

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Reforma zdravotnictví a její ekonomické dopady
Health Care Reform and Its Economic Impacts

Student: Bc. Jana Šerá
Vedoucí diplomové práce: Ing. Eliška Skřídlovská

Ostrava 2012

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Jana Šerá**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa
Specializace: 02 Veřejná ekonomika a správa
Téma: **Reforma zdravotnictví a její ekonomické dopady**
Health Care Reform and Its Economic Impacts

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Systém zdravotní péče v ČR
3. Analýza důvodů potřeby reformy zdravotnictví
4. Hodnocení udržitelnosti změn v rámci reformy zdravotnictví
5. Závěr

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Seznam příloh

Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

PAVLÍK, Marcel. *Zdravotní politika z pohledu vlády*. 1. vyd. Brno: MU Brno, 2010. 158 s. ISBN 978-80-210-5408-0.

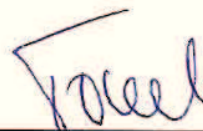
ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-429-1.

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

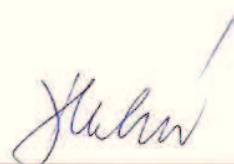
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Eliška Skřídlovská**

Datum zadání: 25.11.2011

Datum odevzdání: 27.04.2012



doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci vypracovala samostatně.“

V Ostravě dne.....

.....

Bc. Jana Šerá

Obsah

1. Úvod.....	4
2. Systém zdravotní péče v ČR.....	6
2.2 Zdravotní péče v ČR.....	9
2.3 Zdravotní pojištění.....	10
2.4 Srovnání veřejného a soukromého zdravotního pojištění.....	13
3. Analýza důvodů potřeby reformy zdravotnictví.....	16
3.1 Programové prohlášení Vlády České republiky	16
3.2 Důvody reformy zdravotnictví	17
3.3 Hlavní změny v rámci reformy zdravotnictví	22
3.4 První fáze reformy zdravotnictví.....	23
3.5 Druhá fáze Reformy zdravotnictví	25
3.5.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování	26
3.5.2 Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.....	27
3.5.3 Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.....	28
3.5.4 Změny financování zdravotní péče.....	28
3.5.5 Preventivní péče	29
3.5.6 Protikorupční opatření	29
3.6 Třetí fáze Reformy zdravotnictví	30
3.6.1 Zdravotní pojišťovny	30
3.6.2 Analýza pojištěnců VZP	31
3.6.3 Reformní návrh.....	33
3.6.4 Časová dostupnost plánované hrazené péče a dojezdová doba dostupnosti péče ...	34
4. Hodnocení udržitelnosti změn v rámci reformy zdravotnictví.....	37
4.1 Důvody státních zásahů do segmentu zdravotnictví.....	37
4.2 Charakteristika trhu se zdravotní péčí	38
4.3 Charakteristika statků ve zdravotnictví	39
4.4 Financování zdravotnictví	41
4.4.1 Současné modely financování zdravotnictví	41
4.4.2 Financování zdravotnictví v ČR	43
4.4.3 Mezinárodní srovnání	45
4.5 Role lékařů v rámci reformy zdravotnictví.....	47
4.5.1 Děkujeme, odcházíme	47
4.5.2 Hodnocení reformy zdravotnictví očima lékařů.....	53
5. Závěr.....	56
Seznam použité literatury.....	58

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

1. Úvod

Téma diplomové práce Reforma zdravotnictví a její ekonomické dopady jsem si vybrala hned z několika důvodů. Jedním z těchto důvodů, který mě během úvahy nad vhodným tématem pro závěrečnou práci ovlivnil, byla skutečnost, že část mých rodinných příslušníků se ve zdravotnictví pohybuje a to jak v rolích lékařů, tak v roli zaměstnance lékárny. Téma zdravotní péče, respektive připravované reformy je tedy častým tématem diskusí i v našem rodinném kruhu. Stejně tak mě tato problematika velmi zajímá i z pozice potenciálního pacienta. Jedná se také o vysoce aktuální téma, kdy prostřednictvím médií, v různých podobách, ať už na internetu, v televizním vysílání, na rozhlasových stanicích nebo v novinách, každodenně narážím na různé informace ohledně zmiňovaného tématu. Jedná se však víceméně o útržkovité informace, případně různé diskuse a názory zainteresovaných lidí.

V této práci se v úvodní části věnuji systému zdravotní péče v České republice. Ohlédnu se do historie systému financování od dob Rakouska – Uherska až po současnost. Zaměřím se na roli veřejného zdravotního pojištění a principy jeho fungování v systému zdravotní péče v České republice. V závěru kapitoly srovnám veřejné zdravotní pojištění s pojištěním soukromým.

V další části práce se budu věnovat důvodům samotné reformy zdravotnictví a také její aktuální podobě. Zrekapituluji část, která je již účinná od 1. 1. 2012, pozastavím se nad částí, která nabyla účinnosti 1. 4. 2012 a také představím návrhy, které jsou teprve připravovány do budoucna.

V poslední části diplomové práce se zaměřím na hodnocení dlouhodobé udržitelnosti navrhovaných změn. V ekonomické teorii charakterizují důvody státních zásahů, statky ve zdravotnictví a samotný trh se zdravotní péčí. Představím současné modely financování, se kterými se lze setkat ve světě. Podrobněji, v konkrétních číslech, se pozastavím u aktuálního nastavení financování zdravotnictví u nás, a to rovněž v mezinárodním kontextu. Další podkapitola bude věnována akci lékařů Děkujeme, odcházíme. Jednalo se o protestní akci, prostřednictvím které projevili lékaři nesouhlas se systémem zdravotnictví, což částečně ovlivnilo rámeček samotné reformy. O tom, zda průběh reformy splní požadavky a představy lékařů, bude závěr této kapitoly.

Cílem této práce je představení a následné zhodnocení reformy zdravotnictví jako celku, analýza důvodů potřeby změn v systému poskytování zdravotnických služeb a očekávaných přínosů.

Pokládám si otázku, zda chronologie zavádění navržených změn je správně nastavená. Neměla být některá opatření upřednostněna před jinými?

Metodami práce bude rozbor potřeby reformy ve zdravotnictví a analýza účinnosti navržených opatření.

Kromě knižních publikací se budu v průběhu práce opírat o pramennou základnu, jejíž hlavní složkou bude sledování aktuálních článků, které na téma reforma zdravotnictví vyšly. Čerpat mimo jiné budu také z oficiálních webových stránek Ministerstva zdravotnictví a Všeobecné zdravotní pojišťovny. Data pro tabulky, kterými bude práce s následnou interpretací proložena, získám například na webových stránkách Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky.

2. Systém zdravotní péče v ČR

2.1 Historie financování zdravotnictví od Rakouska-Uherska po současnost

Druhá polovina 19. století se nesla ve znamení medicínského pokroku, se kterým však souvisí vyšší nároky na financování. Sociální problém v podobě nedostatku prostředků na zdravotní péči řešila Rakousko-Uherská monarchie po vzoru Německa tím, že v roce 1888 zavedla povinné nemocenské pojištění pro průmyslové dělníky. V roce 1918 na našem území vykonávalo svou činnost okolo 2000 nemocenských pojišťoven.

V letech 1918-1945, v období první republiky, bylo zdravotnictví financováno prostřednictvím rozpočtu Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy a systému zdravotních pojišťoven – nemocenských pokladen. Povinné zdravotní pojištění se postupně vztahovalo na všechny námezdně pracující, státní a veřejné zaměstnance. Povinné sociální pojištění náleželo hlavně zaměstnancům, pro osoby samostatně výdělečně činné se teprve připravovalo. Nemocenského pojištění se v tomto období účastnila nejméně polovina obyvatelstva. Od roku 1934 se pojišťovny povinně sdružovaly do svazů nemocenských pojišťoven, které měly hájit a zastupovat jejich zájmy. Výši nemocenského pojištění si určovala sama pojišťovna, avšak konečné schválení bylo na Ústřední sociální pojišťovně, která plnila roli dozorčího úřadu nad nemocenskými pojišťovnami. Z pojistného bylo hrazeno nemocenské ošetřování, léky, vybrané zdravotnické pomůcky, nemocenská, ošetření členů rodiny, pomoc v mateřství a pohřebné. Pomoc praktického lékaře byla základem lékařské služby. Pacientům však byla omezována svobodná volba lékaře a to jak ze strany zdravotních pojišťoven, které vyžadovaly přímou kontrolu nad svými výdaji, tak ze strany samotných lékařů, kteří si tímto zajišťovali příjmovou stabilitu. Síť zdravotnických zařízení tvořily soukromé ordinace, které poskytovaly ambulantní péči, léčebné ústavy poskytující lůžkovou péči, sociálně zdravotní zařízení a soukromé léčebné ústavy. Nemocenských pojišťoven v roce 1925 v Československu působilo 471, a do roku 1936 se jejich počet snížil na méně než 300.

Období mezi lety 1945-48 nepřineslo s sebou žádné výrazné změny, až v roce 1948 došlo k sjednocení nemocenského a důchodového pojištění do jednoho povinného systému. Hlavním orgánem byla Ústřední národní pojišťovna se sítí okresních národních pojišťoven. Zdravotní péči pojišťovny hradily pouze pojištěncům a ti, kteří se pojištění neúčastnili byli

léčení za úhradu. Došlo ke znárodnění lázní a zříděl, nemocnic a léčebných ústavů a také zdravotnického průmyslu a distribuce léčiv.

1. 1. 1951 došlo k zavedení socialistického modelu zdravotnictví, ve kterém hlavní roli hrálo Ministerstvo zdravotnictví a finanční zabezpečení převzal státní rozpočet. Zdravotní péče byla financována prostřednictvím daní a bez přímých úhrad. Funkci Ústřední národní pojišťovny, která byla zrušena, převzalo ministerstvo, které účelovým způsobem přerozdělovalo prostředky ze státního rozpočtu krajským a okresním národním výborům. Vznikaly zdravotnické obvody, v rámci kterých byla poskytována základní péče o dospělé, děti, ženy a stomatologická péče. Primární i nemocniční péče byla poskytována dle pevně stanovených spádových oblastí na základě místa bydliště. Ambulantní, nemocniční a závodní péči v menších a středně velkých podnicích zabezpečovaly krajské a okresní ústavy národního zdraví, do kterých byly s postupem času začleňovány odborné léčebné ústavy, hygienicko-epidemiologické stanice, zdravotnické školy a lékárny. V 50. a 60. letech 20. století byly zavedeny celoplošné očkovací programy, které zahrnovaly očkování například proti dětské obrně, záškrtu nebo tetanu a díky tomuto opatření se tyto onemocnění dnes téměř nevyskytují. V 70. a 80. letech bylo přerozdělování státního rozpočtu orientováno na jiná odvětví, než je zdravotnictví, a to způsobilo nejen zaostávání technologického vybavení, ale také zhoršování ukazatelů zdravotního stavu a úmrtnosti ve srovnání s vyspělými zeměmi. Ve srovnání se západní Evropou byla průměrná střední délka života o více než 3 roky nižší. Prevence a podpora zdravého životního stylu byla zanedbávána, lidé si neuvědomovali odpovědnost za svůj zdravotní stav. Jejich způsob života, kouření, špatné stravovací návyky, nadváha a nedostatek tělesné aktivity znamenal špatný zdravotní stav naší populace a tím i vysoké náklady na zdravotní péči. Ústřední role komunistické strany a centralizace systému vedla k nízké efektivitě, plýtvání prostředky a růstu korupce.

Bezprostředně po revoluci v roce 1989 započala práce expertů pověřených Ministerstvem zdravotnictví na návrhu nového systému zdravotní péče. Návrh řešil stávající problémy zdravotního stavu populace a vztahy mezi pacienty a lékaři, byl součástí celospolečenské strategie obnovy a podpory zdraví a koncem roku 1990 jej vláda schválila.

V období 1990-1993 se začal formovat nový systém zdravotní péče, byla přijata celá řada nových zákonů tvořících legislativní rámec systému financování. Spolu s dalšími 26 oborovými zdravotními pojišťovnami vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna. Základem změn bylo uplatňování tržních mechanismů, avšak často bez odpovídajících regulačních opatření. Zdravotní pojišťovny financovaly ze svých příjmů, které tvořilo vybrané pojistné, výdaje na zdravotní péči dle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními na principu

výkonových plateb. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny měly možnost úhrad nadstandardní péče ze zákonného zdravotního pojištění. Ze státního rozpočtu byla hrazena činnost hygienické služby a částečně záchranné služby. Od roku 1992 probíhal postupný proces privatizace ambulantních zařízení, lázní, lůžkových zařízení a lékáren. Pacientům byla umožněna svobodná volba lékaře, nemocnice i zdravotní pojišťovny.

V období let 1994 - 1996 se začaly objevovat problémy s úhradami, které byly následkem nedostatečné kontroly hospodaření zdravotních pojišťoven. Až novela zákona z roku 1995 vyřešila dohled nad všemi pojišťovnami, stanovila minimální počet pojištěnců, maximální výši provozních nákladů a zrušila možnost úhrad nadstandardní péče ze zákonného zdravotního pojištění. Výsledkem takového opatření bylo, že v roce 2001 z původních 27 pojišťoven zbyly pouhých 9.

V roce 1997 Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo Koncepti zdravotnictví, která navrhovala menší solidaritu, částečné fungování systému na komerční bázi, zavedení komerčního pojištění poskytovaného veřejnými pojišťovnami a kombinované kapitačně-výkonové platby pro praktické lékaře. Na základě ústavní stížnosti z řad komunistických poslanců byl zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Přes nesouhlas VZP došlo k navýšení hodnoty bodu v souvislosti s úhradami, ta na to však zareagovala individuálním vyjednáváním s poskytovateli zdravotnických služeb. V nemocnicích byly zavedeny paušální platby, vypočtené na základě minulých období, u praktických lékařů kapitačně-výkonové platby a ambulantní péče specialistů si ponechala systém výkonových plateb s nově zavedeným časovým limitem pro jednotlivé výkony. V roce 1999 byla vytvořená nová Koncepte zdravotnictví, která počítala se zavedením 100 %, místo dosavadního 60 %, přerozdělení pojistného mezi zdravotní pojišťovny a také se zdokonalením celého přerozdělovacího mechanismu, který by předcházel sloučení pojišťoven. Se zvýšením spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění nová koncepce nepočítala. Výrazné oslabení celého systému představovala bilanční nerovnováha v hospodaření VZP.

Období po roce 2000 do budoucna ukazuje nutnost prosazení reformní zákonů. Měly by se týkat změn ve fungování zdravotních pojišťoven, nemocnic i ordinací, změn v nastavení zdravotní záchranné služby a ve vzdělávání lékařů. Přesně definovat spoluúčast pacientů a možnost legálně si připlatit za zdravotnické služby, které nejsou hrazeny z veřejného

pojištění. V neposlední řadě by se reformy měly zaměřit na omezení korupce ve zdravotnictví.¹

„ Základní cíl všech reforem ve zdravotnictví musí být spatřován ve zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, nikoliv v privatizaci nebo aplikaci úhradových mechanismů, jak se to v průběhu předchozích reforem stalo. Není možné pominout celospolečenský rozměr pojmu zdraví, je proto ale třeba vytvořit odpovídající legislativní předpoklady a motivační mechanismy (ceny, daně, apod.). Důležitý musí být důraz na primární péči (koordinovanou) a veřejné zdravotnictví a vzdělávání nejen lékařů, ale i zdravotnického managementu. Významnými úkoly je tvorba jasně definované základní sítě zdravotnických zařízení pro poskytování péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kontrola efektivnosti vynakládání veřejných prostředků a hospodaření zdravotních pojišťoven. Tržní mechanismy je ve zdravotnictví možné použít jen s velkou opatrností. Zpravidla s sebou přinášejí pokles ekvity, nemusí vést k požadovaným efektům a navíc mohou způsobit nečekané problémy.“²

2.2 Zdravotní péče v ČR

Zdravotnictví je soubor opatření, postupů a zařízení, tvořící systém organizace zdravotní péče. Zdravotní péčí se rozumí prevence, ošetřování a zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu.³ Jedná se o jeden z hlavních pilířů každého státu.

Ústředním orgánem státní správy v oblasti zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví je Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR). MZ ČR bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy. Mezi oblastí působnosti MZ ČR patří: zdravotní péče a ochrana veřejného zdraví, zdravotnická vědeckovýzkumná činnost, zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursorů a pomocnými látkami, vyhledávání, ochrana a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky

¹ DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9. str. 24-29

² DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9. str. 29

³ Wikipedia [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnictv%C3%AD>

zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostika a léčení lidí, zdravotní pojištění, zdravotnický informační systém.⁴

V čele MZ ČR stojí ministr, MZ ČR je členěno na 5 sekcí a 26 odborů. Pro účely této práce možno zmínit Sekci zdravotní péče a Sekci zdravotního pojištění.⁵

Na území ČR existují jak státní, tak nestátní zdravotnická zařízení. Téměř všechna zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami a poskytují pacientům pojištěným u příslušné zdravotní pojišťovny zdravotní péči bez přímé úhrady či se spoluúčastí. Z toho vyplývá, že významnou roli v systému zdravotnictví ČR hraje zdravotní pojištění.

2.3 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je členěno na soukromé a veřejné. **Soukromé zdravotní pojištění** je dobrovolné a je poskytování komerčními pojišťovnami na komerční bázi. Oproti tomu **veřejné zdravotní pojištění** je pojištěním zákonným a je vždy povinné. Ze systému veřejného zdravotního pojištění nelze vystoupit, přípustná je pouze varianta jeho přerušlení v případě dlouhotrvajícího pobytu v zahraničí a to za splnění určitých podmínek.⁶

Veřejné zdravotní pojištění je v ČR upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, je spojeno s platbou pojistného a vztahuje se na aktuálně pojištěné osoby. Zdravotně pojištěné osoby jsou ty, které mají trvalý pobyt na území ČR a „osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky,“ jak stanoví § 2 odst. 1 písm. b) uvedeného zákona.

Pojistné je příjmem zdravotních pojišťoven a je určeno k úhradě zdravotní péče. Podle § 20 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění je pojistné přerozdělováno pomocí nákladových indexů 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do 5 let, od 5 do 10 let a dále vždy po 5 letech až po věkové skupiny od 80 do 85 let a skupiny a nad 85 let. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů

⁴ Wikipedia [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na http://cs.wikipedia.org/wiki/Ministerstvo_zdravotnictv%C3%AD_%C4%8Cesk%C3%A9_republiky

⁵ Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na http://mzcr.cz/obsah/o-ministerstvu_841_1.html

⁶ NĚMEC, Jiří a kolektiv. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. str 190

na standardizovaného pojištěnce. Ministerstvo zdravotnictví po dohodě s Ministerstvem financí stanoví vyhlášku, kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro příslušný kalendářní rok.

Tab. č. 2.1: Nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 dle Vyhlášky č. 422/2011 Sb., ze dne 15. prosince 2011, účinné od 1. 1. 2012

Nákladové indexy věkových skupin pojištěnců			
Věková skupina pojištěnců	Nákladové indexy dle pohlaví pojištěnců		
	od-do (v letech)	muži	ženy
	0 - 5	1,5302	1,3789
	5 - 10	0,9022	0,7766
	10 - 15	0,8894	0,8866
	15 - 20	0,7666	1,0000
	20 - 25	0,6423	0,9888
	25 - 30	0,7322	1,3328
	30 - 35	0,8249	1,4540
	35 - 40	0,9135	1,3682
	40 - 45	1,0690	1,4005
	45 - 50	1,2999	1,6610
	50 - 55	1,7608	2,0271
	55 - 60	2,3980	2,2895
	60 - 65	3,0709	2,6825
	65 - 70	3,8253	3,2880
	70 - 75	4,4863	3,8305
	75 - 80	5,1211	4,4532
	80 - 85	5,3325	4,7309
	85 +	5,3486	5,1953

Zdroj: Internetové stránky MZ ČR. Dostupné na http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-pojisteni_4435_1791_11.html

Plátcí pojistného se dělí do tří skupin. Jednou z nich je **stát**, který platí za určité skupiny osob, mezi které například patří děti, důchodci, studenti a nezaměstnaní a další, splní-li podmínky stanovené zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Dále pak **zaměstnavatel**, který odvádí pojistné za své zaměstnance a nakonec sám **pojištěnec**, buď jako osoba samostatně výdělečně činná (dále jen OSVČ) nebo osoba bez zdanitelných příjmů (dále jen OBZP).

plátcí a poplatníci pojistného:	sazby pojistného / pojistné: ⁷
• zaměstnanci:	4,5 % VZ
• zaměstnavatelé:	9 % VZ
• OSVČ:	13,5 % VZ (min. záloha 1 697 Kč/měs.)
• OBZP	1 080 Kč (13,5 % z minimální mzdy)
• stát:	723 Kč (platba pojistného státem)

Vyměřovacím základem pro výpočet pojistného je u zaměstnance úhrn příjmů, které jsou předmětem daně z příjmu FO, které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním, u zaměstnavatele částka odpovídající úhrnu vyměřovacích základů jeho zaměstnanců a u OSVČ částka, kterou si určí, ne však méně než 50 % daňového základu.

Mezi základní formy plnění patří **léky, lékařská péče a zdravotnické pomůcky**. Ne vždy jsou tyto formy hrazeny plně, častá je i spoluúčast pojištěnce.

Hlavním kompetentním subjektem jsou zdravotní pojišťovny, kterých v současné době v ČR působí osm:⁸

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR⁹

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna¹⁰

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Zaměstnanecská pojišťovna Škoda

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE

Mimo již zmíněného zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, legislativní základ tvoří i další tři zákony, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění, zákon č. 551/1991 Sb., o

⁷ Sociální a zdravotní pojištění v roce 2010. *Národní pojištění: Odborný měsíčník*. 2010, roč. 41, č. 1, s. 40-42. ISSN 0320-2395. s. 42.

⁸ Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na <http://www.mzcr.cz/Pages/332-zdravotn%C3%AD-pojistovny.html>

⁹ 28. 3. 2011 byla Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR sloučena se Zdravotní pojišťovnou MÉDIA

¹⁰ Tento subjekt vznikl postupným sloučením několika pojišťoven. Nejprve Zdravotní pojišťovna Agel přešla pod Hutnickou zaměstnanecskou pojišťovnu. Později se Hutnická zaměstnanecská pojišťovna sloučila s Českou národní zdravotní pojišťovnou a k 1. říjnu 2009 vznikla pod novým názvem Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Všeobecné zdravotní pojišťovně, v platném znění a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

2.4 Srovnání veřejného a soukromého zdravotního pojištění

Pojištění představuje určitý institut, který v případě nahodilých, nepředvídatelných, negativních událostí snižuje a tlumí jejich dopady. Pojištění je poskytováno za úplatu.

Z Listiny základních práv a svobod (dále jen LZPS), která je nedílnou součástí Ústavy České republiky, vyplývá dle Hlavy čtvrté, Článku 31, že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči. Jedná se však o skutečně bezplatnou péči? Můžeme považovat povinnou účast na veřejném zdravotním pojištění a s tím spojené povinné odvody za znak bezplatné zdravotní péče? Vyplývá – li z LZPS, že na bezplatnou péči má občan právo na základě veřejného pojištění, znamenalo by to neexistenci dodatečných nákladů nad rámec pojištění. Co ale regulační poplatky nebo platby za nadstandard?

Přestože zdravotní péče nemusí být vnímána jako ryze bezplatná, je veřejné zdravotní pojištění projevem toho, že Česká republika je státem sociálním a dostupnost zdravotní péče je jedním z hlavních pilířů našeho státu. I v případě vážné zdravotní komplikace, úrazu či onemocnění a s tím spojené velmi nákladné léčby je pacientovi poskytnuta taková péče, jakou si jeho zdravotní stav vyžaduje a to bez ohledu na to, kolik prostředků na veřejné zdravotní pojištění odvedl.

Za zamyšlení stojí již samotný pojem veřejné pojištění. Jedná se o pojištění, spojené s platbou pojistného, v tom pravém slova smyslu. Důchodové a nemocenské pojištění je v zákoně souhrnně označováno jako sociální zabezpečení. Nebylo by analogicky, i v případě zdravotního pojištění, použití označení zdravotní zabezpečení nebo zdravotní zaopatření vhodnější? Co se týče pojistného na veřejné zdravotní pojištění a jeho výpočtu, má spíše charakter daně. Jedná se o vynutitelnou, zákonem uloženou platbu, která je nenávratná a neúčelová. Platba pojistného na zdravotní pojištění je opakovaná neboli pravidelná a neexistuje k ní ekvivalentní protiplnění.

Srovnáme-li soukromé a veřejné zdravotní pojištění, jen těžko budeme hledat společné rysy. Společná pro oba typy pojištění je povaha pojistné události, kdy dojde ke změně zdravotního stavu úrazem nebo onemocněním.

V ostatních attributech narazíme spíše na rozdíly. Tím nejzásadnějším je, že veřejné zdravotní pojištění je solidárním systémem, kdežto soukromé pojištění je založeno na principu pojistné matematiky. Rozdílné je přerozdělování pojistného, kdy v případě veřejného zdravotního pojištění je celkový objem odvedeného pojistného pomocí indexové metody a dle kritérií pohlaví a věku, přerozdělován mezi pojišťovny podle jejího počtu a struktury pojištěnců. Komerční pojišťovny hospodaří každá samostatně a pojistné přerozděluje dle vybraného pojistného, respektive dle pojistných částek, na které jsou účastníci pojištění. U veřejného zdravotního pojištění hraje hlavní roli úhrada nákladů na potřebnou léčbu, která častokrát činí několikanásobně větší částku, než pojištěnec zaplatil prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění a kterou by si jinak nemohl dovolit. Role soukromého pojištění se projevuje spíše v rovině zabezpečení pro případ snížení úrovně příjmu. Člověku je v případě úrazu či onemocnění zpravidla znemožněno pracovat a místo běžných příjmů, na které má navázány měsíční náklady, dochází za určitých podmínek k výplatě dávek z jiných sociálních systémů. Mezi tyto dávky mohou například patřit nemocenské v případě účasti na nemocenském pojištění, anebo invalidní důchod, který vyplácen ze systému důchodového pojištění. Zmíněné dávky však kompenzují ztrátu příjmu jen částečně a v mnoha případech nejsou dostačující k pokrytí povinných výdajů pacienta. V rámci soukromého pojištění se lze „pripojistit“, kdy v případě předem definovaných případech pojištěný získá buď jednorázový obnos nebo denní dávky například za každý den léčení úrazu či pobytu v nemocnici, nebo také za každý den pracovní neschopnosti.

Další rozdíl, který je z předchozích řádků patrný, je forma plnění. U veřejného pojištění je peněžitá forma vyloučena a k plnění dochází ve formě péče, léku a jiných zdravotnických pomůcek. U pojištění soukromého plnění probíhá pouze v peněžité formě.

Rozdílná je rovněž výše pojistného a pojistného plnění. U soukromého pojištění svou roli hraje mnoho faktorů. Pojistné neboli cena pojištění se částečně odvíjí od toho, jaké pojistné částky si pojistník zvolí. To znamená, na jakou částku chce být pojištěn pro určitý typ pojistné události. Na konečnou cenu má často vliv i jeho aktuální zdravotní stav či rizikovost jeho povolání. Výše plnění je pak závislá na pojistných částkách a výši odváděného pojistného. U různých produktů a různých komerčních pojišťoven mohou být zavedeny různé limity minimální i maximální limity jak na pojistné částky, tak na výši pojistného, které si určí sama pojišťovna. Výše pojistného u veřejného pojištění je jasně definována a není možné ji ovlivnit. U zaměstnanců pojistné tvoří 4,5 % jejich hrubé mzdy, s tím, že dalších 9 % hradí zaměstnavatel. Pojistné pro OSVČ je 13,5 % vyměřovacího základu, kterým je 50 % základu pro výpočet daně (daňový základ = příjmy – výdaje). U ekonomicky aktivních pojištěnců jsou

zavedeny jednotné hranice minimálních a maximálních vyměřovacích základů. Minimální VZ činí dvanásobek 50 % průměrné mzdy v daném kalendářním roce a maximální VZ 72 násobek průměrné mzdy v daném kalendářním roce. U OBZP je pojistné nastaveno konstantní částkou ve výši 1 080 Kč. U pojištěnců, za které hradí pojistné stát je konstantou 723 Kč. Přestože jsou velké rozdíly mezi objemy pojistného, které jednotliví pojištěnci odvádějí, nemá tento fakt na výši plnění žádný vliv. Všem bez ohledu na výši odvodů je poskytnuta rovnocenná péče. Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na solidaritě bohatých a chudými, zdravých s nemocnými a mladých se starými.

Dalším rozdílným aspektem je nevyločitelnost z veřejného pojištění. Účastníky jsou povinně všichni bez ohledu na zdravotní stav i způsob, jakým pečují o své zdraví. Naopak u soukromého pojištění má vše vyjmenované nejen vliv na výši pojistného v podobě různých přírůžek, ale může dojít i k úplným výlukám z pojištění. V ceně soukromého pojištění může být zohledněn i životní styl pojištěného, jestli kouří, konzumuje alkohol, nebo například trpí nadváhou. Zdravotní problémy v podobě minulých úrazů, onemocnění či operací mohou způsobit, že jsou tyto oblasti z pojištění vyjmuty. Z pojištění mohou být vyloučena také onemocnění, ke kterým má pojištěný genetický předpoklad a která se projevila u jeho předků. V případě špatného zdravotního stavu nemusí být člověk pojištěn vůbec.

Jak veřejné tak soukromé zdravotní pojištění zastává na trhu se zdravotní péčí určitou roli. Dle mého názoru, je možnost komerčního připojištění v podobě soukromého pojištění určitým nadstandardem a určitě by mělo mít své místo na trhu. Také správně nastavenou spoluúčasť pacientů vnímám pozitivně. Nejsou – li zdravotnické služby zcela zdarma, je člověk více motivován v péči o své zdraví, což je přínosem pro celou společnost. Zároveň však existenci veřejného zdravotního pojištění, coby systému založeném na solidaritě, považuji za bezpodmínečnou. Naprostou většinu nemocí a úrazů není člověk schopen objektivně ovlivnit a jejich léčba je mnohdy natolik nákladná, že bez systému solidárního veřejného pojištění by nebyl s to ji uhradit.

3. Analýza důvodů potřeby reformy zdravotnictví

3.1 Programové prohlášení Vlády České republiky

Dne 4. srpna 2010, na základě výsledků voleb do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR vydala koaliční vláda České republiky programové prohlášení. Toto Programové prohlášení Vlády České republiky (dále jen PPV ČR) obsahuje vizi a úkoly vlády v souvislosti s reformami veřejných systémů. Vedle důchodové, sociální, daňové reformy a protikorupčních opatření se vláda rozhodla přijmout řadu reformních opatření vedoucích k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému.

Zdravotnictví se stalo pro vládu jednou z hlavních programových priorit, kdy navržené změny povedou k modernizaci a rozvoji zdravotnického systému s ohledem na dlouhodobou finanční udržitelnost. Vláda nedopustí zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Vláda se rozhodla modernizovat veřejné zdravotní pojištění, navýšit prostředky ze soukromých zdrojů, podpořit rovnou soutěž poskytovatelů i plátců a transparentnost právního prostředí. Vláda nadefinovala rozsah péče na základě medicínských kritérií a stupně zdravotního postižení, která bude hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Definována byla i místní a časová dostupnost zdravotní péče, včetně povinnosti plátce tuto dostupnost pojištěnci zajistit.

Prosazováno je posílení práv pacientů a rovný přístup k péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Role státu byla jasně definována. Vláda se zaměří na podporu prevence ve formě pozitivní motivace zdravotních pojišťoven směrem ke svým pojištěncům. Bude se zabývat prevencí různých závislostí, ochranou nekuřáků a prosadí zákon, který bude řešit ochranu zdraví před hlukem. Ke změnám dojde také v oblasti regulačních poplatků, došlo již ke zrušení poplatku za položku na receptu a zavedení nahrazujícího poplatku za recept. Levné léky jsou vyřazeny z úhrad veřejného zdravotního pojištění. Regulační poplatek za pobyt v nemocnici byl naopak navýšen tak, aby se přiblížil reálným nákladům na tzv. hotelové služby. Jeho výše činí minimálně 100 Kč za den. Každé zdravotnické zařízení začalo povinně nabízet variantu zdravotní péče plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v případě, že má uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Vláda se přičinila o to, aby zdravotnická zařízení, která jsou vlastnictvím státu, hospodařila vyrovnaně a efektivně a vytváří právní prostředí pro transformaci fakultních

nemocnic na nemocnice univerzitní. Pro zvýšení průhlednosti zdravotního systému, kdy jsou zavedeny například transparentní čekací seznamy, omezení korupce, ale také zlepšení informovanosti občanů o čerpání a kvalitě péče, dojde rozšíření elektronizace zdravotnictví. Samostatným zákonem bude upravena centrálně koordinovaná Zdravotnická záchranná služba

Vláda dokončí reformu vzdělávání zdravotnických pracovníků. Pregraduální vzdělávání bude náležet rezortu školství a postgraduální a celoživotní vzdělávání bude spadat pod působnost Ministerstva zdravotnictví, které bude rovněž udělovat akreditace. Dojde ke změnám v odměňování a k úpravě platových tarifů a tím ke zvýšení motivace pracovníků a také k posílení kompetencí nelékařských zdravotnických profesí. Pro uzavírání smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče, vláda nastaví jasné a průhledné podmínky, rovněž posílí kontrolu kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Dokončena bude transformace orgánů ochrany veřejného zdraví.

V otázce úhrad léčivých přípravků a zdravotnických prostředků chce vláda posílit roli a odpovědnost zdravotních pojišťoven a na druhou stranu posílit dozor a kontrolu nad jejich hospodařením a zajišťováním nároku pro pojištěnce. Vláda vytvoří pravidla pro fúzování zdravotních pojišťoven a projeví iniciativu ve fúzi rezortních pojišťoven Ministerstva vnitra a Ministerstva obrany. Vláda zajistí vícekriteriální přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění, což představuje spravedlivější systém. Dojde ke zrušení bodového systému, který bude nahrazen institutem reálné ceny, zdravotnické prostředky budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na principu stejných úhrad za stejný efekt a v každé skupině léků se bude nacházet jeden lék bez doplatku. Vláda dále plánuje převedení systému nemocenského pojištění pod zdravotní pojišťovny.

Vláda navrhne ucelený systém zdravotnických a sociálních služeb, včetně způsobu jejich financování, podpoří dlouhodobou péči v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby jako další možnost vedle ústavní dlouhodobé péče a podpoří rovněž paliativní a hospicovou péči.¹¹

3.2 Důvody reformy zdravotnictví

¹¹ Programové prohlášení Vlády České republiky [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf

Za dva nejzásadnější důvody, které vedou k potřebě řešení již dlouhodobě neúnosného dnešního systému zdravotnictví, jsou považovány:

Stárnutí obyvatelstva, kdy roste průměrná délka života, zatímco počet narozených dětí klesá. Růst průměrné délky života, což v demografickém názvosloví znamená, že naděje na dožití má rostoucí tendenci, se v praxi projevuje tím, že lidé se průměrně dožívají stále vyššího věku. V následující tabulce vidíme, že průměrná délka života v roce 1960 byla 67,9 let u mužů a 73,4 let u žen. V roce 2010 je naděje na dožití u mužů 74,4 let a u žen 80,6 let. Jen za posledních 20 let se muži průměrně o 6,8 let a ženy o 5,2 let dožívají vyššího věku. Obecně je tento jev vnímán samozřejmě velmi pozitivně. Avšak o to méně pozitivní jsou dopady na financování zdravotní péče.

Tab. č. 3.1: Naděje na dožití obyvatelstva ČR v letech 1960-2010

Naděje na dožití v letech 1960-2010						
rok	1960	1970	1980	1990	2000	2010
muži	67,9	66,1	66,8	67,6	71,6	74,4
ženy	73,4	73,0	73,9	75,4	78,3	80,6

Zdroj: Internetové stránky ČSÚ. Dostupné na <http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=1-1b&vo=null>

Následující tabulka ukazuje, jaké jsou průměrné roční výdaje na jednoho pojištěnce dle věku. Tyto výdaje až do 44 let věku nepřesahují částku 10 000 Kč. Výjimkou je věková skupina 0-4 roky, kdy je péče o novorozence, kojence a děti v batolecím období obecně intenzivnější a tím i nákladnější než je tomu dalších 40 let. S přibývajícím věkem průměrné výdaje rostou a po 65. roku věku se dostávají na hodnoty 3 – 3,5 násobky.

Tab. č. 3.2: Průměrné výdaje na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle věkových skupin v roce 2003.

Výdaje na jednoho pojištěnce dle věku						
Věková skupina (v letech)	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
Průměrné výdaje (v Kč)	10 715	6 254	6 142	6 502	6 363	7 582
Věková skupina (v letech)	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59
Průměrné výdaje (v Kč)	7 961	8 309	9 595	12 390	16 119	19 960
Věková skupina (v letech)	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85+
Průměrné výdaje (v Kč)	23 665	28 724	33 880	37 071	38 958	35 776

Zdroj: Internetové stránky ÚZIS. Dostupné na <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vybrane-ukazatele-cinnosti-zdravotnich-pojistoven-roce-2003-ii-cast-zjednodusene-vzajemne-porovnavan>

V případě, že průměrné výdaje na jednoho pojištěnce se seskupí do pouhých tří věkových skupin 0-14 let, 15-64 let a 65 a více, pro účely využití výsledků v rámci interpretace tabulky Věkové struktury obyvatel v letech 2010-2060 vyjde ve vztahu na výdaje, že ve věkové skupině 0-14 let jsou průměrné výdaje na zdravotní péči 7 704 Kč, ve věkové skupině 15-64 let tato hodnota činí 11 844 Kč a u pojištěnců starších 65 let činí výdaje 34 882 Kč. Výdaje na pojištěnce v seniorském věku jsou téměř trojnásobné oproti výdajům na aktivní část obyvatelstva.

Hlavním problémem v této oblasti je tedy postupná změna věkové struktury obyvatelstva. Jak ukazuje následující tabulka, tak v roce 2010 tvořili obyvatelé věkové skupiny 15-64 let 70 % celkového obyvatelstva a lidé starší 65 let 15 %. Projekce do roku 2060 ale ukazuje, že zastoupení obyvatel ve věku 15-64 let klesne na 53 % a počet seniorů nad 65 let stoupne na 32 %, aniž by se změnila nejnižší věková skupina mladších 14 let. Znamená to, že počet ekonomicky aktivních obyvatel, kteří přispívají do systému prostřednictvím plateb zdravotního pojištění, se snižuje a naopak roste počet „čistých“ příjemců zdravotní péče. Navíc příjemců takové péče, jak je uvedeno výše, která je až několikanásobně nákladnější, než je tomu právě u ekonomicky aktivního obyvatelstva.

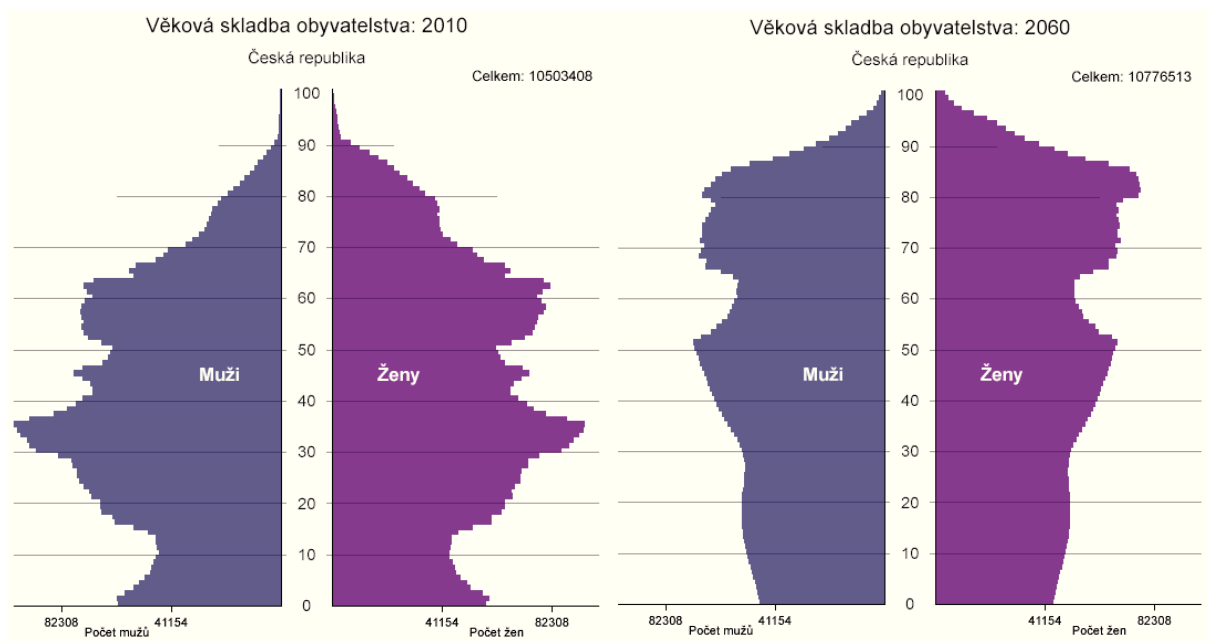
Tab. č. 3.3: Věková struktura obyvatel ČR v letech 2010-2060

Věková struktura obyvatel v letech 2010-2060				
	2010	v %	2060	v %
0-14	1 493 576	14,20%	1 771 996	14,43%
15-64	7 426 301	70,60%	6 550 303	53,33%
65+	1 599 402	15,20%	3 959 407	32,24%
Celkem	10 519 279	100,00%	12 281 706	100,00%

Zdroj: Internetové stránky ČSÚ. Dostupné na [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003B123A/\\$File/40200904.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003B123A/$File/40200904.pdf)

Následující stromy života názorně zobrazují předpoklad změny věkové struktury obyvatel v roce 2060 oproti roku 2010.

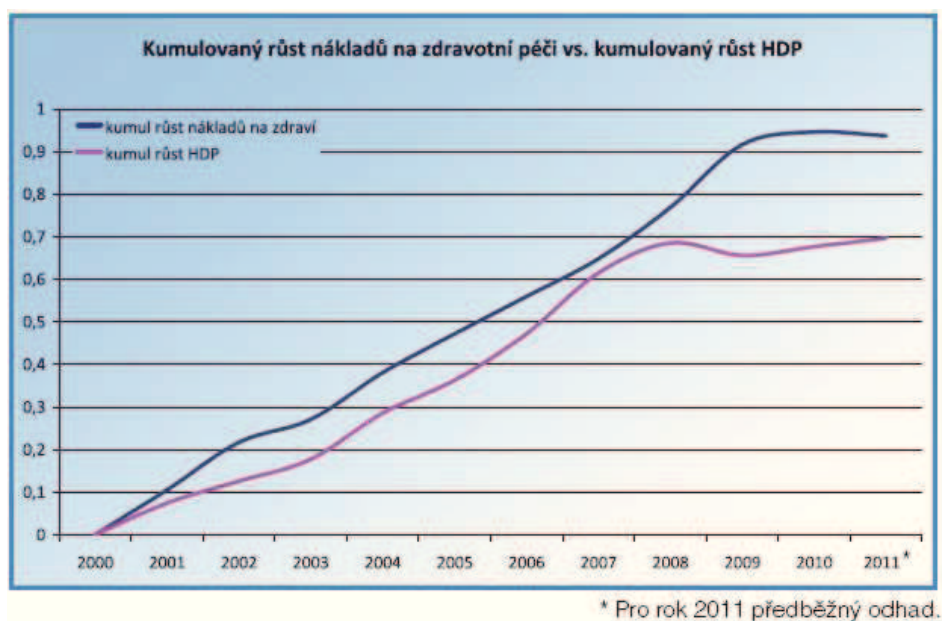
Obr. č. 3.1: Věková skladba obyvatelstva v letech 2010 a 2060



Zdroj: Internetové stránky ČSÚ. Dostupné na
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2010
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2060

Technologický pokrok je vedle růstu průměrné délky života rovněž zásadním stimulem pro změny. Věda a technika jde stále dopředu, samotný medicínský obor se neustále rozvíjí, a nejmodernější technologie jsou velmi nákladné.

Obr. č. 3.2: Kumulovaný růst nákladů na zdravotní péči vs. kumulovaný růst HDP



Zdroj: Internetové stránky vlády ČR. Dostupné na
http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/ZMENY-2012_zdravotnictvi_deniky_E15.pdf

Opět je ale nutné konstatovat, že přestože pro pacienty je to výborná zpráva, že si lékaři umí poradit s mnoha druhy vážných nebo vzácných onemocnění, a že zdravotní péče je na tak vysoké úrovni, tak pro financování systému zdravotnictví technologický pokrok představuje stále nákladnější variantu. Ze systému je odčerpáváno více prostředků, než je načerpáno a jak je naznačeno v následujícím obrázku¹², hrubý domácí produkt (dále jen HDP) roste pomaleji, než náklady na zdravotní péči, což znamená dlouhodobě neudržitelný systém.

Dva hlavní důvody nutnosti reformy systému zdravotnictví, stárnutí obyvatelstva a technologický pokrok, tvoří zajímavou spirálu, neboli „začarovaný kruh“. Skutečnost, že se lidé průměrně dožívají čím dál tím vyššího věku, je důsledkem kvalitnější zdravotní péče. Kvalitní péče představuje využívání nových léčebných metod a postupů, nových léků a přístrojů, které s sebou přináší právě nové technologie, které jsou však velmi nákladné. A zároveň, s rostoucí průměrnou délkou života občanů rostou náklady na zdravotní péči, které jsou v pokročilém věku násobně vyšší. Zjednodušeně to znamená, že díky vysokým finančním výdajům na vědu a výzkum, roste počet uživatelů nákladné péče. Náklady tedy velmi rychle rostou a současný systém se stává neudržitelným.

Výše analyzované důvody jsou založeny na reálných statistikách a jsou tak nezpochybnitelnými fakty, které nelze nadále přehlížet a je nutné hledat opatření, která napomohou tuto situaci řešit.

Se stále narůstajícím schodkem systému zdravotního pojištění hrozí zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče. Vláda v rámci reformy zdravotnictví zformulovala níže uvedené hlavní změny, které napomohou nejen efektivnějšímu vynakládání výdajů, a které rovněž mají omezit korupci a klientelismus ve zdravotnictví.

¹² Změny 2012 – průvodce novinkami zdravotního systému v roce 2012 [online]. [cit. 2012-03-25]. Dostupné na http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/ZMENY-2012_zdravotnictvi_deniky_E15.pdf

3.3 Hlavní změny v rámci reformy zdravotnictví

Velká část změn je zaměřena na práva pacientů, kdy:

- Pacient získává větší práva na informace.
- Pacient může určit, za jakých okolností chce být léčen.
- Vzniká možnost volby lékaře.
- Usnadňuje se přístup ke zdravotní dokumentaci pacienta.
- Vzniká nárok pacienta na podrobnou informaci o prováděném výkonu.
- Pacientům vzniká právo na přítomnost osob blízkých.
- Pacient může určit osoby, které mají právo na informace o jeho zdravotním stavu.
- V případě závažných výkonů se pacient může poradit s dalším doktorem.
- Definuje se nárok pacienta na zdravotní péči a vytvoří se úhradové standardy.

Další změny, které obsahuje reforma zdravotnictví, souvisí s povinnostmi zdravotníků a poskytovatelů zdravotní péče:

- Stanovují se práva a povinnosti poskytovatelů zdravotní péče včetně sankcí za jejich porušení.
- Nemocnice téměř nebudou moci odmítnout pacienta.
- Zdravotníci se budou řídit jednotnými podmínkami.
- Veškeré údaje o poskytovatelích zdravotních služeb se zpřístupní.

Definovány jsou také změny týkající se úhrad z veřejného zdravotního pojištění a spoluúčasti pacientů:

- Ruší se platba za položku na receptu.
- Za den v nemocnici zaplatí pacient regulační poplatek 100 korun.
- Na léky, které je možné zakoupit bez předpisu, nebude doplácet pojišťovna.
- Očkování dětí proti pneumokoku bude hrazeno.
- Očkování proti rakovině děložního čípku dívek v definovaném věku bude hrazeno pojišťovnou

Některé z výčtu hlavních změn se týkají činnosti zdravotnické záchranné služby:

- Vzniknou desítky nových stanovišť záchrany.
- Zefektivňuje se spolupráce mezi záchrankou a nemocnicemi.
- Dojezdová doba záchrany nepřesáhne v 95 procentech případů výjezdů dvacet minut.

Poslední oblasti, kterých se změny v rámci reformy zdravotnictví týkají, jsou specifické zdravotní služby:

- Začíná se upřednostňovat domácí léčba u psychicky nemocných pacientů.
- Nastavila se pravidla pro poskytování některých nových speciálních druhů zdravotních služeb.
- Pojišťovny proplatí více cyklů umělého oplodnění.
- Upravují se pravidla pro anonymní dárce zárodečných buněk.
- Ženy mohou podstoupit dobrovolnou sterilizaci od 21 let věku.
- Kastrace je možné provést až od 25 let, a to z terapeutických důvodů.¹³

Jak napovídá úvod práce, české zdravotnictví prochází malou revolucí, která s sebou nese velké množství novinek a systémových změn, které se vláda rozhodla zavádět postupně. Důvodů může být několik, ať už akutnější potřeba některých méně legislativně a administrativně náročných změn, které by byly zbytečně bržděny většími projekty nebo také postupné zžívání se občanů s touto reformou.

3.4 První fáze reformy zdravotnictví

První fáze zdravotnické reformy nabyla účinnosti 1. 12. 2011. Zavedené změny jsou obsaženy v novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Pro dlouhodobě finančně udržitelný systém zdravotnictví nestačí pouze zefektivňovat procesy a omezovat korupci, ale je nutné zároveň finanční prostředky do systému přinášet.

¹³ Reforma zdravotnictví [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na <http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/>

Proto vláda přistoupila ke zvýšení spoluúčasti pacientů. Hlavní myšlenka je taková, aby nejběžnější léky na banální zdravotní problémy nebyly hrazeny zdravotní pojišťovnou, protože si je může téměř každý člověk dovolit s tím, že sociálně nejslabší skupina obyvatel bude ze spoluúčasti vyjmuta. A v případě, že bude pacient při závažnějších potížích skutečně potřebovat mnohem nákladnější léčbu, kterou si zpravidla nemůže dovolit, bude potřebná péče plně hrazena ze zdravotního pojištění. Léky, které si lze pořídit i bez lékařského předpisu, nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a pacient si je musí uhradit sám.

Došlo ke změně regulačních poplatků. Místo původního poplatku za položku na receptu je zaveden jednotný poplatek za recept. Poplatek za jeden den hospitalizace se zvýšil z 60 Kč na 100 Kč. Ministerstvo se zabývalo analýzou nízkopříjmových domácností, ze které vyplynulo, že 100 Kč představuje částku, kterou lidé musí platit i v případě, že neleží v nemocnici, ale jsou doma. Pro pacienty to tedy nepředstavuje žádný nadbytečný finanční náklad a pro nemocnice to představuje menší doplatky na tzv. hotelové služby, které jsou ve skutečnosti mnohem nákladnější. V této oblasti jako tlumič negativních sociálních dopadů i nadále fungují ochranné limity. Děti do 15 let a senioři zaplatí celkově na doplatcích za léčbu i léky maximálně 2 500 Kč za rok a ostatní 5 000 Kč za rok, s tím, že regulační poplatek za pobyt v nemocnici se do limitu nezapočítává.

Novela zákona zavádí možnost připlatit si za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče neboli nadstandard. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní zdravotní péčí není v léčebném efektu, protože kvalitní péče musí být zachována pro všechny, ale spíše v pohodlnosti či rychlosti léčby. Příkladem může být obyčejná a odlehčená sádra, obojí vede ke stejnému výsledku, ale odlehčená sádra je pro pacienta komfortnější. Lékař musí vždy zvolit ten nejlepší postup k uzdravení a v případě, že ke stejnému kvalitnímu výsledku vede těchto postupů více, musí zvolit ten nejlevnější. Dále pak v každé oblasti zdravotnických služeb existuje taková varianta, na jejíž úhradě se pacient nepodílí, a přesto se mu dostane vždy takové péče, která odpovídá jeho zdravotnímu stavu. Pacient hradí rozdíl mezi cenou ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče a úhradou ze zdravotního pojištění. V prvním roce si lidé mohou připlatit v oblasti kontaktních čoček, sádrových materiálů a očkovacích vakcín. Ceníky nadstandardů musí být zveřejněny na internetových stránkách nemocnic. Pacient, který navštíví internetové stránky Fakultních nemocnic v Praze Motole, v Brně a v Ostravě zjistí, že nadstandardní víceohniskovou neboli multifokální čočku si v jednotlivých nemocnicích může pořídit za následující výše doplatků.

Tab. č. 3.4: Ceny nadstandardní multifokální čočky dle ceníků fakultních nemocnic v roce 2012

Cena nadstandardní multifokální čočky	
Fakultní nemocnice v Motole (Praha)	9 172 Kč - 13 302 Kč*
Fakultní nemocnice Brno	10 700 Kč - 11 400 Kč*
Fakultní nemocnice Ostrava	17 000 Kč

*přesná výše cen se odvíjí od konkrétního typu čočky

Zdroj: Internetové stránky fakultních nemocnic. Dostupné na <http://www.fnmotol.cz/sys/FileStorage/download/1/288/cenik-env-verze-c-4.pdf>
<http://www.fnbrno.cz/nadstandardy-ekonomicky-narocnejši-varianty-zdravotni-pece/t4079>
<http://www.fno.cz/informace-o-nemocnici/cenik-nadstandardnich-zdravotnickych-materialu>

Nově si může pacient připlatit a tím zajistit péči konkrétního lékaře, ale vždy s ohledem na jeho vytíženost. Akutní případy, nebo specializované zákroky mají vždy přednost, před jinými zákroky, u kterých si pacient za péči konkrétního odborníka připlatí, přestože to jinak není potřeba. Cílem zavedení možnosti příplatků bylo také omezení nelegálních sponzorských darů a obálek za nadstandardní výkony.

Novela se dotkla i úpravy pravidel pro změnu zdravotní pojišťovny. Nově lze zdravotní pojišťovnu změnit pouze jedenkrát za rok s tím, že přihlášku k nové pojišťovně je nutné podat nejpozději do 30. června a samotná změna je realizována vždy k 1. dni nového kalendářního roku. Cílem je omezení plýtvání prostředků jednotlivých pojišťoven na jednorázové marketingové akce, které působily, že se určití pojištěnci přesouvali několikrát za období, bez hlubšího opodstatnění mezi různými pojišťovnami.

3.5 Druhá fáze Reformy zdravotnictví

Jádro celé zdravotnické reformy nabylo účinnosti v průběhu psaní této práce, 1. 4. 2012. Druhá fáze je především založena na třech pilířích v podobě nových zákonů.

Prvním pilířem je **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování** (zákon o zdravotních službách), který nahrazuje dnes již velmi zastaralý zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Druhý pilíř představuje **Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách** a třetím pilířem je **Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě**.

3.5.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Určitou změnu představuje již samotný název zákona, kdy původně obsahoval slovo „péče“, jednalo se o zákon o péči zdraví lidu, avšak nový zákon o zdravotních službách obsahuje pojem „služba“. Důvodem pro nové přesnější označení je, že zdravotní péče je zdravotní službou, ale opačně tento vztah neplatí. Zdravotní služby představují širší pojem, který obsahuje zdravotní péči.

Nový zákon s sebou přinesl jasně definovaná práva a povinnosti jak pacientů, tak poskytovatelů zdravotnických služeb. Obsahuje přesné vymezení nároků pacientů a především také sankcí za poškození pacienta v oblasti jeho práv. Pacient se tak stává rovnocenným partnerem jak lékařů, tak zdravotních pojišťoven.

Povinností lékaře je podat srozumitelné a plnohodnotné informace, tak aby se pacient mohl vědomě rozhodnout. Mimo akutní situace, kdy je pacient v ohrožení života, nesmí lékař bez písemného souhlasu vykonat žádný zákrok. Lékař nesmí pacientovi informace o zdravotním stavu zatajovat, s výjimkou písemného přání pacienta, že některé aspekty svého stavu znát nechce.

Pacient má právo na volbu zdravotnického zařízení, které nesmí jeho ošetření odmítnout z jiných, než kapacitních důvodů. Má právo na bezplatný druhý názor jiného lékaře, v případě, že prvnímu nedůvěřuje, nebo s ním nesouhlasí. Pouze pacient může umožnit anebo naopak zakázat třetím osobám přístup ke své zdravotnické dokumentaci. K posílení práv došlo také u zdravotně postižených pacientů; ti, kteří například nejsou svéprávní, mají právo na přítomnost právního zástupce, ti, kteří jsou komunikace neschopní na tlumočnicka a pacient s asistenčním psem na svého psa. Pacient má nově právo sepsat tzv. „living will“, něco jako svou vůli, jakým způsobem chce být léčen pro případ, že v budoucnu nebude schopen komunikace. Vzhledem k tomu, že eutanázie není v ČR legální, nesmí v žádném případě projevená žádost pacienta směřovat k jeho usmrcení. V případě, že jsou práva pacienta jakýmkoli způsobem dotčena má právo si stěžovat a to buď přímo ve zdravotnickém zařízení, nebo u příslušného správního orgánu zřizovatele nemocnice, kterým je daný krajský úřad anebo u České lékařské komory. Všechny tři instituce, pod hrozbou vysokých pokud mají povinnosti se stížnosti pacienta věnovat a vyřešit ji v určené lhůtě, která se odvíjí od náročnosti šetření. Děťští pacienti mají právo na přítomnost zákonného zástupce po celou dobu provádění zákroku i na nepřetržitý kontakt po dobu hospitalizace. Pro lékařské zákroky u dětí bude nutný souhlas jednoho rodiče a souhlas obou rodičů v případě, že se bude jednat o

poskytnutí takových zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nebo kvalitu života dítěte. Pokud ale dítě nesouhlasí s postojem rodičů a je schopno si uvědomit důsledky zákroku, bude mu ustanoven opatrovník.

Zákon definuje také povinnosti pacienta, který musí dodržovat léčebný postup; pakliže s ním souhlasil, je povinen informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o svém zdravotním stavu a zdravotních službách, jichž využívá prostřednictvím jiných poskytovatelů. Je vyloučeno, aby pacient během léčby užíval návykové látky. Dále je povinen uhradit cenu nehrazených či rozdíl v ceně částečně hrazených služeb. V případě nahlížení do zdravotnické dokumentace se pacient musí prokázat průkazem totožnosti, předejte se tak zneužití třetí osobou.

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

Nový zákon o specifických zdravotních službách upravuje ve velké míře nevratné zdravotní úkony, mezi které patří například kastrace, psychochirurgické výkony, umělé ukončení těhotenství nebo změna pohlaví u transsexuálů. Velký důraz je kladem na to, aby se jednalo o svobodnou vůli pacienta, který je podrobně informován o prováděném výkonu, jeho následcích a důsledcích.

Nově mohou ženy od 21 let věku podstoupit dobrovolnou sterilizaci. Od 18 let věku je sterilizace možná ze zdravotních důvodů s písemným souhlasem ženy. V případě, že je ze stejných důvodů žádoucí provést tento zákrok u žen mladších 18 let, je vyžadováno vedle souhlasu zákonných zástupců také kladné stanovisko odborné komise a souhlas soudu. Terapeutickou kastraci lze provést muži, který dovršil 25 let za tří předpokladů: že v minulosti spáchal sexuálně motivovaný trestný čin, že odborným lékařským vyšetřením byla prokázána sexuální deviace a že je velmi pravděpodobná recidiva, protože u něj jiné léčebné metody nebyly úspěšné. Kastrace se provádí na základě pacientovy písemné žádosti, stanoviska odborné komise a v některých případech je nutný souhlas soudu. Ženy mají nově nárok do 39 let věku včetně na čtyři pokusy umělého oplodnění hrazené zdravotní pojišťovnou, v případě, že se v prvních dvou pokusech zavede pouze jedno embryo. Cílem je omezit vícečetná těhotenství, která s sebou nesou větší zdravotní rizika. Nadále zůstává hrazena i varianta tří pokusů umělého oplodnění za život. V těchto případech je věk pro umělé oplodnění prodloužen do 49 let. Dárci zárodečných buněk se mohou stát ženy od 18 do 35 let a muži ve věku od 18 do 45 let.

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

Na první pohled výraznou změnou v rámci zákona o zdravotnické záchranné službě je změna dojezdové doby záchranné služby z 15 na 20 minut, která musí být splněna v minimálně 95 % výjezdů na základě tísňového volání. K této změně došlo z důvodu, že v původním časovém limitu nebylo možné do některých, zvláště odlehlých míst dojet. Přesto je v naprosté většině míst dojezdový čas mnohem nižší, než původních 15 minut. Ačkoli tato změna může na část obyvatel působit negativně, jedná se spíše o formální úpravu, která lépe odpovídá realitě. Bude zpracován nový plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami a v konečném důsledku dojde spíše k posílení sítě zdravotnické záchranné služby a tím i k navýšení dostupnosti této služby. Budou rovněž upraveny podmínky této služby a práva a povinnosti záchranářů, jako například právo vstupovat na soukromé pozemky v případě ohrožení života, nebo žádost o pomoc u lidí přítomných zásahu. Ke změně dojde i ve způsobu financování, kdy přednemocniční neodkladná péče bude hrazena z veřejného pojištění a provozní náklady na činnost záchranářů a provoz jejich zařízení budou financovány z prostředků kraje.

3.5.4 Změny financování zdravotní péče

Velké změny se projevují v systému financování zdravotní péče. Cílem je, aby si pacienti vyhledávali kvalitní péči a nemocnice byly za zájem pacientů odměňovány. Postupně se ukáže, která zařízení porostou a která se naopak zmenší nebo dokonce zaniknou. Výsledkem bude, že kvalitní nemocnice již nebudou odmítat pacienty z důvodů překročených limitů anebo, že se jim jejich léčba nevyplatí. Pro nemocnice bude nevýhodné zbytečně prodlužovat délku pobytu pacienta nebo provádět nadměrný počet úkonů, což by se mělo pozitivně projevit právě v průměrné délce pobytu v nemocnicích, která v ČR patří k nejdelším ve vyspělém světě. V systému plateb zdravotních pojišťoven směrem k nemocnicím a jiným zdravotnickým zařízením je zavedena metoda DRG (diagnosis related groups). Nejedná se o zcela novou metodu, některé nemocnice ji již využívaly dříve pro své vnitřní potřeby. Novinkou je její systémové zavedení na celostátní úrovni, což má přinést zprůhlednění a vyšší spravedlnost systému. Všechny nemocnice bez rozdílu budou za stejnou službu a za stejnou diagnózu ohodnoceny úhradou ve stejné výši a tím ustanou dohady mezi malými a velkými nemocnicemi nad výši úhrad. Doposud byly sazby určovány na základě individuálních dohod se zdravotními pojišťovnami. Platby již nepůjdou za provedený výkon, ale za vyléčení

pacienta a tím se i zlepšuje postavení pacienta v nemocnicích, protože on sám rozhodne o nemocnici, která prostředky získá. Ministerstvo si od této novinky slibuje vyšší transparentnost, zvyšování kvality zdravotnických zařízení, účelné a efektivnější léčebné procesy, ale také jednodušší srovnání mezi nemocnicemi. Za pomoci zavedení systému platby za diagnózu (DRG) má dojít ke změně struktury aktuálně neefektivní lůžkové péče. Nově bude v zájmu nemocnice co nejlépe a co nejdříve pacienta vyléčit, případně jej přesunout z lůžka akutní péče na lůžko následné či dlouhodobé péče. Tím se ukáže, která lůžka jsou nadbytečná nebo kterých je naopak nedostatek a dojde k efektivnímu nastavení poměru lůžek mezi akutní, následnou a dlouhodobou péčí.

3.5.5 Preventivní péče

Vliv na zdraví člověka mají čtyři faktory, mezi které patří genetické předpoklady, životní styl, systém zdravotních služeb a prevence. Poslední vyjmenovaný faktor je velmi významným a měl by být systémem zdravotnictví podporován. V rámci prevence a preventivních programů je zavedeno rovněž několik novinek. Dívkám mezi třináctým a čtrnáctým rokem věku bude ze zdravotního pojištění hrazeno očkování proti rakovině děložního čípku a dětem od sedmi měsíců věku zdravotní pojišťovny zaplatí očkování proti pneumokokovým nákazám. Nadále budou formou plné hrady ze zdravotního pojištění podporovány preventivní screeningové programy v oblasti vyšetření střeva a konečníku, děložního hrdla a prsu. Cílem je zachytit v prvním nebo ve druhém stádiu některá onemocnění, v ČR nejčastěji se vyskytující nádorové onemocnění. Ve stádiu, kdy pravděpodobnost vyléčení je mnohem pravděpodobnější a zároveň náklady na léčbu nižší.

3.5.6 Protikorupční opatření

V rámci reformy zdravotnictví byla přijata řada opatření a různých kroků k omezení úniků peněz ze systému v podobě korupce tak, aby veškeré prostředky byly opravdu použity na kvalitní zdravotní služby.

Novinkou jsou elektronické aukce pro nákup různého vybavení a přístrojů. Nemocnice zveřejní zakázku a zájemci nabízejí ceny, které mohou postupně snižovat a ten, kdo nabídne nejnižší, vyhrává. Jedná se o vysoce efektivní a transparentní systém, který s sebou nese výrazné úspory. Nemocnice, které jsou řízeny státem, jsou povinny zveřejňovat své zakázky a veškerou dokumentaci s nimi spojenou na internetu. Navíc mají povinnost nakupovat od

dílčích dodavatelů tak, aby se konkurence rozšířila, a aby zadání nemohlo vyhovovat jen několika málo firmám. Zakázky do 1 milionu Kč musí být schváleny odpovědným náměstkem a zakázky nad 1 milion Kč musí schválit přímo ministr zdravotnictví. Běžnou praxí doposud bylo, že lékaři i lékárníci byli motivováni farmaceutickými firmami pro předepisování nebo prodej konkrétního léku. S reformou přichází zákaz účelově vázaných sponzorských darů a ostatní sponzorské dary musí být zveřejněny na internetu.¹⁴

3.6 Třetí fáze Reformy zdravotnictví

Třetí část zdravotnické reformy se nachází ve fázi přípravy a rozpracování. Plán je takový, že navrhované změny by měly nabýt účinnosti k 1. 1. 2014.

3.6.1 Zdravotní pojišťovny

Jednou z oblastí, na kterou se z velké části další fáze reformy zaměřuje, je problematika zdravotních pojišťoven. Měl by vzniknout nový zákon o zdravotních pojišťovnách, který sloučí dva stávající zákony, Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně a Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, které dnes tvoří stěžejní legislativní podporu v oblasti zdravotních pojišťoven. Cílem je sjednotit pravidla činnosti pro všechny zdravotní pojišťovny tak, aby se Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR neodlišovala a aby byly srovnatelné podmínky pro všechny pojišťovny.

Znění zákona by mělo znamenat revoluční změny ve fungování pojišťoven. Bude garantovat jednotnou legislativní úpravu, dojde k vytvoření jednotné kanceláře, tzn. jednotné organizační složky pro všechny pojišťovny a tím k zefektivnění systému. Definována bude i odpovědnost managementu za hospodaření, což s sebou ponese vyšší úspory a transparentnost.

Jak vláda v PPV uvedla, reforma přinese vícekritériální přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Jedná se o návrh ve smyslu solidarity pojištěnců dané pojišťovny s pojištěnci jiných pojišťoven. Aktuálně z 95 procent funguje přerozdělování pojistného na

¹⁴ Změny 2012 – průvodce novinkami zdravotního systému v roce 2012 Dostupné na http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/ZMENY-2012_zdravotnictvi_deniky_E15.pdf

principu nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců. Pouze 5 % finančních prostředků z vybraného pojistného kompenzuje pojišťovnám obzvlášť nákladnou zdravotní péči. Zohlednění pouze dvou kritérií, pohlaví a věku, v praxi znamená, že pojišťovna získá stejný objem prostředků jak na zdravého, tak vážně nemocného muže ve věku 35 let, bez rozdílu na skutečné náklady na zdravotní péči. Tento systém má za následek změny v chování pojišťoven. Trendem dnešní doby jsou desítky marketingových akcí, orientovaných především na preventivní programy, příspěvky na očkování, vitamíny nebo na volnočasové aktivity. Účelem je přilákat co nejvíce zdravých pojištěnců. Naopak lidé nemocní, s vyššími nároky na nákladnější zdravotní péči se podobné motivace nedočkají. Dnes představují pro pojišťovny spíše zátěž. Stěžejním pilířem zdravotní péče v ČR je však solidarita a téměř selektivní chování vůči nákladnějším pojištěncům se začíná solidárnímu systému vzdalovat. Největší finanční zátěž uvedené nastavení představuje pro VZP, která se tímto selektivním způsobem ze zákona chovat nemůže a je tak hlavním iniciátorem volání po změně.

3.6.2 Analýza pojištěnců VZP

VZP je největší pojišťovnou s největším kmenem pojištěnců v ČR. Dle dostupných informací k 1. 12. 2010 je z celkového počtu 10 396 221 pojištěnců 6 271 186 pojištěnců VZP, tj. 60,3 %. Jak ukazují následující data, ve VZP se kumulují nejdražší pojištěnci. Dlouhodobě neudržitelnou situaci navíc umocňuje fakt, že VZP vzhledem ke své velikosti má nejrozšířenější síť nasmlouvaných poskytovatelů zdravotní péče. Výsledkem je, že v případě změny zdravotního stavu pojištěnce, je z důvodu nejvyšší dostupnosti VZP nejvyhledávanější pojišťovnou. V porovnání s ostatními pojišťovnami, kam noví pojištěnci míří především na základě reklamních kampaní a představují tak levnou část kmene pojištěnců, jsou nově příchozí do VZP mnohem nákladnější než ti, kteří z ní odchází.¹⁵

Dalšími ukazateli, které představují znevýhodněné podmínky VZP mezi pojišťovnami, jsou věková struktura pojištěnců a výše vybraného pojistného. V následující tabulce je vidět, že VZP má nadprůměrné zastoupení starších věkových skupin 50 let a výše, ve kterých náklady na jednoho pojištěnce jsou až několikanásobně vyšší (viz kapitola 3.2 Důvody reformy zdravotnictví), než je tomu u mladších věkových skupin, jichž VZP sdružuje

¹⁵ VLKOVÁ, Jitka. *Zdravotní pojišťovny se začnou prát o nemocné, stát ušetří miliardy* [online]. iDNES.cz, 2. srpna 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupné na http://ekonomika.idnes.cz/zdravotni-pojistovny-se-zacnou-prat-o-nemocne-stat-usetri-miliardy-1-gg-/ekonomika.aspx?c=A110801_203818_ekonomika_brm

v podprůměrném počtu, vycházíme-li z předpokladu, že ve VZP je 60,3 % všech pojištěnců ČR. Pro VZP tato skutečnost představuje vyšší zatížení na straně nákladů oproti ostatním pojišťovnám.

Tab. č. 3.5: Věková struktura všech pojištěnců a pojištěnců VZP k 31. 12. 2010

Věková struktura pojištěnců							
Věková skupina (v letech)	Celkový počet pojištěnců	Z toho VZP		Věková skupina (v letech)	Celkový počet pojištěnců	Z toho VZP	
		Počet pojištěnců	v %			Počet pojištěnců	v %
0 - 4	583 271	302 401	51,8	45-49	691 951	412 651	59,6
5 - 9	483 432	244 702	50,6	50-54	670 681	416 295	62,1
10-14	456 711	242 905	53,2	55-59	756 822	478 154	63,2
15-19	580 632	327 559	56,4	60-64	745 951	480 589	64,4
20-24	662 119	383 370	57,9	65-69	553 888	373 092	67,4
25-29	702 009	415 257	59,2	70-74	385 022	276 440	71,8
30-34	858 768	496 313	57,8	75-79	314 255	242 556	77,2
35-39	868 461	464 340	53,5	80-84	232 399	186 581	80,3
40-44	695 721	398 332	57,3	85 +	154 128	129 649	84,1

Zdroj: Internetové stránky VZP. Dostupné na http://www.vzp.cz/uploads/document/Rocenska_2010.pdf

Avšak také na straně příjmů je VZP znevýhodněna. Následující tabulka ukazuje, že v České republice činí z celkového počtu všech pojištěnců 58,44 % těch, za které je plátcem pojistného stát. Ve VZP je poměr těchto pojištěnců jen nepatrně vyšší a negativní dopad není tak výrazný.

Tab. č. 3.6: Pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát – rok 2010

Pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát			
	všichni pojištěnci	pojištěnci, za které platí pojistné stát	v %
ČR	10 396 221	6 075 482	58,44
VZP	6 271 186	3 720 617	59,33

Zdroj: Internetové stránky VZP. Dostupné na http://www.vzp.cz/uploads/document/Rocenska_2010.pdf

Z tabulky, která obsahuje i rozdělení dle skupin pojištěnců vyplývá, že z celkového počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, je 61,2 % registrována u VZP. Avšak z celkového počtu pojištěnců, patřících do skupiny poživatelů důchodů a osob důchodového věku bez nároku na důchod, je u VZP registrován jejich podíl ve výši 69,8 %. Tento fakt představuje vyšší koncentraci nejnákladnější skupiny pojištěnců.

Tab. č. 3.7: Skupiny pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, k 1.12.2010

Pojištěnci, za které je plátcem pojistnění stát			
Skupiny pojištěnců	Celkový počet pojištěnců	Z toho VZP	
		Počet pojištěnců	v %
Nezaopatřené děti do a po ukončení povinné školní docházky	2 328 584	1 232 131	52,9
Poživatelé důchodů a osoby důchodového věku bez nároku na důchod	2 782 529	1 943 434	69,8
Ženy na mateřské dovolené a příjemci rodičovského příspěvku	356 934	181 894	50,8
Ostatní pojištěnci, za které je plátcem pojistnění stát	607 435	363 158	59,8
Celkem	6 075 482	3 720 617	61,2

Zdroj: Internetové stránky VZP. Dostupné na http://www.vzp.cz/uploads/document/Rocenska_2010.pdf

Průměrné náklady na pojištěnce v důchodovém věku jsou na jedné straně nesrovnatelně vyšší, než je tomu u ostatních pojištěnců (viz kapitola 3.2 Důvody reformy zdravotnictví) a zároveň se na straně druhé, jedná o osoby, za které je plátcem pojistného stát, který odvádí konstantní částku za všechny své pojištěnce a objem příjmů z pojistného je nižší.

Výše platby pojistného, které odvádí stát je výrazně nižší oproti odvodům ekonomicky aktivních pojištěnců, u kterých je pojistné počítáno z vyměřovacích základů a zpravidla jsou zavedeny i jeho minimální výše. Nižší je rovněž oproti výši pojistného OBZP, což evokuje otázku, proč tomu tak je. Odpověď zní, že v případě, že by stát odváděl plnohodnotné pojistné za státní pojištěnce, znamenalo by to ještě vyšší podíl výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP a financování zdravotnictví by se tak stalo závislé především na státním rozpočtu a existence veřejného zdravotního pojištění jako samostatné instituce by postrádala smysl s tím, že by zdravotnictví mohlo být financováno rovnou ze všeobecných daní.¹⁶

3.6.3 Reformní návrh

Řešením již dlouhodobě neudržitelného nastavení je zavedení systému financování, který využívají v Nizozemí. Jedná se o model, který zohledňuje finanční náročnost vybraných skupin onemocnění dle nákladů za spotřebu léků a léčivých prostředků. V praxi bude tento nový systém přerozdělování peněz ze zdravotního pojištění znamenat určení pevné částky za určitý typ diagnózy, místo přerozdělování dle věku a pohlaví, jako tomu bylo doposud.

¹⁶ NĚMEC, Jiří a kolektiv. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. str 191

Pojištěnec bude zařazen do farmaceutické skupiny dle předepsaných léčiv za předchozí období, kterým je jeden rok. Pojištěnec buď nebude zařazen do žádné anebo pouze do jedné takové skupiny. V případě, že splňuje kritéria pro více skupin, bude zařazen do takové skupiny, ve které má nejnákladnější zdravotní péči.

Výsledkem bude, že si pojišťovny nebudou již předcházet pouze zdravé a nízkonákladové pacienty, ale naopak se zaměří na ty nemocné, jejichž léčba je nákladná.¹⁷

3.6.4 Časová dostupnost plánované hrazené péče a dojezdová doba dostupnosti péče

Ministerstvo zdravotnictví připravilo vládní návrh, který obsahuje časovou dostupnost plánované hrazené péče a dojezdovou dobu dostupnosti péče. Část vyhlášky, týkající se časové dostupnosti, určí maximální čekací doby na jednotlivé zákroky a v případě, že tato maximální délka bude překročena, má pacient právo si stěžovat u své zdravotní pojišťovny, která ponese odpovědnost za dodržování lhůt. Tabulka například ukazuje, že pacientovi by se měla maximálně do 78 týdnů provést náhrada kolenního kloubu, do 26 týdnů by mu měl být zoperován šedý zákal, nebo na centrální tomografii či vyšetření magnetickou rezonancí nebude čekat déle než 3 týdny.

Tab. č. 3.8: Časová dostupnost plánované hrazené péče

Časová dostupnost plánované hrazené péče			
Výkon	Max. lhůta (v týdnech)	Výkon	Max. lhůta (v týdnech)
Náhrada kyčelního kloubu	78	Mamografický screening (vyšetření prsu rentgenem)	8
Náhrada kolenního kloubu	78		
Operace šedého zákalu	26	Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony (vyšetření cév pomocí kontrastní látky)	8
Operace křečových žil	20		
Denzitometrie (v vyšetření hustoty kostí)	16		
Artroskopie (ultrazvuk kloubů)	12	Centrální tomografie a vyšetření magnetickou rezonancí	3
Echokardiografie (ultrazvukové vyšetření srdce)	10	Skiografie a sonografie (rentgenové snímkování a ultrazvuk)	2
Endoskopické vyšetření	8	Ostatní plánovaná hrazená péče	26
Endosonografické vyšetření	8		

Zdroj: denní tisk Právo, komerční příloha, 7.března 2012

¹⁷ Infoservis VZP č. 14/2011. *Systém přerozdělování pojistného je třeba zpřesnit s ohledem na rozdílnost pojištěnců.* [online]. 4. července 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupné na <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-14-2011/system-prerozdelovani-pojistneho-je-treba-zpresnit-s-ohledem-na-rozdiilnost-pojistencu>

Vládní návrh dále obsahuje dojezdovou dostupnost péče a to jak ambulantní, tak lůžkové. Určuje tak maximální doby, do kterých se musí být pacient schopen dostat k lékaři dané specializace, nebo na určité pracoviště. Například k praktickému lékaři by měl pacient dojet autem nebo hromadnými dopravními prostředky nejdéle do 45 minut, k dětskému urologovi do 180 minut. Lůžkové oddělení ortopedie by mělo být dostupné do 75 minut a psychiatrické lůžko do 120 minut, jak je patrné z následující tabulky.¹⁸

Tab. č. 3.9: Dojezdová doba dostupnosti péče

Dojezdová doba dostupnosti péče			
Ambulantní péče		Max. doba (v min)	péče
Max. doba (v min)	péče		
		120	ortodontie, sexuolog, nukleární medicína, tomograf, magnetická rezonance
40	praktický lékař pro dospělé i pro děti, zubař, gynekolog, lékárna	180	kardiochirurgie, neurochirurgie, dětská urologie, klinická výživa a intenzivní metabolická péče
45	diabetolog, chirurg, neurolog, oční, ušní, krční, ortoped, psychiatr, rentgen a ultrazvuk, rehabilitace, urolog, internista		
		Lůžková péče	
		Max. doba (v min)	péče
60	alergolog, gastroenterolog, kardiolog, plicní, hematologie, revmatologie, hemodialýza, psycholog, logoped, zrakový a výživový terapeut, dermatovenerologie, endokrinologie, angiologie, paliativní medicína	45	anesteziologie a intenzivní medicína, gynekologie a porodnictví, chirurgie, vnitřní lékařství
		75	dětské lékařství, neurologie, ortopedie, traumatologie, plicní, rehabilitace, urologie
90	nefrolog, dětský neurolog a chirurg, onkolog, cévní chirurg, klinická onkologie	120	dermatovenerologie, oční, ušní, krční, psychiatrie, paliativní péče, neonatologie, popáleninová medicína
120	infekční lékařství, genetika, dětský psychiatr, plastická chirurgie, dětská gynekologie a chirurgie, geriatrie,	180	kardiochirurgie, klinická onkologie, neurochirurgie, cévní chirurgie, hrudní chirurgie, radiační onkologie

Zdroj: denní tisk Právo, komerční příloha, 7. března 2012

Již od listopadu 2011 jsou na základě rozhodnutí ministra zdravotnictví, fakultní nemocnice povinny na svých internetových stránkách zveřejňovat čekací seznamy na jednotlivé zákroky. Nemocnice musí na své weby vyvěsit seznam všech operací s čekací dobou delší než dva měsíce a všech vyšetření, na které lidé čekají déle než tři týdny. Tato změna má pomoci pacientovi zvolit, do kterého zařízení půjde, a vyhnout se zbytečným

¹⁸ PERGL, Václav. *Zdravotní reforma*. Právo, 7. března 2013, str. 13-16

odkladům. Informace o čekací době na náhradu kyčelního kloubu, které jsou aktuálně dostupné pacientům na internetových, jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. č. 3.10: Čekací doby na náhradu kyčelního kloubu dle zveřejněných informací fakulních nemocnic v roce 2012

Čekací doby na náhradu kyčelního kloubu	
Fakultní nemocnice v Motole (Praha)	12 měsíců
Fakultní nemocnice Brno	18 měsíců
Fakultní nemocnice Ostrava	2,5 roku

Zdroj: Internetové stránky fakulních nemocnic. Dostupné na
<http://www.fnmotol.cz/ambulance/cekaci-doby1/>
<http://www.fnbrno.cz/cekaci-doby-planovanych-vykonu/t3813>
<http://www.fno.cz/informace-o-nemocnici/cekaci-doby-planovanych-vykonu-ve-fn-ostava>

4. Hodnocení udržitelnosti změn v rámci reformy zdravotnictví

4.1 Důvody státních zásahů do segmentu zdravotnictví

Zdravotnictví, jako jeden ze segmentů národního hospodářství, je regulováno státem ze dvou hlavních důvodů. Prvním důvodem je výskyt **tržních selhání** v podobě nedostatečné informovanosti pacientů, omezené konkurence, faktoru nejistoty a nekomplexnosti trhu, existence externalit a čistých kolektivních statků. Informační asymetrie vzniká tím, že zdravotní péče je zpravidla poskytována vysoce kvalifikovanými pracovníky a pacient není schopen posoudit, zda je navržená léčba pro něj ta nevhodnější. Pacient se spoléhá na úsudek lékaře, který v rámci hájení zájmů pacientů může být omezován státem nebo jinými organizacemi jako jsou například Česká lékařská komora nebo zdravotní pojišťovna. Omezenou konkurenci ve zdravotnictví způsobuje několik faktorů. Je zde malý prostor pro cenovou konkurenci, svou roli zde hraje i již zmíněná nedokonalá informovanost, ale také spolupráce mezi jednotlivými lékaři a zdravotnickými zařízeními. Konkurenci mezi nemocnicemi snižuje například i místní spádovost. Dokonalou konkurenci narušuje faktor nejistoty a nekomplexnost trhu. Pacient nikdy předem nezná svůj zdravotní stav, a pokud nemá nevytvořeny dostatečné rezervy, nemusí mu být, v případě potřeby, umožněn přístup ke spotřebě zdravotnických služeb. Právě faktor nejistoty je jedním z hlavních důvodů vzniku zdravotního pojištění. Se spotřebou zdravotnických služeb souvisí existence externalit, a to jak pozitivních, kdy dobrý zdravotní stav jednotlivce má význam i pro jeho okolí, tak negativních v podobě například nakažlivých nemocí, kdy jsou zásahu státu nutné. Úroveň poskytovaných zdravotnických služeb souvisí s vědeckými pokroky a medicínským výzkumem, který má povahu čistého kolektivního statku.

Druhým důvodem státních zásahů jsou **obavy z následků nerovnosti v příjmech**. Principiálně panuje přesvědčení, že každý má právo na základní úroveň péče a nikomu by neměla být odepřena z důvodu nízkého příjmu. A to bez ohledu na skutečnost, že tento netržní přístup k poskytování statků vede k neefektivní nadměrné spotřebě.¹⁹

¹⁹ ROSTKOVÁ, Ivana. *Ekonomika zdravotnictví*. VŠB-TU Ostrava, Ekonomická fakulta, 2006. str. 30-40.

4.2 Charakteristika trhu se zdravotní péčí

Trh se zdravotní péčí se dle K. J. Arrowa²⁰ od standardních trhů liší v povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky.

Poptávku po zdravotní péči ovlivňuje způsob úhrad, který v České republice reprezentuje především povinné pojištění, ale také, v menším měřítku, přímé platby na nestandardní péči. Poptávku ovlivňuje také nabídka, její organizace ve smyslu například dostupností zdravotnických zařízení. Do hodnocení poptávky tak jedinečného produktu, jako je zdravotní péče, je nutné zahrnout také potřebu tohoto produktu. Zdravotní potřeba zahrnuje mnoho aspektů a je vnímána buď v subjektivní rovině, tedy jako pocit chybějícího zdraví či zhoršení aktuálního stavu samotného člověka, který vede k vyhledání zdravotní péče a tím k realizování poptávky po zdravotní péči. Oproti tomu, objektivní rovina je založena na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatelstva, které vede ke snižování a eliminaci zdravotnických rizik. Objektivní potřeba je iniciována prostřednictvím preventivních programů v rámci zdravotní politiky a to z důvodu, že si ji lidé většinou neuvědomují. Realizací poptávky vzniká spotřeba zdravotní péče. V této souvislosti je nutné zmínit nadměrnou poptávku, kdy významnou roli hraje povinné pojištění, které do určité míry podporuje nadužívání zdravotní péče. Částečným řešením je finanční spoluúčast, jejíž zavedení ale není tak jednoduché a nese s sebou různé problémy. Individuální poptávka po zdravotní péči je na rozdíl od běžných statků nepředvídatelná a nepravidelná, navíc zhoršení zdravotního stavu s sebou zpravidla nese ztráty příjmu a zároveň náklady vynaložené na péči. Odpověď na otázku elasticity poptávky je nejednoznačná, poptávková křivka může být vnímána jako velmi elastická, kdy jsou výdaje za zdravotnictví nedobrovolné, určené zdravotním stavem anebo relativně elastická.

Očekávané chování lékařů se významně liší od chování producentů zboží a služeb. Mezi lékaři nedochází ke konkurenci pomocí cen a reklamy a to ani v soukromém sektoru. Primárním aspektem lékaře při volbě léčby nejsou finanční náklady, ale objektivní potřeby každého posuzovaného případu a zájem o vydání korektních informací o existenci onemocnění či zranění je postaven nad zájem uspokojit svého zákazníka.

Na rozdíl od trhu zboží a služeb se na trhu se zdravotní péčí vyskytuje vysoká míra **nejistoty výsledného produktu**. Pacient věří, že „kupuje“ něco, co ve výsledku jeho potřebu uspokojí, avšak výsledkem je uzdravení nebo například úleva od bolesti a ten v této oblasti

²⁰ Kenneth Joseph Arrow - dosud žijící americký ekonom, představitel neoklasické ekonomie.

nemůže být stoprocentně zaručen. Určitou roli ve stupni nejistoty hraje i informační asymetrie mezi lékařem a pacientem.

Pro bezproblémový vstup nových producentů na dokonale konkurenční trh zboží a služeb je předpokladem skutečnost, že nabídka určitého druhu zboží je určována čistým příjmem, získaným z nabízené produkce ve srovnání s příjmem, kterého by se dalo dosáhnout použitím stejného množství zdrojů někde jinde. Pružnost **nabídky po zdravotní péči** je naopak limitována tím, že vykovávání praxe je regulováno udělováním licencí, vázaných na přísné kvalifikační předpoklady. Nabídku ve zdravotnictví formuje struktura zdravotnických zařízení, počty lékařů na počet obyvatel, možnosti lékařské péče v závislosti na technice a kvalifikačních předpokladech a také obecný přístup státu, zdravotních pojišťoven i občanů ke zdravotnictví. Zvláštním rysem poptávky ve zdravotnictví je vysoká specializace oboru, kdy poptávající není bez odborných znalostí schopen posoudit nutnost určitých výkonů a jejich přínos. Nabídka je tedy dána znalosti lékaře a jeho rozhodnutím, které by mělo primárně vycházet ze zájmu pacienta a snahy o uchování a zlepšení jeho zdraví. Nicméně i zde, stejně jako tomu bylo u poptávky, existuje nadměrná nabídka, která souvisí se zdravotní politikou státu, pozicí zdravotních pojišťoven či systémem odměňování pracovníků ve zdravotnictví.²¹

4.3 Charakteristika statků ve zdravotnictví

P. A. Samuelson²² definoval čtyři základní charakteristiky, pomocí kterých lze určit o jaký statek se jedná. Posuzuje se dělitelnost, rivalita, vyloučitelnost ze spotřeby a mezní náklady. V případě, že statek vlastní všechny čtyři atributy jedná se o čistě soukromý statek. V opačném případě, kdy žádnou z uvedených charakteristik nevlastní se jedná o čistě veřejný statek. Mezi extrémními protipóly, kterými čisté, ať už veřejné nebo soukromé statky jsou, existují další ekonomické statky, které splňují Samuelsonova kritéria jen částečně.

Dle ekonomického kritéria, které ze Samuelsonových charakteristik vychází, rozlišujeme **statky soukromé spotřeby**, **čisté kolektivní statky** a **nečisté** neboli **smíšené kolektivní statky**. Čisté kolektivní statky se navíc vyskytují buď s automatickou nebo fakultativní spotřebou.

²¹ ROSTKOVÁ, Ivana. *Ekonomika zdravotnictví*. VŠB-TU Ostrava, Ekonomická fakulta, 2006. str. 40-45.

²² Paul Anthony Samuelson – americký profesor ekonomie, nositel Nobelovy ceny, představitel neoklasické syntézy

Pro **čisté kolektivní statky** je tedy typická nedělitelnost, nerivalita spotřebitelů, nevyloučitelnost ze spotřeby a nulové mezní náklady, což znamená, že využití tohoto statku dalším jednotlivcem s sebou nenese žádné dodatečné náklady. Čisté kolektivní statky s automatickou spotřebou jsou spotřebovány celou společností bez rozdílu a s fakultativní spotřebou se liší v tom, že člověk má možnost jejich spotřebu odmítnout. V rámci zdravotnictví můžeme za čistý kolektivní statek považovat například povinné očkování, za statek s automatickou spotřebou preventivní prohlídky a s fakultativní spotřebou prenatální ošetření.

Směšené kolektivní statky jsou podle J. Bénarda²³ takové, u kterých může být kvantita rozdělena mezi individuální spotřebitele, což znamená jejich dělitelnost, přestože jejich kvalita zůstává nedělitelná. U těchto statků je možná vyloučitelnost ze spotřeby cenovým systémem. Nejčastěji se jedná o veřejné služby, u kterých hrozí efekt přetížení, který způsobuje přetěžování kvantity na úrok kvality. Ve zdravotnictví se s tímto typem statku můžeme setkat například v rámci ústavní péče.

Statky soukromé spotřeby jsou typické úplnou dělitelností, rivalitou spotřebitelů a možností vyloučení ze spotřeby cenovým systémem. Mezní náklady na zvýšení počtu spotřebitelů o jednoho jsou vždy vyšší než nula. Mezi tento typ statků můžeme zařadit ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče neboli nadstandard.

V rámci zdravotnictví se setkáváme se všemi typy statků. Nejčastěji se ale zdravotnické služby nevyskytují ve formě čistých statků, nýbrž ve smíšené kolektivní podobě.

24

Za jaký typ statku lze považovat samotné zdraví? Zdraví je společností častokrát vnímáno jako čistě kolektivní statek. Jedná se o objektivnější pohled, kdy každý člověk má na jeho zabezpečení, udržování a ochranu nárok a to bez výjimky, v plné míře a bez ohledu na zásluhy. A to jak zásluhy ve formě prevence a péče o vlastní zdraví, tak v podobě finanční účasti. Zdraví může představovat rovněž statek soukromé spotřeby. Projevuje se tak v subjektivní rovině, kdy zdraví je soukromá věc každého jedince, za kterou je odpovědný a nese veškeré náklady s ním spojené. Charakterově blíže, než zmíněné dva protipóly, se zdraví jeví jako smíšený kolektivní statek. Nelze jej považovat za samozřejmost, která je v přeneseném významu poskytována veřejně a neomezeně a zároveň díky součinnosti veřejného sektoru je užitek jedince vyšší, nežli bez ní.

²³ Jena Bénard – francouzský ekonom

²⁴ HAMERNÍKOVÁ, Bojka, MAAJTOVÁ, Alena a kolektiv. *Veřejné finance*. 1.vyd.Praha: ASPI, 2007. 364 s. ISBN 978-80-7357-301-0. str. 65-69

4.4 Financování zdravotnictví

4.4.1 Současné modely financování zdravotnictví

Tržní model zdravotnictví je typický pro Spojené státy americký. V Evropě tento model, do roku 1996 využívalo Švýcarsko. V USA neexistuje jednotný systém zajištění zdravotní péče ani jednotná zdravotní politika na federální úrovni. Zdravotní péče je hrazena prostřednictvím přímých plateb, z úhrad neziskových či komerčních privátních pojišťoven a částečně z místních, státní a federálních zdrojů. Systém všeobecného zdravotního pojištění není v USA využíván, funguje zde více než tisíc soukromých pojišťoven. Stát vstupuje do financování zdravotní péče ve formě sociální solidarity a to prostřednictvím federálních zdravotních programů Medicare a Medicaid. Tyto programy fungují již od roku 1965 a z veřejných rozpočtů hradí zdravotní péči lidem, kteří si ji z finančních důvodů nemohou dovolit. Typickým znakem tržního modelu je výrazná nerovnost v poskytování zdravotní péče. Pro nemajetné a nezáměrné občany je kvalitní péče nedostupná. Náklady na péči jsou vysoké, jedná se o systém, který je velmi drahý s vysokým podílem administrativním nákladů. V modelu nefungují dostatečné kontrolní mechanismy. Nedostatkem je také nedostačující preventivní a následná péče, model neřeší úhrady za dlouhodobou domácí péči. Časté jsou také soudní spory pacientů s lékaři, kdy pacienti vzhledem k finanční motivaci pohlížejí na své zdraví jako na zboží. Přednosti tržního modelu jsou naopak spatřovány v bohaté nabídce kvalitních zdravotnických služeb. Tržní nastavení také podporuje rozvoj nových medicínských technologií a soutěživost mezi poskytovateli zdravotní péče. Princip tržního zdravotnictví spočívá ve volném trhu, kde zdravotní péče vystupuje jako zboží s tržní cenou. Konkurence způsobuje růst ceny, část péče je poskytována nadbytečně, ale nadbytečná je i spotřeba, přestože se části obyvatel péče nedostane, neboť si ji nemůže dovolit. Trh sám o sobě není schopen kontrolovat objem péče a prostředků ani regulovat odpovídající počet zdravotnických zařízení.

Úplným opakem tržního modelu je **Státní model zdravotnictví**. Tento systém byl do roku 1990 využíván v socialistických státech a dodnes funguje na Kubě. Využíván byl rovněž ve státech s nadstandardními ekonomickými podmínkami, jako je Kuvajt nebo Brunej. Veškerá zdravotní péče je financována z daní a prostřednictvím státního rozpočtu, kdy ceny za poskytované služby nejsou známy. Systém je centrálně řízen, plánován i kontrolován. Veškerá zdravotnická zařízení jsou majetkem státu. Za přednosti systému jsou považovány

všeobecná dostupnost základní zdravotnické péče, důraz na prevenci, návaznost péče a racionální rozmístění zdravotnických zařízení. Nedostatky jsou na druhou stranu spatřovány v nízké výkonnosti systému, chronickém nedostatku prostředků, ekonomickém brždění rozvoje medicínských technologií, nedostatečné motivaci obyvatel k péči o vlastní zdraví, v zcela nesoutěživém prostředí mezi poskytovateli péče a nízkém finančním ohodnocení lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků.

Anglický model veřejného zdravotnictví – Národní zdravotní služba se ve Velké Británii začal uplatňovat od roku 1948, dnes funguje také v Kanadě. Zdravotnictví je financováno z 80 % z daní z příjmu obyvatel, z 15 % z doplňkové platby národního pojištění a 5 % je získáváno z doplatků za léky. Systém zdravotnictví ve Velké Británii je jedním z nejvíce demokratizovaných a socializovaných, se kterým se lze dnes v kapitalistických zemích setkat. Sazba daně je v zemi progresivní, platí ji však osoby nad určitou příjmovou hranicí. Systém je velmi solidární, protože lidé, kteří jsou osvobozeni od daňové povinnosti, spotřebovávají stejnou péči jako plátcí daně. Stejný přístup ke komplexní zdravotní péči je garantován zákonem. Existuje možnost doplatků prostřednictvím soukromého zdravotního pojištění a přímých soukromých plateb. Velká Británie byla první zemí západní Evropy s prakticky bezplatným přístupem občanů ke zdravotní péči na velmi vysoké úrovni. Mezi nedostatky systému patří dlouhé čekací doby na některé výkony, nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví, podpora nesoutěživého klimatu a nedostatek zdrojů pro rozvoj v případě ekonomické krize. Pozitivními atributy státního modelu jsou dostatečná nabídka služeb, podpora komplexní primární péče, přiměřená pozornost návaznosti služeb, přiměřené náklady na péči a podpora rozvoje nových medicínských technologií a ekvity při poskytování zdravotní péče.

Model národního zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami je v současné době uplatňován v zemích západní Evropy a rovněž v České republice. Zdravotní pojištění je ze zákona povinné a je poskytováno více zdravotními pojišťovnami. Mezi účastníky systému patří poskytovatelé, pacienti a plátcí. V modelu převažují soukromé praxe praktických lékařů i specialistů, kteří poskytují ambulantní péči. Charakter poskytovatelů i zřizovatelů lůžkové péče, tzn. nemocnic a specializovaných léčen je různý. V ČR převažují státní a regionální nemocnice. V systému národního zdravotního pojištění převažuje v ambulantních zařízeních platba „za výkon“, která je hrazena zdravotními pojišťovnami, v nemocniční péči „sazba za den“ nebo „paušál“, případně pevně stanovená částka za diagnózu – DRG. Občané si svobodně volí zdravotní pojišťovnu a účast na pojištění je zpravidla povinná. Může existovat stanovená hranice příjmu, nad kterou již není zákonná

povinnost uzavření pojištění. Pojistné je stanoveno procentem z příjmu. Jeho výše je buď jednotná, nebo se může lišit výší pojistného u jednotlivých pojišťoven, jako je tomu například v Německu. Významnou roli v systému hraje stát, který je plátcem pojistného za určitou skupinu osob a podílí se na financování investic převážně v oblasti lůžkové péče. Systém většinou doplňuje soukromé zdravotní pojištění a možnost přímých úhrad. Obvykle bývá definována i spoluúčasť pacientů, například ve formě doplatků za léky a stomatologická ošetření, poplatků za pobyt v nemocnici či příplatků za určité zdravotnické pomůcky. V rámci uvedeného modelu financování dochází často k zavádění různých omezení a limitů v rozsahu poskytované hrazené péče. Slabými stránkami modelu je skutečnost, že část prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost a případné finanční problémy pojišťoven jsou řešeny na úkor poskytovatelů péče a pacientů. Systém je administrativně nákladný a nedostatkem je důraz, který je kladen na kurativní neboli radikální péči. Oproti tomu, vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, dostatečně pestrá nabídka zdravotnických služeb, vyhovující síť zdravotnických zařízení, vyhovující návaznost služeb, podpora primární zdravotní péče a přiměřené náklady jsou silnými stránkami modelu.²⁵

4.4.2 Financování zdravotnictví v ČR

Na financování zdravotnictví se v České republice podílí veřejný a částečně také soukromý sektor. Nejzásadnější podíl na celkových výdajích mají zdravotní pojišťovny, pak domácnosti a veřejné rozpočty. Podle dostupných dat z roku 2009 vyplývá z následující tabulky, že 75, 5 % celkových výdajů na zdravotnictví, které činily více než 301 miliard Kč ročně, hradily zdravotní pojišťovny. Domácnosti se podílely 14, 3 %. 8, 6 % výdajů bylo hrazeno prostřednictvím veřejných rozpočtů, kdy část plynula přímo ze státního rozpočtu a část z rozpočtů místních. Zbylých 1,6 % všech výdajů je financováno ze soukromého pojištění, neziskovými organizacemi a korporacemi.

²⁵ DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9. str. 34-39

Tab. č. 4.1: Výdaje na zdravotnictví dle zdrojů financování za rok 2009

Výdaje na zdravotnictví dle zdrojů financování			
Zdroj financování		Výdaje (v mil. Kč)	v %
Veřejný sektor		253 503	84,1
Veřejné rozpočty	Státní rozpočet	14 846	4,9
	Místní rozpočty	11 188	3,7
Zdravotní pojišťovny		227 469	75,5
Soukromý sektor		47 954	15,9
Ostatní soukromé pojištění		627	0,2
Domácnosti		43 141	14,3
Neziskové instituce		3 258	1,1
Korporace		928	0,3
Celkem		301 457	100,0

Zdroj: Internetové stránky ČSÚ. Dostupné na

[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F998E/\\$File/330612k2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F998E/$File/330612k2.pdf)

Na první pohled se téměř patnáctiprocentní podíl domácností na výdajích na zdravotnictví může jevit tak, že spoluúcast českých pacientů je relativně vysoká. Ze struktury spotřebních výdajů domácností však vyplývá, že výdaje na zdraví činily v roce 2009 pouze 2,7 % celkových výdajů domácností. Zajímavé je, že občané ČR průměrně utratí o tři desetiny procenta více za alkohol a tabákové výrobky, které naopak zdraví ničí a výdaje na zdravotní péči obecně zvyšují.

Tab. č. 4.1: Struktura spotřebních výdajů domácností za rok 2009

Struktura spotřebních výdajů domácností (v %)			
Potravin y, nealkoholické nápoje	19,4	Doprava	9,9
Alkoholické nápoje, tabák	3	Pošta, telekomunikace	4,6
Oděv, obuv	6,2	Rekreace, kultura	10
Bydlení, voda, energie, paliva	20,2	Vzdělávání	0,5
Zařízení bytu, opravy	7,4	Stravování, ubytování	4,5
Zdraví	2,7	Ostatní zboží a služby	12

Zdroj: Internetové stránky ČSÚ. Dostupné na

http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislatab=ZUR5513UU&&kapitola_id=14

Z výdajů domácností na zdraví, které z celkových výdajů činí uvedená 2,7 % je pouze necelá polovina těch nutných či povinných. Výdaje za stomatologii průměrně činí 12,5 %. Dalších 12 % lidé utratí za regulační poplatky a 22 % zaplatí na doplatecích za částečně hrazená léčiva z veřejného zdravotního pojištění. Zbýlých 53,5 % investují lidé do vitamínových přípravků, potravinových doplňků, homeopatik, apod.

4.4.3 Mezinárodní srovnání

Následující tabulka je zaměřena na mezinárodní srovnání vybraných ekonomických ukazatelů z databáze OECD Health Data. Sledován je podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu, výdaje na zdravotnictví dle původu zdrojů financování a výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele. Mezi členské země OECD patří vybrané země Evropy, USA, Kanada, Austrálie, Nový Zéland, Japonsko, Korea, Turecko, Mexiko, Chile a Izrael. Možnost srovnání je pouze u některých z nich za předpokladu, že potřebná data do databáze předaly. Uvedené údaje jsou za rok 2009, s výjimkou tučně zvýrazněných, které jsou za rok 2008.

První sloupec zobrazuje podíl výdajů na zdravotnictví na celkové HDP. Jedná se o podíl výdajů na zdravotnictví na celkových výdajích na nákup zboží a služeb v dané zemi. Přestože je tento ukazatel v mezinárodním srovnání často využíván, jedná se o orientační údaje, které ovlivňují cenové hladiny a metodické rozdíly jednotlivých zemí. Z tabulky vyplývá, že v ČR je podíl výdajů na zdravotnictví na HDP ve výši 8,2 % na jedné z nejnižších úrovní z uvedených zemí. Nižších hodnot dosahuje pouze Polsko a Maďarsko, obě země shodně 7,4 %. O tři desetiny více vykazuje Japonsko a pod hranicí 10 % se nachází také Finsko, Island, Slovensko a Španělsko. Naopak suverénně nejvyššího podílu dosahují USA v hodnotě 17,4 %. Ostatní země se pohybují v rozmezí 10 – 12 %. Hodnota pro ČR v mezinárodním kontextu není nijak vysoká, problémem však je, že náklady na zdravotnictví rostou rychleji než HDP (viz kapitola 3.2 Důvody reformy zdravotnictví).

Druhý a třetí sloupec tabulky udává procentuální podíl veřejných a soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví. Veřejnými zdroji financování jsou prostředky plynoucí z veřejného zdravotního pojištění a ze státních i územních rozpočtů. Za soukromé zdroje jsou například považovány přímé výdaje obyvatelstva, výdaje neziskových institucí, dary, výdaje zaměstnavatelů na zdraví svých zaměstnanců nebo soukromé zdravotní pojištění. Srovnání výrazně ovlivňují rozdílné systémy financování v daných zemích. V České republice tvořily veřejné výdaje 83,4 % celkových výdajů na zdravotnictví. ČR tak ve srovnání s ostatními uvedenými zeměmi obsadila druhou příčku. Vyšší hodnotu vykazuje pouze Dánsko a to 85,5 %. Nad hranicí 80 % jsou dále Island, Japonsko a Dánsko. Ostatní země se pohybují v rozmezí 60 – 80 % s výjimkou USA, kde veřejné výdaje činí pouze 49 % výdajů na zdravotnictví a Švýcarska, které se pohybuje těsně pod úrovní 60 %. Opačné pořadí se logicky nabízí ve srovnání soukromých výdajů, kdy v čele stojí USA s 51 %, v závěsu pak Švýcarsko s 40,3 %. V ČR tvoří soukromé výdaje 16,6 % celkových výdajů na zdravotnictví a nižší hodnotu 15,5 % udává pouze Dánsko.

Financování zdravotnictví v České republice je silně závislé na veřejných zdrojích, jejichž výše je nedostačující a dochází tak k prohlubování deficitu veřejných rozpočtů a rozpočtů zdravotních pojišťoven, především VZP. Jedná se o veřejný, často diskutovaný problém, který se vláda snaží postupně řešit a k jehož zmírnění by měly vést i zaváděné změny v rámci reformy zdravotnictví.

Tab. č. 4.1: Srovnání ekonomických ukazatelů vybraných zemí OECD za rok 2009

Srovnání vybraných zemí OECD							
	Výdaje/ HDP	VV	SV	CV \$ PPP/ 1 obyv.	index ČR=100	VV \$ PPP/ 1 obyv.	index ČR=100
Česká republika	8,2	83,4	16,6	2 108	100	1 769	100
Belgie	10,9	75,1	24,9	3 946	187	2 964	168
Dánsko	11,6	84,5	15,5	4 348	206	3 698	209
Finsko	9,2	74,3	25,7	3 226	153	2 410	136
Francie	11,8	78,1	21,9	3 978	189	3 100	175
Island	9,7	82,6	17,4	3 538	168	2 901	164
Japonsko	8,5	80,4	19,6	x	x	x	x
Maďarsko	7,4	69,6	30,4	1 511	72	1 053	60
Německo	11,6	77,3	22,7	4 218	200	3 242	183
Polsko	7,4	72,3	27,7	1 394	66	1 006	57
Portugalsko	10,1	71,5	28,5	2 508	119	1 633	92
Rakousko	11	78,6	21,4	4 289	203	3 331	188
Slovensko	9,1	69,2	30,8	2 084	99	1 369	77
Španělsko	9,5	73,2	26,8	3 067	145	2 259	128
Švédsko	10	81,4	18,6	3 722	177	3 033	171
Švýcarsko	11,4	59,7	40,3	5 144	244	3 072	174
USA	17,4	49	51	7 960	378	3 795	215

Zdroj: Internetové stránky ÚZIS. Dostupné na <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vybrane-ukazatele-ekonomiky-zdravotnictvi-mezinarodnim-srovnani-3>

Následující čtyři sloupce jsou zaměřeny na porovnání výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele v přepočtu dle kupní síly a cenové hladiny jednotlivých zemí. Zvlášť jsou srovnány celkové výdaje na jednoho obyvatele a zvlášť výdaje veřejné. ČR ve srovnání celkových výdajů na 1 obyvatele v přepočtu dle parity kupní síly převyšuje pouze Polsko a Maďarsko a se Slovenskem dosahuje téměř shodné hodnoty. Z uvedených zemí, patří mezi země s nejvyššími celkovými výdaji na zdravotnictví na 1 obyvatele USA, kde jsou tyto výdaje 3,8 x vyšší než v ČR. Švýcarsko vykazuje 2,4 x vyšší hodnoty, než je tomu v ČR a v zemích jako je Dánsko, Německo a Rakousko dosahují celkové výdaje na zdravotnictví na 1

obyvatele v přepočtu na paritu kupní síly v dané zemi dvojnásobných hodnot v porovnání s Českou republikou. Obdobného srovnání veřejných výdajů na zdravotnictví ukazuje obdobné pořadí srovnávaných zemí. Maďarsko a Polsko uvádí hodnoty, které činí přibližně 60 % hodnoty, kterých dosahuje Česká republika. Co se týče Slovenska, kdy hodnota celkových výdajů na zdravotnictví v přepočtu na jednoho obyvatele byla téměř shodná s hodnotou pro ČR, je v případě veřejných výdajů rozdíl patrnější. Slovensko vykazuje 77 % veřejných výdajů ve srovnání s ČR. V čele tabulky je opět USA a v závěsu tentokrát Dánsko, kdy v obou uvedených zemích jsou veřejné výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v přepočtu dle parity kupní síly více než dvojnásobné než v České republice.

4.5 Role lékařů v rámci reformy zdravotnictví

Lékaři jsou vedle ostatních zdravotnických pracovníků nejdůležitějšími subjekty celého systému zdravotnictví, který významně formují a ovlivňují. Je velmi důležité, aby byli ztotožněni se změnami, které souvisí s poskytováním zdravotních služeb a obecně souhlasili s nastavením. V opačném případě je ohrožena stabilita zabezpečení potřebné péče.

4.5.1 Děkujeme, odcházíme

V roce 2011 proběhla velká protestní akce lékařů jako reakce na neuspokojivou situaci v českém zdravotnictví. Petici „SOS zdravotnictví“ podepsalo 32 876 signatářů a k 1.3.2011 podalo výpověď 3 837 lékařů. Celá akce byla prezentována pod heslem „Děkujeme, odcházíme“. Lékaři definovali 13 důvodů svého odchodu, přestože se média zaměřila pouze na jeden, a to na požadavek zvýšení platového ohodnocení.

Část formulovaných nedostatků, které je přivedly ke zmíněnému protestu, měly spíše obecnější charakter. Lékařům vadilo, že kvůli personálnímu nedostatku, špatné organizaci a neracionálnímu nakládání s finančními prostředky dochází ke zhoršování péče o pacienty, za něž nechtějí lékaři přebírat odpovědnost. Také si stěžovali na politické strany, které vedou o zdravotnictví ideologickou válku, přičemž ke změnám je třeba dohoda politiků napříč politickým spektrem, jak je tomu v cizině. Dále zaznělo, že zdravotnictví je resortem, kde se vystřídalo nejvíce ministrů zdravotnictví, koncepcí a rozdílných pohledů. Stále jsou nějaké volby, ať již řádné či předčasné, takže lékaři nemají záruku, že se potřebné změny uskuteční.

Lékaři v rámci třinácti důvodů svých odchodů zmínili také skutečnost, že české zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované, podíl HDP osciluje kolem 7 %, zatímco obvyklý průměr v EU je 10 % a ze sledovaných zemí OECD jsou za námi pouze Polsko, Mexiko a Korea. Dalším bodem byl nesouhlas s nízkou platbou státu za státního pojištění, která neodpovídá objemu financí za péči, které tito "státní" pacienti zkonzumují a dále s neexistencí systému komerčního připojištění.

Protest byl zaměřen rovněž na nespokojenost s nastavením systému; lékaři spatřovali velké rezervy ve vnitřním chodu zdravotnictví, kdy největší položkou, kudy utíkají miliardy, je chaos v lékové politice. Stížnost se týkala podivného hospodaření v nemocnicích, předražených zakázek, a s tím, že platy zdravotníků jsou jedinou položkou, za níž nelze získat provizi.

Nejvýraznějším bodem a společností nejvíce diskutovaným, byly nízké platy lékařů, které neodpovídají náročnosti povolání, potřebnému vzdělání a prestiži. Lékaři si plošně stěžovali na nesplněné sliby politiků, kdy od roku 1989 jsou přesvědčováni, že nejprve se musí změnit systém a pak dojde k napravení jejich platů. Doposud se tak nestalo.

Zcela destruovaný systém vzdělávání, který vede k odchodu mladých lékařů do ciziny, byl dalším důvodem k protestu. Absolventi lékařských fakult nesouhlasí se současným nastavením procesu postgraduálního vzdělávání a žádají, aby se změnil a vrátil k obrazu dřívějšího nastavení. Atestační programy trvají 3-7 let dle oboru, a na začátku každého z nich jsou zavedeny společné kmeny, tedy jakési základní obory, po jejichž absolvování se teprve lékař začíná připravovat na vlastní obor. Společný kmen trvá dva roky. Obvykle je koncipován tak, že během prvního roku projde lékař základními obory (chirurgie, pediatrie, gynekologie, vnitřní lékařství) a během druhého roku pracuje na odděleních, souvisejících se základním oborem příslušného kmene. Ministerstvo zdravotnictví je kritizováno za to, že existuje pouze omezený počet kmenů, konkrétně: anesteziologický kmen, gynekologicko-porodnický kmen, hygienický kmen, chirurgický kmen, interní kmen, kmen všeobecné praktické lékařství, patologický kmen, pediatrický kmen, psychiatrický kmen a radiologický kmen a ne každý obor má svůj vlastní, a tak jsou lékaři násilně a nelogicky zařazeni do kmene jiného. Například lékař chystající se k atestaci z oftalmologie musí absolvovat chirurgický kmen. S nadsázkou lze říci, že oční lékař dva roky operuje slepá střeva a kýly a poté co přijde na své domovské oddělení, není schopen vyšetřit oko. A takových oborů je několik. Protestují jak samotní lékaři, tak například primáři daných oddělení, kteří přijmou nového kolegu, kterého pak dva roky nevidí a jeho práce pak na oddělení chybí.

Po absolvování kmene lékař pokračuje v přípravě v některém z následujících oborů, trvající 3-5 let. Navíc pro práci v některých oborech je nutné po získání atestace v základním oboru pokračovat v přípravě k atestaci v nástavbovém oboru, který trvá 1-2 roky.

Celý systém vzdělávání mladých lékařů je velmi nákladnou záležitostí, se kterou souvisí dva pojmy: Stabilizační dohoda a Rezidenční místo. Stabilizační dohodu uzavírá lékař s nemocnicí. Předmětem smlouvy je závazek nemocnice, že vzdělávání uhradí a od lékaře naopak vyžaduje, že se uváže k práci v nemocnici po dobu 5 let po atestaci. To znamená, že může měnit obor, ale nesmí změnit nemocnici, a to pod sankcí vrácení poměrné částky vynaložené na vzdělávání. Neexistuje žádné časové omezení, kdy je lékař povinen získat atestaci, naopak se může stát, že mu nemocnice v daném roce zamítne potřebnou stáž z důvodu vyčerpání financí, z čeho vyplývá, že možnost získání atestace se posouvá. Na druhou stranu, Rezidenční místo je pojem, který představuje jakési ulehčení nemocnicím v otázce nákladů. Jedná se o určitou spoluúcast státu a případně Evropské unie. Tady se pro změnu absolvent zavazuje oboru a státu a to tak, že po dobu 5 let zůstane pracovat v daném státě a také v oboru, ve kterém získal specializaci. V tomto případě je však povinen „odatestovat“ do 8 let po přihlášení do programu. O rezidenční místa si žádá každá nemocnice individuálně a je otázkou, zda je získá či nikoliv. V praxi to může vypadat takto: nemocnice zná počet státem vypisovaných rezidenčních míst, má v plánu přijmout absolventa na dětské oddělení, o rezidenční místo si zažádá a v ideálním případě ho i získá. Jenomže není povinností mladého lékaře to přijmout. A co teď? Záleží na tom, jak silný vyvine nemocnice tlak a jak se absolvent rozhodne.

Celý proces vzdělávání, který čeká například čerstvou absolventku lékařské fakulty, která nastoupila do „okresní“ nemocnice ve Frýdku-Místku na Dětské oddělení a chce se stát dětskou lékařkou, vypadá následovně: mladá lékařka na dětském oddělení se vzápětí po nástupu do nemocnice zapisuje do vzdělávacího, respektive atestačního programu. Jejím oborem je dětské lékařství, u kterého příprava trvá minimálně 3 roky a kterému předchází dvouletý pediatrický kmen. Předatestační příprava tedy trvá minimálně 5 let. Specializační vzdělávání pro absolvování základního pediatrického kmene se uskutečňuje pouze na akreditovaných pracovištích pro obor dětské lékařství s odborným zaměřením na problematiku dětí a dospívajících v lůžkové a ambulantní péči. Požadavky vzdělávacího programu je možné splnit na více akreditovaných pracovištích, pokud je nezajistí v celém rozsahu mateřské pracoviště. Nemocnice ve Frýdku – Místku, naštěstí pro mladou absolventku, má akreditaci I. typu, což není samozřejmostí všech nemocnic, ale II. typu již postrádá. Navíc existují akreditace III. typu, se kterými se můžeme setkat pouze u fakultních

nemocnic. 6 měsíců z celkových 24 musí lékařka strávit mimo svou domovskou nemocnici na dětském lůžkovém oddělení s akreditací II. typu. V tomto případě v ostravské nemocnici, se kterou má frýdecká nemocnice smlouvu o spolupráci. I po tuto dobu, strávenou mimo své pracoviště, jí bude plat vyplácet frýdecká nemocnice, přestože její práci budou muset zastat kolegové a pracovní síla bude tak na oddělení chybět. Navíc není povinností nemocnic s akreditací II. typu vzdělávat „cizí“ lékaře, naopak dostává zapláceno, že vzdělávání umožní, přestože má dalšího člena týmu, který se podílí na chodu oddělení. Postup do specializovaného výcviku, který představuje další vzdělávání v délce minimálně 36 měsíců je podmíněn splněním všech požadavků a úspěšným absolvováním písemného testu po základním pediatrickém kmeni. 10 měsíců z 36 celkových měsíců stráví opět mladá lékařka v nemocnici, kde se nachází dětské oddělení s akreditací II. typu, za stejných podmínek jako tomu bylo u výše zmíněného pediatrického kmene. A ještě jeden měsíc navíc, je povinností strávit mimo nemocnici v soukromé ordinaci u praktického lékaře pro děti a dorost.

Dohromady to znamená, že z celkové minimální doby trvání akreditačního programu, která činí 60 měsíců, stráví 17 měsíců mimo svou mateřskou nemocnici, což je téměř rok a půl. Součástí jsou i povinné vzdělávací aktivity, jakou jsou několikadenní kurzy a semináře, mezi které patří kurz Lékařská první pomoc (3 dny), kurz základů lékařské etiky, komunikace, managementu a legislativy (2dny), kurz prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí (1 den), kurz radiační ochrany (1 den), kurz základů dětského lékařství (5 dní). Další předatestační kurzy jsou pouze doporučené.

Pro obor dětské lékařství je vzdělávání vyčísleno na 640 tisíc Kč. Mladá lékařka podepisuje stabilizační dohodu, kdy jak již bylo uvedeno výše, se nemocnice zavazuje uhradit zmíněné vzdělávání, s tím, že po dobu 5 let po atestaci lékařka zůstane v dané nemocnici. V tomto případě se doba mateřské ani nemocenské nepočítá, to znamená, že pokud bude lékařka nějaký čas doma s dítětem, nemocnici může opustit za dobu, která se o tento čas navýší. Na atestaci má ale neomezeně času. A v případě, že nemocnice získá rezidenční místo, které v dětském lékařství představuje příspěvek 250 tisíc Kč od státu a lékařka jej přijme, tak musí po dobu 5 let zůstat v daném státě i oboru. Tady naopak musí odejít do 8 let po zápisu, ale doba mateřské i nemocenské se započítává. V praxi to znamená, že lékařka stihne mít do atestace a také do věku 30 let maximálně jedno dítě. Absolventka nesmí opustit stát, nemocnici ani obor a v případě, že nějakou z těchto podmínek poruší je povinna uhradit poměrnou částku, jako určitou sankci.

Mladá lékařka navíc chce získat specializaci v některém pediatrickém oboru, a sice v oboru dětské neurologie. Zápis je jí umožněn až po atestaci z dětského lékařství, tzn.

minimálně po 5 letech a vzdělávání trvá další 2 roky. To znamená, že dohromady, poté co složila maturitní zkoušku má před sebou minimálně 13 let náročného studia, než se stane dětskou neuroložkou.²⁶

V rámci akce Děkujeme, odcházíme bylo poukázáno také na odchody lékařů do ciziny kvůli lepším pracovním podmínkám. Zůstávající lékaři jsou zatěžováni vyšší odpovědností, než odpovídá jejich kvalifikaci a vyšším počtem přesčasové práce. Dále bylo poukázáno na nedodržování zákoníku práce, což vede k přetěžování lékařů a následně i k možným chybám lékařů, které je vystavují postihu; s tím, že v roce 2013 přestane platit výjimka u evropské směrnice o přesčasové práci, která bude klást ještě větší nároky na personální vybavení nemocnic.²⁷

Situace byla velmi vyhrocená, stabilita celého systému zdravotnictví a především zabezpečení nezbytné péče bylo vážně ohroženo. Necelých 6 dní před deklarovaným hromadným odchodem neústupných lékařů a neutuchajícím tlakem nakonec lékaři s Českou republikou, zastoupenou ministerstvem zdravotnictví uzavřeli Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví, které by mělo garantovat provedení potřebných reforem v období 2011 – 2013. Jedná se o dokument, kterým byla ukončena akce Děkujeme, odcházíme a který v sedmi bodech upravuje vzájemné dohody obou stran o spolupráci na přípravě a zavádění reformních změn. Mezi jednotlivými body memoranda byla úprava úhradové vyhlášky, s termínem účinnosti k 1. 3. 2011, která zajišťuje nemocnicím 2 miliardy Kč navíc na platy lékařů v roce 2011. V souladu s touto vyhláškou byla dalším bodem také změna nařízení vlády o platových poměrech lékařů v nemocnicích, léčebných ústavech a léčebnách dlouhodobě nemocných i v záchranných službách zvýšením platového tarifu o 5000,- Kč až 8000,- Kč a to se stejným datem účinnosti. Následoval příslib, že v roce 2012, v souvislosti s reformou zdravotnictví, průměrný plat lékaře vzroste o 10 % a od roku 2013 pak dosáhne 1,5 až trojnásobku průměrné mzdy ve státě. V roce 2012 porostou platy také všem zdravotnickým pracovníkům. Čtvrtým bodem memoranda byl závazek, že zlepšování systému vzdělávání, změna kompetencí zdravotníků, reformní a protikorupční kroky, budou probíhat ve spolupráci s Lékařským odborový klubem - Svazem českých lékařů (dále jen „LOK-SČL“), Českou lékařskou komorou, odbornými společnostmi, asociací sester a ministerstvem zdravotnictví. A dále, že rušení nemocničních lůžek a jejich převedení na lůžka sociálně zdravotní bude probíhat ve spolupráci s jednotlivými kraji. MZ vyzvalo vedení státních a fakultních

²⁶ http://mzcr.cz/Odbornik/obsah/lekarska-povolani_936_3.html

²⁷ http://doktori.dev.smarcoms.cz/13_duvodu

nemocnic, aby v případě, že nebudou jejich místa obsazena, přijali lékaře po stažení výpovědí zpět a požádalo o záruku také Asociaci krajů ČR, aby přijali lékaře zpět a zvýšili jim dle memoranda platy. Závěr dokumentu tvoří závazek LOK-SČL, že do tří dnů od podpisu memoranda odvolají akci Děkujeme, odcházíme a vyzvou zároveň lékaře ke stáhnutí jejich výpovědí a k zažádání o přijetí do pracovního poměru.

Dohody s bezprostřední účinností, které Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví deklarovalo byly splněny, protestní akce Děkujeme, odcházíme odvolána a valná většina lékařů obnovila své pracovní poměry a plynule pokračovala ve své činnosti. Český systém zdravotnictví tak ustál reálnou hrozbu zhroucení se. Dlouhodobější cíle, které z uzavřených dohod vplynuly a jichž se lékaři v rámci svých protestů dožadovali, se již vyvíjejí různě.

V systému vzdělávání mladých lékařů sice nedošlo k výrazným úpravám dle představ absolventů, ale změnila se jeho organizace, tak jak vláda slíbila ve svém programovém prohlášení. Pregraduální vzdělávání náleží rezortu školství a spadá pod působnost Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a postgraduální a celoživotní vzdělávání náleží Ministerstvu zdravotnictví, které bude rovněž udělovat akreditace. Pouze obory Praktické lékařství pro děti a dorost a Praktické lékařství spravuje Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, ostatní pak již lékařské fakulty.

Podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví, který je ve srovnání se zemí OECD podprůměrný, je problém, jehož váhu může postupně snižovat jen celá řada opatření a změn, které již částečně přináší reforma zdravotnictví s tím, že se jedná o běh na dlouhou trať. Zavedení plnohodnotného pojistného v případě pojištěnců, za které je plátcem stát by však situaci rozhodně neprospělo a propast v poměru soukromých a veřejných výdajů pouze prohloubilo. Vláda však připravuje nový zákon, který umožní připojištění a který by měl platit nejpozději od ledna 2014. Cílem je, aby nadstandardní péče a péče, která není hrazená ze zdravotního pojištění, byla dostupná všem. Z připojištění bude možné hradit například ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, očkování, ale také hotelové služby nemocnic či nehrazené výkony ve stomatologii. Připojištění by měly poskytovat jak zdravotní pojišťovny prostřednictvím svých dceřiných společností, které za tímto účelem vzniknou, tak komerční pojišťovny.

Proti nespokojenosti lékařů se špatným hospodařením nemocnic či předraženými zakázkami jsou postupně zaváděny různá protikorupční opatření v podobě transparentních elektronických aukcí na nákup vybavení a přístrojů, zprůhlednění výběrových řízení, či zavedení jasných pravidel pro přijímání sponzorských darů.

První fáze navýšení platů lékařů, bezprostředně po akci Děkujeme, odcházíme proběhlo dle dohody uzavřené v rámci memoranda. Průměrný plat lékaře byl z 50 000 Kč navýšen na 61 000 Kč. Druhá slíbená fáze se jeví jako zdráhavější. Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s nemocnicemi i zdravotními pojišťovnami se odkazuje na stagnující ekonomiku, vysoký počet nezaměstnaných či lidí s výrazně nižší mzdou. Jak říkají, není možné v době, kdy se průměrná mzda téměř nezměnila neúměrně navyšovat platy lékařů na úkor pacientů. Dle plánu by v první polovině roku letošního roku mělo dojít k navýšení průměru na 64 500 Kč a v druhém pololetí na 67 000 Kč, umožní-li to finanční situace. Problém však nastává ve vynutitelnosti. Ředitelům může MZ navýšení platů přikázat a dohlédnout na to, že se tak skutečně stalo. Stejně pravomoci však nemá v případě krajských nemocnic. Je na hejtmanech krajů, aby se postarali o dodržení dohod s lékaři.

Velmi diskutovaným tématem je přetěžování lékařů. Především těch, kteří jsou zaměstnanci nemocnic. Výše jejich ohodnocení zdaleka nedosahuje takové výše, která je prezentována jako průměrný plat lékaře. Proto si svou základní mzdu navyšují prostřednictvím přesčasů a služeb. Na jedné straně jsou na této práci nad rámec základní pracovní doby finančně závislí, ale na druhé straně nemocnice stejně nejsou dostatečně personálně vybaveny na to, aby zajistily plynulý provoz, aniž by lékaře neúměrně zatěžovaly. Zbrojí lékaři, kteří poukazují na to, že jejich výdělků jsou na první pohled nadprůměrné, ale že se za nimi skrývají v mnoha případech téměř dva úvazky, vidí jen málokdo. Zbrojí také pacienti, kteří se bojí o své zdraví a pochybují o aktuální kvalitě schopností lékaře, který je nepřetržitě tři dny v práci. O porušování Zákoníku práce ani nemluvě. Tato situace je dlouhodobě neúnosná a netolerovatelná. V souladu s českou legislativou a také nařízením Evropské unie se bude muset současný stav nějak řešit. Již dnes existují v některých nemocnicích tendence korigující danou problematiku. V praxi se to může projevit například tak, že lékaři jsou nuceni, den následující po službě, čerpat náhradní volno. Výsledný efekt se však logiky projeví v podobě snížení platu. Doby, kdy si díky přesčasům mohli vydělat více, jsou minulostí. Otázkou poté zůstává, zda stres spojený s akcí Děkujeme, odcházíme a náročný boj za zvýšení mzdy nebyl tak trochu zbytečný.

4.5.2 Hodnocení reformy zdravotnictví očima lékařů

V rámci reformy zdravotnictví byla již zavedena celá řada opatření, novinek a změn. Velká část se dále nachází teprve v přípravné fázi a jejich zavedení do praxe se teprve

očekává. Žádná mince nemá jen rub nebo líc. Reforma s sebou přinesla a přinese jistě spoustu pozitiv, která budou přínosem nejen pro lékaře, ale také pro pacienty a státní pokladnu. A naopak věci, které naopak lékařské povolání komplikují, se kterými nejsou ztotožnění ani lékaři ani pacienti. Stále jsou také oblasti, které v rámci reformy zatím řešeny nebyly, přestože by to bylo žádoucí.

Do jaké míry jsou se změnami v rámci reformy zdravotnictví ztotožnění lékaři? Pro účely této práce bylo osloveno 10 lékařů napříč různými obory. Jaký má pohled na věc, s čím souhlasí nebo nesouhlasí oslovený anesteziolog, chirurg, praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost se soukromou ambulancí, dětský lékař působící v nemocnici, ortoped a urolog?

První otázka směrem k lékařům zněla: **Které změny v rámci probíhající reformy zdravotnictví vnímáte jako pozitivní a přínosné pro Vaši činnost lékaře nebo obor na který se specializujete?** Dvě odpovědi z celkových deseti zněly, že nic pozitivního na změnách oslovení nevidí a nespátřují žádný přínos pro svou činnost či obor. Dvakrát byla kladně hodnocena možnost, legálně si připlatit na nadstandard. Jako přínos je vnímána i jasná specifikace platby výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou, zvýšení počtu stanovišť záchranné služby a prodloužení dojezdové doby z 15 na 20 minut. Polovina oslovených lékařů pozitivně hodnotí možnost odmítnutí pacienta při opakované nespolupráci, kdy např. nechodí na dohodnuté kontroly, opakovaně a cíleně zneužívá ústavní pohotovostní službu, nedodržuje léčebný režim apod.

Které změny v rámci probíhající reformy zdravotnictví naopak vnímáte negativně, jako změny k horšímu, takové, které Vám například zkomplikovaly práci? Odpovědi na druhou položenou otázku byly různé, ale v mnoha bodech se lékaři hromadně shodují. Část z nich kritizuje velké pravomoci pojišťoven, které vnímají jako absolutní moc, která jim komplikuje jejich činnost. Zdravotní pojišťovny určují, zda jejich pojištěnce hospitalizovat či nehospitalizovat, operovat či neoperovat, jaký lék předepsat či nepředepsat a udělují nepřiměřené penalizace zdravotníkům i za banální nedostatky. Záporného hodnocení se dostalo i nastavení nadstandardů a spoluúčasti pacientů. Lékaři si shodně stěžují na stále přibývající administrativu, které v jejich povolání zabírá více času, než samotná medicína. Došlo ke ztížení posuzování schopnosti řízení motorových vozidel, což znamená především větší objem administrativy, lékaři dále musí vyplňovat informované souhlasy pacientů o možnostech poskytnutí nadstandardní péče. Nejednou se mezi odpověďmi objevila kritika v problematice předávání dokumentace, kdy se v případě změny lékaře již nepředává celá složka pacienta, ale pouze výpis, což může být v případě vážně nemocného člověka s mnoha

komplikacemi pro lékaře nadlidský úkol. Pro maximální vypovídací hodnotu nutnou pro efektivní a správně stanovenou léčbu novým ošetřujícím lékařem by měl výpis obsahovat veškeré zdravotní problémy a diagnózy pacienta, vyšetření, která v minulosti proběhla, historicky předepsané léky apod. Lékaři také nesouhlasí s nemožností poskytnout jakékoli informace o zdravotním stavu pacienta přes telefon, které například v případě akutní operace slepého střeva v nočních hodinách u dítěte, mají pro starostlivé rodiče veliký význam. S největší kritikou se setkala novinka nutnosti souhlasu obou rodičů v případě, že se bude jednat o poskytnutí takových zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nebo kvalitu života dítěte. Přesná hranice, kdy se jedná o takovou službu a kdy nikoliv však neexistuje a v době, kdy procento neúplných rodin narůstá je splnění požadavku podpisu obou rodičů téměř nemožné. Pro většinu oslovených lékařů je to komplikace, kterou vnímají negativně a se kterou nesouhlasí.

Třetí, závěrečnou otázkou bylo: **Je něco, co by se ve zdravotnictví mělo změnit, ale současná reforma to neřeší? Kde vidíte její nedostatky a rezervy?** Polovina oslovených spatřuje rezervy ve struktuře financování a potřebném navyšování prostředků plynoucích do zdravotnictví. Poukazují na nízký podíl výdajů na zdravotnictví na HDP a také na nízké platby za pojištěnce, za které hradí pojistné stát. Dle lékařů by mělo dojít k rozšíření nadstandardů a především k jejich smysluplnému a jasnému nastavení. Jasně nastavení požadují i v případě spoluúčasti pacientů v indikovaných případech. Zaznělo i dá se říci přání, aby restrukturalizace lůžkového fondu proběhla smysluplně a byla ku prospěchu především pacientů. Za nedostatek probíhající reformy považují také to, jaký důraz se klade na práva pacientů, ale již méně se zmiňují jejich povinnosti. Závěrem si lékaři přejí omezení moci zdravotních pojišťoven. Nesouhlasí s aktuální situací, kdy zdravotní pojišťovny určují, kolik operativních výkonů má být provedeno na základě uzavřených smluv se zdravotnickými zařízeními.

Obecně lze říci, že oslovení lékaři reformu zdravotnictví hodnotí spíše negativně. Velký vliv v hodnocení má skutečnost, zda daný lékař ošetřuje děti. Nutnost souhlasu obou rodičů je často neřešitelný problém, se kterým se potýkají každý den. Zavedené změny v rámci reformy zvýšily jejich už tak vysoké administrativní zatížení. Kladnému hodnocení ze strany lékařů nepřispívá ani mediální obraz, kdy hromadné sdělovací prostředky hovoří o tom, co lékař musí, nebo naopak nesmí, jaké mu hrozí sankce a pokuty a naopak v případě pacientů, jaké jsou jejich práva, čeho se mohou dožadovat a kde si případně stěžovat.

5. Závěr

Mezi cíle reformy patřily a patří větší efektivita a racionalita systému a navýšení podílu soukromého sektoru na celkových výdajích na zdravotnictví. Cílem této práce bylo představení a následné zhodnocení reformy zdravotnictví jako celku, analýza důvodů potřeby změn v systému poskytování zdravotnických služeb a očekávaných přínosů. Vzhledem k tomu, že změny jsou zaváděny průběžně a reforma zdravotnictví ještě není u konce, uběhl pro hodnocení efektivnosti velmi krátký čas. Co však zhodnotit lze, je zvolený postup reformy. V úvodu jsem si položila otázku, zda chronologie zavádění navržených změn je správně nastavená a zda neměla být některá opatření upřednostněna před jinými.

Hlavním důvodem potřeby nějakých změn byl nedostatečný objem prostředků na financování systému zdravotnictví. Mezi prvními však byly a jsou zaváděny spíše legislativní změny. Řeší se práva pacientů, povinnosti lékařů a zdravotnického personálu, nastavují se pravidla pro činnost zdravotnických zařízení apod. Dle mého názoru vláda začala se zaváděním populistických témat, na které lidé slyší a která vnímají pozitivně. Například, jaké péče se jim musí dostat, jakým způsobem se k nim musí zdravotníci chovat nebo kde si mohou případně stěžovat. Ty méně populární změny, které přinášejí do systému finanční prostředky, vláda odsouvá. Někdo může namítnout, že byl navýšen regulační poplatek za pobyt v nemocnici, avšak určitou protiváhu představuje zrušení poplatku za položku na receptu a zavedení jednotného poplatku za recept. Navíc regulační poplatky jsou příjmem nemocnic, to znamená, že pro systém jako takový tato změna nepředstavuje významný finanční přínos, u ambulantních lékařů je poplatek po zdanění jejich osobním příjmem. Dokonce ani zavedení ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, neboli nadstandardu neznamena navýšení příjmu, jak by se mohlo na první pohled zdát. V minulosti si pacient, který se rozhodl pro variantu, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zaplatit plnou cenu, zatímco dnes hradí pouze rozdíl mezi standardem a nadstandardem.

Pod pojmem dostupnost lékařské péče si většina lidí představí především časovou a místní dostupnost zdravotní péče. Jak daleko to má člověk například k zubaři či do lékárny nebo za jakou dobu mu je poskytnuto potenciální lékařské ošetření. Z ekonomického hlediska je však mnohem zásadnější finanční dostupnost. Jak již bylo v průběhu práce zmíněno, hlavním motivem pro zavádění opatření jsou rostoucí výdaje a snižující se příjmy. Aktuální nastavení systému financování je dlouhodobě neudržitelné. V případě, že by k žádným změnám nedošlo byla by ohrožena kvalita poskytované zdravotní péče. Částečným řešením je

mimo jiná úsporná opatření i zavádění spoluúčasti pacientů, jakožto zdroje příjmu soukromého sektoru. Je však velmi obtížné nastavit určitou rovnováhu. Kde je optimální poměr úhrady mezi systémem a pacientem? V případě, že je nedostatek prostředků na zdravotnictví z veřejných zdrojů, nelze předpokládat, že si budou pacienti schopni hradit zdravotní péči z vlastních zdrojů. Zavádění a rozšiřování reformních změn, včetně spoluúčasti pacientů musí být vhodně nastaveno tak, aby nebyla narušena, nejen časová a místní dostupnost zdravotní péče, ale také finanční dostupnost a to pro všechny občany bez výjimky.

Dle mého názoru, reforma ve své podobě nepředstavuje zásadní finanční přínos a měla se od začátku intenzivněji zaměřit na ekonomickou podstatu věci. Jako přínosnou však považuji tendenci, která směřuje k osvětě, že zdraví není samozřejmá věc, se kterou může člověk nakládat jak se mu zlíbí, a v případě jakéhokoliv problému přijdou na řadu lékaři a jiný zdravotnický personál, kteří mu tento problém okamžitě a bezplatně vyřeší. A že je nutné o svůj zdravotní stav pečovat, dbát na prevenci a zdravý životní styl a nevynakládat prostředky pouze na zboží a služby, které mému zdraví škodí, ale také na ty, které můj zdravotní stav zlepšují nebo udržují na uspokojivé úrovni.

Seznam použité literatury

Publikace:

DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1.vyd.Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248 482-9.

HAMERNÍKOVÁ, Bojka, MAAYTOVÁ, Alena a kolektiv. *Veřejné finance*. 1.vyd.Praha: ASPI, 2007. 364 s. ISBN 978-80-7357-301-0.

NĚMEC, Jiří a kolektiv. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s.

ROSTKOVÁ, Ivana. *Ekonomika zdravotnictví*. VŠB-TU Ostrava, Ekonomická fakulta, 2006. 188 s.

ZLÁMAL Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-429-1.

PAVLÍK Marcel. *Zdravotní politika z pohledu vlády*. 1. vyd. Brno: MU Brno, 2010. 158 s. ISBN 978-80-210-5408-0.

Webové stránky:

www.mzcr.cz

www.uzis.cz

www.czso.cz

www.vzp.cz

www.cs.wikipedia.org

Periodika:

Národní pojištění: Odborný měsíčník. 2010, roč. 41. ISSN 0320-2395.

PERGL, Václav. *Zdravotní reforma*. Právo, 7. března 2013

Právní předpisy:

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

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

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

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

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

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

Jiné zdroje:

Změny 2012 – průvodce novinkami zdravotního systému v roce 2012 Dostupné na <http://www.vlada.cz/assets/reforma-zdravotnictvi/ZMENY-2012-zdravotnictvi-deniky-E15.pdf>

Programové prohlášení Vlády České republiky [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove-prohlaseni-vlady.pdf>

VLKOVÁ, Jitka. *Zdravotní pojišťovny se začnou prát o nemocné, stát ušetří miliardy* [online]. iDNES.cz, 2. srpna 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupné na http://ekonomika.idnes.cz/zdravotni-pojistovny-se-zacnou-prat-o-nemocne-stat-usetri-miliardy-1gg-/ekonomika.aspx?c=A110801_203818_ekonomika_brm

Infoservis VZP č. 14/2011. *Systém přerozdělování pojistného je třeba zpřesnit s ohledem na rozdílnost pojištěnců.* [online]. 4. července 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupné na <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-14-2011/system-prerozdelovani-pojistneho-je-treba-zpresnit-s-ohledem-na-rozdilnost-pojistencu>

Seznam zkratk:

ČR	Česká republika
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PPV ČR	Programové prohlášení Vlády České republiky
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
LZPS	Listina základních práv a svobod
VZ	Vyměřovací základ
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
USA	Spojené státy americké
FO	Fyzická osoba
LOK-SČL	Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
HDP	Hrubý domácí produkt
VV	Veřejné výdaje
SV	Soukromé výdaje
PPP	Parita kupní síly
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
ČSÚ	Český statistický úřad

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

.....
jméno a příjmení studenta