ekonomicky aktivní obyvatelstvo,
- rozsáhlé válečné konflikty (péče o raněné, epidemie),
- řešení důsledků migrace obyvatelstva do měst, z příčiny průmyslové revoluce.

2.1.1 Péče o zdraví

Péče o zdraví zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. Jedná se především o ochranu, podporu a obnovu zdraví a jako taková prolíná celé národní hospodářství.

Ve všech svých podobách (ochrana, podpora a obnova zdraví) péče o zdraví chápe zdraví jako pozitivní externalitu a také podmínku existence lidstva. Ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivnosti ekonomiky výhodnější a ze společenského hlediska etičtější než obnova narušeného zdraví. Možnosti obnovy narušeného zdraví jsou relativně omezené.

Prevence v oblasti nezdravotnických faktorů (determinanty stojící mimo odvětví zdravotnictví) souvisí s masivním vynakládáním dodatečných ekologických investic u původce ekonomických aktivit např. čistota vody, snižování hlučnosti, ochrana ovzduší aj., kde z hlediska plátce inkasuje efekt veřejnost (relativně anonymní subjekt).

Péče o zdraví obsahuje dva druhy aktivit (Durdisová, 2005):

1. Aktivity ve směru podpory, ochrany a rozvoje zdraví a také posílení zdraví a zamezení vzniku nemocí = jedná se o politiku ex-ante. Vyžaduje cílevědomou a také dlouhodobou koncepci administrativní regulace.
2. Aktivity týkající se léčení, tedy odstranění změn na zdravotním stavu člověka, navrácení zdraví nebo obnova = jedná se o politiku ex-post. Realizace této politiky je velmi nákladná a má své determinanty, které jsou dané medicínskými možnostmi.

2.1.2 Zdravotní péče

Pojem zdravotní péče je obsahově užší pojem než péče o zdraví. Vyskytují se zde aktivity určené k léčení, aktivity, které jsou výše označené jako ex-post. Zaměřuje se zde i na

prevenci chorob, které mohou být a jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem (Durdisová, 2005).

Zdravotní péči lze charakterizovat jako soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zachování nebo zlepšení jeho zdravotního stavu (Dolanský, 2008).

Zdravotní péči lze členit na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiální spotřebu. Zdravotní péči je možné rozdělit podle různých kritérií, např. dle (Durdisová, 2005):

1. Ekonomické nákladnosti – základní a specializovaná zdravotní péče. Dle typu zařízení a specializace dělíme zdravotní péči na:

Primární zdravotní péči: tento typ péče se považuje zpravidla za základní péči, jedná se o dostupnou zdravotní péči na úrovní komunity (např. praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost, základní gynekologická péče, základní stomatologická péče).

Specializovanou sekundární zdravotní péči: ta zahrnuje obory jako je např. chirurgie, traumatologie, urologie apod. Jedná se o standardní specializované služby lůžkové a ambulantní, které jsou poskytované odborníky v nemocnicích, poliklinikách, léčebnách a dalších zařízení.

Superspecializovanou terciální zdravotní péči: jedná se o vysoce specializované, komplexní a technologické náročné služby ve velkých nemocnicích, kde jsou týmy odborníků.

Tabulka 2.1: *Služby využívané jedinci*

Typ péče	**Služby využívané jedinci (%)**
Primární péče	80
Sekundární péče	15
Terciální péče	5

Zdroj: Durdisová (2005)

Nejvíce občanů, cca 80%, nejčastěji potřebuje primární péči, jejímž základem jsou praktičtí lékaři, optici, stomatologové, gynekologové atd.

2. Péče standardní a nadstandardní péče.

Standardní péči lze chápat jako postupy a metody, které jsou na určitém teritoriu a v určité době obvyklé, odborníky uznávané, jelikož splňují kritéria současného obecně dostupného (použitelného) poznání. Standardní péči lze tedy definovat jako souhrn služeb a výkonů, odpovídajících indikaci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu a musí směřovat k uchování nebo návratu zdraví.

Péče nadstandardní je taková péče, při které se pacientovi poskytují na jeho přání výhody a služby, které nejsou nezbytné z hlediska jeho aktuálního zdravotního stavu. Jde o služby, které nejsou hrazené ze zdravotního pojištění, a to ani částečně. Pacient si tyto služby hradí přímo nebo také zvlášť sjednaným pojištěním. Do nadstandardní péče lze zahrnout alternativní postupy (např. finančně nákladnější léky, metody, materiály atd.), či komfortní prvky, jejichž aplikace je na základě rozhodnutí informovaného pacienta.

3. Místa poskytování zdravotní péče – ambulantní a ústavní.

Ambulantní péče je zajišťována odbornými a praktickými lékaři v jednotlivých ordinacích a je hlavním článkem léčebné preventivní péče. Tato péče má nižší náklady na provoz.

Ústavní péče se poskytuje, pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta. Jedná se o péči v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních je možno současně poskytovat i ambulantní péči. Ústavní léčba je drahá, jelikož vyžaduje mnoho složitých zařízení (např. budovy, technické zázemí, mnoho pracovníků atd.).

2.1.3 Právo na zdraví

Právo na zdraví není chápáno jako závazek společnosti zajistit každé osobě život bez nemoci, ale jedná se hlavně o ochranu zdraví a právo ve smyslu garantovaného přístupu ke zdravotnickým službám. Právo může být rozděleno jako *objektivní nebo subjektivní právo* (Maaytová, 2012).

1. Objektivní právo – jedná se o soubor norem, představuje soubor pravidel chování vytvořených státem.
2. Subjektivní právo – souhrn možností chovat se určitým způsobem, které vymezuje míru možného chování subjektu.

Zdravotní politika jednotlivých států vychází z právního vymezení práva na zdraví, a proto je velmi důležité, jak je toto právo vymezeno. Vymezení práva na zdraví má vliv na fungování zdravotnických systémů v různých zemích.

Obecně existují dva hlavní přístupy k právu na zdraví. Jedná se o *liberální přístup a rovnostářský (egalitární) přístup.*

1. Liberální přístup

Zdravotní péče je výsledkem individuálního úsilí a svobodného výběru. Liberální teorie nepřipouští možnost přinutit jedince, aby povinně přispíval na sociální slabší. Solidarita s nemocnými je svobodnou volbou členů společnosti. Uvedené pojetí práva na zdraví je typické pro americké zdravotnictví. Základem je právo na svobodu a autonomii. Patří sem také:

- dobrovolná solidarita,
- dobrovolné pojištění,
- cena je určena na trhu,
- jedinec získá takovou zdravotní péči, na kterou má peníze,
- konkurující si poskytovatelé (soukromé ziskové a také neziskové organizace),
- přístup ke zdravotní péči je výsledkem individuálního úsilí a výběru.

2. Rovnostářský (egalitární) přístup

Užití zdrojů je vázáno na morální hodnoty a lidé jsou povinni nakládat se zdroji tak, aby jejich distribuce byla co nejvíce rovná a také spravedlivá. Právo na zdraví v tomto pojetí znamená existenci práva na určitý objem (tedy standart) zdravotní péče. Stát má za úkol ochranu zdraví jednotlivce před zdravotními riziky, které souvisí s činností ostatních členů společnosti, ale také má garantovat přístup ke zdravotní péči. Pro získání zdravotní péče je třeba určit zdravotní potřeby. Z objektivního pohledu jsou zdravotní potřeby rozlišované na:

- horizontální rovnost – předpokládá poskytování stejné zdravotní péče osobám, které mají stejné zdravotní problémy,
- vertikální rovnost – poskytování rozdílné (diferencované) zdravotní péče osobám s různými obtížemi.

Mezi další charakteristiky rovnostářského přístupu patří:

- povinné finanční příspěvky (zdravotní pojištění, daně),
- solidaritu (zdravých s nemocnými – zabezpečována odděleným čerpáním zdravotnických služeb od jejich financování; bohatých s chudými – zabezpečována respektováním principu platební schopnosti, a to jak při výběru daní, tak i při výběru zdravotního pojištění),
- právo na přístup ke zdravotním službám (Maaytová, 2012).

Maaytová (2012) tvrdí, že princip solidarity nese sebou i nežádoucí prvek, který souvisí se solidaritou osob odpovědných za zdraví s neodpovědnými. Někteří jedinci si svým chováním vědomě či nevědomě poškozují zdraví, avšak získají stejný objem a stejně kvalitní zdravotní péči jako ti, co se k vlastnímu zdraví chovají zodpovědně. Princip solidarity může tedy způsobit nežádoucí efekt v podobě zneužívání systému skupinové ochrany a v nadměrné spotřebě zdravotnických služeb (např. ti, kteří si vědomě poškozují zdraví konzumací návykových látek, alkoholu nebo provozováním rizikových sportovních aktivit).

2.2 Zdravotní politika

Zdravotní politiku nelze jasně definovat, avšak ji lze chápat jako zájem státu na zdravotním stavu obyvatelstva a vychází vždy z konkrétních hodnot a priorit konkrétní společnosti. Mezi nástroje realizace zdravotní politiky patří systém norem, zákonů, standardů, finanční prostředky a jejich alokace, informace a instituce.

Zásadním předpokladem existence státní zdravotní politiky je nejen uznání zdraví jako veřejné hodnoty, ale i vytvoření materiální základny. Státní zdravotní politiku je možno realizovat pouze na určitém stupni ekonomického a společenského rozvoje země a je třeba vybudovat síť zdravotnických zařízení a institucionální strukturu.

Mezi další důležitý předpoklad zdravotní politiky patří existence subjektů zajímající se o schopnost eliminovat a realizovat veřejné programy s maximálním efektem pro společnost. Realizátorem takto pojaté zdravotní politiky je opět stát. Stát vystupuju jako právotvorný subjekt, který vymezuje cíle, obsah a nástroje zdravotní politiky a pomocí legislativy ji zabezpečuje (Durdisová, 2005).

Dle Durdisové (2005) státní zdravotní politika má za hlavní (primární) cíl uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Další (sekundární) cíl je orientace na efektivní alokaci zdrojů, kde se řadí např.:

- využití kvalifikovaných pracovních sil (lékařů, lékárníků, středních zdravotnických pracovníků),
- využití technologie a léčiv,
- vyloučení negativních externalit vzniklých ekonomickou činností,
- využití již vzniklých zdrojů, lékařů, kapacit a ostatního personálu,
- alokace investic do rozvoje technologií.

2.3 Ekonomie zdravotnictví

Dle Maaytové (2012) se ekonomie zdravotnictví postupně rozvinula v samostatnou mikroekonomickou disciplínu. Analyzuje chování jednotlivých ekonomických subjektů a to v souvislosti s užíváním a poskytováním zdravotnických služeb. Proti používání metod ekonomické analýzy v odvětví zdravotnictví existují etické (zdraví je významnou hodnotou a neměla by být posuzována ekonomickými kritérii) a technické námitky (týkají se možnosti definovat výstup ve zdravotnictví).

Ekonomie zdravotnictví:

- definuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí,
- analyzuje případná selhání,
- uplatňuje tradiční metody ekonomické analýzy.

Z ekonomického pohledu představuje zdravotnictví specifické odvětví. Rozdíly mezi konkurenčním trhem a trhem zdravotnickým určil K.J.Arrow již v roce 1963. Z jeho práce vyplynuly argumenty ve prospěch veřejné účasti na poskytování a financování zdravotnických služeb. Rozdíly spočívají:

- v očekávání chování lékařů,
- v povaze poptávky,
- v podmínkách nabídky,
- v nejistotě výsledného produktu.

Rozdíly mezi těmito trhy jsou uvedeny v následující tabulce 2.2.

Tabulka 2.2: *Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy*

Standardní konkurenční trhy	**Trh ve zdravotnictví**
velké množství prodávajících	omezený počet poskytovatelů (mimo oblast velkých měst)
zisk, který maximalizují firmy	většina nemocnic je neziskových (absence ziskového motivu)
homogenní komodity	heterogenní komodity
dobře informovaní kupující	neinformovaní kupující
přímé platby spotřebitelů	pacienti obvykle hradí pouze část nákladů přímo

Zdroj: Stiglitz (1997)

2.3.1 Význam ekonomie a ekonomiky ve zdravotnictví

V 60. letech minulého století docházelo ve většině průmyslově vyspělých zemí k razantnímu zrychlení výdajů na zdravotnictví a byla zde otázka jak zvládnout financování zdravotní péče v nových podmínkách. Byly analyzovány základní příčiny růstu výdajů na zdravotní péči, a to:

- změny v demografické struktuře obyvatel (stárnutím populace), a s tím související růst poptávky po zdravotních službách,
- v poválečném období došlo v řadě zemí k rozvoji sítě zdravotnických zařízení (tlak na zajištění a zdokonalení zdravotnických služeb),
- změny v technologii medicíny (nové medicínské technologie zlepšují diagnostiku i léčbu některých chorob, pro pacienty nová naděje),
- řešení nových zdravotních problémů, které souvisí s rozvojem civilizačních chorob (v důsledku poškozování životního prostředí a také procesy globalizace),
- dovolávání se zásady ekvity při poskytování zdravotní péče (Dolanský, 2008).

Dolanský (2008) mezi aktuální zkoumané ekonomické problémy týkající se zdravotnictví řadí např.:

- Z jakých zdrojů má být financována zdravotnická péče?
- Kolik finančních prostředků má daná společnost vydat na zabezpečení zdravotnické péče v daném období?
- Jak stanovit ceny zdravotnických služeb?
- Jak ovlivňuje činnost zdravotnické soustavy ekonomiku?
- Jaký je racionální způsob financování zdravotnické péče?

Základy řízení zdravotnictví

Problematika řízení zdravotnictví je velmi závažná a to převážně z těchto důvodu:

- zdravotnictví se považuje za velmi složitý systém a také rozhodování v něm je stále náročnější,
- i v těch nejbohatších a nejvyspělejších zemích jsou zdroje pro rozvoj zdravotnictví limitovány (je třeba umět účelně a hlavně efektivně využívat vstupní zdroje a prostředky),
- nové vědomosti v terapii, diagnostice a prevenci se mohou aplikovat hromadně a racionálně lépe tam, kde je existence racionálně řízeného systému zdravotní péče, jeho koordinace a využívání efektivních metod,

- vědy o řízení jsou již na takové úrovni, kdy jejich znalosti mohou manažeři (řídící pracovníci) využívat i ve zdravotnické praxi (Dolanský, 2008).

2.3.2 Zdraví a zdravotnické služby jako ekonomický statek

Zdravotnické služby se řadí mezi ekonomické statky. Pokud se vychází z klasických definic ekonomie, jsou zdroje sloužící k produkci zdravotnických služeb omezené, a to ať se jedná o zdroje finanční, lidské či materiální. Avšak na straně druhé jsou potřeby, které jsou neomezené (na jejich uspokojení nelze generovat zdroje ani individuálně, ani v národním nebo nadnárodním měřítku).

Je nutné, stejně jako u ostatní ekonomických statků, položit si otázky např. v jakém množství bude zdravotní péče produkována, jakým způsobem a jak bude rozdělávána. Literatura zpravidla uvádí, že statek zahrnuje různé kategorie hodnot a věcí uspokojující naše potřeby.

Barták (2010) uvádí, že statky se zpravidla člení podle určitých kritérií, např. francouzský ekonom Bénard rozlišuje statky podle způsobu jeho alokace a způsobu jeho spotřeby. Podle institucionálního hlediska se statky dělí na tržní, polotržní a netržní. U tržních statků je cena výsledkem interakce mezi poptávkou a nabídkou. U tohoto dělení je velmi důležité politické rozhodnutí o způsobu poskytování statku.

Obecně se statky člení (podle původu) na volné statky a ekonomické statky (vzácné statky). Volné statky jsou lidem volně dostupné v přírodě, a to v takovém množství, že není nutné je mezi uživateli rozdělovat. Lze konstatovat, s jistou mírou zjednodušení, že jejich cena je nulová. Naopak statky ekonomické neboli vzácné jsou výsledkem ekonomické činnosti člověka a ekonomický subjekt je získává s určitým úsilím (musí za tyto statky určitou formou zaplatit). Z hlediska obecného členění statků je zdravotní péče statkem ekonomickým a vzácná je na základě omezenosti léčiv nebo lékařského personálu (Barták, 2010).

Dle Bartáka (2010) je další možné třídění, a to na základě ekonomického kritéria, kde jsou statky děleny podle způsobu spotřeby (resp. co se děje s užitkem plynoucím ze spotřeby statku). Dělí se na čisté veřejné, soukromé a smíšené statky. Veřejné statky se vyznačují nevylučitelností (neexistuje žádná možnost vyloučit člověka ze spotřeby), nerivalitou (pokud daný statek spotřebovává jeden uživatel, nic nebrání dalším uživatelům tento statek také užívat, a to ve stále stejné kvalitě) a nulovými mezními náklady na dodatečnou jednotku spotřeby. V rámci soukromého statku pak existuje nedělitelnost statku a vylučitelnost ze

spotřeby. Pokud se jedná o smíšené statky, tak ty splňují podmínky soukromého statku, ale existuje u nich vztah přímé závislosti mezi kvantitou spotřeby a kvalitou.

Následující příklad uvádí, jak je to ve skutečnosti u zdravotní péče: např. pokud do nemocnice dorazí pacient, který nemá prostředky na úhradu péče (neplatí si zdravotní pojištění) je možné ho ze spotřeby vyloučit (např. odmítnutí lékaře pacienta ošetřit – je zde opomenuto etické hledisko). Co se týče hlediska nerivality i zde je výsledek jednoznačný jelikož lékař ošetřující jednoho pacienta nemůže zároveň ošetřovat druhého pacienta. Zdravotní péče tedy nesplňuje ani jednu z těchto dvou charakteristik veřejného statku.

Zdravotní péče nelze jednoznačně zařadit jako určitý statek, ale na základě uvedeného příkladu vyplývá, že v teoretické rovině může být zdravotní péče chápána jako statek soukromý. Avšak v praxi existuje mnoho specifik, podle nichž i jednotliví ekonomové polemizují nad přesným zařazením.

2.4 Legislativní rámec v České republice

Základní dokument České republiky (dále jen ČR), který vymezuje český zdravotnický systém, je Listina základních práv a svobod (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb). Jedná se o hlavu čtvrtou článek 31: „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.“ Dalším důležitým dokumentem, z něhož vychází české zdravotnictví, je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

V ČR je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví Ministerstvo zdravotnictví ČR. Ministerstvo bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb., (podrobně část první, §1) o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy. V čele Ministerstva stojí člen vlády (ministr), od roku 2014 vykonává tuto funkci Svatopluk Němeček (ČSSD). Ministerstvo zdravotnictví ČR řídí:

- některá zdravotnická zařízení,
- Inspektorát omamných a psychotropních látek (je jeho organizační součástí),
- Český inspektorát lázní a zřídel (je jeho součástí).

Ministerstvo ČR je orgánem státní správy pro:

- zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví,
- zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost,

- zdravotnická zařízení v přímé řídící působnosti,
- zacházení s návykovými látkami, přípravky a pomocnými látkami,
- vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, lázní a minerální vod,
- léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro diagnostiku, prevenci a léčení lidí,
- zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém (MZČR, 2016).

2.5 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění slouží pro případ nemoci, z něhož si pojištěnec hradí potřebnou zdravotní péči. Zdravotní pojištění lze rozdělit do dvou kategorií, a to na pojištění soukromé a veřejné.

Soukromé (komerční) zdravotní pojištění si platí každý sám dobrovolně bez spoluúčasti státu (např. USA). Veřejné zdravotní pojištění je pojištěním zákonným a je vždy povinné. Na financování se spolupodílí stát (státní pojištěnci) i pacienti (spoluúčast) (např. ČR)

2.5.1 Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé (komerční) zdravotní pojištění (nazývané také „rizikové“ nebo „individuální“) je obecné pojištění rizika, které slouží pro prevenci negativních důsledků nepředvídatelných událostí. Soukromé pojištění je schopno reagovat na zdravotní příhodu v životě jedince do výše uzavření smluvního pojištění. Avšak neřeší dostatečně problematiku prevence a spoléhá na pojištěného, že bude racionálně přistupovat k vlastnímu zdraví. U tohoto typu pojištění je předpoklad, že jedinec je schopen si ze svého příjmu alokovat určitou část na prevenci nepředvídatelných událostí. Právě proto jsou typickými klienty lidé s vyššími popřípadě středními příjmy.

Lze konstatovat, že soukromé pojištění zakládá rozdílným skupinám populace rozdílný nárok na zdravotní péči. Mezi tyto faktory patří např.:

- možnost čerpání péče, které je hrazeno z pojistky, je dána pojistnými podmínkami a nikoli objektivní potřebou,
- rostoucí příjmová diferenciace způsobuje, že prostředky, které mohou určité skupiny populace na pojištění alokovat, jsou nedostatečné pro krytí jejich rizika,
- zdravotní stav může být použit jako kritérium ke stanovení výše plateb a identifikaci specifického rizika, nebo také k odmítnutí daného člověka pojistit,

- komerční pojišťovna vystupující jako zástupce zájmu klienta může selhat z důvodu selhání trhu nebo informační asymetrii na straně klienta.

Komerční zdravotní pojišťovny jsou instituce zabývající se výběrem a alokací těchto částek. Poté tyto pojišťovny realizují solidaritu jednotlivých svých klientů, a to v rámci pojistných skupin se stejnou nebo podobnou smlouvou (Durdisová, 2005; Gruber, 2012).

2.5.2 Veřejné zdravotní pojištění

Dle Durdisové (2005) veřejné zdravotní pojištění (nazývané také „sociální“ nebo „zákonné“ pojištění) vychází z principu celospolečenské solidarity, kde jsou sdílená zdravotní rizika všemi občany. Povinné platby občanů spadají do fondu všeobecného zdravotního pojištění, který bývá obvykle oddělen od státního rozpočtu. Populační riziko je poté kryto z tohoto fondu. Pojistné je stanoveno procentní sazbou k výši příjmu.

Povinné veřejné zdravotní pojištění odráží skutečnost, že zdraví je součástí lidského kapitálu a je soukromým i veřejným zájmem. Jak uvádí Gruber (2012) jeden z hlavních kladů veřejného zdravotního pojištění je to, že neexistuje nepojištěný občan. Pokud dojde k vyloučení určité sociální skupiny ze systému povinného pojištění, bude to mít za následek snížení úrovně solidarity (a to ať už se jedná o vyloučení vysokopříjmové skupiny nebo skupiny s nižšími příjmy).

Rozsah péče krytý v rámci veřejného zdravotního pojištění je většinou stanoven obecně platným právním předpisem a zdravotní pojišťovna je povinna každému pojištěnému jedinci péči uhradit. Zdravotní pojišťovny tedy uzavírají smlouvu se zdravotnickým zařízením a vyjednávají s nimi o objemu nasmlouvané zdravotní péče a cenu poskytnuté zdravotní péče.

Durdisová (2005) řadí mezi základní vlastnosti veřejného zdravotního pojištění:

- volný přístup do systému (existence v tomto systému je daná zákonem),
- vazba příjmu a výdajů zdravotních pojišťoven na národohospodářské veličiny,
- neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného,
- čerpání péče nikoli podle rozpočtového omezení, ale podle objektivní potřeby a zdravotního stavu.

V ČR je podle zákona zdravotní pojištění povinné:

- pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR bez ohledu na státní občanství,

- pro osoby bez trvalého pobytu na území ČR, pokud jsou zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR (Červinka a Daněk, 2009).

Zdravotní pojištění vzniká:

- dnem narození (jeli osobou s trvalým pobytem na území ČR),
- dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem a nebo získala trvalý pobyt na území ČR.

Zdravotní pojištění zaniká:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- ukončením trvalého pobytu na území ČR,
- ukončení zaměstnaneckého vztahu (osoba bez trvalého bydliště na území ČR) na území ČR.

Zaměstnavatel odvádí pojistné za své zaměstnance (13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 9 % platí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec) ve prospěch té zdravotní pojišťovny, u které je zaměstnanec pojištěn. Stát je také plátcem pojistného (13,5 % z vyměřovacího základu) osob (uživatelé důchodu, nezaopatřené děti, děti až do ukončení přípravy na budoucí povolání, nezaměstnaní, ženy na mateřské dovolené apod.), za které je plátcem pojistného stát. Osoby samostatně výdělečně činné (dále jen OSVČ) si hradí pojistné sami formou měsíčních záloh a ročního doplatku dle výše příjmu. Zdravotní pojištění se odvádí zdravotním pojišťovnám a poté dochází k tzv. přerozdělování finančních prostředků, které byly vybrané na zdravotním pojištění (MZČR, 2016).

Hlavní rozdíly soukromého (komerčního) a veřejného zdravotního pojištění jsou uvedeny v tabulce 2.3:

Tabulka 2.3: *Soukromé a veřejné zdravotní pojištění*

	Soukromé zdravotní pojištění	Veřejné zdravotní pojištění
Stanovení pojistného	stanoveno na základě rizika klienta (zdravotní stav, pohlaví, bonita) a rozsahu pojistného plnění sjednaného ve smlouvě	jako procento z příjmu pojištěnce, jednotně pro všechny pojištěnce určitého fondu
Vývoj výše pojistného	výše pojistného souvisí s riziky populace, ochotou a možností klientů se pojišťovat	výše pojistného má těsnou vazbu na národohospodářské veličiny, především na vývoj mezd
Rozsah plnění	hradí péči, která je upravena v pojistné smlouvě - individuálně pro klienta nebo skupinu klientů	hradí péči, která je zakotvena v zákoně - pro všechny pojištěnce jednotně
Účast na pojištění	existence pojištění je výsledkem dobrovolné interakce obou smluvních stran, neexistuje povinnost pojistit ani být pojištěn	pojištění je povinné pro všechny osoby (vymezené v zákoně)
Stanovení spoluúčasti	spoluúčast je stanovena individuálně (v pojistné smlouvě)	spoluúčast je stanovena na základě sociálně-ekonomických kritérií

Zdroj: Krebs (2010)

2.6 Zdravotní pojišťovny v ČR

Zdravotní pojišťovna je právnickou osobou, která představuje specifickou zdravotně-finanční instituci, vystupuje na vlastní odpovědnost, vlastním jménem a jejím hlavním úkolem je organizace a provádění veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace a veškeré uspořené prostředky se musí vracet zpět do systému zdravotní péče. Jejich činnost se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších přepisů, a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Tato činnost je možná při splnění zákonem veškerých striktně vyžadovaných povinností. Patří zde např.:

- získání povolení ministerstva zdravotnictví
- závazek, že do jednoho roku od svého vzniku musí mít minimálně 50 tisíc pojištěnců (Dolanský, 2008).

Dolanský (2008) uvádí, že z hlediska organizační struktury patří mezi nejvyšší orgán zdravotní pojišťovny správní rada (rozhoduje o zásadních otázkách). Dalším orgánem zdravotní pojišťovny je dozorčí rada, která je nevyšším kontrolním orgánem (dohlíží na dodržování pravidel hospodaření). Ve zdravotních pojišťovnách pracuje Rozhodčí orgán (řeší např. penále, vrácení přeplatku na pojistném atd.).

Zdravotní pojišťovny pro jednotlivé oblasti svých činností vytvářejí a spravují účelové fondy. Dle právních předpisů vytváří a spravují tyto fondy:

- základní fond zdravotního pojištění,
- rezervní fond,
- provozní fond,
- sociální fond,
- fond majetku,
- fond reprodukce majetku,
- dále také může vytvářet a spravovat fond prevence a
- fond specifické zdravotní péče na úhradu zdravotní péče pojištěncům (Dolanský, 2008).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (část čtvrtá §11a) uvádí, že každý občan má právo si sám vybrat zdravotní pojišťovnu, avšak zdravotní pojišťovnu lze změnit jen jednou za 12 měsíců, a to k prvnímu dni kalendářního pololetí. Dítě se stává dnem narození automatiky pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je v den porodu pojištěna matka. Pokud se jedná o osoby bez způsobilosti k právním úkonům nebo o osoby nezletilé, provádí změnu zdravotní pojišťovny jejich zákonný zástupce. Přihlášku o změně je pojištěnec, zákonný zástupce pojištěnce, opatrovník nebo poručník povinný podat vybrané zdravotní pojišťovně.

Zdravotní pojišťovny mají povinnost vydat, a to bezplatně, svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz obsahuje jméno, příjmení, popřípadě titul a číslo pojištěnce, kdy číslem pojištěnce je jeho rodné číslo nebo zvláštní číslo přidělené zdravotní pojišťovnou (Červinka a Daněk, 2009).

V ČR je nyní sedm zdravotních pojišťoven, viz. tabulka 2.4.

Tabulka 2.4: *Seznam zdravotních pojišťoven v ČR*

Název pojišťovny	Kód	Logo
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	111	
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	201	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	205	
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207	
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	211	
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna	213	

Zdroj: MZČR (2014)

Za výhodu zřízení více zdravotních pojišťoven lze považovat to, že každý občan má právo si vybrat mezi všemi zdravotními pojišťovnami poskytující odlišné nadstandardní výhody. Avšak existence tolika zdravotních pojišťoven má i své nevýhody, např. zaměstnavatelé mají složitější a také dražší komunikaci, jelikož všichni jejich zaměstnanci obvykle nepatří do stejné zdravotní pojišťovny, dále také databáze, z nichž lze zjistit statistické podklady pro hodnocení činnosti zdravotnictví, jsou nekompatibilní a rozptýlené (pro ministerstvo zdravotnictví je řízení zdravotnictví složitější, než kdyby existovala jen jedna zdravotní pojišťovna).

Zdravotní pojišťovny v ČR zajišťují:

- výběr zdravotního pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a českého státu,
- úhradu nákladů spojených s neodkladnou léčbou pojištěnců a to jak v ČR, tak i v cizině,

- úhradu zdravotní péče na základě uzavřených smluv se zdravotnickými zařízeními,
- výběr regresů a náhrad v případě cizího zavinění (např. pracovní úrazy, autonehody, atd.).

Mezi výkony, které zdravotní pojišťovny v ČR hradí jen částečně nebo nehradí vůbec patří:

- kosmetické (zdravotní) úpravy,
- umělé přerušení těhotenství,
- stanovení alkoholu v krvi nebo moči,
- vypracování lékařské zprávy pro studium, vydání řidičského průkazu atd.

2.7 Shrnutí kapitoly

Druhá kapitola se vztahovala na zdravotní péči a jednotlivé vysvětlení pojmů k této problematice. Jako první byl vymezen pojem zdraví, faktory ovlivňující zdraví, péče o zdraví, zdravotní péče a právo na zdraví. V této části bylo objasněno, že péče o zdraví není to samé jako zdravotní péče. Dále zde byla popsána zdravotní politika a její předpoklady, kdy zásadním předpokladem existence státní zdravotní politiky je nejen uznání zdraví jako veřejné hodnoty, ale i vytvoření materiální základny. Poté se přešlo na význam ekonomie ve zdravotnictví, kde byl také vymezen rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy. Dále v této kapitole byl uveden legislativní rámec v ČR a jako základní dokument, který vymezuje český zdravotnický systém, byla uvedena Listina základních práv a svobod. Ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví je v ČR Ministerstvo zdravotnictví ČR. Závěr první kapitoly byl zaměřen na zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny v ČR. Zdravotní pojištění, jak bylo již uvedeno, slouží pro případ nemoci, z něhož si pojištěnec hradí potřebou zdravotní péči. Zdravotní pojištění lze rozdělit na pojištění soukromé (typické pro USA) a veřejné (např. ČR). V ČR se v současné době nachází 7 zdravotních pojišťoven.

3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

Financování je významnou charakteristikou systému zdravotní péče a jednou z vlastností vyznačující se značnou variabilitou. Zdravotnické systémy se mezi sebou liší např. ve struktuře vlastnických vztahů, formách státních zásahů, řízení, způsobu a organizace, také v podmínkách přístupu pacientů k jednotlivým druhům zdravotní péče atd. Rozdíly vyplývají z odlišných tradic, politického systému, historického vývoje, úrovně bohatství dané země atd. Tato kapitola je zaměřená na financování zdravotnictví v ČR, které je financováno jednak z veřejných zdrojů, jednak ze soukromých prostředků jednotlivců. Je zde vysvětleno, co jsou elementární subjekty zdravotnického systému, modely financování zdravotní péče, dále jsou stručně nastíněny změny v systému zdravotnictví v ČR od roku 1989. Také je zde popsána organizace zdravotnictví v ČR a ke konci kapitoly jsou uvedeny jednotlivé ekonomické informace ve zdravotnictví.

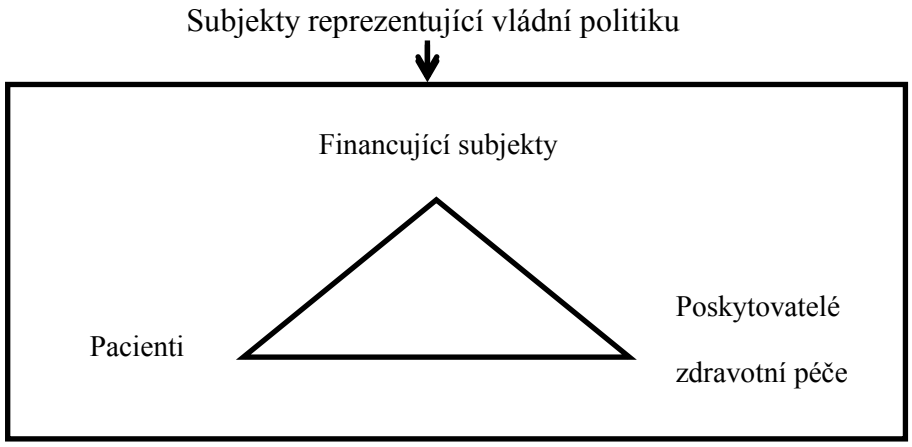
3.1 Elementární subjekty zdravotnického systému

Současné zdravotnické systémy, které jsou uplatňovány v praxi jednotlivých zemí, se jeví jako velmi složité a těžko dešifrovatelné celky.

Ve zdravotnictví každé vyspělé země jsou přítomny tři, respektive čtyři elementární subjekty. Někdy se hovoří o stranách, kdy pacienti, jako spotřebitelé zdravotní péče, bývají označování jako strana první a poskytovatelé zdravotní péče jako strana druhá. Toto rozdělení plyne z historického vývoje, jelikož vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče byl do konce devatenáctého století a někde dokonce až do první poloviny dvacátého století pro značnou část populace přímý (tzn., lékař za poskytnutí zdravotní péče žádal úhradu přímo od pacienta). Teprve na konci devatenáctého století vstupují do tohoto vztahu další subjekty (Durdisová, 2005; Krebs, 2010).

Jedná se především o subjekty, které přebírají zodpovědnost za financování zdravotní péče a vstupují zde jako strana třetí (mezi lékaře a pacienty). Jde o proces solidarity a centralizace zdrojů. Durdisová (2005) tvrdí, že s rozvojem zdravotnických systémů roste i úloha dalších subjektů, které reprezentují vládní politiku a zdravotní legislativu. Přímý vstup vlády do zdravotnického systému je vynucen problémy neboli charakterem zdravotní péče, se kterými se moderní zdravotnictví střetává. Pro zjednodušení je níže uvedeno schéma 3.1 znázorňující vztahy ekonomických subjektů.

Schéma 3.1: *Elementární subjekty*



Zdroj: Durdisová (2005)

Schéma 3.1 zobrazuje jednotlivé elementární subjekty. Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízení a organizacích uspořádaných do soustavy. Do soustavy zdravotnických zařízení spadá zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Dle Durdisové (2005) jsou poskytovatelé zdravotní péče chápáni jako druhý ze dvou elementárních subjektů zdravotního systému. Jejich postavení je odlišné a to podle toho, zda patří mezi složky veřejného nebo komerčního sektoru. Zdravotnická zařízení jako složky veřejného sektoru hospodaří podle rozpočtových pravidel, které stanoví ministerstvo financí. Soukromá zdravotnická zařízení hospodaří v souladu s obchodním zákoníkem a mohou být financována také z veřejných zdrojů.

Pokud se jedná o pacienta, tak ten má ve zdravotnictví dvě základní role:

- spotřebovává zdravotní péči,
- podílí se na financování systému.

Uvedené role jsou od sebe odděleny (vzhledem k existenci nepřímých alokačních mechanismů), to znamená, že zdravotní péče je v momentu spotřeby pro pacienta bezplatná.

Durdisová (2005) řadí mezi financující subjekty neboli plátce centralizující zdroje financování k zdravotnictví:

- stát (státní rozpočet),
- systém pojištění (veřejné a komerční pojištění).

Zdraví populace má politickou hodnotu veřejného bohatství a je tedy chápáno jako zdroj společenského růstu země. Proto je právo na zdraví a zdravotní péči garantováno státem.

Zdravotní péče je velmi důležitou prioritou zdravotní politiky a zajištění zdravotní péče (jako všeobecně dostupné) je chápáno jako povinnost státu vůči svým občanům.

3.2 Modely financování zdravotní péče

Existuje několik základních modelů financování zdravotní péče lišící se způsobem výběru prostředků, řízením rizika, nákupem a poskytováním zdravotních služeb. Lze konstatovat, že v konkrétní zemi se zpravidla vyskytuje jeden dominantní způsob financování, který doplňují další typy.

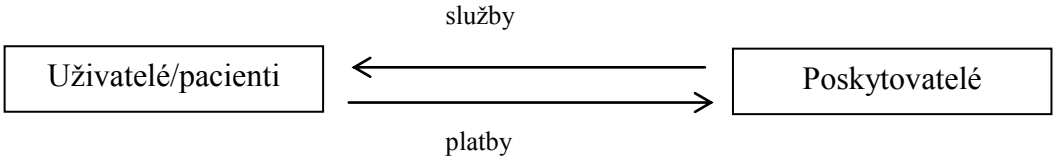
Např. dle Bartáka (2010) v rámci systému soukromého zdravotního pojištění může být část populace (sociálně a ekonomicky znevýhodněna) zahrnuta do veřejných programů financovaných z daňových výnosů. Podobně může být v rámci systému veřejného zdravotního pojištění a v systémech, jež jsou financovány z daňových výnosů, možnost uzavřít doplňkové soukromé pojištění sloužící k úhradám péče v zahraničí, nadstandardní péče atd. Financování zdravotní péče je ve většině vyspělých států zajištěno z více jak 50 % prostřednictvím veřejných zdrojů.

Systém přímých úhrad

Tento systém se řadí mezi historický nejstarší, kdy pacienti platí za péči poskytovateli zdravotní péče finanční prostředky přímo (také pomocí věcného plnění – naturálie, protislužba). Systém přímých úhrad se využívá v mnoha rozvinutých zemích např. Africe.

U tohoto typu modelu financování nastává problém nemožnosti úhrady nákladů jiné než základní péče, např. financování základní operace vystavuje pacienta obrovským výdajům, které nemůže sám (někdy ani za pomoci např. rodinných příslušníků) uhradit (Barták, 2010).

Schéma 3.2: *Vztahy mezi pacienty a poskytovateli* v rámci přímých úhrad

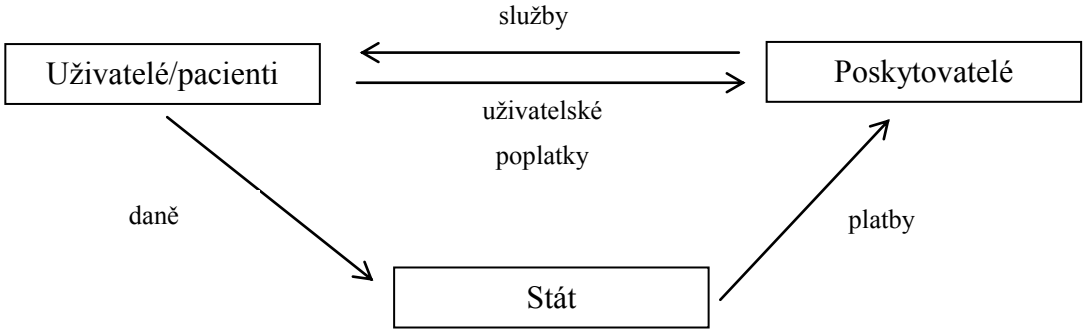


Zdroj: Barták (2010)

Financování z daňových výnosů

V rámci tohoto modelu odvádí občané daně, ze kterých se financuje poskytování zdravotnických služeb. Jedná se především o všeobecné daně (obzvlášť daň z příjmu) a také o daně spotřební (např. daň z tabákových výrobků). Některé země mohou mít stanovenou zdravotní daň (např. určité procento z daňového výnosu určité daně připadá na sektor zdravotnictví).

Schéma 3.3: *Vztahy v rámci financování z daňových výnosů*

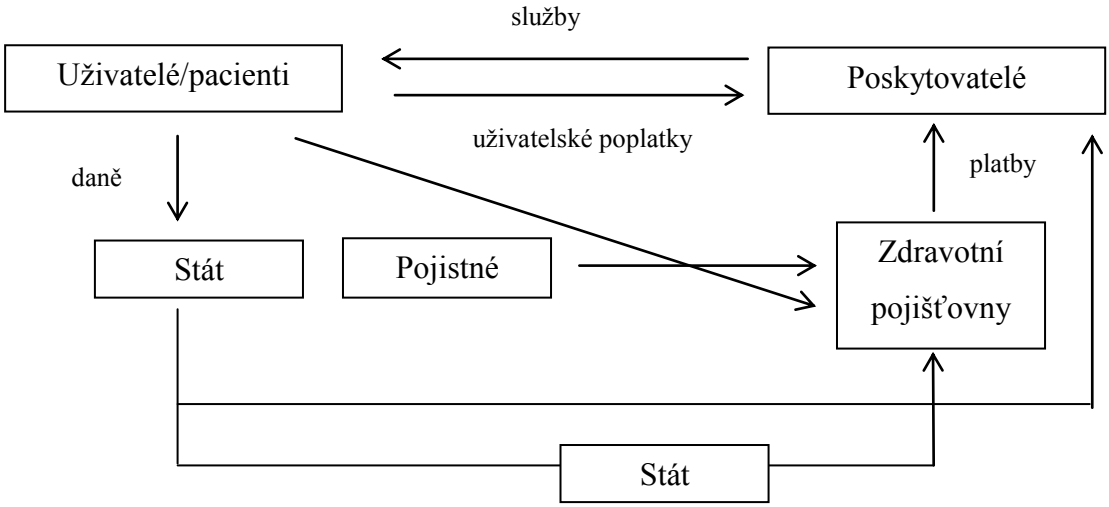


Zdroj: Barták (2010)

Veřejné zdravotní pojištění

Mezi další typ financování se řadí veřejné zdravotní pojištění, které je zpravidla povinné pro většinu obyvatelstva daného státu. Příspěvky na zdravotní pojištění jsou placeny, zaměstnavateli, zaměstnanci, ale také státem jak již bylo zmíněno v kapitole 2.5 zdravotní pojištění. Mezi systémy mohou existovat rozdíly, např. existují modely s jednou zdravotní pojišťovnou nebo modely s několika desítkami zdravotních pojišťoven.

Schéma 3.4: *Vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění*

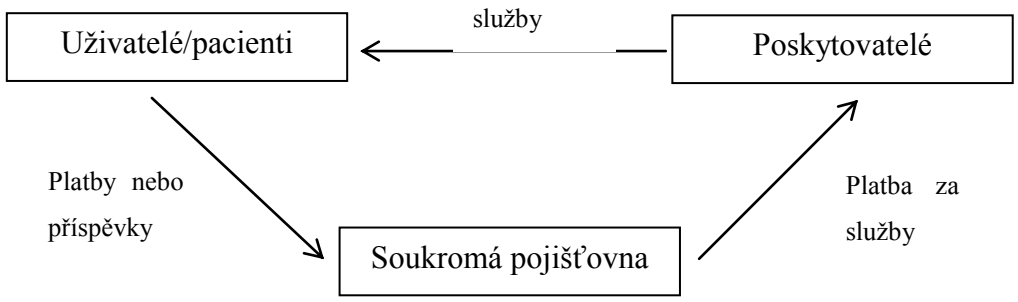


Zdroj: Barták (2010)

Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění je posledním zde uváděným typem. Tento systém je založený na kalkulaci zdravotních rizik zdravotní pojišťovnou, a to na základě bedlivého posouzení zdravotního stavu a naděje na dožití pacienta. Vyskytuje se tedy reálná možnost, že tento typ pojištění není dostupný všem (např. lidem s nedostatkem finančních prostředků, a lidem, kteří jsou velmi nemocní).

Schéma 3.5: *Vztahy v rámci soukromého zdravotního pojištění*



Zdroj: Barták (2010)

3.2.1 Charakteristické znaky financování zdravotní péče

V této části jsou uvedeny jednotlivé přednosti a nedostatky modelů financování zdravotní péče. Jedná se o tržní model (soukromé zdravotnictví), veřejné zdravotnictví a státní model.

Liberálně – tržní zdravotnictví (tržní model zdravotnictví)

Dle Dolanského (2008) je tento model typický pro USA a je založený především na dobrovolném (soukromém) zdravotním pojištění. V Evropě tento model uplatňovalo do roku 1996 Švýcarsko.

Přednosti tržního modelu jsou:

- bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb,
- podporuje rozvoj nových medicínských technologií,
- podporuje soutěživost mezi poskytovateli zdravotní péče.

Nedostatky tržního modelu jsou:

- nízká dostupnost kvalitní péče (pro nemajetné či nezámožné občany),
- nedostatečná návaznost péče,
- nedostatečná preventivní péče,

- vysoké náklady na péči,
- vysoký podíl nákladů na administrativu systému.

Povinné zákonné veřejné pojištění (veřejné zdravotnictví)

Veřejné zdravotnictví je typické pro ČR, Slovensko, Francii, Německo, Rakousko atd., tento systém je založen na povinném zákonném veřejném pojištění. Existuje zde určitá solidarita bohatých s chudými (Dolanský, 2008).

Přednosti veřejného zdravotnictví jsou:

- vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele,
- vyhovující síť zdravotnických zařízení,
- pestrá nabídka zdravotnických služeb,
- přiměřené náklady,
- podpora primární zdravotní péče,
- celkem vyhovující návaznost služeb.

Nedostatky veřejného zdravotnictví jsou:

- část prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost,
- systém má značné administrativní náklady,
- pojišťovny se mohou dostat z různých důvodů do finančních potíží (ty se poté řeší na úkor poskytovatelů péče a klientů).

Státní zdravotnictví (Státní model zdravotnictví)

Tento model zdravotnického systému je opakem modelu tržního a je financovaný především z daní tj. prostřednictvím státního rozpočtu. Vysoce solidární model, který garantuje rovnost a spravedlnost přístupu ke zdravotní péči, byl uplatňován v zemích socialistické soustavy do r. 1990, nyní na Kubě. Další země, kde se tento systém uplatňuje, je např. Finsko, Norsko, Velká Británie atd. (Dolanský, 2008).

Přednosti státního modelu zdravotnictví jsou:

- dostatečná nabídka služeb,
- zdravotní péče,
- přiměřené náklady péče,
- podpora rozvoje nových medicínských technologií,
- podpora komplexní primární péče.

Nedostatky státního modelu zdravotnictví jsou:

- dlouhé čekací doby na některé výkony,
- nedostatek zdrojů pro rozvoj v případě ekonomické recese,
- nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví.

3.3 Změny v systému zdravotnictví v ČR po roce 1989

V období centralizovaného systému, kdy bylo zdravotnictví ovlivňováno komunistickou stranou, dosahovalo zdravotnictví nízké efektivity, došlo k plýtvání se zdroji a k nárůstu šedé ekonomiky a také k úplatkářství. Zároveň špatný zdravotní stav (malý zájem o prevenci a podporu zdravého životního stylu, špatné stravovací návyky) naší populace implikoval vysokou nákladovost léčby (např. u chronických nemocných). Zdravotní péče byla financována pouze z daní a bez přímých úhrad.

Okamžitě po politické změně v roce 1989 začali experti (pod patronací Ministerstva zdravotnictví) pracovat na novém návrhu systému zdravotní péče. Návrh, který obsahoval možná řešení současných problémů (např. zdravotní stav populace, vztah lékař-pacient), byl schválen v roce 1990. Zároveň v tomto roce byl přijat návrh o pluralitním systému zdravotních pojišťoven. Vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a dalších 26 zdravotních pojišťoven. Všechny pojišťovny měly charakter zákona zřízených veřejnoprávních institucí.

U většiny reformních změn po roce 1992 byl kladen nekritický důraz na uplatnění tržních mechanismů, a to často bez odpovídajících regulačních opatření. Provoz VZP byl financovaný ze státního rozpočtu a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny měly možnost hradit nadstandardní zdravotní péči ze zákonného zdravotního pojištění. Příjmy pojišťoven byly tvořeny převážně platbami pojistného od zaměstnavatelů, pojištěnců a státu. Výdaje tvořily především platby za poskytnutou zdravotní péči podle smluv uzavřených mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními. Ze státního rozpočtu byla financována činnost hygienické služby, záchranné služby a některé investice.

V roce 1992 byl také zahájen proces privatizace, který proběhl u ambulantních zařízení poměrně úspěšně. Avšak neúměrně rostla nabídka služeb ambulantních specialistů. Jelikož základní myšlenkou bylo zprivatizovat vše, co jen bude možné, začala privatizace lůžkových zařízení a lékáren. Vznikla svobodná volba občanů, mohli si volit lékaře, nemocnice a také zdravotní pojišťovny.

Privatizace ambulantní péče byla ukončena v roce 1995. Začaly výrazně růst výdaje za léčiva a začaly se projevovat problémy s nedovýběrem pojistného a problémy s úhradami. Se svým finančním ohodnocením byli zdravotníci velmi nespokojeni a začali hrozit stávkami. Právě mezi léty 1993-95 nebyly zaměstnanecké zdravotní pojišťovny dostatečně kontrolovány a často jim nezbývalo na platby lékařům a nemocnicím (díky hrazení nadstandardů a investicím do budov). Veřejný dohled nad všemi zdravotními pojišťovnami upravila novela zákona z roku 1995. Zdravotní pojišťovny musely splňovat určité podmínky: minimální počet pojištěnců, ukončení možnosti hradit nadstandardní péči ze zákonného zdravotního pojištění a dodržení maximální výše provozních nákladů. Tímto opatřením se řada pojišťoven dostala do problémů a z 27 pojišťoven (v roce 1995), jich zbylo pouze 9 (v roce 2001).

Pod vedením ministra Jana Stránského (ODS) byla v roce 1997 vypracována Koncepce zdravotnictví, která navrhovala menší solidaritu a větší individualizaci. Dále byly navrhovány kombinované kapacitně-výkonové platby pro praktické lékaře, restrukturalizace lůžkových zařízení a také regulace poptávky pomocí přímých plateb. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Ministerstvem zdravotnictví (pod patronací ministra Ivana Davida z ČSSD) byla v roce 1999 vytvořena nová Koncepce zdravotnictví. I zde se počítalo se zřízením Správy veřejného zdravotního pojištění, avšak v odlišné podobně. Zdravotní pojišťovny by se staly jen organizačními složkami veřejnoprávní Správy zdravotního pojištění. Také se počítalo se 100% přerozdělením pojistného mezi zdravotními pojišťovnami (dříve se přerozdělovalo pouze 60 %). Nepočítalo se však se zvyšováním spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění (dokument zmiňoval nezastupitelnou roli státu).

Začaly se kumulovat finanční ztráty v rámci veřejného zdravotního pojištění. Za období 1994-1998 činila finanční ztráta 12,497 mld. Kč a kumulovaný nedovýběr pojistného byl 10,260 mld. Kč, přičemž 60-65% bylo velmi obtížně vymahatelných (Dolanský, 2008).

V důsledku neustále vzrůstajících výdajů na zdravotnictví byl vytvářen tlak na prevenci, posílení vlivu a rozsahu primární zdravotní péče. V roce 2004 vstoupila ČR do Evropské unie a v rámci toho došlo ke změně přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Nově se přerozděluje veškeré pojistné (z původních 60 %) a zdravotní pojišťovna obdrží určitou část z celkového balíku na každého svého pojištěnce (každý pojištěnec má stanovený průměrný index nákladnosti podle věku a pohlaví).

Dalším významným rokem pro oblast zdravotnictví je rok 2008, kdy byly zavedeny regulační poplatky. Regulační poplatky byly zavedeny za účelem efektivního využívání zdravotních služeb a tuto změnu přinesla novelizace zákona o zdravotním pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů (více viz. kapitola 3.5.2).

Zdravotnictví ČR se potýká neustálými změnami o snaze dosáhnout efektivnějšího a se současným vývojem udržitelného systému. Se změnami v demografické struktuře (stárnutí populace) a vývojem technologií je zapotřebí učinit změny také ve financování zdravotní péče. Proto v roce 2011 byla schválena novela ministra zdravotnictví Leoše Hegera, která se skládá ze tří fázi (více viz. kapitola 4).

3.4 Organizace zdravotnictví v ČR

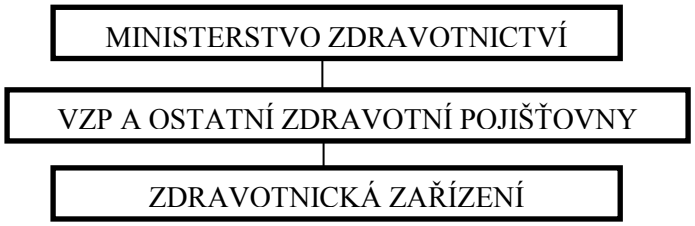
Dle Bartáka (2010) je organizace zdravotnických služeb závislá na celé řadě faktorů, a to od historických tradic dané země až po dominantní model financování a úhrad. Klasifikace zdravotnických služeb je do určité míry mezinárodně standardizována.

Klasifikace zdravotnických služeb je možné odvozovat od:

- typu poskytovatele (kdo, jaké zařízení služby poskytuje; jedná se především o péči ambulantní, nemocniční, specializovanou a ošetřovatelskou),
- typu poskytovaných služeb (jaká péče je poskytována; např. služba léčebná, rehabilitační, preventivní atd.),
- finančního hlediska (kdo a jakým způsobem péči hradí; např. péče hrazená z veřejných zdrojů nebo soukromých zdrojů),
- podle postavení v rámci řetězce péče o zdraví (primární, sekundární, terciální),
- podle geografického hlediska (kde je péče poskytována; jedná se o péči na úrovní lokální, regionální, národní nebo mezinárodní).

V současné době tvoří strukturu zdravotnických institucí v ČR tři hlavní orgány, které jsou uvedeny níže.

Schéma 3.6: *Struktura zdravotnických institucí v ČR*



Zdroj: Nahodil (2009)

Za prostorové zabezpečení zdravotní péče ústavní a ambulantní zodpovídá krajský úřad ve všech částech kraje. Nahodil (2009) rozděluje zdravotnická zařízení v ČR dle:

- zřizovatele:
    - státní zdravotnická zařízení,
    - nestátní (soukromá) zdravotnická zařízení.
- druhu činnosti:
    - střední nemocnice,
    - velké (fakultní nemocnice),
    - ambulantní zdravotnická zařízení,
    - ostatní lůžková zdravotnická zařízení (např. rehabilitační ústavy),
    - lékárny,
    - dopravní zdravotnické služby,
    - výdejny prostředků zdravotnické techniky.

Dle Nahodila (2009) se ve světě uplatňuje celá řada modelů financování zdravotnictví, které bývají spojeny s dosaženou ekonomickou vyspělostí dané země a politickými cíli vládnoucích stran. U většiny vyspělých států jsou zajištěné bezplatné a rovnocenné zdravotnické služby, a to pro všechny občany. V současnosti lze sledovat tři základní modely financování zdravotnictví:

- z nemocenského pojištění,
- z daní,
- soukromé.

Finanční prostředky pro financování zdravotnictví se získávají v různých zemích z odlišných zdrojů, ale nejčastěji se jedná o:

- státní rozpočet (část daňových výnosů; v ČR jsou hrazeny náklady na zdravotní politiku za děti, studenty, nezaměstnané, důchodce atd.),
- výnosy z příspěvku na zdravotní pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu (dle zákonné normy je každému občanovi strhávána určitá částka z hrubé mzdy),
- přímé platby od ošetřených pacientů (za léky a služby),
- kombinace zdrojů (Nahodil, 2009).

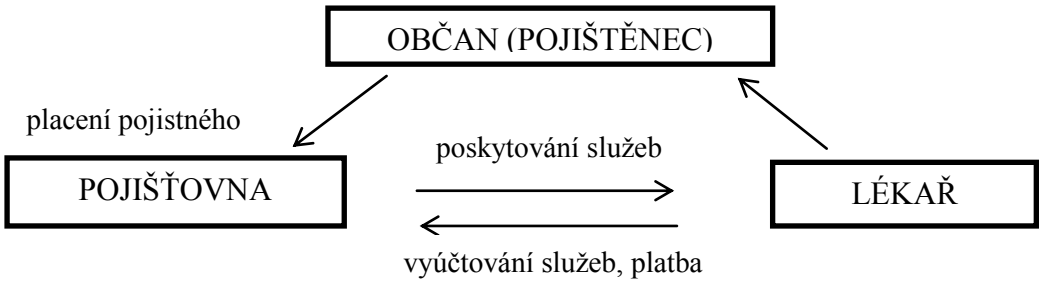
3.4.1 Trojúhelník vztahů ve zdravotním pojištění

Při financování zdravotnických služeb, podle Nahodila (2009), vzniká významný vztah mezi třemi hlavními subjekty:

- občanem (spotřebitel zdravotnických služeb),
- lékařem (poskytovatel zdravotnických služeb; zdravotnické zařízení),
- pojišťovnou (správce finančních prostředků přijatých od svých pojištěnců, státu, zaměstnavatelů).

Vztahy mezi občanem (pojištěncem), poskytovatelem zdravotních služeb (lékařem) a pojišťovnou je formován na základě vzájemných dohod. Stát dohlíží na jejich dodržování prostřednictvím příslušných nařízení a zákonů. Pro zjednodušení je níže uvedeno schéma 3.7.

Schéma 3.7: *Trojúhelník vztahů ve zdravotním pojištění*



Zdroj: Nahodil (2009)

Pojišťovna, dle uzavření dohody, platí všechny nebo některé lékařské úkony. Služby jsou vypláceny formou paušálu nebo přímo za konkrétní lékařský úkon. U paušální formy je stanovena paušální částka, a to podle počtu registrovaných pacientů bez ohledu na provedené výkony (tento typ se využívá např. při placení zákroků pohotovostní lékařské služby). Pokud se jedná o placení za konkrétní lékařský výkon (neboli bodový systém), musel být sestaven seznam zdravotnických služeb, který obsahuje přibližně 4000 definovaných výkonů a k těmto výkonům je přiřazen určitý počet bodů. Nastává zde problém objektivního stanovení ceny jednoho bodu. V současné době je hodnota jednoho bodu např. u rehabilitačních výkonů 0,8 Kč (Nahodil, 2009).

3.5 Financování zdravotnictví v ČR

Nahodil (2009) uvádí, že u vyspělých zemí je způsob financování zdravotní péče různý. Jednotlivé způsoby se od sebe liší, a to zejména:

- existencí nebo neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem,
- velikostí podílu veřejných zdrojů na celkových výdajích,
- rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby od pacientů,
- způsoby stanovení cen za výkony,

- formami proplácení jednotlivých nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb atd.

Formy financování zdravotnických služeb je možno rozdělit na nepřímé a přímé financování.

Nepřímé financování zahrnuje:

- veřejné (povinné) pojištění,
- veřejné rozpočty,
- zaměstnanecké pojištění,
- smluvní (dobrovolné) pojištění,
- příspěvky dobročinných institucí a zahraniční pomoci atd.

Přímé financování zahrnuje:

- přímé platby za služby, a to včetně spoluúčasti pacientů na úhradách za služby a zejména za léky.

Hlavní finanční toky k financování zdravotnictví jsou zobrazeny ve schématu 3.8.

Schéma 3.8: *Hlavní finanční toky určené k financování zdravotnictví*

Zdroj: Nahodil (2009)

Financování zdravotnictví zahrnuje výdaje na tři hlavní složky:

- zdravotnickou službu,
- zdravotnickou výrobu léčiv,
- zdravotnickou vědu, výzkum a výchovu.

Způsoby úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením v ČR

Krebs (2010) tvrdí, že způsob úhrady by měl odpovídat těmto požadavkům:

- měl by odrážet oprávněné zájmy všech účastníků zdravotní péče (tj. pacientů, plátců, poskytovatelů zdravotní péče, společnosti jako celku reprezentované státem),

- systém by měl být univerzální (tzn. aplikovatelný ve všech zařízeních stejného typu),
- měl by být jednoduchý a průhledný,
- měl by být flexibilní ve vztahu k měnícím se podmínkám,
- měl by být spojen s minimálními administrativními náklady.

V ČR se hradí zdravotní péče čtyřmi způsoby:

- platba za výkon (bodový systém),
- placení paušálem,
- kapitačně výkonné platby,
- DRG systém.

Platba za konkrétní výkon je tzv. bodový systém. Pro způsob této platby byl sestaven seznam zdravotnických služeb, k nimž je seřazen určitý počet bodů, a ty jsou následně převedeny na peníze. Seznam výkonů je zároveň ceníkem, dle kterého poskytovatel účtuje plátci. Seznam zdravotnických služeb vychází formou vyhlášky Ministerstva zdravotnictví (Krebs, 2010; Nahodil, 2009).

Při placení paušálem je lékaři vyplacena stanovená paušální částka, a to dle počtu registrovaných pacientů bez ohledu na poskytnuté výkony. V podstatě se jedná o roční platbu lékaři nebo nemocnici na provoz, investice, zařízení atd. Paušál bývá odstupňován podle specializace lékaře a v nemocnicích podle počtu lůžek a kategorie nemocnice. Tento typ úhrady se používá obvykle jako doplňková platba k jinému typu platby nebo např. při placení zákroků pohotovostní lékařské služby (Krebs, 2010; Nahodil, 2009).

Kapitační platba je platba, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče (lékař) na úhradu nákladů. Zdravotní pojišťovna vyplatí určitou částku za poskytnutou zdravotní péči. Jedná se o placení za „hlavu“, tedy za počet pacientů, nikoliv za jednotlivé úkony. Je poskytována pevnou částkou na registrovaného pacienta s přihlédnutím k věku, pohlaví pacienta nebo podle území. Nejsou zde vytvářeny impulzy pro zájem o pacienty, jejichž léčení je nákladné (tj. zpravidla děti předškolního věku, vyšší věkové skupiny atd.). Zpravidla bývá využívána u praktických lékařů. (Krebs, 2010; Sovová, 2011).

DRG[1] (Metodická optimalizace a udržitelná kultivace systému úhrad nemocniční péče v ČR) je klasifikační systém (nástroj) vytvářející omezený počet klinicky a ekonomicky homogenních skupin (případů akutní hospitalizace). Umožňuje porovnávat relativní náročnost

[1] Diagnostic Related Groups

na zdroje u případů zařazených právě do těchto skupin. Systém rozděluje pacienty do jednotlivých skupin např. podle diagnózy, náklady na léčbu atd. Kromě financování lůžkové péče je systém DRG využíván také jako nástroj pro řízení nemocnic, měření produkce či kvality zdravotní péče. Držitelem licence systému DRG je v ČR Ministerstvo zdravotnictví (DRG, 2016).

3.5.1 Zdroje financování ve zdravotnictví ČR

Ekonomické informace byly přebírány ze zdravotnických ročenek ČR za rok 1995, 2000, 2005, 2010, 2011, 2012, 2013. V tabulce 3.1 je uveden vývoj výdajů (veřejných i soukromých) ve zdravotnictví v ČR od roku 1995 a následně v tabulce 3.2 jsou veřejné výdaje více rozepsány.

Tabulka 3.1: *Vývoj výdajů ve zdravotnictví v ČR*

Veřejné výdaje	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
absolutně (v mil. Kč)	93 309	132 962	191 356	243 281	242 410	246 918	246 562
na 1 obyvatele (v Kč)	9 032	12 943	18 698	23 132	23 094	23 495	23 458
Soukromé výdaje	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
absolutně (v mil. Kč)	9 355	13 873	27 418	45 754	45 358	46 388	44 381
na 1 obyvatele (v Kč)	905	1 350	2 679	4 350	4 321	4 414	4 223
Výdaje celkem (v mil. Kč)	102 664	146 835	218 774	289 035	287 768	293 306	290 943
Podíl na HDP (v %)	7,6	6,5	7,2	7,3	7,2	7,3	7,1

Zdroj: ÚZIS (2013a), vlastní zpracování

Z tabulky 3.1 jasně vyplývá, že výdaje (veřejné i soukromé) na zdravotnictví se v ČR od roku 1995 výrazně zvýšily, a to jak absolutně, tak i na jednoho obyvatele. Podíl zdravotnických výdajů na HDP je pro rok 2013 7,1 % a celkové výdaje k tomuto roku činí 290 943 mil. Kč (tedy cca nižší o 2,4 mld. Kč oproti roku 2012). V tabulce 3.2 jsou podrobněji rozepsány veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR.

Tabulka 3.2: *Veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR (v mil. Kč.)*

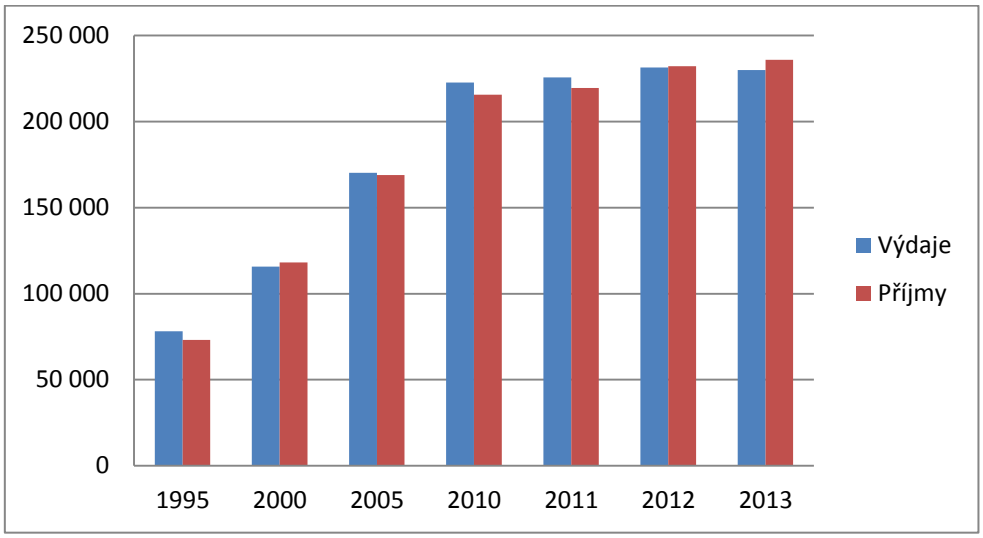
Veřejné výdaje	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Státní a územní rozpočty	15 076	17 170	21 263	20 781	16 863	15 647	16 657
Zdravotní pojišťovny	78 233	115 792	170 093	222 500	225 547	231 270	229 905
-z toho na zdravotní péči	74 126	111 164	163 543	214 373	217 653	222 769	222 985

Zdroj: ÚZIS (2013a), vlastní zpracování

Veřejné výdaje jsou rozděleny na státní a územní rozpočty a zdravotní pojišťovny. Výdaje státních a územních rozpočtů dosáhly v roce 2013 16 657 mil. Kč a výdaje zdravotních pojišťoven 229 905 mil. Kč. Z této částky bylo určeno na financování zdravotní

péče 222 985 mil. Kč. V následujícím grafu 3.1 je uveden vývoj celkových příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven v ČR od roku 1995-2013.

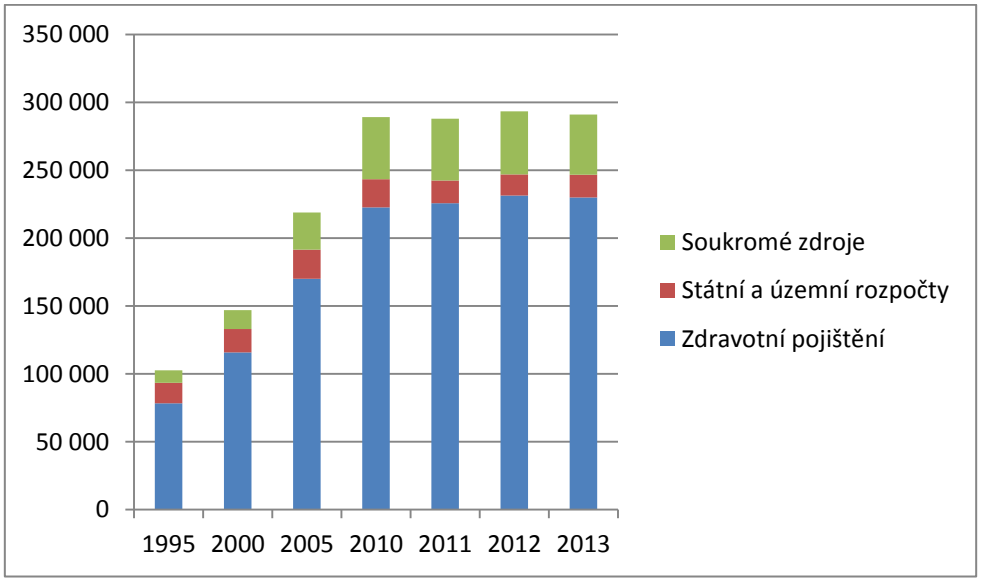
Graf 3.1: *Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven celkem v ČR (v mil. Kč)*



Zdroj: ÚZIS (2013a), vlastní zpracování

Z grafu je jasně viditelné, že jak příjmy, tak i výdaje zdravotních pojišťoven od roku 1995 výrazně vzrostly. Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly v roce 2013 cca 235 781 mil. Kč a celkové výdaje činily 229 905 mil. Kč. U sedmi zdravotních pojišťoven působící v ČR byl ke konci roku 2013 evidován průměrný počet 10,406 mil. pojištěnců, a z toho 58,5 % u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).

Graf 3.2: *Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v ČR (v mil.Kč)*



Zdroj: ÚZIS (2013a), vlastní zpracování

V roce 2013, jako i v předchozích letech, byla většina výdajů na zdravotnictví hrazena systémem veřejného zdravotního pojištění, které tvořilo 79 % výdajů. Státní a územní rozpočty kryly 5,7 % celkových výdajů a soukromé zdroje uhradily 15,3 % výdajů. Podíl soukromých výdajů vzrostl zejména po roce 2008 se zavedením regulačních poplatků. V roce 2013 tvořilo zdravotní pojištění cca 229 905 mil. Kč. Z grafu je zřejmé, že postavení zdravotních pojišťoven na výdajích na zdravotnictví sílí. Od roku 1995 se hodnota z 78 233 mil. Kč. vyšplhala na 229 905 (jak již bylo zmíněno).

V následující tabulce 3.3 jsou uvedeny jednotlivé rozpočty Ministerstva zdravotnictví ČR. Z tabulky je zřejmé, že prohlubování deficitů Ministerstva zdravotnictví ČR je dlouhodobou záležitostí.

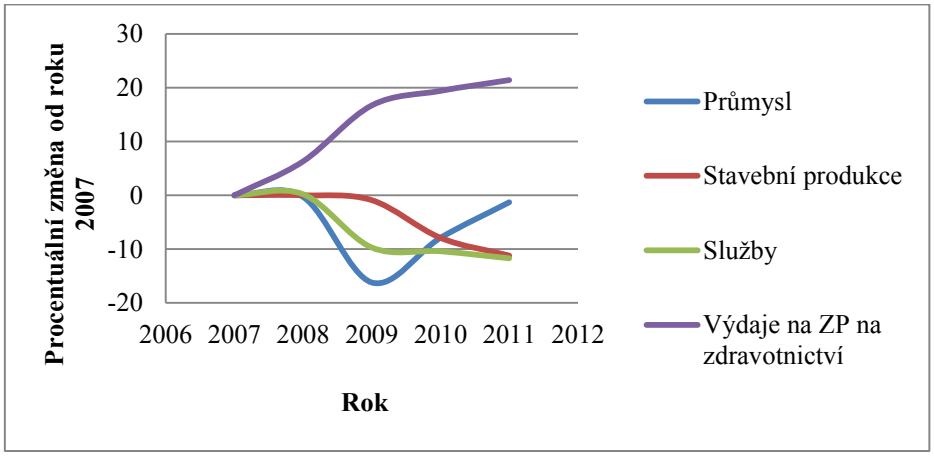
Tabulka 3.3: *Příjmy a výdaje Ministerstva zdravotnictví ČR (v tis. Kč)*

Rok	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Příjmy	154 430	86 452	14 000	575 756	1 100 429	686 399	533 057	1 569 959
Výdaje	1 929 061	5 509 067	8 226 162	7 899 704	6 820 824	6 668 127	6 455 837	6 810 656

Zdroj: Monitor (2015), Zákony pro lidi (2015)

Během několika let způsobila hospodářská krize pokles tržeb jak v průmyslu, tak i ve stavebnictví či ve službách. V roce 2011 objem stavební produkce i tržby v odvětví služeb vykazovaly pokles tržeb kolem 11 % oproti roku 2007. Také tržby v odvětví průmyslu byly o 1 % nižší se srovnáním s rokem 2007. K výjimce patří výdaje zdravotních pojišťoven, které každoročně rostou. V roce 2011 výdaje pojišťoven vzrostly o 21,4 % s porovnáním s rokem 2007. Také objem poskytované péče (především v oblasti specializované péče) roste. Rozdíly mezi jednotlivými odvětvími je zobrazeno v následujícím grafu 3.3 (MZČR, 2013a).

Graf 3.3: *Kumulativní růst hospodářských odvětví*



Zdroj: MZČR (2013a)

3.5.2 Regulační poplatky

Výdaje domácností tvořily v minulých letech spíše doplňkový zdroj financování zdravotní péče, avšak jejich význam vzrostl v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. V tabulce 3.4 jsou zobrazeny jednotlivé výdaje domácnosti podle druhu péče.

Tabulka 3.4: *Výdaje domácností podle druhu péče (v mil. Kč)*

Druh péče	2000	2005	2011	2012	2013	Průměrné roční tempo růstu od roku 2005 (v %)
Léčebná péče	3 061	4 840	12 735	12 838	12 832	12,96
Rehabilitační péče	427	817	2 449	3 125	2 616	15,66
Léky a PZT[2]	10 385	17 454	27 091	27 671	26 798	5,51
Celkem	**13 873**	**23 110**	**42 275**	**43 634**	**42 246**	**7,83**

Zdroj: ČSÚ (2014a)

Výdaje domácností na zdravotní péči se od roku 2008 do roku 2013 pohybovaly nad hranicí 40 mld. Kč. Tyto výdaje se do roku 2005 zvyšovaly průměrným ročním tempem růstu 7,83 %. Domácnosti vydávaly největší část prostředků na léky a PZT (tj. 63 % výdajů domácností na zdravotnictví), z toho léky tvořily největší výdajovou položku.

Regulační poplatky

Regulační poplatky se zavádí za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb, mají tedy sloužit k efektivnímu využívání zdravotních služeb. Tvůrci regulačních poplatků chtěli snížit poptávku po zdravotnických službách, aby služba byla dostupná těm, co ji skutečně potřebují. Jedná se o přímé platby od ošetřených pacientů. Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá (tedy lékaři, zdravotnické zařízení a lékárny). Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou povinni použít tyto regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací tak, aby došlo ke zlepšení kvality poskytování zdravotnických služeb (Férová nemocnice, 2012). Regulační poplatky se vybírají tam, kde se využívá hrazená péče (na soukromé služby se tyto poplatky nevztahují). Ze státního zdravotnictví se jedná o poplatky:

- za návštěvu s vyšetřením u lékaře,
- za výdej léku na předpis,
- za návštěvu pohotovosti,
- za pobyt v nemocnici.

[2] PZT = prostředky zdravotnické techniky.

V ČR byly regulační poplatky zavedeny v roce 2008 a tuto změnu zajistila novelizace zákona o zdravotním pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tento zákon také definuje, kdo je od plateb osvobozen. V tabulce 3.5 jsou uvedeny jednotlivé regulační poplatky.

Tabulka 3.5: *Regulační poplatky zavedené v ČR v roce 2008*

Vyšetření u lékaře	30 Kč
Výdej léku na předpis	30 Kč
Návštěva pohotovosti	90 Kč
Pobyt v nemocnici	60 Kč

Zdroj: ARMY (2008)

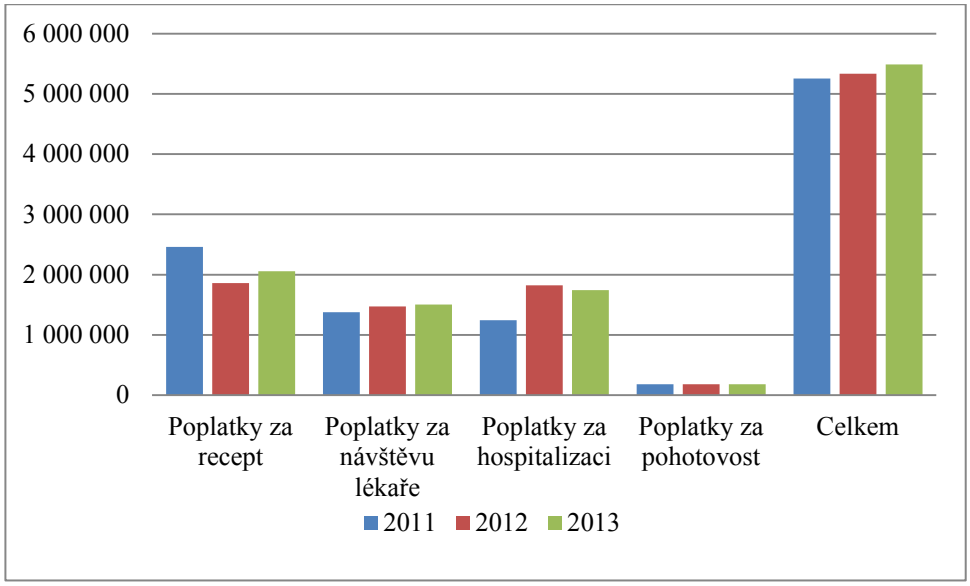
S regulačními poplatky vycházela každá návštěva u lékaře na 30 Kč a po 17. hodině se za návštěvu zdravotnického zařízení zaplatilo 90 Kč. Každý den hospitalizace v nemocnici vycházel na 60 Kč a každá položka na receptu, hrazená zdravotní pojišťovnou, stála 30 Kč (ARMY, 2008). Od roku 2011 prošla Hegerova reforma zdravotnictví (více viz. kapitola 4), kde bylo schváleno zvýšení poplatku za hospitalizaci v nemocnici z 60 Kč na 100 Kč. A již se neplatila každá položka na receptu, ale platilo se 30 Kč za celkový recept (ČT24, 2011).

Od 1. ledna 2015 hradí pojištěnec pouze jeden regulační poplatek, a to poplatek 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství poskytnutou zdravotnickým zařízením. Dle vlády údajně představují pouze sociální a administrativní zátěž a neplní očekávanou regulační funkci (Aktuálně.cz, 2014).

Výdaje domácností na regulační poplatky

V souladu se zákonem č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým byl mimo jiné změněn zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, začali pacienti od roku 2008 hradit zdravotnickým zařízením nově zavedené regulační poplatky. Podle dosavadních statistik přesáhly celkové regulační poplatky každoročně (rok 2008-2013) výší 5 mld. Kč. V následujícím grafu 3.4 jsou uvedeny výdaje na regulační poplatky za rok 2011-2013.

Graf 3.4: *Výdaje na regulační poplatky za rok 2011-2013 (v tis. Kč)*



Zdroj: ČSÚ (2014a)

Nejvyšší částky dosáhly poplatky za recept (za celý recept) a to cca 2 058 mil. Kč za rok 2013 (tj. 37,5 % z uhrazených poplatků). Následují poplatky za hospitalizaci (tj. 100 Kč za den pobytu ve zdravotním zařízení), v roce 2013 činily 1 744 mil. Kč (tedy 31,8 %). Na dalším místě jsou poplatky za návštěvu u lékaře, které dosahovaly v roce 2013 cca 1 505 mil. Kč (27, 4 %). A poslední jsou poplatky za pohotovostní služby ve výši 182 mil. Kč (3,3 %).

Pro velmi nemocné pacienty byl stanoven ochranný limit ve výši 5000 Kč ročně (pro děti a důchodce činí 2 500 Kč). Jeho hlavním úkolem je chránit především chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatků na léky a některých poplatků. Limit sledují zdravotní pojišťovny a případné přeplatky vrací zpět pacientovi. Do limitu se počítají doplatky na léky, poplatky za návštěvu lékaře a poplatky za výdej léků (MZČR, 2009).

.

3.6 Shrnutí kapitoly

Třetí kapitola byla zaměřena na financování zdravotnictví v ČR, které je financováno jak z veřejných zdrojů, tak i ze soukromých zdrojů. Rozdíly vyplývají z odlišných tradic, politického systému, historického vývoje, úrovně bohatství dané země atd. Byly zde vysvětleny, co jsou elementární subjekty zdravotnického systému a že ve zdravotnictví každé vyspělé země jsou přítomny tři respektive čtyři elementární subjekty. Dále byly popsány modely financování zdravotní péče, které se dělí na systém přímých úhrad, financování

z daňových výnosů, veřejné zdravotní pojištění a soukromé zdravotní pojištění. Také byly stručně nastíněny změny v systému zdravotnictví v ČR od roku 1989. V této kapitole byla uvedena organizace zdravotnictví v ČR a konec kapitoly se vztahuje na jednotlivé zdroje financování ve zdravotnictví a regulační poplatky.

4 KVANTIFIKACE DOPADŮ VYBRANÝCH ZMĚN VE ZDRAVOTNICTVÍ A NÁVRH MOŽNÝCH REFOREM

Tato kapitola je zaměřena na jednotlivé problémy ve zdravotnictví a následnou reformu zdravotnictví ČR, a to konkrétně na tzv. Hegerovu reformu zdravotnictví mezi léty 2011 - 2013. Důraz je kladen především na nejdůležitější změny, o které Heger usiloval. Jsou zde stručně popsány jednotlivé kroky, změny a následné zhodnocení. U určitých změn je provedena citlivostní analýza a na závěr jsou uvedeny určité návrhy a doporučení ke zlepšení situace ve financování zdravotnictví.

Ve zdravotnictví v ČR dochází určitě k pozitivním změnám, co se týče úmrtnostních charakteristik a životního stylu obyvatel. Dochází ke zvyšování délky života díky zlepšení dostupnosti nových léčebných technologií a postupů. Zde ovšem nastává problém, kdy dochází k podfinancování zdravotnického systému, čímž dochází k deficitům. Je důležité také zmínit, že situace se komplikuje snižováním motivace zdravotnického personálu a odchodem kvalifikovaných pracovníků z lékařství do zahraničí. Proto je důležité nalézt optimální řešení těchto nedostatků ve financování zdravotní péče, aby v budoucnu nedošlo ke snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče. Následně jsou uvedeny silné a slabé stránky zdravotnického systému v ČR.

Silné a slabé stránky zdravotnického systému v ČR

Transformace zdravotnictví ČR doposud nedořešila a úplně nedokončila řadu otázek. Mezi něž patří problémy vícezdrojového financování, spoluúčast občanů, systém řízení kvality zdravotní péče, úloha státu při řízení zdravotnictví atd. I přes tyto nedořešené problémy lze konstatovat, že systém zdravotnictví ČR je relativně efektivní.

Dolanský (2008) uvádí za silné stránky:

- hustá síť a vybavenost zdravotnických zařízení lůžkových i ambulantních včetně lékařské péče,
- dobrá úroveň vybavenosti zdravotnických zařízení ve všech regionech ČR zdravotnickou technikou a moderními medicinskými technologiemi,
- vysoká profesionální úroveň většiny zdravotnických pracovníků (lékařů, středních zdravotních pracovníků),
- zlepšování populačního zdraví (pokles standardizované úmrtnosti na nemoci oběhového systému, prodlužování střední délky života, snižování kojenecké

a dětské úmrtnosti, vysoká úroveň prevence infekčních a některých epidemických chorob),

- rozvoj nových léčebných technologických postupů (terapeutických, diagnostických),
- vcelku pozitivní transformace ambulantní zdravotní péče.

Dolanský (2008) uvádí za slabé stránky:

- nedostatečná účinnost řízení a kontroly kvality a hospodárnosti poskytované péče,
- narůstající regionální diferenciace v kvalitě poskytované zdravotní péče,
- vysoká zadluženost zdravotnických zařízení,
- vysoké hodnoty ukazatelů úmrtnosti u nádorových onemocnění (ve srovnání se zeměmi západní Evropy),
- nerovnost v úhradách zdravotní péče,
- nedostatečné ekonomické řízení a kontrola zdravotnických zařízení i plátců zdravotnických služeb,
- slabá pozice pacienta,
- nedostatečná aktivní spolupráce účastníků procesu poskytování zdravotní péče,
- roztříštěnost právní úpravy zdravotnického systému.

4.1 Důvody reformy

Za hlavní důvody pro reformu zdravotnictví lze určitě považovat demografické stárnutí a technologický pokrok.

Lepší životní a pracovní podmínky, pokroky v medicíně a sociální rozvoj vedou k tomu, že lidé se dožívají vyššího věku. Více lidí tak prožívá delší život, než tomu bylo v minulosti, a proto starší lidé tvoří významnější část populace než v minulosti.

Demografické stárnutí populace zasahuje všechny státy světa a stalo se jednou z nejvíce diskutovaných otázek posledních let. Naděje na dožití při narození se u mužů zvýšila za posledních 24 let o 7,1 let a u žen o 5,7 let. Z následující tabulky 4.3 je zřejmé, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. V roce 2013 se ženy průměrně dožívaly 81 let a muži 75 let.

Tabulka 4.1: *Naděje dožití při narození (roky) v ČR*

Rok	1989	1995	2000	2005	2010	2013
Ženy	75,4	76,6	78,3	79,1	80,6	81,1
Muži	68,1	69,7	71,6	72,9	74,4	75,2

Zdroj: ČSÚ (2014b)

Tabulka 4.2: Procentuální zastoupení počtu obyvatel v různých věkových skladbách

Věková skupina (v %)	1989	1995	2000	2005	2010	2013
0-14	21,7	18,3	16,2	14,6	14,4	15,0
15-64	65,8	68,4	69,9	71,1	70,1	67,6
65+	12,5	13,3	13,9	14,2	15,5	17,4

Zdroj: ČSÚ (2014b)

Na základě predikce ČSÚ bude populace v průběhu první poloviny tohoto století dále výrazně stárnout. Zastoupení osob v základních věkových skupinách se bude pohybovat mírným snižováním podílů osob mladších 15 let, také se výrazně sníží podíl tzv. ekonomicky aktivního obyvatelstva a naopak bude docházet k nárůstu osob starších 65 let. V 50. letech 21. století se očekává nejvyšší počet obyvatel starších 65 let (kdy by mohl být až dvojnásobný ve srovnání se současným stavem). Předpokládá se, že podíl osob starších 65 let stoupne ze 17 % (v 2013) na 32,5 % (v roce 2051). Tyto informace sice působí pozitivně pro obyvatelstvo, avšak negativně pro financování zdravotnictví v ČR. V tabulce 4.3 jsou uvedeny jednotlivé průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2012 v Kč (MPSV, 2015).

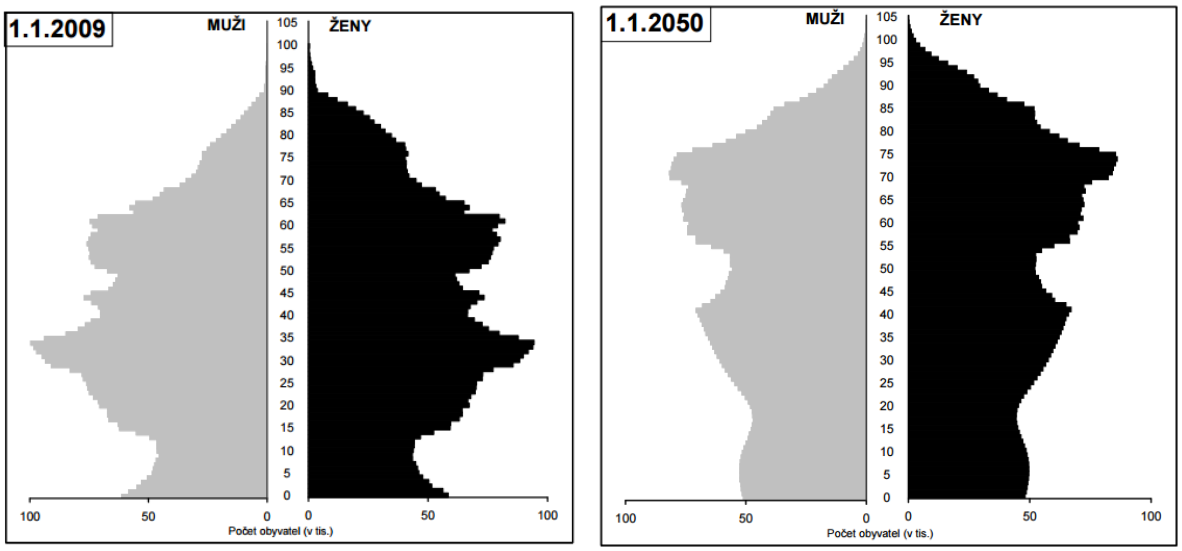
Tabulka 4.3: *Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2012 (v Kč)*

Věková skupina	Muži	Ženy
0-14	12 293	11 436
15-64	15 834	17 558
65+	58 559	49 316

Zdroj: ÚZIS (2013a)

Z tabulky je zřejmé, že výdaje na populaci starší 65 let jsou mnohem vyšší než výdaje na děti (0-14) či ekonomicky aktivní obyvatelstvo (15-64). S dalším očekávaným stárnutím populace do budoucna lze přepokládat, že výdaje na zdravotnictví se budou neustále zvyšovat. O to více je důležitá prevence, podpora zdravého prostředí a zdravého životního stylu. Jelikož pro financování péče platí přímý vztah, a to čím starší člověk, tím jsou vyšší náklady na jeho uzdravení.

Obrázek 4.1: *Věková skladba 2009, 2050*



Zdroj: ČSÚ (2009)

Technologický pokrok se řadí určitě k dalším důvodům, proč výdaje na zdravotnictví neustále rostou. Technika a věda jde stále dopředu a nejmodernější technologie jsou velmi nákladné. Pokud tedy chceme udržet krok s vyspělým světem právě ve využívání nejmodernějších technologii a postupů léčby, musí dojít k určitým změnám. Cílem by mělo být fungující a efektivní zdravotnictví.

Nebývalý technologický pokrok v posledních desetiletích, kdy se zvýšila technologická základna zdravotní péče, a to jak co se týče investic do zařízení, léků a přístrojů tak i do znalostí. V současné době je velmi pozitivní, že lékaři zvládnou vyléčit „téměř“ vše, avšak je třeba si uvědomit, že medicína a investice do výzkumu něco stojí (ÚVČR, 2012).

Skutečnost, že se lidé dožívají vyššího věku, je dáno poskytováním kvalitní zdravotní péče. Pro kvalitní zdravotní péči je třeba využívat nových nákladnějších postupů, metod, léků, přístrojů atd. Lze konstatovat, že vysoké finanční náklady na vědu a výzkum přináší růst populace starší 65 let a růst nákladů na jejich léčbu. Se stále narůstajícím schodkem ve zdravotnickém systému vláda navrhla určitou reformu zdravotnického systému, která je popsaná v následující kapitole.

4.2 Hegerova reforma zdravotnictví

Bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger (funkční období 2010 – 2013) prosadil reformu zdravotnictví, kdy první fáze začala platit od roku 2011. Zdravotnictví se neustále vyvíjí a technologie rostou, s tím souvisí i růst nákladů na zdravotní péči. Je proto důležité

zavést určité změny a především zvýšit spoluúčast pacientů. V následující tabulce 4.4 jsou uvedeny jednotlivé fáze Hegerovy reformy.

Tabulka 4.4: *Hegerova reforma zdravotnictví*

I. fáze	Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
II. fáze	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách
	Zákon č. 374/2011 Sb., o záchranné zdravotnické službě
	Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
III. fáze	Zákon o univerzitních nemocnicích
	Zákon o dlouhodobé péči
	Zákon o zdravotních pojišťovnách

Zdroj: MZČR (2011a), vlastní zpracování

I. a II. fáze reformy bývalého ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) byla schválena, avšak návrhy III. fáze reformy byly pozastaveny.

I. fáze reformy byla schválená v roce 2011 a představovala novelizaci zákona o veřejném zdravotním pojištění. Konkrétně se jedná o zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Předkladatelé si od této novely slibovali udržitelné financování zdravotnictví i do budoucna. Mezi hlavní změny zde patří zvýšení některých regulačních poplatků a zavedení nadstandardů.

Regulační poplatky

V I. fázi reformy se Heger zasloužil o změny v regulačních poplatcích, jak je uvedeno níže v tabulce 4.5. Zákon nabyl účinnosti 1.12.2011.

Tabulka 4.5: *Změna v regulačních poplatcích*

	2008	2011
Vyšetření u lékaře	30 Kč	30 Kč
Výdej léku na předpis	30 Kč[3]	**30 Kč**[4]
Návštěva pohotovosti	90 Kč	90 Kč
Pobyt v nemocnici	60 Kč	**100 Kč**

Zdroj: MZČR (2011a), vlastní zpracování

[3] Poplatek za každou položku na receptu.
[4] Poplatek (jednorázový) za celý recept.

Heger tedy zrušil poplatek za každou položku na receptu a zavedl poplatek za celý recept. Pacienti tak mohou ušetřit oproti min. rokům (tedy mezi léty 2008-2010), kdy např. měli na receptu 2 položky a museli zaplatiti 60 Kč. Pro pacienty se také zvýšil poplatek za pobyt v nemocnici, a to z 60 Kč na 100 Kč.

Navýšení poplatku za pobyt v nemocnici vyvolalo především mezi občany bouřlivou diskuzi. Avšak náklady nemocnic na neléčebné účely (strava, lůžkoviny, energie atd.) vychází přibližně na 200 Kč/1 pacienta za den. Nemocnice tak musí tyto činnosti dotovat na úkor péče a ohodnocení personálu. Dokonce na základě provedené analýzy nákladů nízkopříjmových domácností se prokázala částka 100 Kč na den běžná bez ohledu na to, zda se nachází doma nebo v nemocnici (ÚVČR, 2012). Od roku 2015 se platí pouze poplatek za pohotovostní služby.

Standard versus nadstandard

Heger prosadil v I. fázi reformy také legální připlácení za nadstandardní péči (i když byla v podstatě praktikována již dříve, ale až od roku 2012 byla nabízena oficiálně). Pacient, který bude dražší zdravotnický materiál chtít, si ho normálně koupí. Od roku 2012 si mohli lidé připlácet za ekonomicky náročnější léčbu v oblasti kontaktních čoček (implantace nitrooční čočky), některých vakcín (očkování proti tetanu, sezonní chřipce, pneumokokovi, tuberkulóze, rakovině děložního čípku, vzteklině) a fixaci končetin při zlomeninách (odlehčené sádry atd.). Zdravotnická zařízení (nemocnice) musely mít ceníky péče vyvěšené na svých internetových stránkách a také přímo v zařízení. Pokud bylo možno u určitého případu nabízet ekonomicky náročnější variantu, měl lékař povinnost informovat pacienta včetně informace o ceně. Před zavedením této změny platilo, že pokud si pacient např. vybral jinou vakcínu (než platil stát), zaplatil celou cenu. Na základě schválení této změny bude cena nižší než cena celé vakcíny, neboť pacient doplatí jen to, na co úhrada pojišťovny nestačí. Dražší produkt bude tedy dostupnější více lidem. Pokud si pacient nebude moci dovolit připlatit za nákladnější variantu, bude zde vždy existovat varianta bez nutnosti doplácení se stejným léčebným účinkem (ČT24, 2011; ÚVČR, 2012).

V roce 2013 byly nadstandardy zrušeny ústavním soudem. Soudci vidí problém v tom, že zákon, který je upravuje, není dost srozumitelný. Zákon by měl přesně popsat, co vlastně nadstandardní péče znamená (nadstandard prozatím vymezuje vyhláška, a to je dle soudu špatně).

II. fáze reformy přinesla tři zákony, respektive zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, zákon č. 374/2011 Sb., o záchranné zdravotnické službě, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Zákony nabyly účinnosti 1.4.2012.

Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon o zdravotnických službách upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, definuje zdravotní péči a postavení pacienta. Zákon obsahuje přesné vymezení nároků pacientů a také sankci za poškození pacienta, a to v oblasti jeho práv.

Práva pacienta:

- pacient má právo zvolit si konkrétní zdravotnické zařízení,
- pacient má nárok přijmout či odmítnout zákrok,
- pacient musí být lékařem plně informován a poučen.

Lékař je povinen podat pacientovi veškeré informace a nesmí pacientovi zatajovat informace o jeho zdravotním stavu. Pacient se může vědomě rozhodnout a má právo na volbu zdravotního zařízení, které nemůže jeho vyšetření odmítnou (pouze z kapacitních důvodů).

Celý oddíl zákona je věnován stížnostem pacientů, kdy stížnosti musí být vyřešeny v časovém limitu. Stížnostem se věnují nezávislé komise a za pochybení se pohybují pokuty až do 1 000 000 Kč. Další změna se týkala nakládání se zdravotnickou dokumentací a hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Více viz. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách.

Zákon o záchranné zdravotnické službě

Zákon o záchranné zdravotnické službě přináší především změnu dojezdové doby výjezdové skupiny (záchranné služby) na místo události z 15 na 20 min. Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu. Ta musí být splněna minimálně v 95 % výjezdů. Tato změna sice nepůsobí příliš pozitivně, ale jedná se především o formální úpravu, jelikož v předchozím časovém limitu nebylo možné do některých hodně odlehlých míst dojet. Avšak v naprosté většině, je dojezdový čas mnohem nižší než 15 min. Zlepší se dostupnost zdravotnické záchranné služby na území celé republiky. Budou postavena další nová stanoviště záchranné služby v oblastech, kde se nyní profesionální pomoc nedostává pacientovi včas (stanice přibydou především podél pomezí Moravy a Čech, v jižních a středních Čechách, v Krkonoších). Budou stanoveny jednotné podmínky pro poskytování záchranné služby a práva a povinnosti záchranářů, např. oprávnění výjezdových skupin

vstupovat na cizí pozemky a budovy**,** záchranáři mohou neposkytovat péči při bezprostředním ohrožení vlastního života nebo zdraví. Více viz. Zákon č. 374/2011 Sb., o záchranné zdravotnické službě.

Zákon o specifických zdravotních službách

Upravuje zákroky, jako je kastrace, sterilizace, změna pohlaví transsexuálních osob či umělé ukončení těhotenství. Důraz je kladen na to, aby se jednalo především o svobodnou vůli pacienta. Pacient musí být podrobně informován o provedeném výkonu, jeho důsledcích.

Novinkou je, že mohou ženy od 21 let věku podstoupit dobrovolnou sterilizaci (tedy z jiných než zdravotních důvodu). Sterilizace ze zdravotních nebo jiných než zdravotních důvodů lze provést, jestliže pacient nebo jeho zákonný zástupce udělili písemný souhlas. Co se týče terapeutické kastrace, tak ta lze provést muži staršímu 25 let. Kastrace se může provést pouze na základě pacientovy písemné žádosti, také je zapotřebí stanoviska odborné komise a u některých případů je nutný souhlas soudu. Umělé oplodnění lze provést ženě, pokud její věk nepřekročil 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže. Více viz daný Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

III. fáze

Třetí fáze reformy byla zatím pozastavena, diskutuje se především o návrh zákona o univerzitních nemocnicích, zákona o dlouhodobé péči a zákona o zdravotních pojišťovnách.

Zákon o univerzitních nemocnicích, kterým bude lépe právně ošetřena spolupráce nemocnic a univerzit. Také dojde ke zprůhlednění pracovních závazků a vztahů. Důraz je kladen na to, aby tento zákon odrážel skutečnost, že fakultní nemocnice mají za úkol jak léčit, tak vzdělávat nové generace lékařů a poskytovat k vědecké práci vhodné zázemí. Proto je zapotřebí do řízení nemocnic zapojit také univerzity (MZČR, 2011b).

Připravuje se také **zákon o dlouhodobé péči** vznikající v úzké spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Zde se jedná o úkol vyřešit problematiku pacientů ve stabilizovaném stavu, kteří potřebují sociální pečovatelskou službu, ale jsou umístnění ve zdravotnických zařízeních. Současný stav je nevyhovující, jelikož podmínky pacientů umístěných ve zdravotnických zařízeních se velmi liší od podmínek klientů v ústavech sociální péče. Zatímco někteří pacienti leží v LDN a na péči nic nedoplácejí (účet za tyto služby vyplácí zdravotní pojišťovny), jiní pacienti jsou v pobytových sociálních zařízeních, kde se na péči většinou podílí i pacient. V současnosti se na daném zákonu začíná pracovat a mohl by platit během roku 2017 (MZČR, 2011b; ZD, 2015).

Dalším připravovaným zákonem je **zákon o zdravotních pojišťovnách**. Jedná se o to, že na jedné straně stojí Všeobecná zdravotní pojišťovna, která je zřizovaná zvláštním zákonem, a na straně druhé jsou zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Všechny pojišťovny, které budou mít rovnocenné postavení, se budou řídit jedním zákonem. Má dojít i ke zřízení Kanceláře zdravotních pojišťoven, ta bude jakousi zastřešující servisní organizací, která se bude starat o obecnou agendu (tu má nyní na starost Všeobecná zdravotní pojišťovna). Uvažuje se také o zrušení Dozorčí rady, kdy by její funkci převzala Správní rada. Mělo by dojít k zvýšení transparentnosti fungování zdravotních pojišťoven a zajištění stability hospodaření (MZČR, 2011b; MZČR, 2013b).

4.3 Zhodnocení vybraných změn

V této podkapitole jsou vybrány jednotlivé změny zavedené Leošem Hegerem, především kvantifikace dopadů regulačních poplatků, poté jsou zhodnoceny nadstandardy a druhá fáze reformy. Třetí fáze reformy v této práci zkoumána nebude, jelikož zatím byla pozastavena. Jednalo se o návrhy, které jsou uvedeny v podkapitole výše 4.2 (Hegerova reforma).

4.3.1 I. fáze reformy

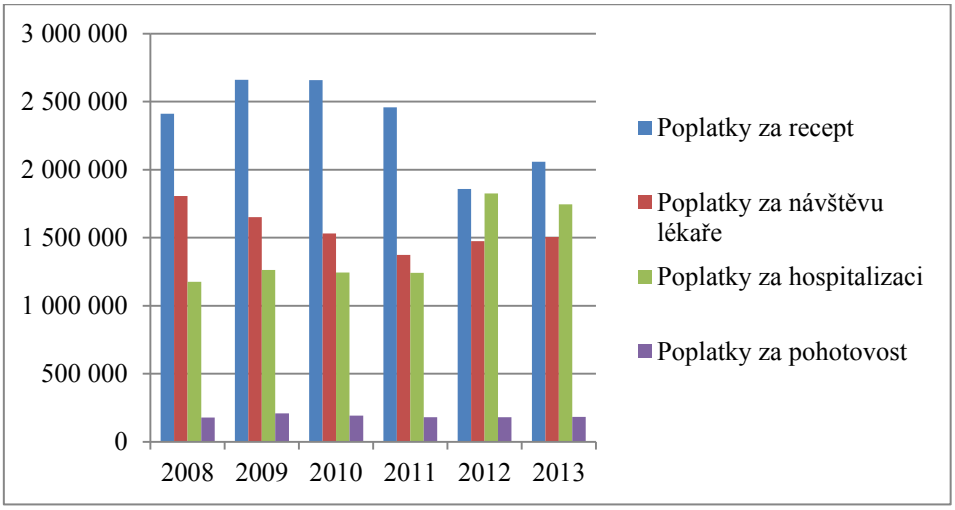
V první fázi reformy byly zavedeny regulační poplatky a zavedeny nadstandardy. Nejprve budou zhodnoceny regulační poplatky a poté nadstandardy.

Zavedení regulačních poplatku je spojeno s rokem 2008, jak již bylo uvedeno v kapitole 3.5.2, avšak tato práce je zaměřena především na změny Leoše Hegera, tedy na první fázi reformy, která nabyla účinnosti 1.12.2011. V první fázi reformy Leoše Hegera došlo ke změně regulačních poplatků, a to konkrétně za pobyt v nemocnici ze 60 Kč na 100 Kč a změna nastala také u poplatku za recept, kdy se začalo 30 Kč platit za celý recept a ne za každou položku.

Domácnosti

V následujícím grafu 4.1 jsou uvedeny výdaje domácností na regulační poplatky za rok 2008-2013.

Graf 4.1: *Výdaje domácností na regulační poplatky (v tis. Kč)*

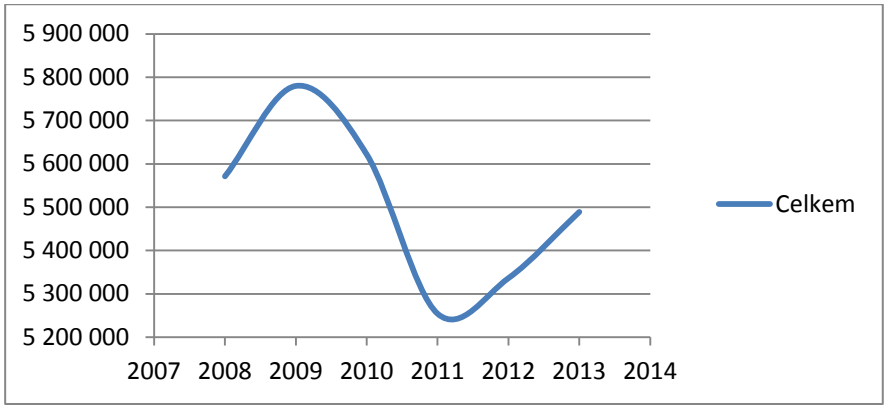


Zdroj: ČSÚ (2014a), ČSÚ (2012)

V grafu 4.1 jsou zobrazeny výdaje domácností na regulační poplatky, které byly vybírány od roku 2008. Největší položkou poplatku tvořily poplatky za recept. Od roku 2008 bylo vybíráno 30 Kč za každou položku na receptu, avšak Hegerovou reformou (tedy od konce roku 2011, především od roku 2012) se začalo vybírat pouze 30 Kč za celý recept. Z grafu v roce 2012 je viditelný pokles výdajů domácností na tento regulační poplatek od předešlých roků. Je zřejmé, že změna poplatku za recept (Hegerova reforma), kdy se berou v potaz především roky 2012 a 2013, **snížila výdaje domácnosti** oproti předešlým rokům přibližně o 23 %.

Na konci roku 2011 došlo také ke zvýšení poplatku za pobyt v nemocnici (hospitalizace) z 60 Kč na 100 Kč. Z grafu je opět zřejmé, že rokem 2012 vzrostly výdaje domácností právě za pobyt v nemocnici, což při dané změně je pochopitelné. U této změny naopak **vzrostly výdaje domácnosti** (opět za rok 2012, 2013) oproti předešlým rokům přibližně o 31 %. Následující graf 4.2 zobrazuje vývoj celkových výdajů domácností na regulační poplatky za roky 2008 – 2013.

Graf 4.2: *Vývoj výdajů celkem na regulační poplatky (v tis. Kč)*



Zdroj: ČSÚ (2014a), ČSÚ (2012)

Každý rok bylo celkem vybráno na regulačních poplatcích přes 5 mld. Kč, které připadaly jednotlivým zdravotnickým zařízením. Největší částka byla vybrána v roce 2009 a činila 5 779 848 tis. Kč. Naopak nejméně bylo vybráno v roce 2011 a to 5 254 230 tis. Kč. Od roku 2012 výdaje opět pozvolna rostou v důsledku zavedení změn Leošem Hegerem.

V tabulce 4.6 jsou uvedeny jak počty ošetřovacích dnů a ošetření, tak i počet receptů vydaných poskytovateli lékárenské péče a to za léta 2007 – 2013.

Tabulka 4.6: *Počet ošetřovacích dnů a ošetření*

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Celkem ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb (v tis.)	26 610	25 501	25 561	25 363	24 688	23 918	22 647
Počet ošetření na LSPP (lékařská služba první pomoci = pohotovost) celkem (v tis)	1363	874	978	898	929	943	948
Počet ambulantních ošetření (v tis.)	128 833	106 968	116 773	115 130	116 056	115 455	116 596
Počet receptů u poskytovatelů lékárenské péče (v tis. Ks)	90 002	68 841	72 946	73 464	73 896	69 668	68 947

Zdroj: ÚZIS (2014)

V tabulce 4.6 jsou zobrazeny jednotlivé počty ošetření za léta 2007-2013, kdy rok 2007 je brán jako základní rok bez regulačních poplatků. V roce 2008 už byly zavedeny jednotlivé regulační poplatky a lze konstatovat, že došlo ke snížení počtu ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb, na pohotovosti, v ambulantních zařízeních a také se vydalo méně receptů od poskytovatelů lékárenské péče. Ke konci roku 2011 byla provedena Hegerova reforma a opět v roce 2012 došlo ke snížení počtu ošetřovacích dnů a ošetření.

Regulační poplatky, vzhledem ke snížení zbytečného nadužívání zdravotní péče, splnilo svoji úlohu a došlo k celkovému poklesu. Následující tabulka 4.7 udává dopady změn zavedené Leošem Hegerem (změna u poplatku v nemocnici a změna u receptu).

Tabulka 4.7: *Dopady změn v důsledku Hegerovy reformy*

	Bez poplatků	První zavedení poplatků (Julínkova reforma)				Hegerova reforma	
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Celkem ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb (v tis.)	26 610	25 501	25 561	25 363	24 688	23 918	22 647
% změna oproti roku 2007		4	4	5	7	**10**	**15**
Počet receptů u poskytovatelů lékárenské péče (v tis. Ks)	90 002	68 841	72 946	73 464	73 896	69 668	68 947
% změna oproti roku 2007		24	19	18	18	**23**	**23**

Zdroj: ÚZIS (2014), vlastní zpracování

Z tabulky 4.7 je zřejmé, že po zavedení Hegerovy reformy došlo ke snížení ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb v roce 2012 přibližně o 10 % a v roce 2013 až o 15 %. Lze konstatovat, že průměrně za ty dva roky se jednalo o 13% pokles oproti roku 2007, kdy ještě nebyly žádné regulační poplatky. Co se týče změny v poplatku za celkový recept, došlo průměrně ke snížení počtu vydaných receptů od poskytovatelů lékárenské péče přibližně o 23 % za rok 2012 a 2013 oproti roku 2007.

MZČR

Co se týče příjmů a výdajů Ministerstva zdravotnictví ty jsou zhodnoceny v následující tabulce.

Tabulka 4.8: *Příjmy a výdaje Ministerstva zdravotnictví ČR (v tis. Kč)*

Rok	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Příjmy	299 121	1 453 234	531 000	575 756	1 100 429	686 399	533 057	1 569 959
Výdaje	9 257 828	10 610 693	8 304 157	7 899 704	6 820 824	6 668 127	6 455 837	6 810 656

Zdroj: Monitor (2015), Zákony pro lidi (2015)

Z tabulky 4.8 je zřejmé, že příjmy i výdaje MZČR se neustále mění. Příjmy a výdaje závisí na jednotlivých politikách, které jsou v daném období ve funkci. Výdaje od roku 2008, kdy byly poprvé zavedeny regulační poplatky, mají klesající tendenci do roku 2013. V roce 2012, kdy lze předpokládat vliv změn v oblasti zdravotnictví Hegerovou reformou, došlo opět k poklesu výdajů MZČR. Průměrně (za rok 2012, 2013 – Hegerova reforma) se výdaje na

zdravotnictví snížily oproti roku 2007 přibližně o 29 %. Po zrušení regulačních poplatků v roce 2014 je viditelný opětovný nárůst výdajů MZČR.

Zdravotní pojišťovny

Tabulka 4.9: *Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven (v mil. Kč)*

Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven (v mil. Kč)	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Příjmy	202 808	211 360	212 199	215615	219482	232124	235781
Výdaje	185 610	200 592	218 630	222500	225547	231270	229905

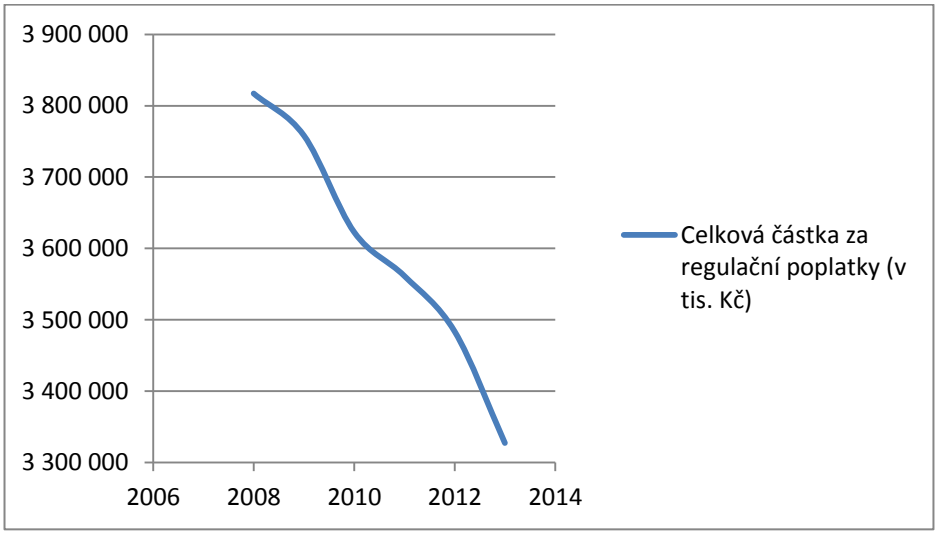
Zdroj: ÚZIS (2013a)

Tabulka 4.9 zobrazuje příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven za jednotlivé roky a je zřejmé, že jak příjmy, tak i výdaje mají od roku 2007 rostoucí tendenci. Nelze tedy konstatovat, že Hegerova reforma pozitivně ovlivnila zdravotní pojišťovny. Příjmy sice v roce 2012 vzrostly oproti roku 2007 přibližně o 13 %, avšak výdaje také vzrostly, a to až o 20 % oproti roku 2007.

Regulační poplatky u pojištěnců VZP

V následujícím grafu je uvedena celková částka za regulační poplatky, kterou získali poskytovatelé zdravotních služeb od pojištěnců VZP. VZP byla vybrána z důvodu, že jako jediná ze sedmi zdravotních pojišťoven v ČR je státní a celkem by pojišťovna měla mít k roku 2015 necelých 6 mil. klientů.

Graf 4.3: *Celková částka za regulační poplatky (v tis. Kč)*



Zdroj: VZP (2014)

Poskytovatelé zdravotních služeb každý rok od pojištěnců VZP nárokovali více jak 3 mld. Kč. Z grafu je zřejmé, že celková částka za regulační poplatky od roku 2008 má klesající tendenci. Lze to vysvětlit tím, že lidé opravdu začali čerpat zdravotní služby méně díky zavedeným regulačním poplatkům. Celková částka za regulační poplatky z roku 2008 na rok 2013 klesla přibližně o 13 % a v průměru oproti rokům 2008-2011 se zavedením Hegerovy reformy (2012,2013) klesla celková částka o 7 %.

V následující tabulce 4.10 jsou uvedeny data, které se týkají ochranného limitu pro vážně nemocné (viz. kapitola 3.5.2. regulační poplatky a ochranný limit)

Tabulka 4.10: *Ochranný limit*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pojištěnců, kteří v daném období překročili zákonný limit (osoby)	10 583	175 227	251 317	267 210	173 419	127 790
Částka, o kterou byl překročen zákonný limit tzv. vratky (v tis. Kč)	14 864	180 008	326 340	349 429	313 044	156 269

Zdroj: VZP (2014)

Z tabulky je viditelný nárůst osob (kteří spadali do ochranného limitu) od roku 2008 do roku 2011, poté dochází od roku 2012 k poklesu (začala působit Hegerova reforma).

V I. Fázi Hegerovy reformy se další změna týkala **zavedení nadstandardu.** Pacienti si od ledna 2012 mohli legálně připlatit např. za lepší čočky, odlehčené sádry a některé očkování. Dle zdravotnických novin pacienti v Česku však příliš nestáli o nadstandardy ve zdravotnictví a proto příjem z nich byl malý. Lidé si připlácejí především za komfortnější pokoje (až 300 Kč/den), avšak ty si mohli hradit už před reformou. V prvním pololetí roku 2012 mohlo být vybráno za nadstandardy 30 až 40 mil. Kč (ZM, 2013).

Pro pacienty zavedení nadstandardu mělo určitě pozitivní dopad, jelikož už nemuseli platit plnou cenu, ale jen rozdíl mezi požadovanou cenou a standardní cenou (tu hradí zdravotní pojišťovna). Přesto pacienti neprojevili velký zájem o připlácení za nadstandardy, jak již bylo zmíněno.

Výnosy z nadstandardů představují jen malou část příjmů nemocnic a zásadnější vliv na jejich hospodaření nemají. Lze tedy konstatovat, že pro poskytovatele zdravotní služeb nepřineslo zavedení nadstandardů dostatek příjmů, jak se předpokládalo. Za negativum lze

považovat zvýšení administrativní zátěže. Avšak podle představitelů zdravotnických zařízení mohou právě nadstandardy znamenat určitou konkurenční výhodu, a to díky odlišným cenám.

Pokud se jedná o zdravotní pojišťovny a zavedení nadstandardů pro ně to znamenalo zvýšení výdajů, jelikož musely přispívat na nadstandardy, které si dříve platili jen lidé, kteří si to mohli dovolit (tedy za vlastní peníze).

Shrnutí I. fáze reformy

Pro celkové shrnutí dopadů I. fáze reformy je zobrazena následující tabulka 4.11. V tabulce jsou uvedeny hlavní pozitivní a negativní dopady na pacienty, poskytovatele zdravotnických služeb a také na zdravotní pojišťovny jako plátce lékařské péče.

Tabulka 4.11: *Pozitivní a negativní dopady I. fáze reformy*

Změny v I. fázi reformy	**POZITIVNÍ**		
	Pacienti	Poskytovatelé zdravotnických služeb	Plátci (Zdravotní pojišťovny)
Regulační poplatky	více času pro skutečně nemocné	vysoký příjem	-
Nadstandard	nižší cena za nadstandard	malý příjem	-
	NEGATIVNÍ		
Regulační poplatky	vyšší náklady	administrativní zátěž, jednorázové náklady na pořízení automatů (na hrazení regulačních poplatků)	administrativní zátěž
Nadstandard	-	administrativní zátěž	vyšší náklady

Zdroj: Vlastní zpracování

Z tabulky je viditelné, že I. fáze reformy (tedy zavedení regulačních poplatků a zavedení nadstandardů) nemá žádný pozitivní dopad na zdravotní pojišťovny jako plátce lékařských služeb. Pro zdravotní pojišťovny dané změny znamenají pouze administrativní zátěž a vyšší náklady na poskytnuté standardy. Administrativa se zvyšuje také u poskytovatelů zdravotních služeb, avšak u těch výrazně vzrostly příjmy z regulačních poplatků a malý příjem jim také plynul z poskytnutých nadstandardních služeb. Pro pacienty zavedené změny znamenaly zvýšení nákladů za využívání lékařské péče, avšak došlo k redukci osob navštěvující zdravotnická zařízení a lékaři se mohou více věnovat těm skutečně nemocným. Co se týče zavedení nadstandardu, lidé si mohli připlatit za některé služby, a to ve skutečnosti zaplatili méně než před reformou.

4.3.2 II. fáze reformy

V II. fázi zdravotnické reformy došlo ke schválení tří zákonů, a to:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách
- Zákon č. 374/2011 Sb., o záchranné zdravotnické službě
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

V této fázi bylo především zhodnoceno posílení práv pacientů, záchranářů, poté podávání sankcí a administrativní zátěž, a to vzhledem k pacientům a poskytovatelům zdravotnických služeb. Stručné shrnutí je uvedeno v tabulce 4.12.

Tabulka 4.12: *Pozitivní a negativní dopady II. fáze reformy*

Změny v II. fázi reformy	**POZITIVNÍ**	
	Pacienti	Poskytovatelé zdravotnických služeb
Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování	posílení práv, podávat stížnosti	-
Zákon o záchranné zdravotnické službě	zlepšení dostupnosti zdravotnické záchranné služby	změna dojezdové doby z 15 na 20 min., posílení práv záchranářů
Zákon o specifických zdravotních službách	posílení práv	-
	NEGATIVNÍ	
Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování	-	posílení práv pacientů, hrozba sankcí, zvýšení administrativní zátěže
Zákon o záchranné zdravotnické službě	změna dojezdové doby z 15 na 20 min.	-
Zákon o specifických zdravotních službách	-	administrativní zátěž

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky je zřejmé, že byly jednotlivými zákony především posíleny práva pacientů, což lze považovat za pozitivum pro pacienty. Jedinou změnou, která by mohla působit negativně, pro pacienty, je změna dojezdové doby záchranné služby z 15 na 20 min. Avšak v tomto případě se jedná především o formální úpravu, jelikož v předchozím časovém limitu nebylo možné do některých hodně odlehlých míst dojet. V naprosté většině je dojezdový čas

mnohem kratší než 15 min. Pacienti také mohou podávat stížnost na konkrétního zdravotnického pracovníka a pokud je stížnost oprávněná, daný pracovník bude sankciován.

Negativní dopady vznikají poskytovatelům zdravotnických služeb s růstem administrativních nákladů, také posílení práv pacientů, kdy poskytovatelé musí např. zajistit tlumočníka pro neslyšící atd. Dalším negativem je určitě hrozba sankcí, kdy pacienti mohou podávat stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb. Posílení práv poskytovatelů (např. mohou vstupovat na cizí pozemky atd.) je určitě pozitivum, a také zvýšení dojezdové doby záchranné služby lze považovat za pozitivní dopad pro záchranáře.

4.4 Vybrané problémy - návrhy a doporučení

V této podkapitole jsou uvedeny jednotlivé návrhy na změnu regulačních poplatků se zaměřením na regulační poplatky za den v nemocnici a za návštěvu lékaře. Jsou zde uvedeny regulační poplatky, pokud by zůstaly stejné (za Leoše Hegera) a nedošlo by k žádné změně. Poté jsou uvedeny regulační poplatky s návrhem vlády na zvýšení poplatku za den v nemocnici ze 100 Kč na 200 Kč a zvýšení poplatku u lékaře ze 30 Kč na 50 Kč. Dále zde bude uvedeno mé doporučení ohledně výše regulačních poplatků. Také zde budou uvedeny celkové návrhy a doporučení pro zdravotnictví v ČR.

4.4.1 Regulační poplatky

V následující tabulce 4.13 jsou uvedeny léta 2007-2013, kdy rok 2007 je bez regulačních poplatků, v roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky a v roce 2012 se projevují změny zavedené Leošem Hegerem (především změna za pobyt v nemocnici). V tabulce 4.13 je také uveden předpoklad, jak by se mohly projevit změny po roce 2013, pokud by poplatky zůstaly stejné (poplatky Hegera). Jedná se o poplatek za pobyt v nemocnici 100 Kč (ten byl Leošem Hegerem navýšen ze 60 Kč) a poplatek za návštěvu lékaře ve výší 30 Kč, kterou Heger nezměnil a tento poplatek tedy platí od roku 2008.

Hegerova reforma je označená v jednotlivých tabulkách šedou barvou a to pro rok 2012 a 2013. Jak již bylo řečeno v kapitole 4.2 (Hegerova reforma) změna poplatku za pobyt v nemocnici začala působit od 1.12.2011, proto se bere v potaz až rok 2012, kdy plně začala působit tato změna.

Tabulka 4.13: *Regulační poplatky bez změny*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Předpoklad pro následující rok
Celkem ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb (v tis)	26 610	25 501	25 561	25 363	24 688	23 918	22 647	21 288
% změna oproti roku 2007		4	4	5	7	10	15	
% změna oproti roku 2011						3	8	6[5]
Výběr na poplatcích (v tis. Kč)		**1 530 060**	**1 533 660**	**1 521 780**	**1 481 280**	**2 391 800**	**2 264 700**	2 128 818
Počet ambulantních ošetření (v tis.)	128 833	106 968	116 773	115 130	116 056	115 455	116 596	116 596
% změna oproti roku 2007		17	9	11	10	10	9	
% změna oproti roku 2011						1	0	**0**[6]
Výběr na poplatcích (v tis. Kč)		**3 209 040**	**3 503 190**	**3 453 900**	**3 481 680**	**3 463 650**	**3 497 880**	3 497 880

Zdroj: ÚZIS (2014), vlastní zpracování

V tabulce 4.13 jsou uvedeny celkové ošetřené dny u poskytovatelů lůžkových služeb a počet ambulantních ošetření od roku 2007 až po roku 2013. Jsou zde zobrazeny také procentní změny pro jednotlivé roky od roku 2007 a 2011. Tato práce je zaměřena na Hegerovu reformu, jak již bylo řečeno, proto je brán jako hlavní rok 2012 a 2013 a jejich procentní změna oproti roku 2011, kdy Hegerova reforma ještě nepůsobila na jednotlivé subjekty.

Z tabulky je zřejmé, že na rok 2012 klesl počet celkových ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb o 3 % (oproti roku 2011) a na rok 2013 (oproti roku 2011) až o 8 %. Průměrně lze přepokládat pokles celkových ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb o 6 % na následující rok (tedy rok 2014) pokud by poplatek byl stále 100 Kč. Takže v roce 2014 by klesly ošetřené dny z 22 647 tis. na 21 288 tis. Oproti roku 2013 by se také vybralo méně na tomto poplatku a to přibližně 2 128 818 tis. Kč.

[5] Průměr roku 2012 a 2013.
[6] Průměr roku 2012 a 2013.

Co se týče ambulantních ošetření, ty se neustále pohybují kolem 115 000 tis. a 116 000 tis., s výjimkou roku 2008, kdy byl poprvé zaveden poplatek 30 Kč u lékaře a je zde viditelný razantní pokles oproti roku 2007 (17 %). Třicetikorunový poplatek u lékaře platí již od roku 2008 a je viditelný dlouhodobější trend. Co se týče roků 2012 a 2013 je zde viditelná procentní změna na rok 2012 (oproti roku 2011) a na rok 2013 je pouze nepatrná změna počtu ambulantních ošetření oproti roku 2011. Lze přepokládat, že pokud by se poplatek nezměnil a byl stále 30 Kč, v roce 2014 by počet ambulantních ošetření byl podobný jako v roce 2013.

Další tabulka 4.14 je zaměřena na návrhy vlády, která uvažovala o navýšení poplatku za pobyt v nemocnici ze 100 Kč na 200 Kč a za návštěvu lékaře ze 30 Kč na 50 Kč. Tento návrh schválený nebyl.

Tabulka 4.14: *Regulační poplatky a návrh vlády*

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**Předpoklad pro následující rok**
Celkem ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb (v tis)	26 610	25 501	25 561	25 363	24 688	23 918	22 647	21 288
% změna oproti roku 2007		4	4	5	7	10	15	
% změna oproti roku 2011						3	8	6[7]
Výběr na poplatcích (v tis. Kč)		**1 530 060**	**1 533 660**	**1 521 780**	**1 481 280**	**2 391 800**	**2 264 700**	**4 257 636**
Počet ambulantních ošetření (v tis.)	128 833	106 968	116 773	115 130	116 056	115 455	116 596	116 596
% změna oproti roku 2007		17	9	11	10	10	9	
% změna oproti roku 2011						1	0	**0**[8]
Výběr na poplatcích (v tis. Kč)		**3 209 040**	**3 503 190**	**3 453 900**	**3 481 680**	**3 463 650**	**3 497 880**	**5 829 800**

Zdroj: ÚZIS (2014), vlastní zpracování

Z tabulky 4.14 lze předpokládat, že dojde přibližně ke stejnému snížení ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb a počtu ambulantních ošetření jako v předchozí tabulce

[7] Průměr roku 2012 a 2013.
[8] Průměr roku 2012 a 2013.

4.13. Tedy počet ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb z roku 2013 na následující rok (tedy rok 2014) by klesl o 6 % a počet ambulantních ošetření v roce 2014 by byl přibližně stejný jako v roce 2013. Lze to vysvětlit tím, že určitá část pacientů (kteří nebyli nějak vážně nemocní) kvůli zavedeným regulačním poplatkům snížila poptávku po zdravotnických službách. Ostatní (opravdu nemocní) k lékaři musí a pokud dojde k opětovnému zvýšení již existujících poplatků počet pacientů se už nebude tak výrazně měnit jako v prvním roku zavedení regulačních poplatků, kdy došlo k největší eliminaci.

Navýšení poplatků u lékaře z 30 Kč na 50 Kč a v nemocnici ze 100 Kč na 200 Kč by znamenal především zvýšenou spoluúčast pacientů na financování zdravotnictví, ale také by to pro poskytovatelé těchto zdravotních služeb mělo za následek vyšší výběr za tyto poplatky. Výběr peněz za regulační poplatky by poskytovatelé zdravotnických služeb měli investovat ke zkvalitnění zdravotní péče (např. nákup výkonnějších strojů atd.)

Jako poslední návrh je uvedena tabulka 4.15, která zobrazuje stejné informace jako v předešlých dvou tabulkách, avšak je zde uveden návrh, pokud by poplatky zůstaly stejné od roku 2008 a to 30 Kč za návštěvu lékaře a 60 Kč za pobyt v nemocnici. Co se týče poplatku za návštěvu lékaře, tak ten je od roku 2008 stále stejný proto není třeba zde vypočítávat hodnoty.

Tabulka 4.15: *Regulační poplatky s preferovaným návrhem*

							Hegerova reforma	
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	Předpoklad	**2012**	**2013**
Celkem ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb (v tis)	26 610	25 501	25 561	25 363	24 688	24 194	23 918	22 647
% změna oproti předcházejícímu roku		4	0	1	3	**2**[9]		
Výběr na poplatcích (v tis. Kč)		**1 530 060**	**1 533 660**	**1 521 780**	**1 481 280**	**1 451 654**	**2 391 800**	**2 264 700**
Počet ambulantních ošetření (v tis.)	128 833	106 968	116 773	115 130	116 056		115 455	116 596
Výběr na poplatcích (v tis. Kč)		**3 209 040**	**3 503 190**	**3 453 900**	**3 481 680**		**3 463 650**	**3 497 880**

Zdroj: ÚZIS (2014), vlastní zpracování

Tabulka 4.15 je zaměřena na předpoklad, jak by se přibližně změnil (v roce 2012) počet ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb, pokud by poplatek zůstal 60 Kč a ne

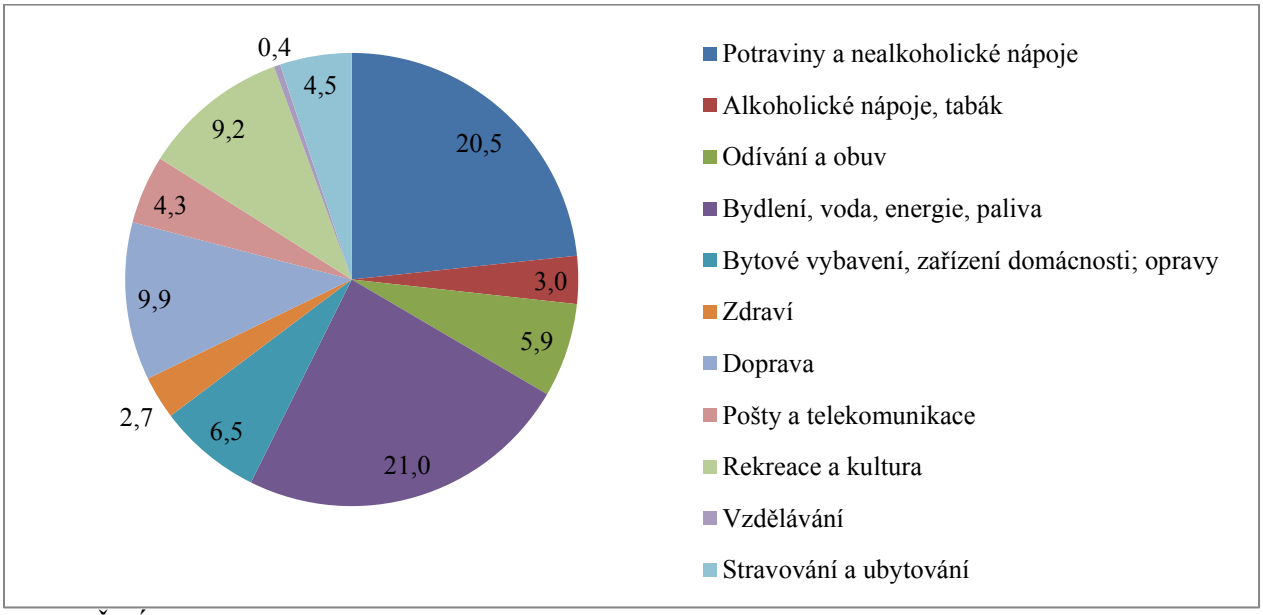
[9] Průměr roku 2008-2011.

100 Kč (zavedené Leošem Hegerem). Lze předpokládat snížení počtu ošetřených dnů přibližně o 2 %. Tedy z 24 688 tis. (2011) na 24 194 tis. (předpokládaný rok 2012) avšak celkově by zdravotnická zařízení vybrala na tomto regulačním poplatku méně oproti předcházejícím rokům.

V šedé části tabulky je uvedena Hegerova reforma a je zřejmé, že zvýšení poplatku ze 60 na 100 Kč (rok 2012) snížilo počet ošetřených dnů u poskytovatelů lůžkových služeb přibližně o 1 % (pokles o 276 tis.) oproti předpokladu (poplatek 60 Kč). Také je viditelné, že na poplatcích by jednotlivá zdravotnická zařízení vybraly přes 2 000 000 tis. Kč (za rok 2012 i za rok 2013). Lze tedy konstatovat, že Hegerova reforma (co se týče zvýšení poplatku za pobyt v nemocnici) splnila svou funkci (snížila počty ošetřených dnů a zvýšila zdravotnickým zařízením příjmy z poplatků).

Regulační poplatky určitě mají velký význam ve zdravotnictví a je třeba si uvědomit, že zdravotní péče není zadarmo. Tyto poplatky byly zavedené nejen za účelem snížení poptávky po zdravotnických službách a zvýšení příjmu zdravotnickým zařízením, ale především by měly motivovat občany dané země k tomu, aby si svého zdraví vážili a uvědomili si, že vše něco stojí a léčebná péče je velmi nákladná. V následujícím grafu 4.4 je zobrazena struktura spotřebních výdajů domácností v roce 2013 a je viditelné že domácnosti více utrácejí za alkoholické nápoje a tabák (3 %) než za zdraví (2,7 %).

Graf 4.4: *Struktura spotřebních výdajů domácností v roce 2013 (v %)*



Zdroj: ČSÚ (2013)

Hegerova reforma (co se týče zvýšení regulačních poplatků za pobyt v nemocnici, zanechání poplatku lékaře) byla správně koncipována. Je třeba, aby domácnosti zvyšovaly svoji spoluúčast na financování zdravotní péče, neboť se neustále zvyšuje technologický pokrok a velkým problémem, především do budoucna, jsou demografické změny (stárnutí populace). Proto je třeba provést razantní změny také ve financování zdravotnictví a zvyšovat spoluúčast pacientů, aby se zdravotnický systém v budoucnu nezhroutil.

Dle mého názoru bylo zrušení regulační poplatků velkou chybou a mělo by dojít k jejímu obnovení. Od roku 2008 tyto regulační poplatky u nás fungovaly a dle statických dat plnily svoji funkci. Snížila se poptávka po zdravotnických službách a lidé si na tyto poplatky zvykli. Jedná se určitě o velký krok zpět, jelikož peníze, které byly vybírány za regulační poplatky, se budou muset hledat jinde. Také zdravotnická medicína (2015) uvádí, že zrušení regulačních poplatků přilákalo mnoho lidí (především seniory) k lékařům a postupně dochází k nárůstu poptávky po zdravotnických službách.

4.4.2 Stát

V ČR vystupují dva hlavní aktéři, a to Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR) a Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). MZČR tvoří pravidla, reguluje a navíc zastupuje i velkou část poskytovatelů zdravotní péče (především fakultní nemocnice). VZP je pojišťovna tzv. poslední instance, za jejíž záruky ručí stát, navíc její moc při vyjednávání s poskytovateli zdravotní péče je velmi výrazná.

Stát hraje důležitou roli v oblasti financování zdravotní péče, neboť platí pojistné za osoby, které určuje zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Jedná se např. o nezaopatřené děti, poživatelé důchodů, ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání (kteří jsou v evidenci úřadu práce), osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi atd.

Za dané osoby platí stát měsíčně pojistné ve výši 13,5 % z částky rovnající se vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem. Stát od roku 1993 kdy měsíční částka činila 229 Kč zvýšil platbu za své pojištěnce na nynějších 870 Kč k 1.1.2016.

V roce 2013 platil stát zdravotní pojištění za 6 093 985 osob. Do října 2013 byla měsíční částka státu na tyto osoby 723 Kč a zbylé dva měsíce se částka zvýšila na 787 Kč. V následující tabulce 4.16 jsou uvedeny platby státu zdravotním pojišťovnám za osoby, za které je plátcem zdravotního pojištění (VZP, 2016).

Tabulka 4.16: *Platby státu zdravotním pojišťovnám za osoby, za které platí zdravotní pojištění stát (v mld.. Kč)*

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Platby	47,8	47,2	49,2	52,5	53	59	53,7

Zdroj: ÚZIS (2013b)

Deficity zdravotní pojišťoven by mohly být vyřešeny právě zvýšením platby státu za státní pojištěnce, jelikož se jedná především o seniory, kteří se řadí za rizikovou skupinu s nákladnější léčbou pro zdravotní pojišťovny. Navíc po 4 roky (1.1.2010-31.10.2013) byla stagnace platby za státní pojištěnce (4 roky nevalorizovaná částka 723Kč/měsíc), avšak od konce roku 2013 se již tato platba třikrát zvýšila. Ovšem je třeba zvýšení platby za státní pojištěnce a především její pravidelná valorizace (vazba na vývoj průměrné mzdy). Nicméně navýšení platby za státní pojištěnce má za následek zvýšení výdajů státu na zdravotní pojištění a růst deficitu státního rozpočtu. Postavení státu by mělo být jasně definované v zákoně a především by se měl zaměřit na korektní jednání, dodržování pravidel a garance kvalitní zdravotní péče.

V následující tabulce 4.17 je zobrazen podíl celkový výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu za rok 2012.

Tabulka 4.17: *Podíl celkový výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu za rok 2012 (v %)*

Stát	**2012**	**Stát**	**2012**
Česká republika	7,5	Portugalsko	9,5
Belgie	10,9	Rakousko	11,1
Dánsko	11	Řecko	9,3
Finsko	9,1	Slovensko	8,1
Francie	11,6	Spojené království	9,3
Irsko	8,9	Španělsko	9,4
Itálie	9,2	Švédsko	9,6
Maďarsko	8	Švýcarsko	11,4
Německo	11,3	Austrálie	9,1
Nizozemsko	11,8	Japonsko	10,3
Norsko	9,3	Kanada	10,9
Polsko	6,8	USA	16,9

Zdroj: ÚZIS (2013a)

ČR investuje do zdravotnictví pouhých 7,5 % HDP a ze všech uvedených sledovaných státu OECD investuje menší podíl svého HDP pouze Polsko. Investice do zdravotnictví

a také do vzdělání a výzkumu patří k těm nejefektivnějším, neboť zdraví lidé mohou pracovat, platit daně a vytvářet hodnoty. Také je třeba bojovat s korupcí, a to nejen izolovaně ve zdravotnictví, ale je třeba řešit korupci v celé ČR (např. žádné veřejné zakázky pro firmy s nejasnou vlastnickou strukturou, zveřejňování smluv pojišťoven a zdravotnických zařízení atd.)

4.4.3 Zdravotní pojišťovny

VZP má dominantní postavení mezi zdravotními pojišťovnami a má za úkol udržovat stabilitu systému. Je zde problém s deficitním financováním i u ostatních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny by měly snížit maximálně své provozní náklady. Další doporučení může být snížení dominantního postavení VZP, např. zavést změny, které zvýší roli ostatních zdravotních pojišťoven. Mohlo by také dojít k tomu, že vedle VZP by vznikal ještě jedna stání pojišťovna a existovaly by dvě hlavní státní pojišťovny a několik soukromých (došlo by k vyloučení monopolu).

Pro pojišťovny jsou také důležité platby státu za státní pojištěnce, jelikož osoby, za které platí pojistné stát, představují více než polovinu populace (jak již bylo zmíněno výše). Takže deficity zdravotní pojišťoven lze řešit také zvýšením platby za státní pojištěnce.

Leoš Heger připravil pro III. fázi reformy zdravotnictví zákon o zdravotních pojišťovnách, avšak tento zákon byl pozastaven. Díky tomuto zákonu má dojít k tomu, že všechny pojišťovny, které budou mít rovnocenné postavení, se budou řídit jedním zákonem. Také dojde ke zřízení Kanceláře zdravotních pojišťoven, ta bude tzv. zastřešující servisní organizací starající se o obecnou agendu (tím by se snížily práva VZP, jelikož tuto agendu má na starost právě VZP). Tento zákon by měl zvýšit transparentnost fungování zdravotních pojišťoven a zajistit stabilitu hospodaření, více je uvedeno v kapitole 4.2 Hegerova reforma. V tabulce 4.18 jsou uvedeny příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven, největší deficity byly zaznamenány v roce 2010 a 2011.

Tabulka 4.18: *Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven (v mil. Kč)*

Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven (v mil. Kč)	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Příjmy	73 127	118 040	168 925	215 615	219 482	232 124	235 781
Výdaje	78 233	115 792	170 093	222 500	225 547	231 270	229 905

Zdroj: ÚZIS (2013a)

4.4.4 Nedostatek zdravotníků

Dle prezidenta České lékařské komory (dále ČLK) Milana Kubka je velkým problémem v českém zdravotnictví nedostatek lékařů. V roce 2013 byl průměrný věk lékařů u mužů 49,3 let, u žen 47,8 let a za obě pohlaví činil 48,4 let. V posledních letech se průměrný věk lékařů každoročně zvyšuje. Podíl lékařů do 39 let činil 28,2 %, podíl lékařů ve věkové skupině 50 až 59 let činil 25,3 % ve věku 60 let a více představoval 22,7 % (ÚZIS, 2013a).

Milan Kubek zmiňuje jako velký problém odcházení zejména perspektivních a plně kvalifikovaných lékařů (ve věku 30-40 let) do zahraničí, kde vidí dlouhou profesní kariéru. Novým trendem jsou odchody absolventů ihned po ukončení Lékařské fakulty. Následující tabulka 4.19 zobrazuje, kteří lékaři (ve věku) odchází z ČR.

Tabulka 4.19: *Kolik lékařů odchází z ČR (podle věku)*

Věk	Celkem (%)
do 30	11
30-40	**50,5**
40-50	25,6
50-60	10,3
nad 60	2,6

Zdroj: Milan Kubek (2016)

V ČR se zvyšuje závislost na práci cizinců. Počet lékařů cizinců pracující v ČR se každoročně zvyšuje, jak je uvedeno v tabulce 4.20, nejčastěji se jedná o lékaře ze Slovenska.

Tabulka 4.20: *Počet lékařů cizinců*

Rok	Počet lékařů cizinců
2003	829
2006	1619
2009	2129

Zdroj: Milan Kubek (2016)

Dochází také k poklesu počtu absolventů lékařských fakult. Např. v roce 2003 promovalo v oboru všeobecné lékařství 874 lékařů, v roce 2007 promovalo již jen 795 lékařů.

Řešení nedostatků lékařů lze např. investicemi do lékařských fakult a přilákání více studentů. Samozřejmě nejdůležitější krok je zvýšení příjmů lékařů, v roce 2013 činila průměrná měsíční mzda lékařů a zubních lékařů 54 863 Kč (ÚZIS, 2013c). Je třeba také zavést určité změny v organizaci práce a dodržování Zákoníku práce (nyní nadměrná pracovní

zátěž). Možným řešením by mohlo být i nařízení vlády, aby např. absolventi po ukončení lékařské fakulty museli odpracovat několik let v ČR, než by odešli do zahraničí. Jelikož „stát“ jim poskytl vzdělání a je třeba poskytnou státu něco na oplátku. Problém nedostatků lékařů je třeba řešit, neboť bez dostatečného počtu kvalifikovaných zdravotníků nelze poskytovat kvalitní lékařskou péči.

ČLK také usiluje o zavedení tzv. zdravotní daně na tabák a alkohol. Milan Kubek je přesvědčen, že tato „daň“ přinese více peněz, než vynášely regulační poplatky. Šéf profesní komory tvrdí, že ten kdo kupuje alkohol a cigarety by měl přispívat na své budoucí léčení (kdo si zdraví dobrovolně ničí, má více platit). Kubek očekává, že jen zdanění cigaret by do zdravotnictví přineslo přibližně tolik, kolik vynášely regulační poplatky, a to kolem 5 miliard ročně (ČT24, 2016).

4.4.5 Posílení role pacienta

V dnešní době se do popředí také dostává posílení práv pacientů, tyto změny především značí i II fáze Hegerovy reformy, kdy se pacient stává tzv. klientem. Zdravotnický systém delší dobu přehlížel pacienta a jeho roli právě ve zdravotním systému. Avšak jeho role je velice důležitá především, pokud má dojít ke zlepšení financování zdravotní péče. Zdravotnický systém v ČR na jedné straně dává občanům přístup ke zdravotní péči, ale také na druhé straně by měl sledovat spokojenost pacientů (nejen z lékařského hlediska, ale také z psychologického).

Posílení práv pacientů souviselo i se zavedení nadstandardů v roce 2012 pro jednotlivé občany (přistupovalo se k pacientům jako ke klientům a měli tedy na výběr zvolit si variantu, kterou si přáli), kteří měli možnost si oficiálně připlatit za lepší zdravotní materiál (např. odlehčené sádry atd.). Ovšem o nadstandardy nebyl takový zájem, jak předpokládala vláda, a v roce 2013 byly zrušeny ústavním soudem.

Současné změny se snaží klást důraz na prevenci, jelikož prevence je méně nákladná varianta, než poté samotná léčba. Je třeba, aby si občané uvědomili, že léčba je velice finančně nákladná a zaváděné změny mají právě „přinutit“ jedince k tomu, aby ke svému zdraví přistupovali zodpovědně. Např. zavedené regulační poplatky (od roku 2015 pouze poplatek za pohotovost) sloužily právě pro to, aby si lidé uvědomili, že zdraví není zadarmo a měly také vést k tomu, aby si jedinci svého zdraví vážili a zbytečně ho neohrožovali. Jako další příklad je zatím návrh ČLK na zavedení zdravotní „daně“ na tabák a alkohol. Prevencí občanů je tedy možno ušetřit velké množství finančních prostředků díky redukci nemocných.

4.5 Shrnutí kapitoly

Současným úkolem vlády je nalézt optimální řešení jak hospodárně nakládat s finančními prostředky ve zdravotnictví a především zajistit dostatečné zdroje. Čtvrtá kapitola byla zaměřena právě na kvantifikaci dopadů vybraných změn a následné zhodnocení a doporučení tvůrcům hospodářské politiky. Jako první byly uvedeny dva hlavní důvody reformy, a to demografické stárnutí a technologický pokrok. Další část byla věnována právě Hegerově reformě pro léta 2011-2013, kdy byly podrobně zhodnoceny a kvantifikovány především regulační poplatky. Na závěr byly vybrány problémy českého zdravotnického systému (zrušení regulačních poplatků, role státu, deficity zdravotních pojišťoven, nedostatek zdravotníků, posílení role pacienta) a také uvedeny jednotlivá doporučení tvůrcům hospodářské politiky.

5 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zhodnocení financování zdravotnictví v České republice a kvantifikace dopadů vybraných změn (především regulačních poplatků). Následně byly uvedeny jednotlivé návrhy a doporučení, které by mohly vést ke zlepšení situace ve financování zdravotnictví v České republice.

Jako první byly uvedeny teoretické poznatky týkající se zdraví a péče o zdraví. Byla zde popsána zdravotní politika, význam ekonomie a ekonomiky ve zdravotnictví, legislativní rámec v ČR (základní dokument Listina základních práv a svobod), také zdravotní pojištění (veřejné pojištění typické pro ČR a soukromé pojištění typické pro USA) a zdravotní pojišťovny (v dnešní době v ČR funguje sedm zdravotních pojišťoven).

Další kapitola byla zaměřena přímo na financování zdravotnictví v ČR, kde jako první byly vymezeny elementární subjekty, mezi které se řadí pacienti (jako spotřebitelé a plátci zdravotnických služeb), poskytovatelé zdravotní péče, financující subjekty a subjekty reprezentující vládní politiku. Další část v této kapitole byla věnována modelům financování zdravotní péče (systém přímých úhrad, financování z daňových výnosů, soukromé pojištění a veřejné pojištění). Poté byly nastíněny změny v systému zdravotnictví v ČR od roku 1989, organizace zdravotnictví v ČR a následné zdroje financování ve zdravotnictví v ČR. Největší podíl výdajů na zdravotnictví plyne z veřejných výdajů, především ze zdravotních pojišťoven. V roce 2013, jako i v předchozích letech, byla většina výdajů na zdravotnictví hrazena systémem veřejného zdravotního pojištění, které tvořilo 79 % výdajů. Státní a územní rozpočty kryly 5,7 % celkových výdajů a soukromé zdroje uhradily 15,3 % výdajů. Podíl soukromých výdajů vzrostl zejména po roce 2008 se zavedením regulačních poplatků.

Ve čtvrté kapitole byly kvantifikovány dopady vybraných změn ve zdravotnictví (se zaměřením na regulační poplatky), poté byly nastíněny návrhy a možná doporučení tvůrcům hospodářské politiky.

Na základě zhodnocení zdravotní péče je zřejmé, že zdravotnictví v ČR je na poměrně vysoké úrovni a je třeba tuto úroveň udržet do budoucna. Ve zdravotnictví v České republice dochází určitě k pozitivním změnám, co se týče úmrtnostních charakteristik a životního stylu obyvatel. Dochází ke zvyšování délky života díky zlepšení dostupnosti nových léčebných technologií a postupů. Avšak zde nastává problém, kdy dochází k podfinancování zdravotnického systému a následným deficitům. Deficity vznikají především nekonzistentnosti jednotlivých systémů poskytování zdravotních služeb a především jejich

celkovou nehospodárností. Mezi další problémy spadá nízká spoluúčast pacientů, nízká platba státu za státní pojištěnce a následný technologický (medicínský) pokrok, jež má za následek zvyšující se náklady na zdravotní péči.

V současné době ČR uskutečňuje reformu zdravotnictví, ale situace ve financování zdravotnictví je i přesto velmi obtížná. Je třeba najít optimální řešení, které udrží kvalitu českého zdravotnictví i do budoucna, neboť již v dnešní době odchází řada kvalifikovaných lékařů s dlouhodobou praxí do zahraničí za lepšími platovými podmínkami. Od roku 2011 začala působit reforma zdravotnictví Leoše Hegera (bývalý ministr zdravotnictví), kdy došlo ke změně v platbě regulačních poplatků. Zvýšila se platba za pobyt v nemocnici ze 60 Kč na 100 Kč a platilo se 30 Kč za celý recept, nikoliv za položku na receptu. Avšak tyto regulační poplatky byly zrušeny a od roku 2015 se platí pouze poplatek za pohotovost. Zrušení regulačních poplatků je velký krok zpět, co se týče financování zdravotnictví, jelikož lidé si postupně na tyto poplatky zvykli a došlo také k redukci návštěvnosti zdravotnických zařízení. Heger se také zasloužil o oficiální připlácení za nadstandardní péči (v roce 2012), avšak lidé o nadstandardní služby nejevili tak velký zájem jak se předpokládalo. V roce 2013 byly nadstandardy zrušeny ústavním soudem. Druhá fáze Hegerovy reformy měla především za následek zvýšení práv pacientů, kdy jednotlivá zdravotnická zařízení by měla k pacientovi přistupovat jako ke klientovi. Třetí fáze Hegerovy reformy nebyla doposud schválená, jedná se především a změny týkající se zdravotních pojišťoven, dlouhodobé péče a univerzitních nemocnic. Pro úspěšnou reformu zdravotnictví je třeba stanovit její priority, pravidla a způsob provedení včetně zajištění materiálních a personálních zdrojů, ale především zdrojů finančních.

Lze doporučit opětovné zavedení regulačních poplatků, jelikož tyto poplatky přinesly zdravotnickým zařízením každoročně přes 5 mld. Kč a snížily poptávku po zdravotnických službách. Nicméně regulační poplatky neměly jen tyto dvě funkce, ale především měly vést k zvýšené prevenci populace a vést občany k tomu, aby si svého zdraví vážili, jelikož následná léčba je mnohem nákladnější než právě prevence. Další možností zvýšení finančních prostředků je nejen navýšení soukromých zdrojů (regulační poplatky), ale také navýšení zdrojů veřejných, a to zvýšením platby za státní pojištěnce. Nicméně toto doporučení nemusí být považováno za vhodné, jelikož je snadno ovlivnitelné aktuální politickou situací, a také tím dochází ke zvyšování výdajů státního rozpočtu jako celku. Je možno tedy doporučit zavedení povinného připojištění především u osob provádějící rizikové sporty a zaměstnání. Vhodné je také zavést zdravotnickou „daň“ (dle ČLK) na tabák a alkohol, neboť lidé, kteří si

dobrovolně a vědomě ničí zdraví, ať si připlatí za následnou budoucí léčbu. Také je třeba řešit korupci, a to nejen v segmentu zdravotnictví, ale na území celé ČR. Z hlediska zdravotních pojišťoven by mělo dojít především k maximálnímu snížení provozních nákladů a k možnému sloučení některých z nich. Další doporučení může být snížení dominantního postavení VZP (jako monopolu na trhu zdravotních pojišťoven), např. zavést změny, které zvýší roli ostatních zdravotních pojišťoven. Mohlo by také dojít k tomu, že vedle VZP by vznikal ještě jedna stání pojišťovna. Možným řešením je také zvýšení investic do zdravotnictví, jelikož ČR investuje do zdravotnictví pouhých 7,5 % HDP. Investice do zdravotnictví a také do vzdělání a výzkumu patří k těm nejefektivnějším, neboť zdraví lidé mohou pracovat, platit daně a vytvářet hodnoty.

Do budoucna je také třeba udržet kvalitu českého zdravotnictví a především zajistit vhodné podmínky pro lékaře, aby neodcházeli do zahraničí. Mělo by dojít k zvýšení mezd lékařům a k určitým změnám v organizaci práce a především dodržování Zákoníku práce (nyní nadměrná pracovní zátěž). Problém nedostatků lékařů je třeba řešit, neboť bez dostatečného počtu kvalifikovaných zdravotníků nelze poskytovat kvalitní lékařskou péči.

SEZNAM LITERATURY

Monografie

BARTÁK, Miroslav. Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví. První vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

ČERVINKA, Tomáš a Antonín DANĚK. *Zdravotní pojištění*. První vydání. ANAG, 2009. ISBN 978-80-7263-521-4.

DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. První vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-482-9.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vysoká škola ekonomická v Praze: Fakulta národohospodářská, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

GRUBER, Jonathan. *Public Finance and Public Policy*. Fourth Edition. New York: Worth Publishers, 2012. ISBN 978-1429278454.

KREBS, Vojtěch et al. Sociální politika. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

MAAYTOVÁ, Alena. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti. První vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.

NAHODIL, František et al. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-162-5.

STIGLITZ, Joseph. *Ekonomie veřejného sektrou.* Praha: Grada publishing, 1997. ISBN 80-7169-454-1.

WILLIAMS, Alan. *Being Reasonable about the Economics of Health*, 1997. ISBN 1 85898 648 6.

Internetové zdroje

AKTUÁLNĚ.CZ. *Sněmovna zrušila třicetikorunové poplatky u lékaře* [online]. 2014 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: http://zpravy.aktualne.cz/domaci/poplatky/r~944004d8455011e494d7002590604f2e/.

ČESKÁ TELEVIZE 24. *Daň na tabák a alkohol podle ČLK přinese více, než vynášely regulační poplatky* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1741375-dan-na-tabak-a-alkohol-podle-clk-prinese-vice-nez-vynasely-regulacni-poplatky.

ČESKÁ TELEVIZE. *Hegerova reforma mění poplatky, ceny léků i pravidla pojišťoven* [online]. 2011 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1293302-hegerova-reforma-meni-poplatky-ceny-leku-i-pravidla-pojistoven.

ČESKÁ TELEVIZE. *Ministerstvo má definitivní seznam nadstandardů* [online]. 2011 [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1203297-ministertvo-ma-definitivni-seznam-nadstandardu.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2009 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20554203/400709a8.pdf/714d7953-3a40-4b43-83b7-9921a59a3db8?version=1.0.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2000 až 2011* [online]. 2012 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/cri/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2000-az-2011-gj56t0b6c8.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů – 4 čtvrtletí 2013* [online]. 2013 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vydani-a-spotreba-domacnosti-statistiky-rodinnych-uctu-4-ctvrtleti-2013-dzu3xtee2n.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2014* [online]. 2014a [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-v-roce-2014.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Česká republika od roku 1989 v číslech*, obyvatelstvo [online]. 2014b [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-v-cislech-od-roku-1989-wau52m1y38.

DIAGNOSTIC RELATED GROUPS (DRG). *Metodická optimalizace a udržitelná kultivace systému úhrad nemocniční péče v ČR* [online]. 2016 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: http://www.drg-cz.cz/index.php?pg=drg--legislativa.

FÉROVÁ NEMOCNICE. *Regulační poplatky* [online]. 2012 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: http://ferovanemocnice.cz/platby-ve-zdravotnictvi-35/regulacni-poplatky-82.html.

MILAN KUBEK. *Česká lékařská komora (ČLK) – aktuality* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html.

MINISTERSTVO OBRANY & ARMÁDA ČESKÉ REPUBLIKY (ARMY). *Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví* [online]. 2008 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=10615.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV). *Senioři a politika stárnutí, příprava na stárnutí v České republice* [online]. 2015 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/2856.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* [online]. 2009 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/brozura-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi-v-roce_837_871_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *Schválené a připravované zákony* [online]. 2011a [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: file:///C:/Users/Han%C4%8Da/Downloads/P%C5%98IPRAVOVAN%C3%89_A_SCHV%C3%81LEN%C3%89_Z%C3%81KONY_II%20(2).pdf.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *II. Fáze reforem ve zdravotnictví* [online]. 2011b [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reforem-ve-zdravotnictvi_5591_2160_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *Výdaje na zdravotnictví rostou* [online]. 2013a [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vydaje-na-zdravotnictvi-rostou_7563_2778_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *Vývoj finanční situace českého zdravotnictví* [online]. 2013b [cit. 2016-03-15]. Dostupné z:

http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.acmn.cz%2Ffile.php%3Fnid%3D1140%26oid%3D3180675&ei=xaaPUfaXBInntQbjyYCwDA&usg=AFQjCNFQvmhim_jb-LeFQfnVCPs-puYxZw.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2014 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR). *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2016 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/#.

MONITOR. *Ministerstvo zdravotnictví: Rozpočet kapitoly 2010, 2011, 2012, 2013*, 2014 [online]. 2015 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: http://monitor.statnipokladna.cz/2010/statni-rozpocet/kapitola/335.

SOVOVÁ, Eva. iDnes.cz/Finance: *Rozdíly v platech lékařů jdou do desítek tisíc, nejhůř jsou na tom mladí* [online]. 2011 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z http://finance.idnes.cz/plat-mladeho-lekare-v-prumeru-jen-17-tisic-korun-hrubeho-pgz-/poj.aspx?c=A110128_095704_poj_sov.

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY (ÚVČR). *Změny 2012: průvodce novinkami zdravotního systému v roce 2012* [online]. 2012 [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/ZMENY-2012_zdravotnictvi_deniky_E15.pdf.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky (dříve Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví) 2013* [online]. 2013c [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/mzdy-platy.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2013* [online]. 2014 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2013.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR (ÚZIS). *Zdravotnická ročenka České republiky 1995, 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013*

[online]. 2013a [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR (ÚZIS). *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013* [online]. 2013b [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA (VZP). *Výroční zprávy 2008 – 2013* [online]. 2014 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA (VZP). *Vyměřovací základ stát* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat.

ZÁKONY PRO LIDI.CZ. *Zákon o státním rozpočtu České republiky na rok 1995, 2000, 2005, 2007, 2008, 2009* [online]. 2015 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-58.

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK (ZD). *Zákon o dlouhodobé péči by měl platit během roku 2017* [online]. 2015 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/11/zakon-o-dlouhodobe-peci-by-mel-platit-behem-roku-2017/.

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA (ZM). Pacienti zatím o nadstandardy moc nestojí, příjem z nich je malý [online]. 2013 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/pacienti-zatim-o-nadstandardy-moc-nestoji-prijem-z-nich-je-maly-469268.

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA (ZM). *Zrušení regulačních poplatků: lidé čekali s návštěvou lékaře* [online]. 2015 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/zruseni-regulacnich-poplatku-lide-cekali-s-navstevou-lekare-477667.

Právní normy

Listina základních práv a svobod (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb).

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 374/2011 Sb., o záchranné zdravotnické službě.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně.

SEZNAM ZKRATEK

ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ČT	Česká televize
DRG	Diagnostic Related Groups
HDP	Hrubý domácí produkt
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
PZT	Prostředky zdravotnické techniky
ÚVČR	Úřad vlády České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZD	Zdravotnický deník
ZM	Zdravotnická medicína
ZP	Zdravotní politika

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;

- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);

- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;

- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 20.4.2016

.....
Hana Bartoňová

82