

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Národní hospodářství



SYSTÉM FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

v ČR OD ROKU 1989 DO ROKU 2015

bakalářská práce

Autor: Lenka Brečková

Vedoucí práce: Ing. Tereza Lukášová

Rok: 2016

Prohlašuji na svou čest, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

Lenka Brečková

V Praze, dne 16. 8. 2016

Mé poděkování patří Ing. Tereze Lukášové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Lenka Brečková**
Studijní program: **Ekonomie a hospodářská správa**
Obor: **Národní hospodářství**
Název tématu: **Systém financování zdravotní péče v ČR od roku 1989 do roku 2015**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce
Cílem bakalářské práce je poskytnout ucelený přehled systému financování českého zdravotnictví. Práce bude zaměřena především na vývoj ekonomických ukazatelů, jako jsou náklady na zdravotní systém vzhledem k vývoji HDP, vývoj příjmů a výdajů systému vzhledem k demografické situaci ČR a další.
Hypotéza: I přes růst veřejných výdajů na zdravotnictví, se soukromé výdaje, vzhledem k HDP, nezvyšují.
2. Význam, aktuálnost zvoleného tématu
Náklady na financování zdravotnictví představují významnou část veřejných výdajů. V historii ČR se financování zdravotní péče výrazně měnilo, a to především po roce 1989 v návaznosti na transformaci zdravotnictví. V rámci opakovaných reforem, závislých na levicové či pravicové orientaci vlády, došlo k mnoha změnám, z nichž některé byly efektivní, zatímco jiné nikoli.
3. Charakteristika teoretické části práce
V teoretické části popíšete teoretické přístupy k financování zdravotnictví. Součástí teoretické části práce bude zejména popis transformace zdravotnictví po roce 1989 a s tím související změny financování zdravotní péče.
4. Charakteristika praktické části práce
V praktické části práce budete analyzovat vývoj ekonomických ukazatelů. Data budete čerpat především ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Českého statistického úřadu. V závěru práce bude provedeno zhodnocení vývoje českého zdravotnictví od roku 1989 do současnosti.
5. Klíčová slova: zdravotní systém, financování zdravotnictví, reforma zdravotnictví, zdravotní pojišťovny
Key words: health system, health systems financing, health care reform, health insurance companies

Rozsah práce: 45 stran

Seznam odborné literatury:

1. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví : sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-340-0.
3. JANEČKOVÁ, H. – HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
4. MÁŠOVÁ, H. – KRÍŽOVÁ, E. – SVOBODNÝ, P. (ed.). *České zdravotnictví : vize a skutečnost : složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0944-4.
5. STIGLITZ, J. E. *Economics of the public sector*. New York: W.W. Norton, 2000. ISBN 0-393-96651-8.

Datum zadání bakalářské práce: únor 2016

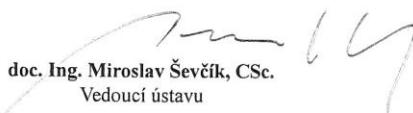
Termín odevzdání bakalářské práce: květen 2016



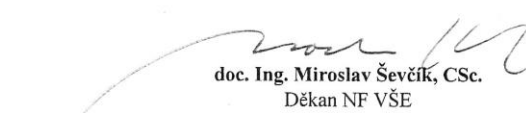
Lenka Brečková
Řešitelka



Ing. Tereza Lukášová
Vedoucí práce



doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí ústavu



doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vývojem financování českého zdravotnictví od roku 1989 do roku 2015. Cílem je poskytnout ucelený přehled systému financování českého zdravotnictví. V teoretické části je popsán vývoj financování zdravotnictví. Pozornost je zaměřena na transformaci zdravotnictví v roce 1989 a následně jsou uvedeny a komparovány vybrané koncepce zdravotnictví, které byly v průběhu let publikovány. Praktická část je zaměřena na aktuální stav systému. Důraz je kladen na porovnání soukromých a veřejných výdajů a to i v rámci jednotlivých oborů zdravotnictví. Závěr práce obsahuje analýzu, která potvrzuje výraznou převahu veřejných výdajů na zdravotnictví, ovšem s mírně rostoucím poměrem soukromých výdajů.

Klíčová slova: zdravotní systém, financování zdravotnictví, reforma zdravotnictví, zdravotní pojišťovny

Abstract

The bachelor thesis follows up funding Czech health system from 1989 to 2015. The goal is to provide comprehensive survey of funding Czech health system. The evolution of health system is described in the teoretical part. It is focused on the transformation of health system in 1989 followed by comparsion selected concepts published over the years. The practical part is focused on current system status. The emphasis is placed on comparsion of private and public expenditures and even within the each healthcare field. The conclusion contains analysis confirming significant predominance public expenditures on health system, but there is noticeable rising ratio of private expenditures.

Key words: health system, health systems financing, health care reform, health insurance companies

JEL klasifikace: I10, I13, H51

Obsah

Úvod

1. Slovník pojmů.....	3
1.1 Zdraví	3
1.2 Zdravotní péče	4
1.3 Veřejné zdravotnictví	4
1.4 Zdravotní politika	4
2. Typy zdravotních systému.....	5
2.1 Liberálně – tržní model.....	5
2.2 Bismarckovský model.....	6
2.3 Beveridgův model.....	7
2.4 Semaškův model.....	7
3. Transformace českého zdravotnictví.....	8
3.1 Socialistické zdravotnictví	8
3.2 Příprava reformy zdravotnictví	9
3.3 Počátky reformy zdravotnictví.....	11
3.4 Následné fáze reformy zdravotnictví	12
3.5 České modely a vybrané koncepce financování zdravotnictví.....	15
3.5.1 Koncepce Miroslava Macka.....	15
3.5.2 Koncepce Ivana Davida	15
3.5.3 Koncepce Tomáše Julínka – Modrá šance pro zdravotnictví.....	16
3.5.4 Koncepce Jozefa Kubinyiho.....	18
3.5.5 Komparace Julínkovy a Kubinyiho koncepce.....	20
4. Aktuální vývoj financování zdravotního systému	21
4.1 Legislativa.....	21
4.2 Výdaje na financování péče o zdraví	22
4.2.1 Veřejné výdaje.....	23

4.2.1.1 Státní rozpočet	24
4.2.1.2 Místní rozpočty.....	25
4.2.1.3 Zdravotní pojišťovny	25
4.2.1.4. Analýza vývoje veřejných výdajů	31
4.2.2 Soukromé výdaje.....	33
4.2.2.1 Domácnosti.....	34
4.2.2.2 Soukromé pojištění	37
4.2.2.2 Analýza vývoje soukromých výdajů	38
4.2.3 Analýza vývoje celkových výdajů	40
5. Oblasti zdravotní péče	43
5.1 Ambulantní zdravotní péče	44
5.1.1 Ambulantní specialisté	44
5.1.2 Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost	45
5.1.3 Stomatologická péče	47
5.2 Nemocniční (lůžková) péče	48
5.2.1 Systém DRG.....	49
5.3 Léky a zdravotnický materiál	50
6. Současný stav českého zdravotnictví.....	52
6.1 Návrh řešení	53
Závěr	54
Seznam použité literatury.....	56
Literární zdroje	56
Články.....	57
Právní předpisy	58
Internetové zdroje.....	59
Seznam obrázků, tabulek a grafů	64

Úvod

Hodnota zdraví je u každého jedince subjektivní. Avšak zdraví představuje pro většinu z nás, ale také pro společnost jako celek, významnou hodnotu.

V současné době je téma zdraví a zdravotní politiky často skloňováno v médiích, politických programech i nejrůznějších veřejných debatách. Diskutována je nejčastěji otázka rostoucích finančních nákladů, možností financování zdravotnictví a dlouhodobé udržitelnosti systému. Stárnutí populace, které zapříčiňuje snižování počtu ekonomicky aktivních obyvatel, ale i tlak na rostoucí úroveň zdravotnictví a technologický pokrok, se podílí na růstu těchto nákladů veřejného zdravotnictví. Otázkou zůstává, jak zajistit efektivní využití financí při zachování kvalitní zdravotní péče v měnící se demografické struktuře. Nejenom s těmito problémy se české zdravotnictví musí potýkat již řadu let.

Cílem práce je poskytnout přehled o vývoji českého zdravotnictví, dále také popsat aktuální systém financování v České republice. Budu analyzovat účinky změn systému pomocí makroekonomických ukazatelů a statistických dat, na základě kterých budu hodnotit, jak se tyto reformy projeví ve financování zdravotní péče.

Práce bude rozdělena na dvě části. První část, teoretická, bude věnována vymezení základních pojmů, které souvisí se zdravím, zdravotní politikou a zdravotním systémem. Dále popíši stav, ve kterém se české zdravotnictví nacházelo před zlomovým reformním rokem 1989. Reforma zdravotnictví, která byla součástí celkové transformace české ekonomiky, s sebou přinesla řadu změn, které měly významný dopad na českou společnost. V letech 1990 a 1991 proběhla dramatická liberalizace zdravotního systému. Od této doby se však zdravotní systém několikrát reformoval. Reformy zdravotnictví, které probíhaly, do značné míry byly ovlivňovány orientací vládnoucí strany.

V úvodu praktické části práce bude vymezen právní rámec zdravotního systému. Dále se budu zabývat výdaji na zdravotnictví, které rozdělím na veřejné a soukromé. Současných sedm českých veřejných zdravotních pojišťoven pojme většinu veřejných výdajů. I přesto, že zdravotní pojišťovny nesou největší zátěž, tak se na veřejných výdajích podílejí také státní a místní rozpočty. V této kapitole popíši, do jaké míry se jednotlivé subjekty podílejí na financování zdravotnictví a jakým způsobem.

Soukromé výdaje jsou v České republice jedny z nejnižších v porovnání s vyspělými státy Evropské unie. Na tento fakt navazuje má hypotéza, která zní: I přes rostoucí veřejné

výdaje soukromé výdaje vzhledem k HDP zůstávají konstantní. Proto bych se na tento problém chtěla zaměřit a na závěr své práce analyzovat, do jaké míry tento fakt platí. V posledních letech se prosazovaly změny zdravotního systému, které byly spíše levicově zaměřené, a docházelo ke snižování participace pacienta na financování zdravotní péče. K potvrzení či vyvrácení své hypotézy použiji aktuální dostupná data převážně z Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Ve druhé polovině praktické části se budu zabývat jednotlivými odvětvími, která jsou financována současným zdravotním systémem. Rozdílně jsou financovány nejen ambulantní a lůžkové služby, ale financování se liší i mezi jednotlivými odvětvími zdravotnictví. Na tyto rozdíly se pokusím poukázat, popřípadě najít výhody či nevýhody jednotlivých modelů financování. Detailněji bude analyzován systém Diagnosis-related group, který se používá při financování lůžkové péče a je v České republice již několik let aplikován.

V závěru bakalářské práce zhodnotím ekonomický vývoj českého zdravotnictví od roku 1989 do současnosti.

1. Slovník pojmů

1.1 Zdraví

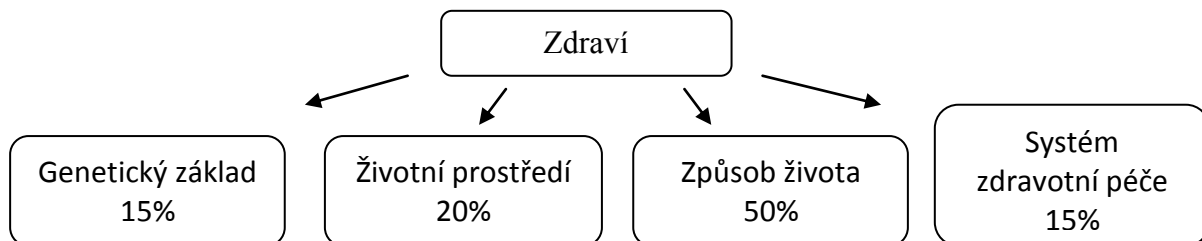
Zdraví můžeme definovat podle světové zdravotnické organizace WHO jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli jen jako nepřítomnost nemoci nebo postižení.¹

Z ekonomického hlediska na zdraví můžeme nahlížet jako na statek. Zdraví sice nemá hmotnou podstatu, i přesto se setkáváme s tím že, na zdraví je nahlíženo jako na zboží.

Moderní definice zdraví se však od statického pojetí zdraví odklání a preferují dynamickou definici zdraví. Dynamická teorie zdraví kritizuje své předchůdce především kvůli nezohledňování vlivů faktorů vnějšího prostředí na lidský organismus. Moderní definice chápe organismus jako celek, který je v silné interakci s vnějším prostředím.²

Faktorů determinujících zdraví je celá řada, mezi čtyři nejdůležitější se uvádí genetika, prostředí, ve kterém žijeme, způsob života a zdravotní péče. I přes to, že v současné době se tento model čtyř nejdůležitějších faktorů začíná postupně proměňovat, a to především díky globalizaci, stále platí, že způsob života je tím nejdůležitějším faktorem.³

Schéma nejdůležitějších determinantů zdraví



Obr. 1.; zdroj: EVANS, R., G., BARNER, M., L., THEODORE R., M., Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations, *Health and Human Rights*, citováno 10. 3. 2016, dostupné z http://www.jstor.org/stable/4065215?seq=1#page_scan_tab_contents, vlastní zpracování

Zdraví je dynamický proces, na který působí velké množství faktorů, z nichž část dokáže člověk ovlivnit, a to především způsobem života.

¹ Část ústavy Světové zdravotnické organizace, přijato v roce 1946 na konferenci New Yorku.

² DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, st. 8-11

³ DRBAL, C.: Česká zdravotní politika a její východiska, st. 25-30

1.2 Zdravotní péče

Zdravotní péče je pojem, který je spojen s aktivitami, které souvisejí s léčením pacientů, tedy řešení ex post. Širší pojem péče o zdraví zahrnuje i aktivity spojené s prevencí chorob. Zdravotní péči můžeme rozdělit na primární (všeobecnou), sekundární (specializovanou) a terciální. Primární zdravotní péče je charakteristická tím, že se jedná o přijetí odpovědnosti za trvalou osobní zdravotní péči, která je poskytována ambulantně. V České republice primární péče zahrnuje péči praktických lékařů pro dospělé, péči praktických lékařů pro děti a dorost, základní gynekologickou a stomatologickou péči. Sekundární zdravotní péči rozumíme standartní specializované služby ambulantní a lůžkové péče. Zahrnuje mnoho oborů a je prováděna v nemocnicích, poliklinikách a jiných zdravotnických zařízeních. Terciální péče zahrnuje vysoce specializovaná pracoviště. Vyžaduje tým odborníků a tato péče je finančně velmi náročná. ⁴

1.3 Veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví je věda, která zahrnuje jednak teorii, související se vztahem společnosti a zdraví, ale také praxi, tedy konkrétní zdravotně politická rozhodnutí, hygienická nařízení, výchovu ke zdraví, plánování zdravotní péče, řízení zdravotnických služeb a tak dále. Zdravotnictví tedy využívá poznatky různých vědních disciplín (ekonomie, právo, psychologie...) k poznávání determinantů zdraví a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. ⁵

1.4 Zdravotní politika

Zdravotní politika je chápána jako soubor politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí. Ovlivňuje řadu institucí, služeb a zařízení, ale také to, jakým způsobem bude financována zdravotní péče. ⁶ „*Důležitým předpokladem existence státní zdravotní politiky je vedle uznání zdraví jako společenské (veřejné) hodnoty i vytvoření*

⁴ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*, st. 22-24

⁵ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*, st. 13-14

⁶ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*, st. 11

*materiální základny“.*⁷ Může se tudíž realizovat až na určitém stupni ekonomického rozvoje země a bude vybudována síť zdravotnických zařízení.

Zdravotní politika se projevuje jako dvoufázový proces. Můžeme definovat proces tvorby a realizace. Tvorba zdravotní politiky probíhá na základě výběru z několika alternativ. Rozhodnutí o konečné koncepci je ovlivněno již výše zmíněnou ekonomickou základnou, ale také například společenskou kulturou státu. Tato koncepce je následně přijímána v podobě zákona parlamentem nebo skrze usnesení, o kterém rozhoduje vláda. Praktická realizace je spojena s reakcí subjektů, kterých se zdravotní politika týká. Ve výsledku by však pro tvorbu zdravotní politiky měl být rozhodující zdravotní stav obyvatelstva, který by měl hrát také roli při stanovování cílů a strategií.⁸

2. Typy zdravotních systému

System zdravotního pojištění je v každém vyspělém státu odlišný, avšak podle způsobu financování zdravotnictví lze zdravotní systémy rozdělit do čtyř hlavních kategorií⁹:

- a) **Liberálně – tržní model**
- b) **Bismarckovský model**
- c) **Beveridgův model**
- d) **Semaškův model**

2.1 Liberálně – tržní model

Liberálně – tržní model je založen na svobodě a autonomii. Zdravotnictví je řízeno trhem a stát negarantuje žádnou zdravotní péči. Občané tedy nesou odpovědnost za financování své zdravotní péče sami. Důležitou roli zde hraje soukromé zdravotní pojištění.¹⁰

Jediný vyspělým státem, který aplikuje liberální zdravotní systém, jsou Spojené státy americké. Financování amerického zdravotnictví představuje směs veřejných programů a dobrovolného soukromého zdravotního pojištění, které funguje na komerčních

⁷ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*, st. 51

⁸ DUBEN, R.: *Ekonomie veřejného sektoru*, st. 149- 150

⁹ JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, st. 17

¹⁰ OCHRANA, F., PAVEL, J., VÍTEK, L.: *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*, st. 125 - 127

principech. Mezi nejdůležitější veřejné programy můžeme zařadit Medicare a Medicaid.¹¹ Jedná se o dva různé vládní programy, které byly vytvořeny v roce 1965 v reakci na stále větší množství osob, které si nebyli schopni platit soukromé zdravotní pojištění.

Federální zdravotní program Medicare poskytuje zdravotní pojištění osobám starších 65 let nebo s vážným zdravotním postižením, bez ohledu na příjem a je celý financován z federálního rozpočtu.¹² Pro osoby s velice nízkými příjmy je určen státní a federální program Medicaid, který není celý financován ze státního rozpočtu, ale z poloviny ze státních rozpočtů jednotlivých států USA. Tyto státy mají federálním zákonem určenou skupinu obyvatelstva, na které se Medicaid vztahuje. Mají však možnost do tohoto programu zahrnout další nepovinné skupiny obyvatelstva.¹³

2.2 Bismarckovský model

Bismarckovský model je pojmenovaný po německém kancléři Ottovi von Bismarckovi, který stál za vznikem prvních sociálních zákonů v letech 1888 až 1889. Německo se tak stalo prvním státem, kde vznikl celostátní systém sociálního zabezpečení.¹⁴

Tento systém je založený na finančních příspěvcích, které každý občan povinně hradí zdravotním pojišťovnám, bez ohledu na budoucí spotřebě. Zdravotní pojišťovny poté proplácejí jednotlivé provedené lékařské zákroky. Systém je založen na solidaritě, neboť každý odvádí pojistné v závislosti na velikosti příjmu, ale zdravotní péče je poskytována dle potřeby. Stát se na tomto způsobu pojištění podílí ve formě příspěvků za státní pojištěnce, zákonem definované skupiny obyvatel (děti, studenti, senioři, nezaměstnaní a tak dále). Tento systém se z Německa rozšířil do dalších Evropských států, jako jsou například Francie, Česká republika, Rakousko, Polsko a v mnoho dalších.¹⁵

¹¹ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*, st. 107 - 111

¹² Centers for Medicare and Medicaid services, Medicare Program - General Information [online], citace 15. 8. 2016, dostupné z: <https://www.cms.gov/medicare/medicare-general-Information/medicareGenInfo/index.html>

¹³ Medicaid, Medicaid Information by Topic, citace 15. 8. 2016, dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/by-topic.html>

¹⁴ WEIGL J., KOVÁŘ M., VOSTATEK J. a kol., *Otto von Bismarck: 200 let od narození*, citace 15. 8. 2016, dostupné z: <https://books.google.cz/books?isbn=8075420020>

¹⁵ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*, st. 90 - 98

2.3 Beveridgův model

Beveridgův model je pojmenován po Williamu Beveridgeovi, který navrhl v Beveridgeově zprávě britský National Health Service (NHS). V tomto systému je zdravotní péče poskytována a financována státem prostřednictvím daňových plateb. Roku 1948 byl systém přijat¹⁶

Beveridgův model je tedy charakteristický bezplatnou zdravotní péčí bez ohledu na majetek, s výjimkou některých poplatků (optické služby, stomatologické služby). Finance na zdravotnictví jsou poskytovány ze státního rozpočtu, konkrétně z daňových výnosů.¹⁷

Mezi hlavní klady tohoto modelu patří kvalitní a státem garantovaná lékařská péče. Na druhé straně se zde vyskytují problémy pramenící především ze ztráty konkurenceschopnosti v rámci zdravotnických zařízení. Dalším uváděným problémem jsou často dlouhé čekací lhůty na lékařské zákroky.¹⁸

Mezi státy, které používají tento model financování zdravotnictví, patří Velká Británie, Španělsko, Nový Zéland, skandinávské státy a Honkong.¹⁹

2.4 Semaškův model

Semaškův model, je systém zdravotnictví, který fungoval již před druhou světovou válkou v Sovětském svazu a je pojmenován po lidovém komisaři Nikolaji Alexandrovičovi Semaškově. Semaškův model, stejně jako model Beveridgův, patří mezi modely státního zdravotnictví, pro které je typická všeobecná dostupnost zdravotní péče. Mezi oběma modely však existují rozdíly. Mezi nejvýznamnější rozdíl patří absence soukromých zdravotnických zařízení v Semaškově modelu. Po rozpadu Sovětského svazu nově vzniklé státy zdravotnictví reformovaly a ve většině přijaly Bismarckovský model zdravotnictví. V současnosti je tento systém používán pouze na Kubě.²⁰

¹⁶ BBC, History - William Beveridge, citace 15. 8. 2016, dostupné z: http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.html

¹⁷ NHS, About the National Health Service, citace 15. 8. 2016, dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

¹⁸ PNHP, Health Care Systems - Four Basic Models, citace 15. 8. 2016, dostupné z: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

¹⁹ PNHP, Health Care Systems - Four Basic Models, citace 15. 8. 2016, dostupné z: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

²⁰ HNILICOVÁ, H., Úvod do studia zdravotnických systémů, citace 14. 8. 2016, dostupné z: https://is.vsfs.cz/el/6410/zima2015/B_ZdSCR/um/uvod_do_zs.pdf

3. Transformace českého zdravotnictví

Transformace zdravotního systému po roce 1989 byla nedílnou součástí transformačního procesu celé české ekonomiky a společnosti. Cílem transformace byla především liberalizace a zrušení státního monopolu, který měl do této chvíle zdravotnictví plně ve svých rukou. Od roku 1989 byl zdravotní systém několikrát reformován až do současného stavu, kdy můžeme očekávat reformy další.

3.1 Socialistické zdravotnictví

Sjednocovací zákony z let 1951 -1953 znamenaly pro Československo zrušení systému národního pojištění a převedení veškeré zodpovědnosti na stát. „*Stát plně tvořil, kontroloval i realizoval zdravotní politiku. Stát stanovoval úkoly ve zdravotnictví, zřizoval zdravotnická zařízení, financoval je i prováděl kontrolu.*“²¹ Došlo také k zestátnění majetku Ústřední národní pojišťovny a všech zdravotnických zařízení.²²

Zdravotní úroveň se v průběhu let v socialistickém Československu značně měnila. Zlomové období bylo okolo roku 1960. Do tohoto roku české zdravotnictví bylo na dobré úrovni. Centralistický systém dosáhl během prvního desetiletí významných úspěchů. Kladl důraz především na preventivní péči. Během těchto let se začala výrazně prodlužovat střední délka života. Můžeme dokonce toto období nazvat československým zázrakem.²³

Úpadek, o kterém můžeme hovořit ve druhé třetině existence socialistického Československa, pramení převážně z absence hospodářské soutěže v rámci systému zdravotní péče. Nepochybně se na vzniklém špatném stavu také podepsala naprosto bezplatné zdravotnictví, kdy občané ztráceli motivaci pozitivně ovlivňovat své zdraví, ale také nemožnost občanů ovlivnit kvalitu zdravotní péče.²⁴

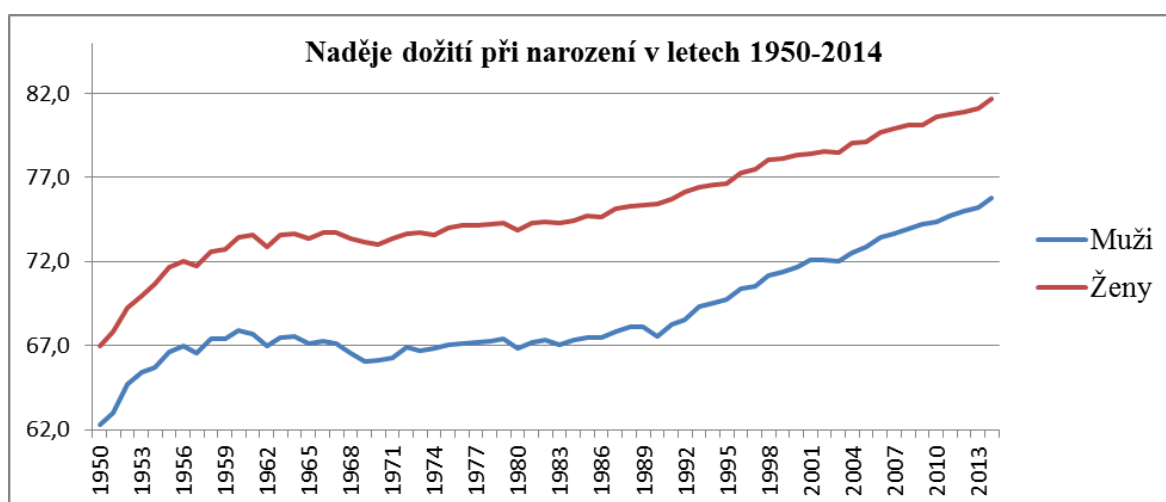
Stát nedokázal reagovat na změnu nemocnosti, kdy přibýlo více civilizačních chorob v závislosti také na zhoršujícím se životním prostředí. Od této doby rostoucí doba dožití začala stagnovat či v některých letech dokonce klesat. Na grafu můžeme vidět, že sedmdesátá a osmdesátá léta se nesla v duchu stagnace doby dožití.

²¹ DOHNAL, F.: Studijní texty k dějinám farmacie., st. 120

²² PSP, NS RČS 1948-1954, citace 11. 3. 2016, dostupné z http://www.psp.cz/eknih/1948ns/tisky/t0038_00.html

²³ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H.: Úvod do veřejného zdravotnictví, st. 120-125

²⁴ VÝBORNÁ, O.: The Reform of the Czech Health Care System, citace 12. 3. 2016, dostupné z: <https://www.cerge-ei.cz/pdf/wp/Wp64.pdf>



Graf č. 1.; zdroj: ČSÚ, Naděje dožití při narození v letech 1950-2014, citováno 12. 3. 2016, dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/nadeje_dozeni_pri_narozeni_v letech_1950_2014, vlastní zpracování

Zatímco v Československu doba dožití stagnovala, ve vyspělých státech západní Evropy rostla. Českému zdravotnímu systému nebyl věnován dostatek pozornosti a byl výrazně podfinancovaný, a to zejména proto, že tehdejší režim měl priority v jiných odvětvích. Chyběly zde nejenom moderní léky, ale také technologické vybavení. Tato skutečnost vyvolávala pravidelnou vlnu nevole především u lékařů, kteří nemohli praktikovat moderní medicínu, která byla ve vyspělých státech Evropy již běžná. Na špatném zdravotním stavu se také podepsala špatná psychika obyvatel a frustrace, která se u lidí, žijících v totalitním režimu, často objevuje.²⁵

3.2 Příprava reformy zdravotnictví

Transformace zdravotnictví byla součástí transformace celé české ekonomiky. Zdravotnictví je po důchodovém systému druhou největší oblastí v množství vynaložených veřejných prostředků, proto mu byla věnována značná pozornost. Základem koncepce systému byla garance dostupnosti bezplatné péče financované ze zdravotního pojištění. Hlavními principy reformy byla liberalizace a decentralizace. Jednalo se o úplné opuštění státního monopolu a nastolení pluralitního systému v rámci zdravotních pojišťoven

²⁵ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H.: Úvod do veřejného zdravotnictví, st. 56-58, 120- 122

a poskytovatelů zdravotní péče. Cílem reformy bylo vybudování liberálního a efektivně fungujícího systému.²⁶

Po roce 1989 proběhlo zahájení reformy zdravotnictví velmi rychle. Již v únoru 1990 byl sestaven tým odborníků, který se měl touto problematikou zabývat, prozkoumat ji a navrhnout novou strukturu zdravotního systému. Pracovní skupina pro reformu vydala v květnu 1990 dokument Návrh reformy péče o zdraví. Ještě tentýž rok v říjnu byla publikována další verze Návrhu nového systému zdravotní péče, v těchto dokumentech byl kladen důraz především na efektivnost a privatizaci, ale také na metody úhrady zdravotní péče.²⁷

Základním motem těchto návrhů byla obnova a podpora zdraví, to znamená například prodloužení střední délky života, aby byla srovnatelná s vyspělými evropskými zeměmi. Mezi nejdůležitější cíle návrhů tedy můžeme zařadit garantovanou zdravotní péči, možnost nadstandardu, ale i pružnou distribuci zdrojů, a to nejen finanční, ale i lidské, materiální a informační.²⁸

V tomto materiálu byly také zmíněny jednotlivé fáze realizace:

- I. fáze: Do konce roku 1990 měly být odstraněny přebytečné byrokratické bariéry, čímž se měly uvolnit zdroje pro zlepšení zdravotnictví
- II. fáze: Mezi lety 1991 a 1992 byla plánovaná takzvaná „obroda veřejného zdravotnictví“. Cílem byl především převod vlastnických práv jednotlivých zdravotnických objektů do vlastnictví obcí a realizace legislativních, ekonomických a organizačních kroků.
- III. fáze: Během let 1993 a 1994 mělo dojít ke stabilizaci systému a zobecnění, implementování poznatků ze západních zemí a vyhodnocení výsledků experimentů, které zde měly probíhat v předchozích letech.²⁹

Vláda tento dokument přijala 12. 12. 1990 jako základ dalšího postupu při transformaci systému.³⁰

²⁶ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*, st. 177

²⁷ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*, st. 34-35

²⁸ BOŠKOVÁ, V., Ohlédnutí za prvním pokusem o reformu – jaký byl?, In *Zdravotnické noviny*, 2000, č. 51/2000, str. 16

²⁹ BOŠKOVÁ, V., Ohlédnutí za prvním pokusem o reformu – jaký byl?, In *Zdravotnické noviny*, 2000, č. 51/2000, str. 16

³⁰ Usnesení vlády č. 339/1990

3.3 Počátky reformy zdravotnictví

Od roku 1990 do roku 1993 probíhaly ve zdravotnictví radikální změny. Výsledkem mělo být všeobecné zdravotní pojištění bismarckovského typu, tedy systému zdravotnictví, který je založen na solidaritě mezi občany. Na konci roku 1990 byly zrušeny Krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) a později i Okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) a následně proběhla privatizace části zdravotnických zařízení. Vznikla také Česká lékařská a stomatologická komora.³¹

Základem právního rámce financování systému zdravotnictví byly přijaté zákony z roku 1991. Konkrétně se jedná o zákony ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, kterými je definováno povinné zdravotní pojištění. To vedlo tedy k vyčlenění samostatného fondu všeobecného zdravotního pojištění ze státního rozpočtu. Konkrétní výše pojistného je popsáno zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění.

Do této doby existovala pouze jediná zdravotní pojišťovna (Všeobecná zdravotní pojišťovna). Proto díky snaze o liberalizaci a vytvoření konkurenčního prostředí byl také přijat zákon ČNR č. 280/1992 sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, upravující vznik nových zdravotních pojišťoven.³²

Oproti prvotnímu záměru se vláda rozhodla, že zavede všeobecné zdravotní pojištění již od 1. ledna 1992 a nikoliv od 1. ledna 1993, jak bylo původně plánováno. Na jedné straně mělo toto zrychlení řadu příznivců z řad odborné i laické veřejnosti, na straně druhé to však vedlo k mnoha potížím pramenícím z nedokonalé přípravy. Zákony se musely několikrát novelizovat, později i rušit a nahrazovat jinými zákony (viz kapitola 2.4). Plný provoz financování zdravotnictví veřejným zdravotním pojištěním, na kterém se podíleli občané, zaměstnavatelé a stát, začal až v roce 1993. Od roku 1989 do roku 1992 příjmy veřejných pojišťoven pocházely stále ze státního rozpočtu. Prostředky plynuly do pojišťoven prostřednictvím kapitoly Ministerstva vnitra a Ministerstva zdravotnictví.³³

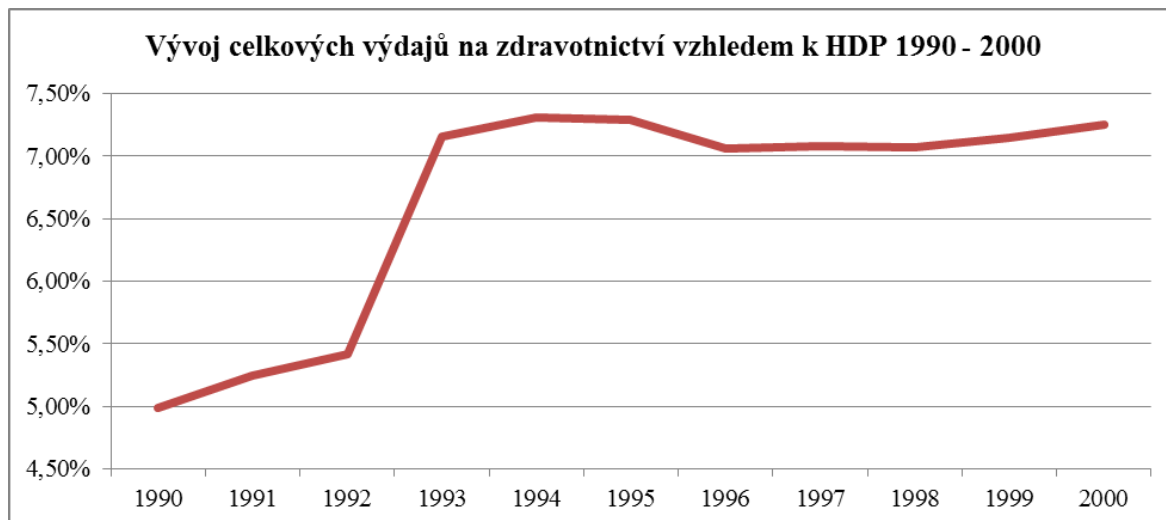
³¹ Zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékařské komoře

³² Zákon ČNR č. 280/1992 sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

³³ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*, st. 37-38

3.4 Následné fáze reformy zdravotnictví

V následujícím období došlo k nárůstu výdajů na zdravotnictví.



Graf č. 2.; zdroj UZIS, Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví do roku 2000, citace 14. 3. 2016, dostupné z: www.uzis.cz/system/files/finuk2000.pdf, vlastní zpracování

Mezi lety 1991 a 1993 vzrostly výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP o více než 2%. To znamená nárůst o více než 31 miliard Kč. Tento nárůst byl markantní a dlouhodobě neudržitelný. V následujících letech muselo tedy dojít ke změnám zdravotního systému i související legislativy.

Příčinou těchto rostoucích výdajů byla také platba za výkon, která byla definována v zákonech č. 550/1991 Sb. a č. 551/1991 Sb. Financování zdravotní péče prostřednictvím platby za výkon znamená, že zdravotní pojišťovny hradí lékaři jednotlivé výkony, které provede v rámci poskytování zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví tedy publikuje rozsáhlý seznam lékařských výkonů, které jsou ohodnoceny určitým množstvím bodů. Uvedena je také peněžní hodnota bodu, do které je nutné zahrnout inflaci a další aspekty.

I přes nepříznivé zkušenosti ze zahraničí a prognózy, které upozorňovaly na nevhodnost tohoto systému, byl zaveden. Na jedné straně vedlo zavedení systému platby za výkon k většímu zájmu o pacienta, ale na druhé straně lékaři často prováděli i nadbytečné výkony. Tento systém však vedl lékaře ke snaze získat co nejvíce bodů.³⁴

³⁴ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*, st. 38-39

Výkonový systém byl použit při zachování solidárního financování a garance státu za dostupnost a kvalitu péče při absenci účinných mechanismů. Již v roce 1993 se ukázala neefektivnost tohoto systému v souvislosti s inflací bodu, jehož hodnota poklesla na polovinu. To vedlo k platebním problémům zdravotních pojišťoven, zdravotních zařízení i státu. Výkonový systém byl tedy hlavní příčinou rostoucích výdajů, avšak nikoli jedinou. Dalším problémem byla léková politika a liberální přístup k počtu zdravotnických zařízení, kde chyběl regulační mechanismus. Spotřeba léčiv³⁵ byla nejrychleji rostoucí nákladovou položkou. Růst nákladů na léčiva v 90. letech byl vyvolán především předepisováním dražších zahraničních léků, přestože mnohdy indikace těchto drahých léků nebyla odůvodněna stavem pacienta. Dělo se tak kvůli plné úhradě léku z fondu všeobecného zdravotního pojištění. Indikací zahraničních a dříve nedostupných léků zdravotnická zařízení tedy zvyšovala svoji atraktivitu.³⁶

Výdaje celkové na spotřebu léčiv

Rok	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
mil Kč	5,66	6,27	6,96	9,33	13,96	21,19	25,64	28,18	30,06	33,31
Změna %	-	10,65	11,13	33,92	49,70	51,78	20,98	9,94	6,66	10,82
DDD/1000/den	867	864	678	689	756	911	945	986	1045	1105
Změna %	-	-0,33	-21,5	1,63	9,74	20,50	3,70	4,36	5,91	5,72

Tab. č. 1 zdroj: UZIS, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2009, citace 14. 3. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-soucast-narodni-ekonomiky-2009>, vlastní zpracování

Tabulka č. 1 ukazuje vývoj spotřeby léčiv a dynamiku růstu v peněžím vyjádření a v počtu definovaných denních dávek (dále DDD) připadající na 1000 pacientů na jeden den. DDD znamená předpokládanou průměrnou udržovací dávku léčiv na jeden den pro dospělého pacienta. DDD/1000/den se používá k analýze vývoje dat, či při mezinárodním srovnávání.³⁷

Především v letech 1993 a 1994 byl tento nárůst výdajů na spotřebu léčiv markantní a výrazně tak předběhl tempo tehdejší inflace.

Jako poslední již zmíněný faktor růstu výdajů byl chybějící regulační mechanismus ve zřizování zdravotnických zařízení. Počet ambulantních lékařů na 10 000 obyvatel mezi lety

³⁵ V současné době tvoří spotřeba léků více než 27% na nákladech zdravotní péče.

³⁶ SPĚVÁČEK, V., *Transformace české ekonomiky: politické, ekonomické a sociální aspekty.*, st. 455 - 458

³⁷ WHO, *ATC/DDD methodology*, citováno 15. 4. 2016, dostupné z: <http://www.whoce.no/>

1990 a 1998 se téměř dvojnásobil. Zdravotní pojišťovna měla ze zákona povinnost uzavřít smlouvu s každým zdravotnickým zařízením, které o ni požádalo. Zákon byl v tomto ohledu velmi liberální a vznikla tak velmi hustá síť zdravotnických zařízení, kterou ovšem nebylo možné financovat.³⁸

Byla tedy nutnost najít novou reformovanou podobu financování zdravotní péče a zavést opatření, která by směřovala k regulaci zdravotního systému. V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, který nahrazoval již zmíněný zákon č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. I když tento zákon byl časově omezený do 30. června 1998, byl také několikrát novelizován a jeho platnost prodlužována.

Nejdůležitější změnu, kterou s sebou tento zákon přinesl, bylo zavedení kapitační platby u lékaře, což znamená podle počtu registrovaných pacientů. U praktických lékařů byl zaveden systém kapitačně-výkonový, u sekundární zdravotní péče byl ponechán systém výkonový.

Kapitační platba znamená, že lékař obdrží od zdravotní pojišťovny pevně stanovenou částku za každého registrovaného pacienta. Kapitační platba zahrnovala také korelační koeficient,“ *Správce centra vypočte pro každé zdravotnické zařízení výši korekčního koeficientu jako podíl, v jehož čitateli je rozdíl mezi součtem časů zdravotních výkonů uhrazených v daném čtvrtletí zdravotnickému zařízení a součtem časů zdravotních výkonů zdravotnickému zařízení uhrazených, jejichž úhrada však byla po kontrole provedené v daném čtvrtletí zdravotní pojišťovnou zamítnuta, a ve jmenovateli je součin přepočteného počtu nositelů výkonů a hodinového limitu času nositele výkonu na jeden kalendářní den a počtu kalendářních dnů v daném čtvrtletí....*“³⁹ Tento koeficient zajistil, aby byla poskytnuta zdravotní péče i v méně osídlených regionech.

Praktický lékař dostává dvě složky příjmů. Jedna je za počet registrovaných pacientů a druhá za vykázané body.

Dále byly také zavedeny možnosti omezení úhrady za poskytnutou zdravotní péči, povinnosti kontroly čerpání prostředků, výběrová řízení a další regulace.

³⁸ SPĚVÁČEK, V., *Transformace české ekonomiky: politické, ekonomické a sociální aspekty.*, st. 457- 458

³⁹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

3.5 České modely a vybrané koncepce financování zdravotnictví

Již v prvních letech transformace vznikl návrh na změnu zdravotního systému. Nejrychleji na špatný stav českého zdravotního systému zareagoval Miroslav Macek, který představil v roce 1997 svou koncepci financování zdravotního systému a na počátku poukazoval na nutnost zvýšit spoluúčast pacienta, a tím zvýšit procento soukromých výdajů na zdravotnictví. Avšak v důsledku střídání vlád nebyl tento návrh uveden v praxi a byl nahrazen jiným. Došlo tedy ke značnému zpolitizování zdravotnictví, s čímž se můžeme setkat až do současné doby. Jako příklad jsou v následujících kapitolách uvedeny protichůdné koncepce z počátku transformace a následně i po přelomu tisíciletí.

3.5.1 Koncepce Miroslava Macka

Miroslav Macek působil jako tajemník ministerstva zdravotnictví od roku 1996 za vlády Václava Klause. Byl jedním z prvních, kdo si uvědomil, že české zdravotnictví potřebuje změny. Podotýkal, že skončila pouze první etapa transformace, což bylo odvážné, neboť většina odborné veřejnosti byla přesvědčena, že transformace již skončila a budou stačit jen drobné novely a korelace a systém zdravotnictví bude bez problému fungovat. Mackovy názory byly v tu dobu nadčasové a mnoho jeho předpovědí se naplnilo.⁴⁰

Mackova koncepce usiluje o větší spoluúčast pacienta, zavádí standardní zdravotní péči, která by měla být hrazena ze zdravotního pojištění, ostatní služby by si již měl platit pacient sám přímo nebo skrze komerční pojištění. Dále také poukazuje na nutnost restrukturalizace nemocničních lůžek. Zefektivnění díky redukci lůžek pro akutní případy a naopak vznik nových u pacientů chronicky a dlouhodobě nemocných.⁴¹

3.5.2 Koncepce Ivana Davida

V roce 1998 se vlády ujala Česká strana sociálně demokratická (dále ČSSD), kterou v té době vedl Miloš Zeman. Ministrem zdravotnictví byl Ivan David.

⁴⁰ DOHNAL, F., *Studijní texty k dějinám farmacie.*, st. 121

⁴¹ PSP, *Informace vlády 1997*, citace 19. 3. 2016, dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t016900a.htm>

ČSSD představila v roce 1999 novou koncepci zdravotnictví, ve které odmítla prakticky všechno, co bylo zahrnuto v koncepci předchozí vlády. Již od transformace bylo zdravotnictví příčinou politických rozepří.

Zmíněná koncepce zdravotnictví vychází z národní varianty Programu Světové zdravotnické organizace „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“. Zdravotnictví je chápáno jako veřejná služba za veřejné peníze, které je třeba mít pod veřejným dohledem. Nelze ji tedy chápat jako neregulovanou obchodní činnost.⁴²

Cílový stav v roce 1999 zahrnuje fázi konsolidace, při které je nutné upravit kompetence institucí, zefektivnit práci dotčených ministerstev a musí se tedy připravit zákonné normy potřebné pro další fázi. Bude připraven koncept veřejného zdravotního pojištění, který se přinejmenším informačně propojí s nemocenským pojištěním, vypracují se metody pro hodnocení kvality práce zdravotnických zařízení. O šest let později v roce 2005 budou přijaty přebudované normy, jejichž podstatou bude optimalizace, hospodárnost a kvalita zdravotního systému. Rovněž se stabilizuje síť zdravotnických zařízení a funkce zdravotních pojišťoven se optimalizují z hlediska provozních nákladů. Zdravotnictví by tedy mělo ve výsledku kontrolovat veřejnost díky účasti v systému a obecné dostupnosti informací.⁴³

Dále je také v tomto dokumentu předchozí vláda kritizována za lobby a mylnou představu, že stačí přijmout německé či švýcarské zákony do českého systému, chybí zde dostatek financí a fungující instituce.⁴⁴

3.5.3 Koncepce Tomáše Julínka – Modrá šance pro zdravotnictví

Tomáš Julínek byl ministrem zdravotnictví mezi lety 2006 a 2009, tedy za vlády Miroslava Topolánka, předsedy Občanské demokratické strany (dále ODS). Koncepce *Modrá šance pro zdravotnictví* vznikla již v roce 2004 a je velmi kritická k předchozí vládě ČSSD, kterou kritizuje ODS především za to, že přijímala pouze nové zákony, které se neodržely jasně dané koncepce.

⁴² Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf>

⁴³ Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf>

⁴⁴ Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf>

Dle názoru ODS je problémem českého zdravotnictví nefunkční nastavení institucí. Vzájemný vztah mezi státem, zdravotními pojišťovnami, zdravotnickými zařízeními a občany nemotivuje současný systém k hospodárnosti a prevenci. Poukazuje také na fakt, že stát, jako vlastník většiny zdravotnických zařízení, kryje svoje vlastní špatné hospodaření, což se podepisuje na několikanásobných rozdílech nákladů při léčbě stejné diagnózy. Současně plýtvající systém může fungovat jen za předpokladu rostoucích příjmů od pojištěnců, čemuž chce ODS zabránit.⁴⁵

Řešením je přinutit všechny zúčastněné k hospodárnosti a efektivnímu chování. Občan sám by měl rozhodovat, kolik je za zdravotní péči ochoten utratit. Musí se tedy změnit:

I. Postavení institucí

Stát musí garantovat zdravotní péči, regulovat trh zdravotních pojišťoven a také regulovat počet zdravotnických zařízení, což souvisí s udělováním licencí k výkonu povolání. Zdravotní pojišťovny musí být zodpovědné za svoji platební bilanci a za nasmlouvání kvalitních partnerů pro své pojištěnce. K tomu ale musí disponovat náležitými pravomocemi a motivací. Největší změna má nastat pro občany, kteří budou sami rozhodovat o finančních prostředcích, které budou na zdravotní pojištění odvádět. To znamená, že občané budou rozhodovat jak o svých soukromých financích, tak i o části veřejných.⁴⁶

II. Financování

Zavedou se osobní účty. Budou je spravovat jednotlivé zdravotní pojišťovny, které nabídnou občanům zdravotní plány. Všechny zdravotní plány budou obsahovat povinné pojištění, které určuje stát. Zdravotní plány se budou odlišovat rozsahem nepovinného (doplňkového) pojištění, které bude krýt náklady nad rámec povinného zdravotního pojištění.

⁴⁵ JULÍNEK, T. *Chťt zdraví. Modrá šance pro zdravotnictví*. ODS, 2004, citace 20. 3. 2016, dostupné z http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf

⁴⁶ JULÍNEK, T. *Chťt zdraví. Modrá šance pro zdravotnictví*. ODS, 2004, citace 20. 3. 2016, dostupné z http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf

Trh zdravotních plánů (tři možné typy)

P1

Povinné pojištění
Doplňkové pojištění

P2

Povinné pojištění
Doplňkové pojištění
Zůstatek na účtu

P3

Povinné pojištění
Zůstatek na účtu

Obr. č. 2., zdroj: JULÍNEK, T. Chtít zdraví. Modrá šance pro zdravotnictví. ODS, 2004, citace 20. 3. 2016, dostupné z http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf, vlastní zpracování

Na výše uvedeném schématu jsou zobrazeny tři možné návrhy zdravotních plánů, které si občané mohou volit dle vlastního uvážení. V každém z těchto plánů je pevně daná spoluúčast pacienta na léčbě. Ušetřený zůstatek na účtu může sloužit jako rezerva v případě nečekané zdravotní potřeby konkrétního pacienta či členů jeho rodiny, ale také může posloužit k jiným soukromým účelům.⁴⁷

ODS chtěla touto koncepcí motivovat občany jednak k lepší prevenci zdraví, ale také větší participaci pacienta na léčbě a rozhodování o jednotlivých lékařských postupech.

3.5.4 Koncepce Jozefa Kubinyiho

I přes krátké působení Josefa Kubinyiho na ministerstvu zdravotnictví v roce 2004 stihl vydat koncepci zdravotnictví. Kubinyi se ujal postu ministra zdravotnictví za vlády České strany sociálně demokratické, předsedou vlády byl tehdy Vladimír Špidla.

Tato koncepce zdravotnictví vznikla jako protínávrh k *Modré šanci* strany ODS. Avšak už při vydání vznikaly pochybnosti o možnosti realizace této koncepce vzhledem k demisi vlády. I přesto byla vcelku pozitivně přijímána. Česká lékařská komora dlouhodobě prosazuje spoluúčast pacientů, což Kubinyi navrhoval také, avšak většina odborníků tuto

⁴⁷ JULÍNEK, T. Chtít zdraví. Modrá šance pro zdravotnictví. ODS, 2004, citace 20. 3. 2016, dostupné z http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf

koncepti nebrala příliš vážně a ta byla vnímána spíše jako dostání slibu ČSSD, že koncepci zdravotnictví navrhnou, i když nebyl čas ji v končící vládě prosadit.⁴⁸

Mezi hlavní problémy, na které ČSSD poukazuje, je problematické přerozdělování mezi zdravotní pojišťovny, při kterém nejsou zohledňovány rozdílné náklady na jednotlivé věkové skupiny, ale také rozdělování prostředků, které poskytují zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením. Pojišťovny hradí nadbytečnou zdravotní péči i nadbytečné kapacity. Jako ODS také poukazuje na fakt, že úhrady stejné zdravotní péče jsou rozdílné. Negativně se na českém zdravotnictví projevuje předimenzovaná síť poskytovatelů, nedostatečná role pacienta, nedostatečná motivace prevence, ale také špatně definována nadstandardní péče a rozdílné kompetence Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) a ostatních zdravotních pojišťoven.⁴⁹

Změnit se tedy musí především způsob financování. Stát již nebude platit zdravotní pojištění za státní pojištěnce, především tedy děti, studenty, matky na mateřské dovolené, nezaměstnané a důchodce. Pojistné budou platit buď živitelé, nebo jednotlivci sami, což bude však adekvátně kompenzováno zvýšením příspěvků, důchodu nebo snížením daňové zátěže. Budou také zavedeny příspěvky od pacientů za podpůrné služby a z části také za zdravotní péči (ambulantní poplatek, poplatek za recept, dopravu a hotelové služby v nemocnici). Tyto příspěvky budou však limitovány. V praxi to bude fungovat, tak že bude dán roční limit, kolik může pacient maximálně přispět. Pro nastavení spravedlivých a rovných podmínek bude nastoleno stoprocentní přerozdělování podle věkových skupin a pohlaví, aby žádná ze zdravotních pojišťoven nebyla diskriminována strukturou pojištěnců.⁵⁰

Založení Národního referenčního centra usnadní komunikaci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů, která je v současnosti zbytečně složitá a nepřehledná. Nelze toto centrum chápat jako státní monopol, spíše pouze místo, kde budou zpracovány a chráněny osobní údaje a výsledky poté poskytnuty veřejnosti. Umožní lepší informace pro statistiky a bude sloužit pro systém DRG⁵¹, který bude zaveden, a vyřeší tak financování především nemocnic a ambulancí.⁵²

⁴⁸ Zdraví Euro, *Kubinyiho koncepce zdravotnictví vyvolala mezi odborníky rozpaky*, citace 20. 3. 2016, dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kubinyiho-koncepce-zdravotnictvi-vyvolala-mezí-odborniky-rozpaky-162149?category=z-domova>

⁴⁹ *Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR*, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf>

⁵⁰ *Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR*, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf>

⁵¹ Viz kapitola systém DRG

⁵² *Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR*, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf>

Konkurenční koncepci ODS kritizovala za nedostatečnou míru solidarity v rámci navrženého systému, menší kontrolu a transparentnost čerpání finančních prostředků.

3.5.5 Komparace Julínkovy a Kubinyiho koncepce

I přesto, že se jedná o koncepce dvou opozičních stran, mají některé prvky společné, především zvýšení spoluúčasti pacienta, sjednocení nemocenského a zdravotního pojištění a zlepšení informovanosti pacienta o čerpání zdravotního pojištění. Společnou negativní stránkou těchto koncepcí je také absence výpočtů či konkrétních postupů.

Hlavním rozdílem je přístup k pacientovi. ODS pacienta bere jako zákazníka, jemuž zdravotní pojišťovna nabízí jednotlivé zdravotní plány. Z toho vyplývá i rozdílné chápání zdravotních pojišťoven. Na jedné straně jsou chápány stejně jako klasické pojišťovny s diferenciovanými nabídkami služeb, připojištěním, bonusy a tak dále. ČSSD je v opozici a tvrdí, že zdravotní pojišťovny jsou specifické díky poskytovaným službám a nelze je chápat jako ostatní druhy pojišťoven. Odlišný názor mají obě koncepce také na přerozdělování a vybírání pojistného. ODS značně zvyšuje pravomoci pojišťoven, které si pojistné samy vybírají a nadále s ním disponují. Podle Kubinyiho se zvyšování pravomocí pojišťoven děje na úkor pacientů, proto navrhuje, aby pojistné vybíral stát a poté přerozděloval finanční prostředky jednotlivým pojišťovnám.

Při celkovém porovnání dvou nejkompletnějších a nejzdařilejších koncepcí, v tu dobu dvou rivalitních politických stran, můžeme vidět rozdílnost levicové a pravicové vlády. Právice se snaží vložit do zdravotního systému typické tržní prvky, oproti tomu levice preferuje větší míru přerozdělování a zásahy státu. V klíčových bodech, což je především větší spoluúčast pacienta na zdravotní péči, se tyto koncepce shodly. V následujících letech docházelo pravidelně ke změnám participace pacienta⁵³ až do dnešní podoby financování zdravotní péče.

⁵³ Viz kapitola Regulační poplatky

4. Aktuální vývoj financování zdravotního systému

4.1 Legislativa

V současnosti je v České republice v souvislosti se zdravotním systémem a zdravotní péčí vydáno několik desítek zákonů. Na tuto oblast se však také vztahuje Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod a další ústavní zákony.

Pro zdravotnictví je v Ústavě důležitý článek č. 1: „*Česká republika dodržuje závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva*“⁵⁴, to znamená také mezinárodní právo v oblasti zdravotní péče. Součástí Ústavy je také Listina základních práv a svobod, zde jsou důležité články č. 3,6,10 a 13. Obecně lze říci, že ve zmíněných člancích jsou zahrnuta základní práva a svobody bez diskriminace, právo na život a tak dále. Předmětem sporů se často stává článek č. 31: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“⁵⁵ Problém je především v interpretaci slovního spojení „bezplatná péče“. To neznámá, že by byla lékařská péče zdarma, ale je hrazena především z povinného zdravotního pojištění.

Soubor právních norem v oblasti práva je značně složitý, pro zjednodušení jsou normy členěny do třinácti kategorií. Ostatním normám nadřazená je již zmíněná první skupina, která se skládá z ústavních zákonů a mezinárodních smluv. V ostatních skupinách jsou již normy podřízené. Jednou z nich je oblast týkající se zdravotní péče a organizace zdravotnictví, sem můžeme zařadit i důležitý zákon č. 258/2000, což je pozdější znění zákona 20/1966 o péči o zdraví lidu. Mezi další oblasti řadíme především normy zdravotního pojištění, zdravotnických zařízení, lékové politiky, zdravotnických pracovníků ale také transplantace, lázně či interrupce a další, které je nutno pečlivě právně popsat a definovat.⁵⁶

⁵⁴ Předpis č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky

⁵⁵ Předpis č. 2/1993 Sb. usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky

⁵⁶ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, st. 165

4.2 Výdaje na financování péče o zdraví

Zdravotnictví je významnou politickou i ekonomickou oblastí České republiky. Tvoří také významnou část veřejných, ale i soukromých výdajů. Z aktuálně dostupných dat celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2014 tvořily 7,04 % hrubého domácího produktu, to znamená rekordní částku 299 923 mil. Kč.⁵⁷

Ve vyspělých západoevropských zemích ukazatel podílu výdajů zdravotnictví na HDP pravidelně přesahuje 10%, což částečně může ukazovat, že české zdravotnictví je méně finančně zabezpečené, je však důležité brát v potaz vyšší nákladovost zdravotní péče v těchto státech a vyšší cenovou hladinu.⁵⁸

Na financování zdravotnictví se nejvíce podílejí zdravotní pojišťovny, veřejné výdaje a domácnosti.

Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v mil. Kč)⁵⁹

Zdroje financování	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Průměr. roční tempo růstu od roku 2005 (v %)
Vládní výdaje	132 962	191 356	238 387	243 822	245 614	246 946	3,24
Veřejné rozpočty	17 170	21 263	24 487	20 966	19 579	22 440	0,68
Státní rozpočet	8 319	12 334	13 337	11 123	9 151	9 486	-3,23
Místní rozpočty	8 851	8 930	11 150	9 843	10 428	12 954	4,76
Zdravotní pojišťovny	115 792	170 093	213 900	222 856	226 035	224 506	3,53
Soukromý sektor	13 873	27 418	45 754	45 358	46 388	45 573	6,56
Soukromé pojištění	-	530	427	377	620	475	-1,36
Domácnosti	13 873	23 110	41 867	42 275	43 634	42 246	7,83
Neziskové organizace	-	3 172	2 559	1 798	1 263	1 851	-6,51
Korporace	-	606	901	908	871	1 001	6,47
Celkem	146 835	218 774	284 141	289 180	292 002	292 519	3,70

Tab. č. 2.; zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2013, citace 1. 4. 2016, dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k2.pdf/14054d21-8941-4d58-bfc9-dde2e3392a99?version=1.1>, vlastní zpracování

⁵⁷ UZIS, *Výdaje na zdravotnictví 2000 – 2014*, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

⁵⁸ UZIS, *Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání*, citace 30. 2. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vybrane-ukazatele-ekonomiky-zdravotnictvi-mezinarodnim-srovnani-7>

⁵⁹ Do kategorie zdravotních pojišťoven jsou zahrnuty platby ze státního rozpočtu za „státní pojištění“

Z tabulky č. 2 je patrný markantní rozdíl podílů soukromých a veřejných výdajů do českého zdravotního systému. V roce 2013 největší podíl na financování měly tradičně zdravotní pojišťovny, které se podílely 224 506 mil. Kč, poté domácnosti uhradily 42 246 mil. Kč a veřejné rozpočty s 22 440 mil. Kč. Tuto situaci zachycuje graf č. 3



Graf č. 3.; zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2013, citace 1. 4. 2016, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k2.pdf/14054d21-8941-4d58-bfc9-dde2e3392a99?version=1.1>, vlastní zpracování

Soukromé zdravotní pojištění se na celkových výdajích podílelo 0,2%, kooperace 0,4% a neziskové organizace 0,6%, tyto zdroje se tedy podílí pouze malým dílem.

4.2.1 Veřejné výdaje

Do veřejných výdajů můžeme zařadit veřejné rozpočty, což znamená státní rozpočet, místní rozpočty a zdravotní pojišťovny.

4.2.1.1 Státní rozpočet

Státní rozpočet lze obecně považovat za ucelený výraz pro finanční prostředky, o kterých rozhoduje stát.⁶⁰

Celkové příjmy státního rozpočtu v roce 2015 tvořily 1 234,52 mil. Kč. Největší část příjmů státního rozpočtu tvoří vybrané daně (spotřební daň, daň z přidané hodnoty, daň z příjmu fyzických osob, daň z příjmu právnických osob a další), které se na celkových příjmech podílejí více než polovinou. Další významnou částí příjmů je pojistné na sociální zabezpečení, které tvoří přibližně třetinu příjmů. Zbylou částí jsou nedaňové příjmy, kapitálové příjmy a transfery, zejména z rozpočtu Evropské unie.⁶¹

Celkové výdaje státního rozpočtu v roce 2015 tvořily 1 297,32 mil. Kč. Výdaje státního rozpočtu můžeme rozdělit na tři skupiny mandatorní výdaje, (které musí stát zajišťovat dle zákona nebo jiných právních předpisů), quasi-mandatorní výdaje (nejsou dány legislativou, ale i přesto jsou považovány za nezbytné, což jsou například platy organizačních složek státu, výdaje na obranu a tak dále) a nemandatorní výdaje (výši těchto výdajů může stát pružně upravovat, podle aktuálního hospodářského vývoje). Dlouhodobě se Česká republika potýká s problémem růstu podílu mandatorních výdajů na celkových výdajích státního rozpočtu.⁶² Do této kategorie můžeme zařadit také státní výdaje na zdravotní pojištění. Stát tedy platí zdravotní pojištění za „státní pojištěnce“. Osoby, které zahrnujeme do této skupiny „státních pojištěnců“ určuje § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, jedná se především oděti a osoby bez stálé měsíční mzdy. V současné době platí stát na jednoho státního pojištěnce 870 Kč měsíčně. Tyto výdaje se ve státním rozpočtu nacházejí v kapitole „všeobecné pokladní správy“⁶³

Další výdaje ze státního rozpočtu jsou poskytovány většinou skrze kapitolu ministerstva zdravotnictví.⁶⁴ Do těchto výdajů můžeme zařadit investice do materiálního vybavení nemocnic, do personální oblasti na zvýšení dohledu nad zdravotními pojišťovnami, do výzkumu a vývoje zdravotnictví a další.

⁶⁰ NAHODIL, F., Veřejné finance v České republice., st. 48

⁶¹ MFČR, *Státní rozpočet v kostce 2015*, citace 2. 4. 2016, dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/o-ministerstvu/vzdelavani/rozpocet-v-kostce/statni-rozpocet-v-kostce-2015-21174>

⁶² Mandatorní výdaje tvoří téměř 60% výdajů z výdajů celkových.

⁶³ MFČR, *Státní rozpočet v kostce 2015*, citace 2. 4. 2016, dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/o-ministerstvu/vzdelavani/rozpocet-v-kostce/statni-rozpocet-v-kostce-2015-21174>

⁶⁴ Tyto výdaje jsou zahrnuty v tabulce II. v kategorii státního rozpočtu

4.2.1.2 Místní rozpočty

Jednotlivé územní rozpočty se ve větší či menší míře také podílejí na financování zdravotnictví. Výdaje na zdravotnictví v územních rozpočtech řadíme mezi služby pro obyvatelstvo.⁶⁵ Samostatné územní jednotky se podílejí na financování zdravotnických zařízení, která zřizují, na financování zdravotnické záchranné služby, přispívají na provoz lékařských pohotovostí a řadu dalších výdajů související s provozem lékařských zařízení a služeb v dané územní jednotce.⁶⁶

4.2.1.3 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna je veřejnoprávní instituce, jejíž hlavní funkcí je provádět veřejné zdravotní pojištění. Činnost zdravotních pojišťoven se řídí zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Po transformaci se počet zdravotních pojišťoven neustále zvětšoval až do roku 1997, kdy v českém zdravotním systému figurovalo 24 zdravotních pojišťoven. Po změně legislativy se naopak počet pojišťoven začal rapidně snižovat. Poslední změna počtu zdravotních pojišťoven proběhla v roce 2012, kdy zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE byla spojena s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou. V současné době existuje 7 zdravotních pojišťoven.⁶⁷ Z toho více než polovina pojištěnců je u Všeobecné zdravotní pojišťovny, avšak jejich počet každoročně klesá.

⁶⁵ PROVAZNÍKOVÁ, R., *Financování měst, obcí a regionů*, st. 214

⁶⁶ Liberecký kraj, *Rozpočty Libereckého kraje*, citace 5. 4. 2016, dostupné z: <http://ekonomicky-odbor.kraj-lbc.cz/page4186>

⁶⁷ 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

209 Zaměstnanecská pojišťovna Škoda

211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

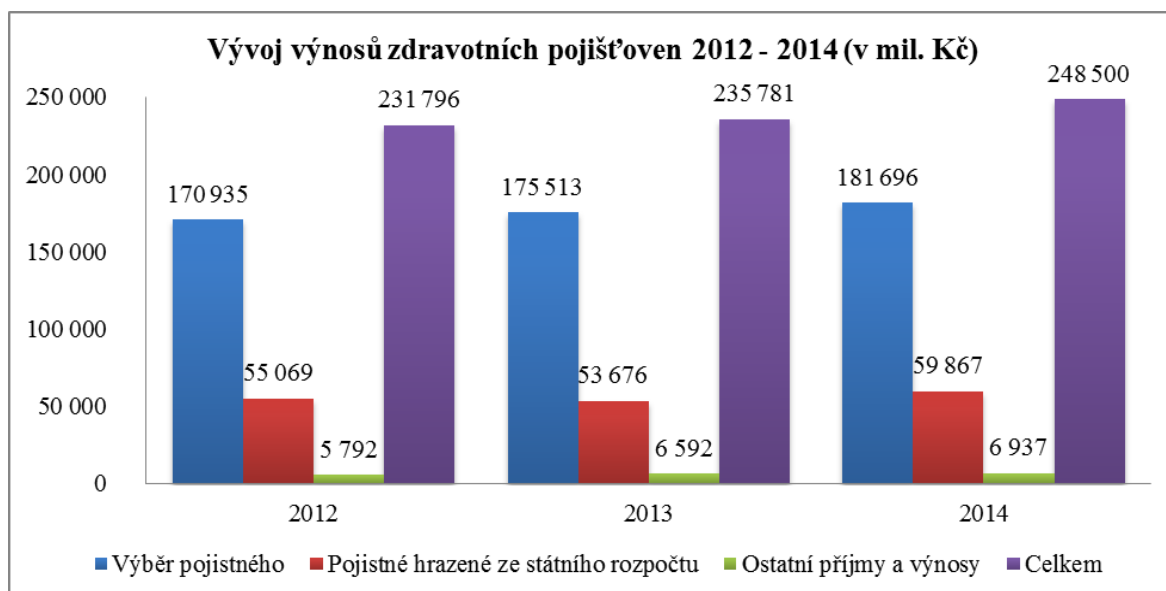
Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v letech 2008-2013

Roky	Průměrný počet pojištěnců	Z toho podíl VZP (v%)
2008	10 364 804	62,63
2009	10 375 884	60,92
2010	10 387 167	60,31
2011	10 394 131	60,38
2012	10 512 904	58,70
2013	10 405 527	58,48

Tab. č. 3.; zdroj: UZIS, Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče, citace 7. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-na-segmenty-zdravotni-pece-2009-2013>, vlastní zpracování

Výnosy zdravotních pojišťoven v roce 2013 tvořily 235 781 mil. Kč, dle aktuálních informací v roce 2014 příjmy byly 248 500 mil. Kč, vykazují tedy meziroční růst 5,4%. Výdaje zdravotních pojišťoven v roce 2013 byly 236 747 mil. Kč a v roce 2014 248 492 mil. Kč, meziroční růst se rovná 5%.

Příjmy zdravotních pojišťoven lze rozdělit na tři části, z povinného zdravotního pojištění, od státu a ostatní příjmy a výnosy.



Graf č. 4.; zdroj: ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven - náklady a čerpání fondů zdravotních pojišťoven, citováno 11. 4. 2016, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20561029/1900311503.pdf/ab1a2710-35eb-4cd7-8734-c511bd5a3d2b?version=1.1>, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Veřejné zdravotní pojištění je v České republice povinné, do systému je tedy zapojen každý občan, dle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní pojištění spočívá v povinných platbách občanů do fondu všeobecného zdravotního pojištění, který je oddělen od státního rozpočtu a spravován zdravotními pojišťovnami. Pojistné je definováno zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

a) Výběr pojistného

Výše pojistného u zaměstnanců činí 13,5 % z vyměřovacího základu, tedy hrubé mzdy za rozhodné období, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu. Minimální vyměřovací základ pro zaměstnance je aktuální minimální mzda, v roce 2016 byla stanovena na 9 900 Kč (minimální výše pojistného tedy činí 1 337 Kč).⁶⁸ Zaměstnavatel odvádí ze zaměstnancova platu jednu třetinu pojistného, to znamená 4,5%, i bez zaměstnancova souhlasu, zbylých 9% hradí zaměstnavatel ze svých finančních zdrojů.⁶⁹

U osob samostatně výdělečně činných (dále OSVČ) činí výše pojistného také 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovacím základem u OSVČ je 50 % jejich příjmu ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů na dosažení, zajištění a udržení příjmů ze samostatné výdělečné činnosti. Minimální roční vyměřovací základ se odvíjí od průměrné mzdy, je definován jako dvanáctinásobek poloviny průměrné mzdy, která v roce 2016 činí 27 006 Kč. Minimální měsíční vyměřovací základ je tedy stanoven na 13 503 Kč a záloha na 1 823 Kč. Zálohy musí odvádět každá OSVČ, která má danou samostatnou výdělečnou činnost jako hlavní zdroj příjmů⁷⁰. Na základě přehledu o příjmech a výdajích, které je OSVČ povinna do konce dubna následujícího roku předložit zdravotní pojišťovně, je určena výše pojistného, od které budou odečteny již zaplacené zálohy na daný rok. Pokud se jedná o vedlejší výdělečnou činnost OSVČ, nemusí odvádět měsíční zálohy.⁷¹

Osoba bez zdanitelných příjmů je povinna odvádět 13,5% z minimálního vyměřovacího základu, kterým je aktuální minimální mzda.

⁶⁸ Mezi lety 2008 a 2013 byl stanoven také maximální vyměřovací základ, v současné době jsou zrušena ustanovení týkající se maximálního vyměřovacího základu pro všechny plátce.

⁶⁹ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁷⁰ Minimální zálohy odvádí více než 50% OSVČ.

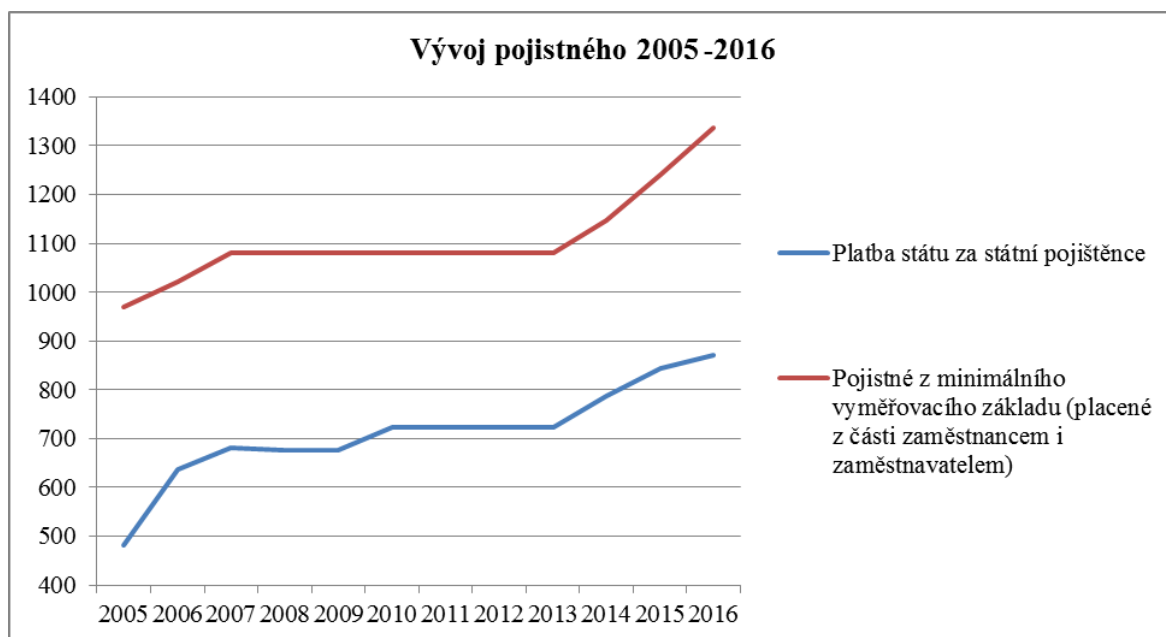
⁷¹ VZP, Povinnosti plátců – osoba samostatně výdělečně činná, citováno: 8. 4. 2016, dostupné z:

<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/2-5-osoba-samostatne-vydelece-cinna-osvc>

a) Pojistné hrazené ze státního rozpočtu

Stát již výše definované skupině lidí bez zdanitelného příjmu hradí zdravotní pojištění transfery ze státního rozpočtu. Tuto skupinu v současné době tvoří více než 6 milionů pojištěnců a vzhledem k demografické struktuře České republiky jejich počet neustále poroste.

V roce 2016 se u této skupiny ustanovil vyměřovací základ na 6 444 Kč, čili platba na zdravotní pojištění bude činit 870 Kč, což znamená nárůst o 3% oproti roku 2015 a tím zvýšení výdajů státního rozpočtu o 1,8 mld. Kč.⁷²



Graf č. 5.; zdroj: MPSV, Přehled a vývoj částek minimální mzdy, citováno 8. 4. 2016, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/871>, vlastní zpracování, vlastní výpočty

Z grafu č. 5, na kterém jsou znázorněny platby státu za státní pojištěnce a pojistné vypočítané z minimální mzdy, je znázorněn podobný vývoj těchto křivek. Platba za státní pojištěnce vzrostla o 389 Kč a platba z minimálního vyměřovacího základu o 367 Kč. Vláda se tedy při určování pojistného ze státního rozpočtu do jisté míry řídí vývojem minimální mzdy. Od roku 2007 do roku 2013 proběhla pouze jedna valorizace zvýšení platby státu, od roku 2010 byla pravidelná valorizace pozastavena, to však ještě více zvýšilo deficit této skupiny mezi příjmy a výdaji.

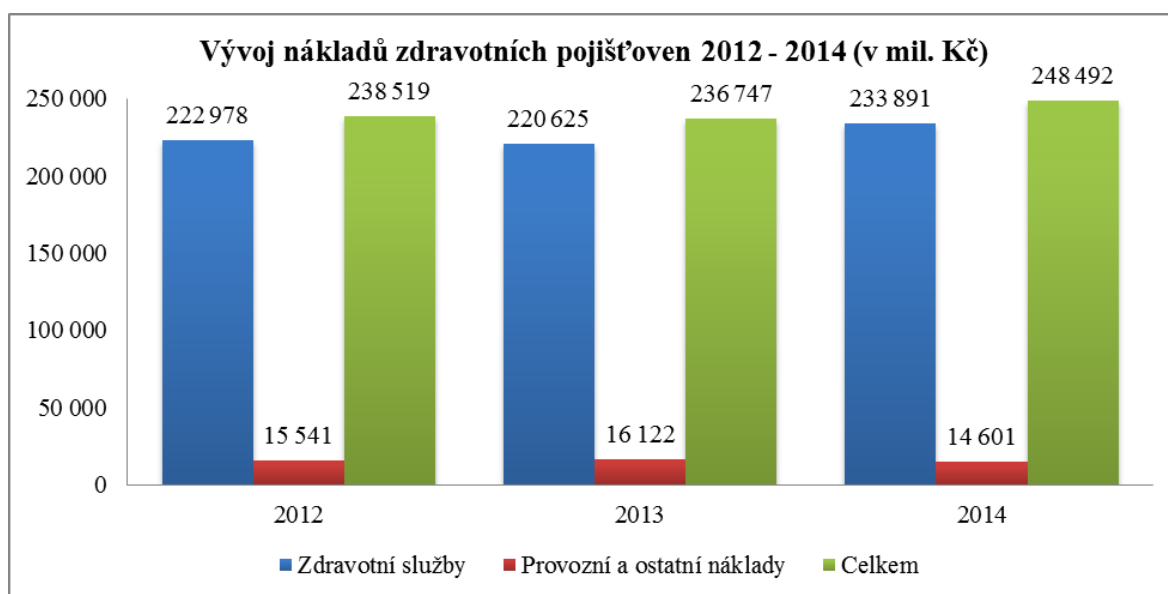
⁷² MZČR, *Platby za státní pojištěnce se zvýší*, citováno 8. 4. 2016, dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/platby-za-statni-pojistence-se-zvysi-_10390_1.html

V současnosti Ministerstvo zdravotnictví navrhuje zavést systém automatické valorizace, čímž by se zvýšily platby státu, neboť státních pojištěnců je přes 60% a do fondu veřejného zdravotního pojištění přispívají zhruba jednou třetinou.

b) Ostatní příjmy a výnosy pojišťoven

Ostatní příjmy zdravotní pojišťovny jsou marginální a tvoří pouze okolo 2 % z celkového příjmu zdravotních pojišťoven. Mezi tyto příjmy můžeme zařadit pokuty, penále, úroky z prodlení, výnosy od zahraničních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči za cizí pojištěnce, výnosové úroky, tržby z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku a další.⁷³

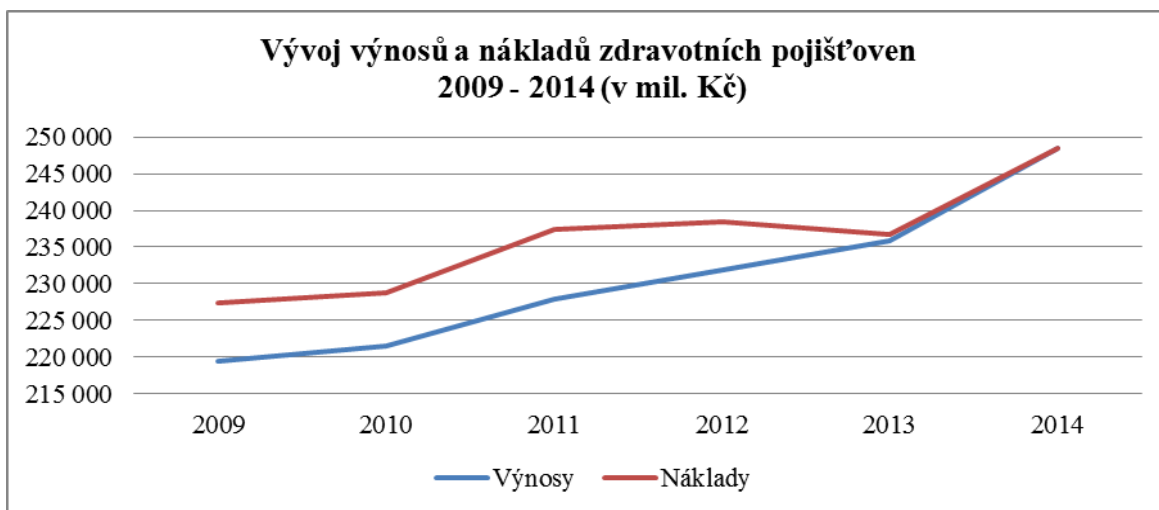
Naprostá většina **nákladů** zdravotních pojišťoven putuje na financování zdravotní péče, malá část na provozní náklady zdravotních pojišťoven.



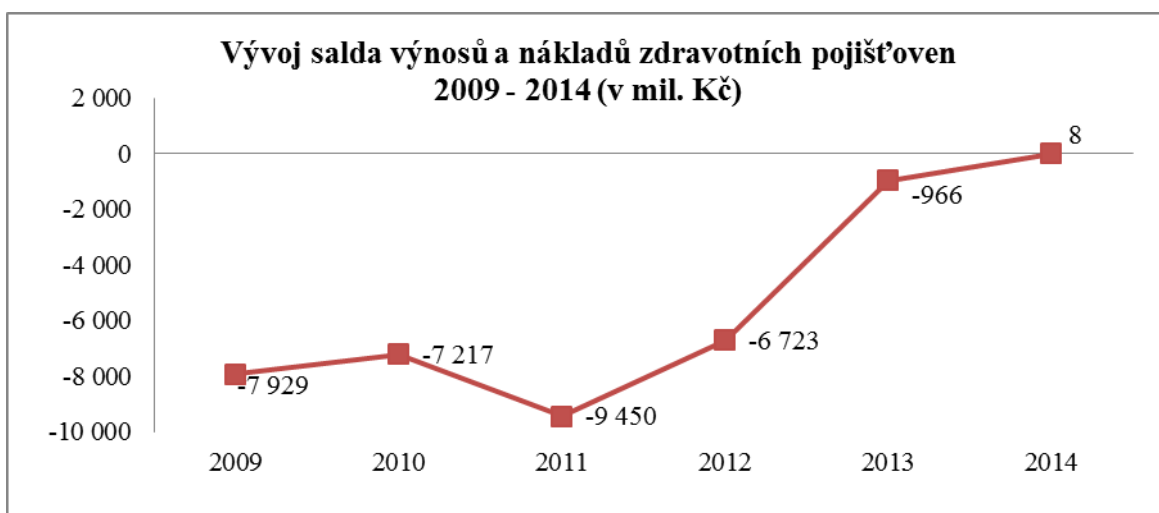
Graf č. 6.; zdroj: ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven, citováno 15. 4. 2016, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20561029/1900311503.pdf/ab1a2710-35eb-4cd7-8734-c511bd5a3d2b?version=1.1>, vlastní výpočty, vlastní zpracování

V roce 2014 pouze 5,9% z celkových nákladů putovalo na provoz zdravotních pojišťoven, což je o 1% méně než předchozí rok. Do těchto nákladů se řadí náklady za zdravotní péči o cizince, daně, poplatky, osobní a mzdové náklady, preventivní programy, služby a další.

⁷³ O pojištění, *Shrnutí loňských příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven*, citováno: 10. 4. 2016, dostupné z: <http://www.opojisteni.cz/ekonomika/vysledky-pojistoven/shruti-lonskych-prijmu-a-vydaju-zdravotnich-pojistoven/>



Graf č. 7.; zdroj: ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven, citováno 15. 4. 2016, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20561029/1900311503.pdf/ab1a2710-35eb-4cd7-8734-c511bd5a3d2b?version=1.1>, vlastní výpočty, vlastní zpracování



Graf č. 8.; zdroj: ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven, citováno 18. 4. 2016, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20561029/1900311503.pdf/ab1a2710-35eb-4cd7-8734-c511bd5a3d2b?version=1.1>, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Od roku 2013 můžeme zdravotní systém hodnotit jako stabilní. V roce 2011 deficit zdravotních pojišťoven tvořil téměř 10 mld. Kč. Tento deficit je financován z rezervních fondů zdravotních pojišťoven. V roce 2015 začala VZP po více než 5 letech naplňovat a postupně tak snižuje dluh na tomto rezervním fondu.⁷⁴

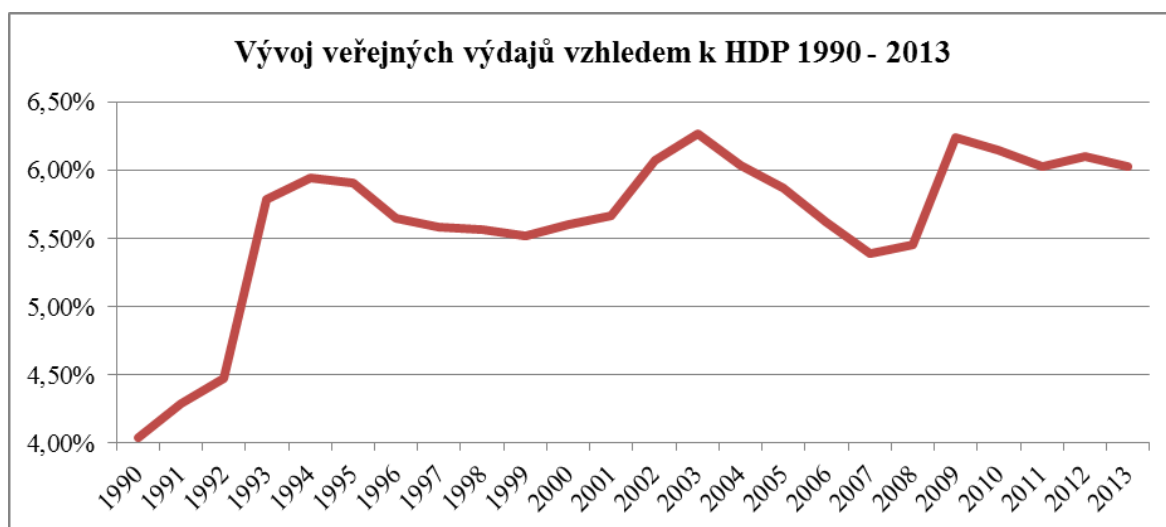
Deficit se podařilo zredukovat zefektivněním zdravotních pojišťoven, přičemž nejdůležitější byla VZP s největším podílem pojištěnců. Pokud porovnáme graf č. 5, který

⁷⁴ VZP, Šéf VZP: Po letech pojišťovna naplňuje rezervní fond, citováno 13. 4. 2016, dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/sef-vzp-po-letech-pojistovna-naplňuje-rezervni-fond>

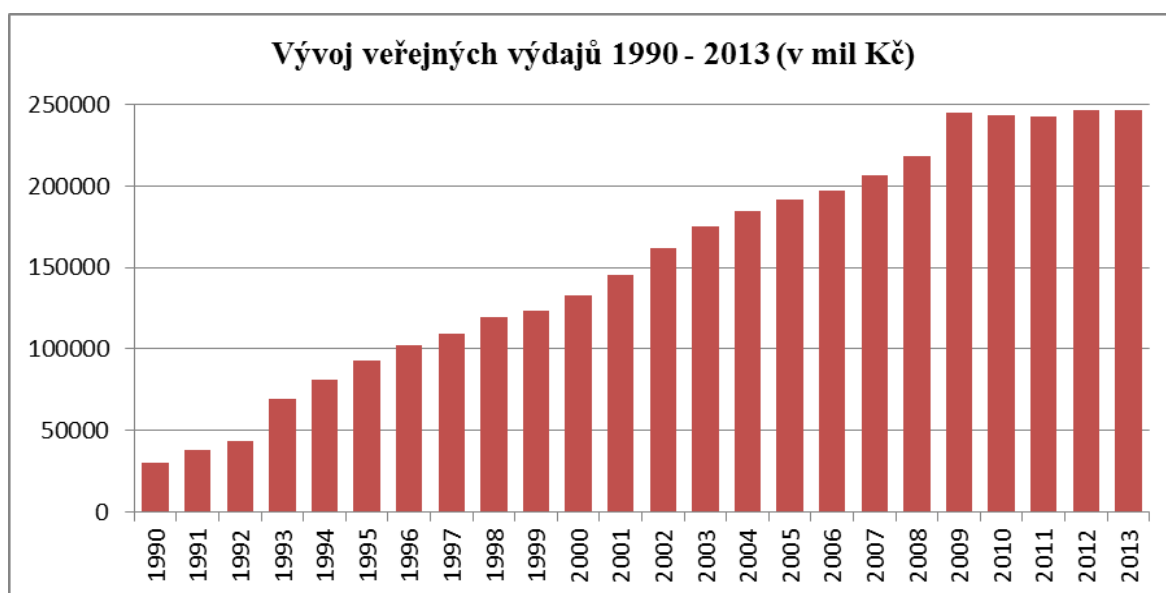
znázorňuje výši plateb za státní pojištěnce, s výše uvedeným grafem č. 8, je zde vidět souvislost mezi klesajícím deficitem a růstem transferových plateb za státní pojištěnce.

Stabilita mezi výnosy a náklady je ovšem v tomto systému velice křehká a je nezbytné nadále klást důraz na efektivitu zdravotních pojišťoven a adekvátní valorizaci státních plateb.

4.2.1.4. Analýza vývoje veřejných výdajů



Graf č. 9.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 10. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování



Graf č. 10.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 10. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování

Při pohledu na grafy vývoje veřejných výdajů je patrné, že výrazný nárůst výdajů nastal mezi lety 1990 a 1993, kdy se výdaje zvýšili ze 4% na 6% vzhledem k HDP. Za tímto růstem stojí jednak zavedení všeobecného zdravotního pojištění, platby za výkon a zvyšování platů zdravotních pracovníků, ale také neregulovaný nárůst zdravotnických zařízení, neregulovaná léková politika a živelných nákup moderních přístrojů. Veřejné výdaje na zdravotnictví v těchto letech nekontrolovatelně rostly. Proto v následujícím, období od 1992 do 1998 (za vlády Václava Klause), přišly na řadu regulace a novelizace zákonů.⁷⁵ Regulace, které tato pravicová vláda aplikovala, lze považovat za úspěšné, neboť zvýšili efektivnost a podařilo se zastavit masivní růst veřejných výdajů. Vzhledem k HDP veřejné výdaje mezi lety 1995 až 1999 dokonce klesaly, ale je však třeba vzít v úvahu rostoucí HDP. HDP v těchto letech stoupl o více než dvojnásobek, což ovlivňuje údaje k němu vztažené. V absolutní hodnotě se veřejné výdaje zvýšily z 93,3 miliard Kč na 123,5 miliard Kč, což představuje nárůst 32%.

Na přelomu tisíciletí se k moci dostala levicová vláda, která přijala koncepci Ivana Davida. Je patrný nárůst výdajů s vrcholem v roce 2003, který zároveň představuje maximum podílu vzhledem k HDP ve sledovaném období. Tento nárůst byl dán štedrou politikou levicových vlád (například zřizování nových lékařských zařízení a růst mezd).

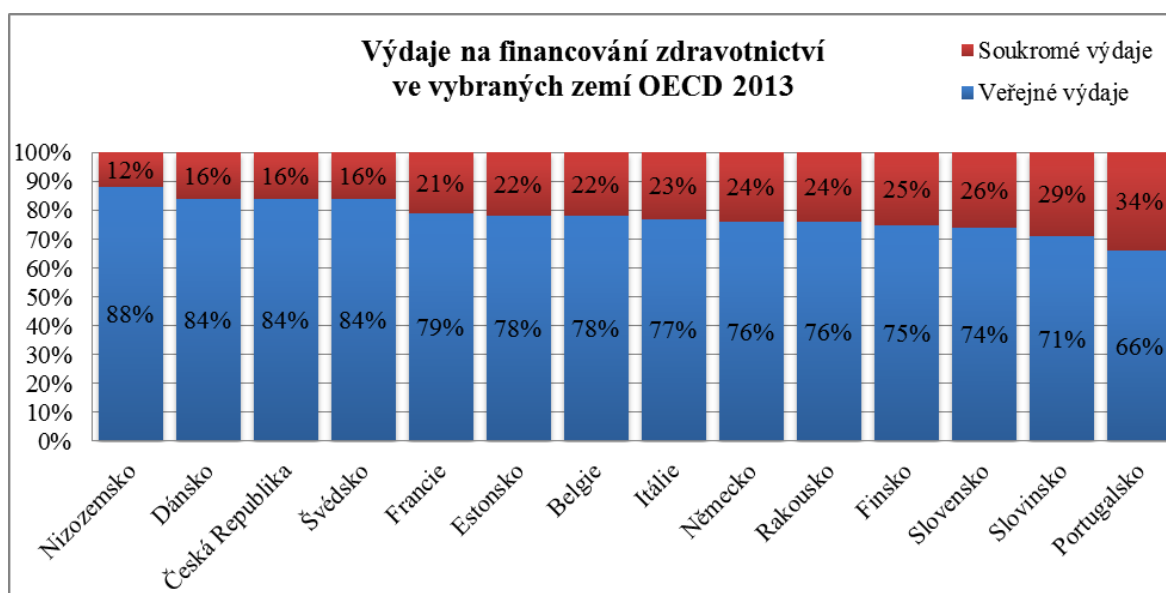
⁷⁵ Viz kapitola Následné fáze reformy zdravotnictví

Na grafu č. 9 je patrný výrazný pokles veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 2003 až 2007, a to téměř o 0,9%. Tento pokles je dán výrazným růstem HDP, to znamená, že HDP v těchto letech vzrostlo o 37% , což představuje 958 miliard Kč. Veřejné výdaje vrostly pouze o 31 miliard, tedy o 17, 6%. V této době docházelo k přehřívání ekonomiky, které bylo následováno krizí v roce 2008. V krizovém období veřejné výdaje vzrostly v absolutní hodnotě i vzhledem k HDP. Zdravotnictví dokázalo udržet stále rostoucí veřejné výdaje i během krize. Od roku 2009 do konce sledovaného období, se veřejné výdaje drží na konstantní úrovni mezi 243 až 246 miliard Kč, vzhledem tedy k mírně rostoucímu HDP. Poměr veřejných výdajů vzhledem k HDP poklesl o 0,34%. Po roce 2013 lze očekávat růst veřejných výdajů, vzhledem ke zvyšování plateb za státní pojištění.

4.2.2 Soukromé výdaje

Nejvýznamnější soukromé výdaje, které putují do českého zdravotního systému, jsou přímé platby od pacientů. Další finance poskytují neziskové zdravotní organizace a kooperace. V menší míře se v České republice také vyskytuje soukromé zdravotní pojištění. Z grafu č. 3 je patrné, že soukromé výdaje v roce 2013 tvořily okolo 16% z celkových výdajů.

Téměř ve všech zemích Evropské unie veřejné výdaje na zdravotní pojištění nestačí, a proto je ve financování zdravotní péče nezbytná také spoluúčast pacientů. V Evropské unii se nejčastěji vyskytují doplatky za zdravotní péči či prostředky, regulační poplatky nebo platby za pojišťovnou nehrazenou zdravotní péči a také nadstandartní péči.



Graf č. 11.; OECD, Health Statistics 2015, citováno 13. 4. 2016, dostupné z:
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Z předcházejícího grafu můžeme vidět, že Česká republika patří ke státům, kde jsou soukromé výdaje nižší v porovnání s dalšími vybranými státy nacházející se v západní Evropě.

4.2.2.1 Domácnosti

Domácnosti se na financování podílejí především prostřednictvím přímých plateb. Můžeme rozlišit přímé platby za výkony (především ve stomatologii, estetické chirurgii a další veřejným pojištěním nehrzené zákroky) a za zdravotní prostředky (doplátky za léky, zdravotní pomůcky a další). Do přímých plateb řadíme také regulační poplatky, se kterými se české zdravotnictví setkalo poprvé v roce 2008.

Již od začátku byly regulační poplatky kontroverzní. Přesto regulační poplatky byly v roce 2008 zavedeny novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, za výrazné podpory aktuálního ministra zdravotnictví Tomáše Julínka. Ani Česká lékařská komora se k regulačním poplatkům nestavěla příliš kladně, především díky nedostatečné legislativě, a tím pramenící možnosti chybné interpretace a zvýšení lékařovy administrativy.⁷⁶

V roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky ve výši 30, 60 a 90 Kč.

⁷⁶ČLK, Regulační poplatky v ordinacích, citováno: 20. 4. 2016, dostupné z: <http://www.elk.cz/oldweb/poradna/Poplatky/poplatky.html>

Regulační poplatky ve výši 30 Kč byli pacienti povinni uhradit za:

- návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, gynekologa, praktického lékaře pro děti a dorost a stomatologa
- návštěvu u logopeda, psychologa, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní péči
- vydání léčivého přípravku, který byl lékařem předepsán a je plně nebo částečně hrazen ze zdravotního pojištění

Regulační poplatky ve výši 60 Kč byli pacienti povinni uhradit za:

- každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče,⁷⁷ komplexní lázeňská péče, nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách

Regulační poplatky ve výši 90 Kč byli pacienti povinni uhradit za:

- pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci
- ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17: 00 hod. do 7: 00 hod (pokud nedojde k následnému přijetí pacienta do ústavní péče)⁷⁸

V rámci regulačních poplatků byl také zaveden ochranný limit, který udával maximální možnou částku, kterou pacient zaplatil ročně na zdravotní péči skrze některé regulační poplatky.⁷⁹ Pokud pacient tuto sumu překročil, zdravotní pojišťovna pacientovi tyto finanční výdaje vracela. V roce 2008 byl tento limit stanoven na 5 000 Kč a zároveň byly vymezeny skupiny pacientů, které měly být od poplatků osvobozeny (pacienti v hmotné nouzi, určitý stupeň zdravotního postižení a další)⁸⁰.

V následujících letech byly regulační poplatky několikrát měněny. K první změně došlo v polovině téhož roku, kdy byl zrušen poplatek za pobyt v porodnickém zařízení pro novorozence, dále byli od placení osvobozeni dárci orgánů a lidé, kterým je léčba soudně

⁷⁷ Dle zákona č. 48/1997, ze dne 1. 1. 2008, se ústavní péčí rozumí péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních může být poskytována vedle ústavní péče i péče ambulantní.

⁷⁸ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ze dne 1. 1. 2008

⁷⁹ Do limitu se započítává regulační poplatek ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře, poplatek 30 Kč za položku na receptu doplatek za léčivé přípravky částečně hrazené pojišťovnou, ale pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání.

⁸⁰ Zdraví Euro, *Limit 5000 korun? Většinu pacientů nechrání*, 27. 3. 2008, citováno: 3. 5. 2016, dostupné z:

<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/limit-5000-korun-vetsinu-pacientu-nechrani-351638?category=z-domova>

nařízena. 1. 4. 2009 vešla v platnost novela č. 59/2009 Sb., že regulační poplatky ve výši 30 Kč nebudou platit pacienti do 18 let věku. Tato změna se týkala klinického vyšetření u lékaře (nezahrnovalo logopeda a psychologa). Ochranný limit u pacientů do 18 let a seniorů nad 65 let byl snížen na polovinu a byl také zrušen poplatek za předpis u levných léčiv (do 30 Kč). Důležitá a velmi diskutovaná změna nastala 1. 12. 2011, kdy byl zvýšen poplatek za pobyt v lékařském zařízení z 60 Kč na 100 Kč. V té době byl ministrem zdravotnictví Leoš Heger.⁸¹ Zvýšení poplatků za pobyt v nemocnici bylo součástí Hegerovy reformy zdravotnictví, která se soustředila především na vyšší příjmy ze soukromých rozpočtů do zdravotní sféry a změnu jejich přerozdělování. Ministerstvo zdravotnictví plánovalo, že zvýší další regulační poplatky. Ovšem v roce 2013, za nové vlády Jiřího Rusnoka, ústavní soud na návrh strany ČSSD zrušil zvýšení regulačních poplatků na 100 Kč. Toto rozhodnutí nebylo aplikováno s okamžitou platností, stalo se tak až v září 2014, kdy vláda schválila návrh o zrušení poplatků v nemocnici.⁸²

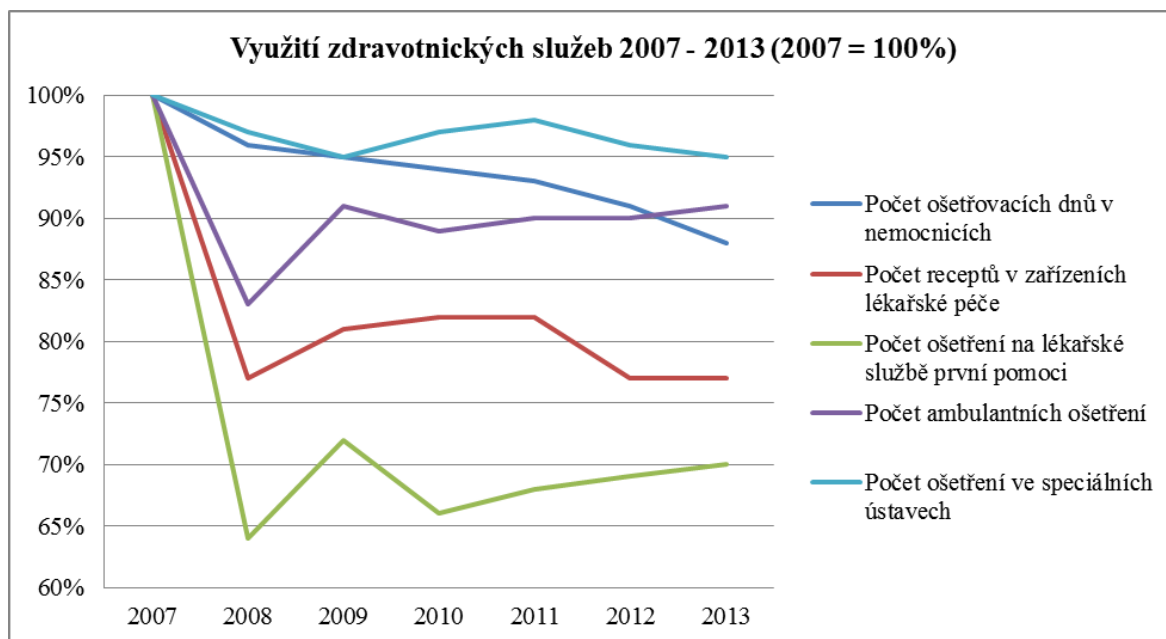
Od ledna 2015 platí aktuální forma regulačních poplatků, kdy pacienti hradí jen devadesáti korunové poplatky za pohotovostní lékařskou službu poskytnutou zdravotnickým zařízením první pomoci (včetně zubních lékařů), či ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo o svátcích (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 hodin do 7:00 hodin.⁸³ Byly tedy zrušeny veškeré třicetikorunové poplatky.

Regulační poplatky měly vedle přísunu financí ze soukromého sektoru také snížit počet zbytečných návštěv pacientů v ordinacích a zkrácení doby hospitalizace.

⁸¹ V době kdy byl na postu ministra zdravotnictví, se musel potýkat s protestní akcí lékařů „Děkujeme, odcházíme“, která byla reakcí na nedostatek financí ve zdravotnictví. Tato akce skončila dohodou obou stran.

⁸² Zdraví Euro, *Poplatky ve zdravotnictví platí od ledna 2008*, 29. 9. 2014, citováno 20. 4. 2016, dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/poplatky-se-ve-zdravotnictvi-plati-od-ledna-2008-476846?category=z-domova>

⁸³ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů



Graf č. 12.; UZIS, Spotřeba zdravotnických služeb Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2013, citováno 15. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financi-analyzy/spotreba-zdravotnickych-sluzeb>

Z grafu č. 10 vyplývá, že regulační poplatky měly na využití zdravotnických služeb jistý vliv. V žádném z uvedených případů počet nestoupal. Nejmarkantnější pokles nastal u pohotovostní služby poskytující lékařskou službu první pomoci. Zavedení regulačního poplatku ve výši 90 Kč způsobil pokles o více než 35% mezi roky 2007 a 2008. Regulační poplatky se také podílejí na poklesu počtu vydaných receptů na léčiva a v prvních letech i na počtu specializovaných ambulantních ošetření. Naopak pokud se zaměříme na křivku počtu ošetrovacích dnů v nemocnici, není výrazně klesající. Mírný pokles mezi lety 2007 až 2013 spíše kopíruje dlouhotrvající klesající trend související s rušením zdravotnických zařízení a s tím související snižování lůžkového fondu a zkracování doby ošetřování. Regulační poplatky můžeme tedy považovat v tomto případě pouze za jeden z faktorů poklesu počtu ošetrovacích dnů.

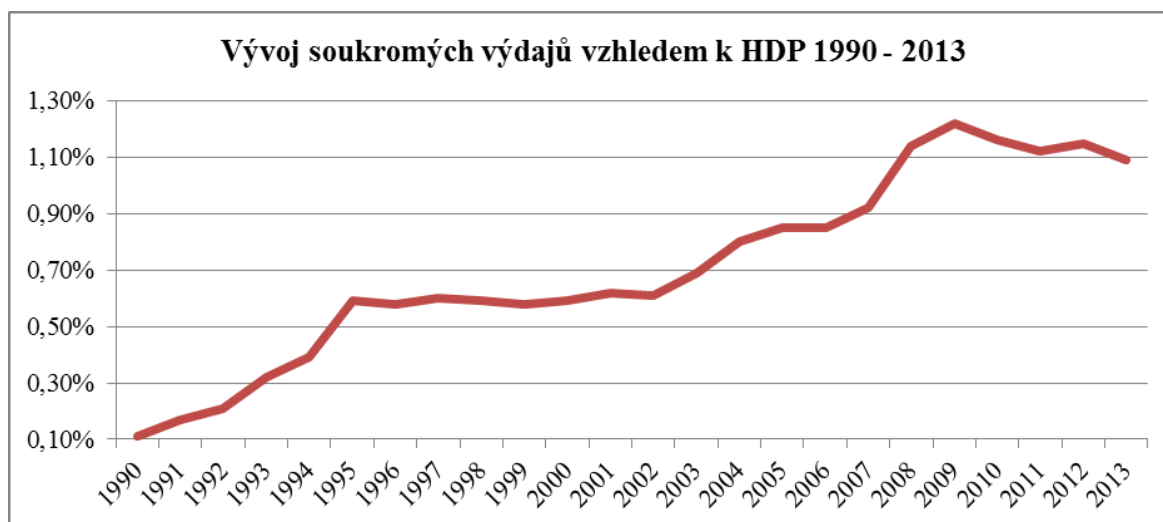
4.2.2.2 Soukromé pojištění

Jak již bylo zmíněno, na financování zdravotní péče přispívají také malou částí komerční pojišťovny s komerčními produkty. Pojištění na českém trhu je celá řada. Nejvýznamnější podíl má zdravotní pojištění cizinců. Cizinci musí dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR mít mimo jiné sjednáno zdravotní pojištění. Ti cizinci, kteří nemohou

být do všeobecného pojištění zahrnuti, musí uzavřít komerční zdravotní pojištění (jedná se tedy o období veřejného zdravotního pojištění).⁸⁴

Čeští obyvatelé mohou využít například pojištění nadstandardních léčebných výloh, které již nejsou součástí veřejného zdravotního pojištění, či pojištění stomatologických výkonů, které veřejné pojištění nefinancuje.

4.2.2.2 Analýza vývoje soukromých výdajů



Graf č. 13.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 10. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování

⁸⁴ ZPMVR, Zdravotní pojištění cizinců Welcome, citováno 24. 4. 2016, dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/zdravotni-pojisteni-cizincu-welcome/>



Graf č. 14.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 10. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování

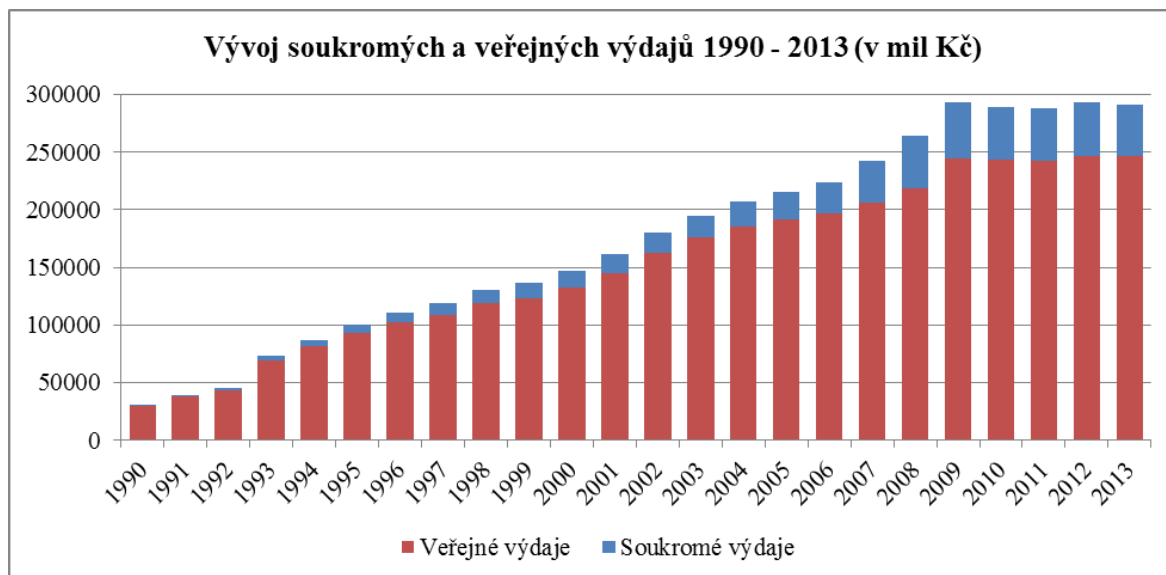
Při pohledu na grafy vývoje soukromých výdajů je patrná rostoucí tendence. Soukromé výdaje do zdravotního sektoru byly pro Českou republiku na počátku devadesátých let nové, a proto se pohybovaly na velmi nízké úrovni. V roce 1990 soukromé výdaje tvořily podle odhadů Ústavu zdravotnických informací a statistiky pouze 1,2 miliard Kč korun. V grafu, který se vztahuje k HDP, je v roce 1995 patrný mírný nárůst, který je však daný spíše poklesem HDP. Do roku 2006 je trend absolutních hodnot soukromých výdajů téměř lineárně rostoucí. Vzrostly na 0,85% vzhledem k HDP, což znamená 26,5 miliard Kč. Tento růst především zapříčinily rostoucí výdaje na lékovou politiku, rozvíjející se soukromé kliniky, cestovní pojištění a podobně.

Skokový nárůst soukromých výdajů nastal za pravicové vlády Miroslava Topolánka, která byla u moci v letech 2007 až 2009. V roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky, konkrétně za návštěvu lékaře, pobyt v nemocnici, návštěvu pohotovosti a položku na receptu. První rok fungování regulačních poplatků přinesl zvýšení soukromých výdajů o 0,22% vzhledem k HDP, což představuje zvýšení více než 10 miliard Kč. Tyto výdaje se tedy zvýšily na 45,8 miliard Kč. V roce 2009 se tato částka zvýšila o další 4% na 47,9 miliard Kč.

Po roce 2009 začínají však soukromé výdaje klesat, což lze vidět především na grafu vztahující se k HDP. Příčinou poklesu je postupné rušení regulačních poplatků. Rušení poplatků prosadily levicové strany. Do roku 2015 byly zrušeny všechny poplatky, kromě

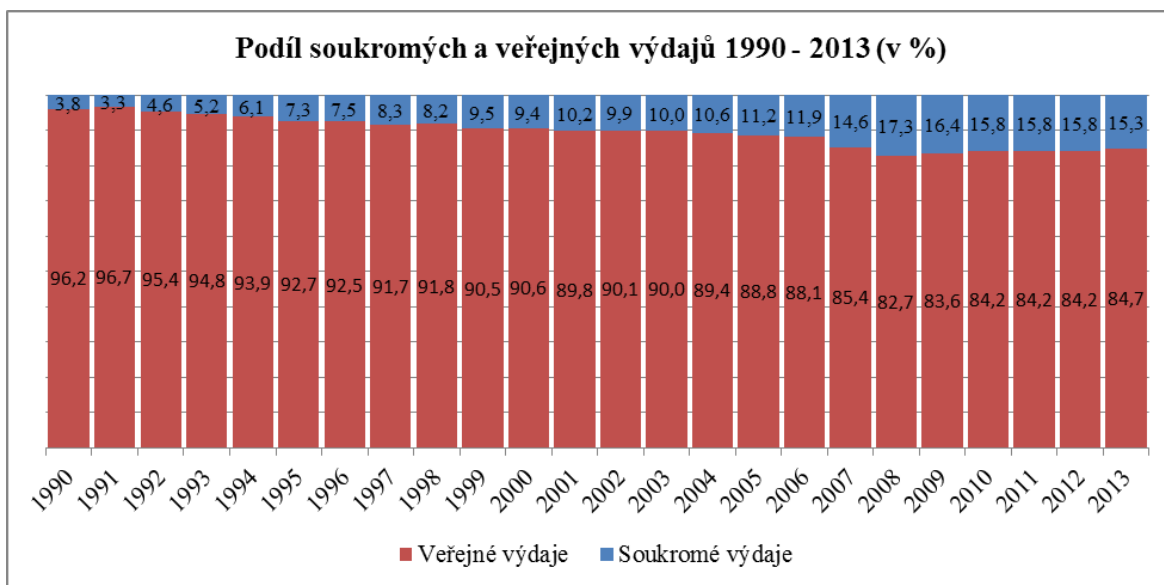
devadesátikorunového poplatku za návštěvu pohotovosti. Lze tedy předpokládat, že soukromé výdaje budou nadále klesat.

4.2.3 Analýza vývoje celkových výdajů



Graf č. 15.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 11. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování

Soukromé i veřejné výdaje v absolutních hodnotách od roku 1990 do roku 2009 rostou. Do roku 2009 veřejné finance každoročně průměrně rostly o 11,6% a soukromé výdaje o 21,4%. To znamená, že soukromé výdaje rostly dvakrát rychleji než veřejné. Za zlomový rok lze považovat rok 2009, který zastavil růst jak veřejných tak i soukromých výdajů. Mezi příčiny patří především rušení regulačních poplatků a působení krize z roku 2008. Od roku 2009 do roku 2013 celkové výdaje klesly o 1,7 miliard Kč. To představuje pokles o 0,6%. Celkové výdaje v roce 2013 činily 290,9 miliard Kč, z toho 44,4 miliard Kč soukromé a 246,5 miliard Kč veřejné výdaje.

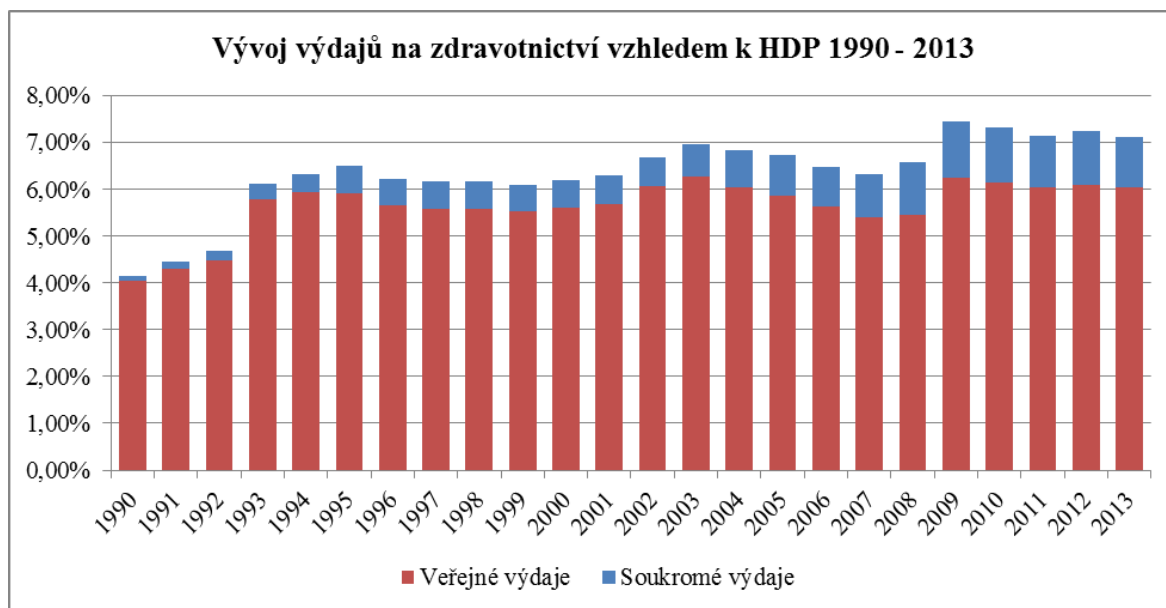


Graf č. 16.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 11. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Při pohledu na graf podílu soukromých a veřejných výdajů je patrné, že veřejné výdaje ve zdravotnictví výrazně převládají. Poměr soukromých výdajů měl do roku 2008 stoupající tendenci. Participace pacienta na lékařské péči se během těchto let každoročně zvyšovala průměrně o 0, 7%. Odklon od rostoucí tendence můžeme vidět v roce 1991, kdy veřejné výdaje od roku 1990 vzrostly o 27 %, zatímco soukromé jen o 8%. Toto rozdílné tempo růstu se projevilo, tím že podíl soukromých výdajů klesl o 0, 6% . V letech 1997, 1999 a 2001 poměr soukromých výdajů také meziročně klesl. Jednalo se ovšem pouze o velice nepatrné poklesy okolo 0, 1%.

V roce 2008 byl podíl soukromých výdajů nejvyšší, konkrétně 17, 3%. Tento nárůst byl dán rychlejším růstem soukromých výdajů než veřejných, který byl výrazně ovlivněn zavedením regulačních poplatků.

Zvýšení vládních výdajů v roce 2009 a postupné rušení a snižování regulačních poplatků, zapříčinilo, že poměr soukromých výdajů začal opět klesat. Od roku 2008 až do roku 2013 se snížil o 2 %. Po zrušení většiny poplatků, což odborná veřejnost příliš nepodporovala, stát kompenzoval ztrátu těchto příjmů zvýšením příspěvku za státní pojištění. Lze tedy očekávat růst veřejných výdajů a pokles soukromých výdajů. Poměr soukromých výdajů v rámci celkových výdajů by mohl mít nadále klesající tendenci.



Graf č. 17.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 11. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování

Celkové výdaje na zdravotnictví vztažené k HDP nejsou výrazně rostoucí na rozdíl od celkových výdajů uváděných v absolutní hodnotě. Výraznější nárůst výdajů je patrný v roce 1993, kdy se celkové výdaje zvýšily o 1, 4% vzhledem k HDP. Tento nárůst je převážně způsobený růstem veřejných výdajů o 25,7 miliard Kč, což znamená meziroční nárůst o 59,6%.

Z grafu lze vidět, že veřejné výdaje od roku 1994 až do roku 2013 oscilují okolo 6% vzhledem k HDP, je možné tedy konstatovat, že veřejné výdaje rostou podobnou rychlostí jako HDP.

Soukromé výdaje mají dlouhodobě mírně rostoucí tendenci v období mezi lety 1990 a 2008. Tyto výdaje vzrostly z 0, 1% na 1, 2% vzhledem k HDP. Od roku 2009 až do konce sledovaného období se růst zastavil a poměr soukromých výdajů vzhledem k HDP se nepatrně snížil o 0, 05%.

5. Oblasti zdravotní péče

Zdravotní péče se dělí na ambulantní a lůžkovou. Existují však ještě další druhy zdravotní péče a služeb zdravotnických zařízení. Jsou to záchranná a pohotovostní služba, lázeňská péče a další. Do oblasti zdravotní péče lze zařadit také lékovou politiku.



Graf č. 18.; UZIS, Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče, citace 7. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-na-segmenty-zdravotni-pece-2009-2013>

V předchozím grafu jsou zobrazeny náklady zdravotních pojišťoven za zdravotní péči v roce 2013, které přesahují 230 mld. Kč. Přes polovinu výdajů zdravotních pojišťoven putuje do nemocnic a jiných zdravotnických zařízení. (Největší podíl na financování nemocnic mají právě zdravotní pojišťovny). Mezi další, nejnákladnější položky, můžeme zařadit léky na recept a ambulantní zdravotní péči.

Způsob financování se značně liší nejenom v jednotlivých druzích zdravotní péče, ale také v rámci jednoho druhu. Financování zdravotnictví je velmi rozmanité a každá oblast je specifická.⁸⁵

⁸⁵ Jedná se tedy o způsoby financování státních zdravotnických zařízení, nikoli soukromých.

5.1 Ambulantní zdravotní péče

Ambulantní zdravotní péčí rozumíme takovou péčí, při které není potřeba hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko.

V České republice je průměrně každý občan ambulantně ošetřen zhruba třináctkrát ročně. To tedy znamená, že v roce 2013 bylo pacientům poskytnuto 136 358 102 ošetření či vyšetření, což je nárůst o zhruba 600 000 oproti předchozímu roku.⁸⁶

5.1.1 Ambulantní specialisté

Ambulantní péče je taková péče, která je poskytnuta odborným lékařem. Mezi ambulantní péčí patří řada specializovaných oborů (například chirurgie, onkologie, neurologie, ortopedie a mnoho dalších). Financování ambulantních specialistů je často předmětem sporu lékařů a zdravotních pojišťoven.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo již vyhlášku č. 326/2014 Sb.,⁸⁷ ve které jsou bodově ohodnoceny jednotlivé výkony. Korunová hodnota jednoho bodu je určena v dohodovacím řízení. Dohodovací řízení svolává Ministerstvo zdravotnictví a účastní se ho zmocnění zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb. Určení hodnoty je tedy důležitým faktorem pro financování ambulantních specialistů a v menší míře i praktických lékařů.⁸⁸

Zdravotní pojišťovny sledují počet zdravotních výkonů, spotřeby léků nebo zdravotnických prostředků. V případě překročení limitu, který je dán pojišťovnou, musí lékař vrátit finanční prostředky, které za tyto výkony obdržel od zdravotní pojišťovny. V posledních letech od těchto regulací však řada zdravotních pojišťoven odstupuje a při překročení regulací je hodnocený každý případ individuálně.⁸⁹

⁸⁶ UZIS, *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech péče*, citováno 1. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/ambulantni-pece>

⁸⁷ Touto vyhláškou se změnila vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou byl vydán seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

⁸⁸ VZP, *Dohodovací řízení*, citováno 1. 4. 2016, dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dohodovaci-řízení-2017>

⁸⁹ Zdraví Euro, *ZPMV: Největší zaměstnanecká pojišťovna 211 nebude regulovat lékaře*, 5. 5. 2015, citováno 2. 4. 2016, dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/zpmv-nejvetsi-zamestnanecka-pojistovna-211-nebude-regulovat-lekare-478707>

5.1.2 Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

V současné době je většina praktických lékařů samostatnými privátními lékaři. Lékař uzavře smlouvy s příslušnými pojišťovnami. Výběr pojišťoven, se kterými praktický lékař uzavře smlouvu, je závislý na výběru pojišťoven pacienty. Příjem privátních lékařů se skládá z kapitační a výkonové části. Každý měsíc pak posílá vyúčtování zdravotním pojišťovnám dle podmínek uvedených ve smlouvách.

a) Kapitační část

Kapitační platba spočívá v pevně dané částce za každého pacienta, který je u daného praktického lékaře registrován a nezáleží, zda byl v daném období léčen či nikoli.⁹⁰ Velikost této fixní části platby je závislá na věkové struktuře pacientů. Byl zaveden tzv. „jednicový pojištěnec“, podle kterého jsou určeny přepočítávací koeficienty na kapitační část platby. Pro lékaře tedy není důležitý počet registrovaných pacientů, ale jejich věková struktura.⁹¹

V roce 2016 byla stanovena minimální výše základní kapitační platby⁹² pro praktického lékaře 47 Kč a pro dětského praktického lékaře 49 Kč za každého registrovaného pojištěnce. Pokud praktičtí lékaři splní podmínky týkající se ordinační doby a možností objednání, pak základní sazba činí 52 Kč u praktických lékařů pro děti a 49 Kč u praktických lékařů pro dospělé.⁹³

Přepočítávací koeficienty kapitační části platby praktických lékařů

Věková kategorie (roky)	Koeficient
0-4	3,95
5-9	1,80
10-14	1,35
15-19	1,00
20-24	0,90
25-29	0,95
30-34	1,00
35-39	1,05

⁹⁰ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, st. 103

⁹¹ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*, st. 115 - 117

⁹² To znamená pro věkovou skupinu 15-19 let (viz Tabulka II.)

⁹³ Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

40-44	1,05
45-49	1,10
50-54	1,35
55-59	1,45
60-64	1,50
65-69	1,70
70-74	2,00
75-79	2,40
80-84	2,90
85 a více	3,40

Tab. č. 4.; zdroj: Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, vlastní zpracování

Pro každou věkovou skupinu je dán koeficient podle předpokládané potřeby lékařské péče. Tímto koeficientem je u každého pacienta násobena základní sazba kapitační platby, kterou lékař obdrží od zdravotní pojišťovny.

Skrze systém je aplikována řada regulací a bonifikací. Regulován je například počet registrovaných pacientů, který je přepočítán pomocí koeficientů na „jednicové pojištěnce“. Překročí-li lékař průměrný počet o více než 30%, tak se kapitační část platby krátí degresivním koeficientem. Tento systém tedy správně nemotivuje lékaře k přehnaně velké klientele. Naopak bonifikační systém funguje, pokud lékař provede preventivní prohlídky alespoň u 20% registrovaných pacientů ve věku rozmezí mezi 40 až 80 let, je navýšena jeho základní kapitační sazba o 0,50 Kč.⁹⁴

b) Výkonová část

Tato druhá část příjmu praktického lékaře se skládá z plateb za určité výkony. Rozsah výkonů, které budou praktickému lékaři placeny nad rámec kapitační platby je součástí vyhlášky č. 237/2015 Sb. Seznam všech výkonů zdravotní péče je součástí vyhlášky č. 326/2014 Sb., s názvem Seznam zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením.

Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032 je stanovena hodnota bodu na 1, 12 Kč a pro výkony očkování 02100, 02105, 02125 a 02130 hodnota bodu ve výši 1, 12 Kč, pro výkony screeningu kolorektálního karcinomu 15120, 15121 výkonově s hodnotou bodu ve výši 1, 10 Kč, pro výkony přepravy v návštěvní

⁹⁴ Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

službě s hodnotou bodu ve výši 0, 90 Kč.⁹⁵ Při výkonech za neregistrované pojištěnce nebo za zahraniční pacienty zdravotní pojišťovna také uhradí lékaři vykázané pojišťovnou uznané seznamy výkonů, kde je jeden bod ohodnocen 1, 08 Kč.⁹⁶

V současné době se české zdravotnictví potýká se stárnutím praktických lékařů a jejich absencí v oblastech s menší hustotou obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví se tedy na konci roku 2015 rozhodlo, že zvýhodní praktické lékaře právě v těchto oblastech. Pokud se opakovaně nikdo nepřihlásí do výběrového řízení na novou praxi v daném regionu, nabídne zdravotní pojišťovna v dalším kole zhruba třicetiprocentní bonifikaci k běžné platbě. Na prosincové schůzi současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček také zmínil, že ministerstvo zvažuje založení fondu na podporu mladým lékařům, kteří se budou snažit zřídit ordinace tzv. na zelené louce.⁹⁷

5.1.3 Stomatologická péče

Již v roce 1997 si Česká stomatologická komora prosadila vlastní sazebník i samostatné ocenění stomatologické péče. V aktualizované úhradové vyhlášce pro příslušné období jsou výkony vyjádřeny v korunovém vyjádření nikoli v bodech, jak je tomu v ostatních ambulantních oborech. Ohodnocení jednotlivých výkonů je ujednáno v rámci dohádovacího řízení. Kromě výkonů je zde také uveden seznam nadstandardních výkonů, materiálů a výrobků, které si pacient hradí sám nebo na ně z části přispívá.⁹⁸

Příjem stomatologa se tedy skládá z přímých plateb pacientů za nadstandardní výkony, od zdravotních pojišťoven a z části také z ostatních provozních aktivit, jako je například prodej stomatologických pomůcek.⁹⁹

V současnosti je tento způsob financování považován za velmi zdařilý a především odborná lékařská veřejnost by ho chtěla aplikovat na další obory specializované ambulantní péče. Mezi pozitivní stránky tohoto systému patří vysoká transparentnost a

⁹⁵ Popisy jednotlivých výkonů a jejich bodové ohodnocení jsou součástí přílohy I.

⁹⁶ ZP Škoda, *Financování zdravotních služeb - Praktické lékařství*, citováno: 2. 4. 2016, dostupné z:

<http://www.zpskoda.cz/zdravotnici/informace/financovani-zdravotnich-sluzeb/prakticke-lekarstvi>

⁹⁷ MZČR, *Ministerstvo zdravotnictví podpoří praktické lékaře v odlehlých regionech ČR*, 2015, citováno 2. 4. 2016, dostupné z:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskovy-briefing-po-jednani-na-podporu-prakticky-lekaru_11116_1.html

⁹⁸ GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*, st. 119

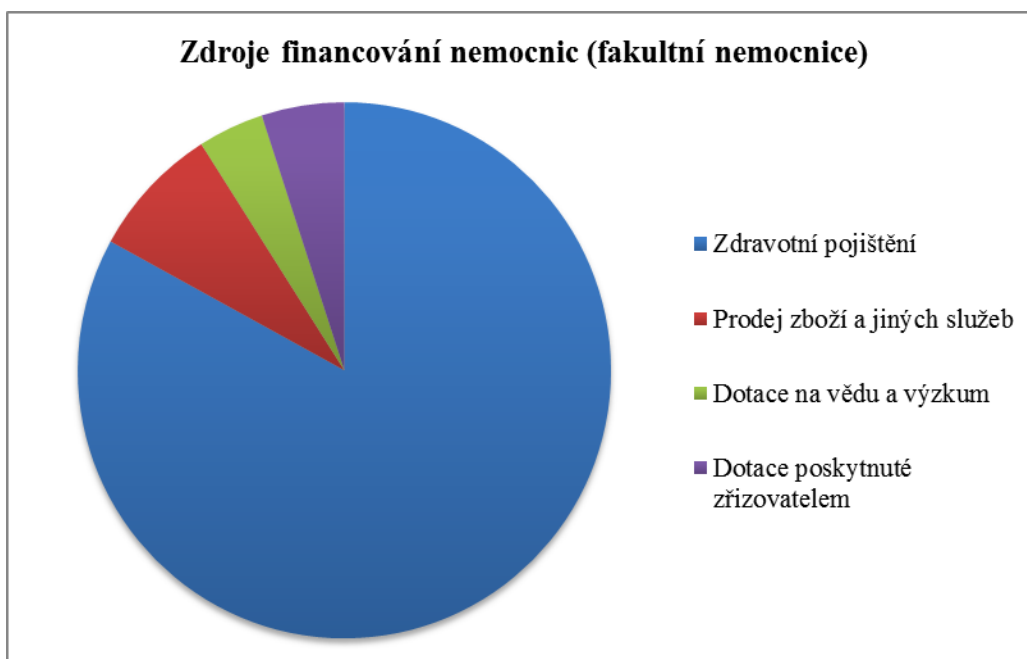
⁹⁹ KRABEC, T., *Oceňování a prodej privátní zubní praxe*, st. 42 - 43

absence složitých výpočtů, které zatěžují lékaře i zdravotní pojišťovny při bodovém ohodnocení výkonů.

5.2 Nemocniční (lůžková) péče

Nemocnice, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví nebo kraj, fungují převážně jako příspěvkové organizace, naopak privatizované nemocnice jsou formovány

na akciové společnosti nebo společnosti s. r. o. Od roku 1997 jsou nemocnice financovány paušální sazbou. Její výše je stanovena na základě výdajů v předcházejícím období. Tento systém vychází z teorie, že většina nákladů nemocnic je fixních a do určité míry tedy nejsou závislé na počtu pacientů ani způsobu léčby. Je uváděno, že fixních nákladů je 75% z nákladů celkových.¹⁰⁰ Tento systém při rostoucích nákladech bez doprovodných motivačních prvků vede ke snižování prováděných výkonů.¹⁰¹



Graf č. 19.; zdroj: O zdravotnictví, Nemocnice, citováno: 3. 4. 2016, dostupné z: https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/vlastni_zpracovani

Nemocnice také dostávají finanční prostředky od svých zřizovatelů, to znamená například z krajských rozpočtů, za vykázané výkony ve formě dotací. O dalších finančních příjmech

¹⁰⁰ Tato vysoká míra fixních nákladů pramení z části také z existence monopolů firem, které dodávají materiál do nemocnic.

¹⁰¹ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M., Veřejný sektor - řízení a financování.

rozhoduje typ nemocnice. Příkladem může být rozdělování dotací na vědu a výzkum, kterou obdrží spíše fakultní nemocnice než menší okresní nemocnice.

Od roku 2004 se souběžně s paušálním systémem používá systém DRG¹⁰²

5.2.1 Systém DRG

DRG je kvalifikační systém, který pacienty s podobnou diagnózou a podobnými náklady za léčbu řadí do diagnostických skupin. Tento systém nelze nazvat výkonovým nebo paušálním, ale systém, který má prvky obou z těchto systémů. Zkratka DRG pochází z anglického slovního spojení Diagnostic Related Groups, což v překladu znamená „skupiny vztažené k diagnózám“¹⁰³.

DRG systém má 25 hlavních diagnostických kategorií (nadskupin), které jsou dále členěny do podskupin. Pro začlenění případů do jednotlivých skupin je třeba vzít v úvahu základní diagnózu, vedlejší diagnózy, výkony, délku hospitalizace a základní údaje o pacientovi, jako je například věk, pohlaví a porodní váha.¹⁰⁴ Výpočet příjmu za pacienta se určuje pomocí Casemix indexu. „*Casemix index (CMI) zdravotnického zařízení je suma relativních vah případů dělená počtem případů léčených v určitém období. Hodnota vyjadřuje index průměrné spotřeby zdrojů na jeden případ.*“¹⁰⁵ Určuje tedy finanční náročnost jednotlivých skupin DRG, index s hodnotou 1,00 vykazuje průměrný pacient, jestliže je index vyšší, pacient je vážněji nemocný a vyžaduje nákladnější péči (méně než 1,00 znamená opak). Pokud je Casemix index vynásoben základní sazbou, což je dohodnutá sazba používaná v systému úhrad DRG, výsledkem je příjem za daného pacienta z dané diagnostické skupiny.¹⁰⁶

Česká republika se setkala se systémem DRG v roce 1997, kdy Všeobecná zdravotní pojišťovna zahájila pilotní projekt, jehož cílem bylo seznámit odbornou veřejnost se systémem a ověřit schopnosti managementu pracovat se systémem. Pilotního projektu se zúčastnilo 16 malých a 3 fakultní nemocnice. Přes relativně příznivé ohlasy bylo s tímto systémem dále pracováno a byla uskutečněna další fáze projektu, které se účastnilo okolo 60 nemocnic.¹⁰⁷

¹⁰² DUKA M. a kol., *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*, st. 175 - 179

¹⁰³ UZIS, *Hospitalizováni podle klasifikace DRG*, citováno 8. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>

¹⁰⁴ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 100 - 101

¹⁰⁵ NRC, *Slovník pojmů*, citováno 11. 4. 2016, dostupné z: [http://www.nrc.cz/klasifikacni-system-drg/slovník-pojmu.html#CasemixIndex\(CMI\)](http://www.nrc.cz/klasifikacni-system-drg/slovník-pojmu.html#CasemixIndex(CMI))

¹⁰⁶ NRC, *Slovník pojmů*, citováno 11. 4. 2016, dostupné z: <http://www.nrc.cz/klasifikacni-system-drg/slovník-pojmu.html#>

¹⁰⁷ DVOŘÁK, V., Zavádění DRG: příliš mnoho otázek, *Zdravotnické noviny*, 3. 4. 2002, ZDN 13/2002, st. 8

V roce 2004 byl tento systém zaveden souběžně s paušálním systémem. V současné době pracují již se systémem DRG všechny nemocnice. V Úhradové vyhlášce jsou již od roku 2013 zavedeny sankce, které mají zamezit porušování pravidel. Porušování pravidel vede k zařazování hospitalizovaných do vyšších pater, nemusí být však vždy úmyslné, může se jednat o neznalost kodéra. Aktuálně je právě těchto kodérů nedostatek a kódování diagnóz pro zdravotní pojišťovny mají na starost lékaři, pro které je však tato administrativa zatěžující.¹⁰⁸

V České republice Ministerstvo zdravotnictví představilo aktuálně probíhající projekt DRG restart, který v horizontu 3 let (do roku 2018) má zefektivnit systém financování DRG. Tento projekt má za cíl dlouhodobě udržet personální (viz předešlý problém), datovou a informační základnu pro optimalizaci a průběžnou kultivaci systému úhrad lůžkové péče v České republice. Současně by měla být vybudována pravidelně aktualizovaná datová základna, respektovány fungující klinické standardy a v neposlední řadě aplikována odborná oponentura, zejména při přijímání nových dokumentů. Na základě tohoto projektu bylo také dohodnuto, že další vývoj systému DRG převezme Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky od Ministerstva zdravotnictví.¹⁰⁹

5.3 Léky a zdravotnický materiál

Součástí plateb zdravotního pojištění, jsou také platby za léky a jiný zdravotnický materiál. Léčiva jsou hrazena třemi způsoby:

a) Léky jsou hrazeny skrze zdravotní pojištění

Pokud je pacientovi předepsán lék či zdravotní pomůcka na předpis a je plně hrazen zdravotním pojištěním, pacient nic nedoplácí a lékárna pak dostane od zdravotní pojišťovny úhradu za tyto předpisy. Od roku 1995 je používán Generický princip kategorizace a úhrad, to znamená, že v každé kategorii generických substitucí¹¹⁰ je alespoň jeden lék, který je plně hrazen zdravotní pojišťovnou. V této oblasti rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv, cílem je, aby léky bez doplatku byly stejně kvalitní a účinné jako léky plně hrazené zdravotní pojišťovnou. Ministerstvo zdravotnictví se rozhodlo v této oblasti preferovat české léky před zahraničními (pokud jsou tyto léky stejného nebo velice podobného složení).

¹⁰⁸ DRG v praxi, DRG v roce 2013, citováno 11. 4. 2016, dostupné z: <http://www.drgvpraxi.cz/?cat=1>

¹⁰⁹ DRG restart, Cíle projektu, citováno 11. 4. 2016, dostupné z <http://www.drg-cz.cz/index.php?pg=home--cile-projektu>

¹¹⁰ Jedná se o záměnu léčivého přípravku za jiný léčivý přípravek se stejnou účinnou látkou, se stejnou cestou podání a ve stejné lékové formě

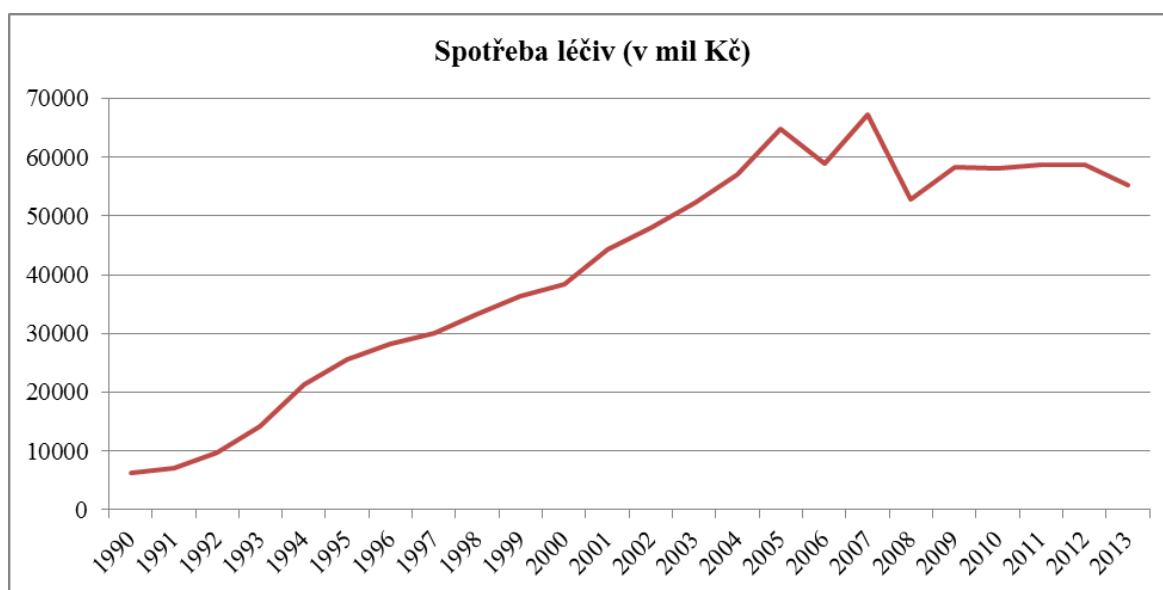
b) Léky jsou hrazeny zčásti zdravotní pojišťovnou a zčásti doplatkem pacienta

Pokud tedy zdravotní pojištění nekryje celou částku daného léku, pacienti doplácí zbytek ve formě doplatku. Doplatky se mohou v jednotlivých lékárnách mírně lišit, jsou dány konkurencí lékáren v dané oblasti, ale také zdravotní pojišťovny mohou na úhradu léku přispívat více či méně.

c) Léky jsou plně hrazeny pacientem

Pacient si hradí lék v plné výši, pokud je předepsaný lékařem a zdravotní pojišťovna nic nepřispívá nebo se jedná o volně prodejný lék. Cena léčiv opět podléhá konkurenci lékáren, a proto se ceny můžou lišit.¹¹¹

Již od transformace české zdravotnictví řeší problém s rostoucími výdaji na lékovou politiku. Úprava legislativy v roce 1997 přinesla pouze mírné zpomalení růstu, ale růst výdajů se nezastavil.



Graf č. 20.; UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013, 2008, 2000, citováno 11. 8. 2016, dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>, vlastní zpracování

Z předcházejícího grafu vyplývá, že výdaje na léčiva mají rostoucí tendenci. Je třeba upozornit na změnu metodiky, ke které došlo mezi lety 2007 a 2008, která graf ovlivňuje. Do roku 2007 byla uváděna spotřeba léčiv včetně DPH a maximální povolené obchodní přírážky. Od roku 2008 je uváděna spotřeba léčiv bez DPH a maximální povolené

¹¹¹ GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování., st. 124 - 126

obchodní přírážky. Lze se tedy domnívat, že mezi lety 2007 a 2008 by beze změny metodiky měl tento vývoj mírně rostoucí tendenci.

Je třeba také upozornit, že graf uváděný v absolutních hodnotách může být mírně ovlivněn také inflací a ekonomickým růstem. I přesto je z grafu patrné, že výdaje na léčiva do roku 2009 rostly. Od roku 2009 do 2012 můžeme pozorovat tempo zpomalování růstu. V roce 2013 výdaje za léčiva mírně klesaly.

6. Současný stav českého zdravotnictví

Současnou úroveň českého zdravotnictví lze považovat za uspokojivou a srovnatelnou s ostatními státy Evropské Unie. Ovšem aktuální stav označuje řada odborníků za dočasný.¹¹² Tento názor je založen na řadě faktů. Jedním z nich je málo celkových financí proudících do zdravotnictví, a to jak v absolutní hodnotě tak i vzhledem k HDP.

Podíl zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích EU v roce 2015 (%)

Německo	11,1
Švédsko	11,1
Francie	11,0
Nizozemí	10,8
Dánsko	10,6
EU – 15	9,6
Španělsko	9,0
Řecko	8,2
Česká republika	7,6
Slovenská republika	7,0
Estonsko	6,3
Lotyšsko	5,6

Tab. č. 5.: OECD, Health systems, citováno 29. 7. 2016, dostupné z:

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, vlastní zpracování

Pokud porovnáme výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP mezi státy Evropské unie, zjistíme, že Česká republika se pohybuje pod průměrem, který aktuálně osciluje okolo 9% (u států patřících do EU – 15 dokonce 9,6%)¹¹³. Z tabulky č. 5 je zřejmé, že více financí

¹¹² Česká lékařská komora, *ČLK představila plán stabilizace českého zdravotnictví*, citováno 29. 7. 2016, dostupné z: http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99467

¹¹³ OECD, *Health systems*, citováno 29. 7. 2016, dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

poskytují vyspělé státy západní Evropy, které disponují velice kvalitní a moderní zdravotní péčí.

S nedostatkem financí souvisí také nedostatek pracovníků. České zdravotnictví se dlouhodobě potýká s nízkými mzdami kvalifikovaných pracovníků, čeští lékaři a nemocniční pracovníci proto odcházejí do zahraničí, kde jim je nabídnuta mnohonásobně vyšší mzda. V současné době se Česká lékařská komora snaží na tento problém upozornit akcí „*Zdravotnictví volá o pomoc*“, v rámci které pokazuje na akutní nedostatek lékařů a zdravotních sester.

6.1 Návrh řešení

Aktuálně se české zdravotnictví nenachází v lehké situaci. Je potřeba zvýšit jak podíl soukromých výdajů, ale také zvýšit celkové výdaje.

Jedním z mnoha kroků by mohlo být zavedení zdravotní daně, to znamená daň, která je odváděna ze zdraví škodlivých produktů (především tedy alkohol, cigarety a jiné tabákové výrobky) přímo do zdravotnictví.

Předpokládejme, že by byla zdravotní daň ve výši 5Kč za krabičku aplikována pouze na cigarety. Podle statistik se v České republice je vykouřeno ročně 21 miliard cigaret,¹¹⁴ to znamená zhruba 1050 tisíc krabiček cigaret. Stát by tedy vybral 5, 240 miliard Kč, což však představuje pouze 0,11 % HDP. Pokud by se chtěla Česká Republika dostat na průměr Evropské unie, tedy poskytovat alespoň 9% HDP na zdravotnictví, musela by zvýšit výdaje o více než 71 miliard Kč ročně¹¹⁵. Bylo by tedy nezbytné aplikovat tuto zdravotní daň na další zdraví škodlivé produkty a přijmout mnoho dalších reforem a opatření.

Jako příklad dalších kroků, které mohou přinést chybějící finance do zdravotního sektoru, lze uvést znovuzavedení regulačních poplatků, změnit strukturu fungování některých ekonomicky neefektivních zdravotnických odvětví, omezit šedou ekonomiku v rámci zdravotnictví, zavést pravidelnou valorizaci plateb za státní pojištění a tak dále.

¹¹⁴ The European Commission, *ATTITUDES OF EUROPEANS TOWARDS TOBACCO*, citováno 30. 7. 2016, dostupné z: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

¹¹⁵ Vypočítáno z údajů ČSÚ o HDP z roku 2015 (4 477 miliard Kč)

Závěr

Svoji bakalářskou práci jsem zaměřila na vývoj a financování zdravotního systému v České republice. Toto téma lze hodnotit jako velice aktuální, vývoj českého systému zdravotnictví je dynamický a proměnlivý. Po detailnějším zkoumání dané problematiky jsem toho názoru, že české zdravotnictví se bude v budoucnu potýkat s řadou problémů, které bude muset vyřešit. Naopak je třeba podotknout, že od transformace v roce 1989 zdravotnictví ušlo velký kus cesty a nyní se může v některých oblastech rovnat západoevropským státům.

Zdravotní stav populace v Československu před rokem 1989 nebyl příliš uspokojivý, transformaci můžeme považovat v tomto případě za zlomový bod. Od této doby se zdravotní stav populace neustále zlepšuje, což dokazuje i doba dožití. Transformaci zdravotnictví považuji za úspěšnou. Mezi slabé stránky transformace ovšem můžeme zařadit v některých oblastech špatně definovanou legislativu, která poté musela být mnohokrát novelizována. Pozitivně naopak hodnotím rychlou reakci na rapidní nárůst výdajů v roce 1993. Další vývoj českého zdravotního systému je ovlivňován politickou orientací vládnoucí strany. Levicové a pravicové strany se již desítky let předbíhají v předkládání koncepcí. Ačkoli se jimi navržené systémy zdravotnictví v některých aspektech diametrálně rozcházejí, na přelomu tisíciletí se shodly na nutnosti zvýšení soukromých výdajů, s čímž naprosto souhlasím.

V praktické části jsem se nejprve zaměřila na výdaje veřejné a soukromé. Při analýze těchto výdajů jsem byla omezena dostupností aktuálních dat, neboť oficiální data jsou dostupná do roku 2013 respektive 2014 (pouze v několika případech a velice okrajově také rok 2015), což v některých případech nebylo dostačující. Veřejné výdaje jsou mnohonásobně vyšší než soukromé, přičemž většinu poskytují zdravotní pojišťovny z veřejného pojištění. Zdravotním pojišťovnám se po mnoha letech daří hospodařit bez deficitu. Z mého pohledu je to zapříčiněno zvýšením příjmů zdravotních pojišťoven od roku 2013, vyšší je minimální vyměřovací základ, což platí pro zaměstnance i OSVČ, i platby od státu. Naopak většinu soukromých výdajů tvoří přímé platby od pacientů, v nichž sehrály velkou roli regulační poplatky. Lze pozorovat, že zavedením regulačních poplatků se podíl soukromých výdajů vzhledem k HDP zvýšil. Je ovšem otázkou, zda soukromé výdaje po zrušení velké části poplatků opět neklesnou. Stát jako kompenzaci za rušení poplatků zvýšil platbu za státní pojištění, což nahrává faktu, že poměr soukromých

výdajů opět klesne a naopak můžeme očekávat růst výdajů veřejných. Tento fakt ale není možno doložit daty, neboť jak již bylo zmíněno, data jsou v tomto případě dostupná pouze do roku 2013 a jedná se tedy pouze o domněnku.

Analýzou způsobu financování jednotlivých zdravotnických odvětví jsem chtěla zjistit, do jaké míry a jakým způsobem jsou pacienti zapojeni do financování. Z mého pohledu jako nejlépe fungující, a do budoucna udržitelný, je způsob financování stomatologické péče. Podle mne by bylo vhodné tento model financování rozšířit na další ambulantní odvětví. Další systém, který má podle mého názoru má potenciál, je systém DRG, který v zahraničí již řadu let úspěšně funguje. Přesto, že v České Republice je tento systém zaváděn již několik let, stále se okolo něj vyskytuje celá řada problémů a je třeba ho dostatečně propracovat.

Mnou zvolenou hypotézu, která se zakládala na tvrzení, že soukromé výdaje zůstávají i přes růst veřejných výdajů vzhledem k HDP konstantní, nemohu potvrdit. V průběhu své bakalářské práce se mi podařilo dokázat, že výdaje na zdravotnictví se dlouhodobě pohybují na stejné úrovni, to znamená, že oscilují okolo 7% HDP. Nemůžeme tedy tvrdit, že by měly dlouhodobě výrazně rostoucí tendenci. Naopak soukromé výdaje dlouhodobě mají mírně rostoucí tendenci, přičemž nejvýraznější růst pozorujeme mezi lety 2007 a 2008.

V současné době se české zdravotnictví nenachází v lehké situaci. Závěrem své práce jsem se proto snažila nastínit možné kroky, které by mohly přinést do zdravotnictví další finance, v případě zdravotní daně také spočítat, o kolik procent HDP by se jednalo.

Podle mého názoru současný stav zdravotnictví není dlouhodobě udržitelný vzhledem k demografickému vývoji populace a dalších faktorů. Bez výraznější reformy zdravotnictví by se mohlo stát, že bude úroveň českého zdravotnictví upadat.

Seznam použité literatury

Literární zdroje

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví : řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví : kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.

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

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

WEIGL, Jiří, Martin KOVÁŘ, Jaroslav VOSTATEK, et al. *Otto von Bismarck: 200 let od narození*. Praha: Institut Václava Klause, 2015. Publikace (Institut Václava Klause). ISBN 978-80-7542-001-5.

SPĚVÁČEK, Vojtěch, KADERÁBKOVÁ, Anna (ed.). *Transformace české ekonomiky: politické, ekonomické a sociální aspekty*. Praha: Linde, 2002. ISBN 80-86131-32-7.

DUBEN, Rostislav. *Ekonomie veřejného sektoru*. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2000. ISBN 80-245-0049-3.

MÁŠOVÁ, Hana, Eva KŘÍŽOVÁ a Petr SVOBODNÝ (eds.). *České zdravotnictví: vize a skutečnost : složité peripetie od plánů k realizaci*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0944-4.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Vyd. 1. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-340-0.

STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-454-1.

DRBAL, Ctibor. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: 1997

EUROPEAN COMMUNITIES AND WORLD HEALTH ORGANIZATION 2001. *Pohledy na zdravotnictví v České republice*, Vyd. 1. 2002

DOHNAL, František. *Studijní texty k dějinám farmacie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2608-6.

PROVAZNÍKOVÁ, Romana. *Financování měst, obcí a regionů: teorie a praxe*. Praha: Grada, 2007. Finanční řízení. ISBN 978-80-247-2097-5.

DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivana KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.

OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada, 2010. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3228-2.

Články

EVANS, Robert G., BARER, Morris L., MARMOR, Theodore R., *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations, Health and Human Rights*. 1995, Vol. 1, No. 2, st. 205 – 211, DOI: 10.2307/4065215, citováno 10. 3. 2016 dostupné také z: http://www.jstor.org/stable/4065215?seq=1#page_scan_tab_contents

BOŠKOVÁ, V., Ohlédnutí za prvním pokusem o reformu – jaký byl?, In *Zdravotnické noviny*, 2000, č. 51/2000, str. 16

DVOŘÁK, V., Zavádění DRG: příliš mnoho otázek, In *Zdravotnické noviny*, 2002, č. 13/2002 st. 8

VÝBORNÁ, O.: The Reform of the Czech Health Care System [online], CERGE-GI, 1994, citace 12. 3. 2016, dostupné z: <https://www.cerge-ei.cz/pdf/wp/Wp64.pdf>

PERGL, V., Limit 5000 korun? Většinu pacientů nechrání [online], In. *Zdraví Euro*, 27. 3. 2008, citováno: 3. 5. 2016, dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/limit-5000-korun-vetsinu-pacientu-nechrani-351638?category=z-domova>

HNILICOVÁ, H., Úvod do studia zdravotnických systémů [online], citace 14. 8. 2016, dostupné z https://is.vsfs.cz/el/6410/zima2015/B_ZdSCR/um/uvod_do_zs.pdf

JULÍNEK, T. Chtít zdraví. Modrá šance pro zdravotnictví. ODS, 2004 [online], citace 20. 3. 2016, dostupné z http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf

Právní předpisy

Zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékařské komoře

Zákon ČNR č. 280/1992 sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

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

Usnesení vlády České socialistické republiky ze dne 15. ledna 1990 č. 339/1990 Sb.

Předpis č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky

Předpis č. 2/1993 Sb. usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky

Internetové zdroje

ČSÚ, Naděje dožití při narození v letech 1950-2014 [online graf], citováno 12. 3. 2016, dostupné z:

https://www.czso.cz/csu/czso/nadeje_dozeni_pri_narozeni_v letech_1950_2014

ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 2014 - výnosy a tvorba fondů zdravotních pojišťoven [online], citováno 6. 4. 2016, dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20561029/1900311502.pdf/ddce4d8b-a56a-4cdf-abdc-9cd9de184e86?version=1.1>

ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 2013 – výnosy a tvorba fondů zdravotních pojišťoven [online], citováno 6. 4. 2016, dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20561025/1900311402.pdf/2d9c387b-fed2-4b44-a29d-b97ef9380211?version=1.0>

ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 2013 - náklady a čerpání fondů zdravotních pojišťoven [online], citováno 11. 4. 2016, dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20561025/1900311403.pdf/e8fcff43-adcc-4954-a860-4b5ef8a2189c?version=1.0>

ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2013[online], citace 1. 4. 2016, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k2.pdf/14054d21-8941-4d58-bfc9-dde2e3392a99?version=1.1>

ČSÚ, Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 2014 - náklady a čerpání fondů zdravotních pojišťoven [online], citováno 11. 4. 2016, dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20561029/1900311503.pdf/ab1a2710-35eb-4cd7-8734-c511bd5a3d2b?version=1.1>

UZIS, Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví do roku 2000 [online], citace 14. 3. 2016, dostupné z: www.uzis.cz/system/files/finuk2000.pdf

UZIS, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2009 [online], citace 14. 3. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-soucast-narodni-ekonomiky-2009>

UZIS, Výdaje na zdravotnictví 2000 – 2014 [online], citace 18. 3. 2016 dostupné z:
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

UZIS, Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání [online], citace 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vybrane-ukazatele-ekonomiky-zdravotnictvi-mezinarodnim-srovnani-7>

UZIS, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013 [online], citováno 24. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-2013>

UZIS, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech péče [online], citováno 1. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/ambulantni-pece>

UZIS, Ekonomické informace ve zdravotnictví [online], citováno 23. 4. 2016 dostupné z:
<http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>

UZIS, Spotřeba zdravotnických služeb Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2013 [online], citováno 15. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/spotreba-zdravotnickych-sluzeb>

UZIS, Lékárenská péče v roce 2013 [online], citováno 15. 5. 2016 dostupné z:
<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/lekarny-lekarenska-pece>

UZIS, Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče [online], citace 7. 4. 2016, dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-na-segmenty-zdravotni-pece-2009-2013>

WHO, ATC/DDD methodology [online], citace 15. 4. 2016, dostupné z:
<http://www.whooc.no/>

OECD, Health Statistics 2015 [online graf], citováno 13. 4. 2016, dostupné z:
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

PSP, Informace vlády 1997 [online], citace 19. 3. 2016, dostupné z:
<http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t016900a.htm>

PSP, NS RČS 1948-1954 [online], citace 11. 3. 2016, dostupné z http://www.psp.cz/eknih/1948ns/tisky/t0038_00.html

MZČR, Ministerstvo zdravotnictví podpoří praktické lékaře v odlehlých regionech ČR, 2015 [online], citováno 2. 4. 2016, dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskovy-briefing-po-jednani-na-podporu-praktickych-lekaru_11116_1.html

MFČR, Státní rozpočet v kostce 2015 [online], citace 2. 4. 2016, dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/o-ministerstvu/vzdelavani/rozpocet-v-kostce/statni-rozpocet-v-kostce-2015-21174>

MPSV, Přehled a vývoj částek minimální mzdy [online], citace 8. 4. 2016, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/871>

Zdraví Euro, Kubinyiho koncepce zdravotnictví vyvolala mezi odborníky rozpaky [online], citace 20. 3. 2016, dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kubinyiho-koncepce-zdravotnictvi-vyvolala-mezi-odborniky-rozpaky-162149?category=z-domova>

Zdraví Euro, Poplatky ve zdravotnictví platí od ledna 2008 [online], 29. 9. 2014, citováno 20. 4. 2016, dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/poplatky-se-ve-zdravotnictvi-plati-od-ledna-2008-476846?category=z-domova>

Zdraví Euro, ZPMV: Největší zaměstnanecká pojišťovna 211 nebude regulovat lékaře [online], 5. 5. 2015, citováno 2. 4. 2016, dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/zpmv-nejvetsi-zamestnanecka-pojistovna-211-nebude-regulovat-lekare-478707>

VZP, Dohodovací řízení [online], citováno 1. 4. 2016, dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dohodovaci-rizeni-2017>

VOZP, Stát jako plátce [online], citováno 8. 4. 2016, dostupné z: <https://www.vozp.cz/cs/platci/stat-jako-platce/>

ZPMVR, Zdravotní pojištění cizinců Welcome [online], citováno 24. 4. 2016, dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/zdravotni-pojisteni-cizincu-welcome/>

ZP Škoda, Financování zdravotních služeb - Praktické lékařství [online], citováno: 2. 4. 2016, dostupné z:

<http://www.zpskoda.cz/zdravotnici/informace/financovani-zdravotnich-sluzeb/prakticke-lekarstvi>

Liberecký kraj, Rozpočty Libereckého kraje [online], citace 5. 4. 2016, dostupné z: <http://ekonomicky-odbor.kraj-lbc.cz/page4186>

ČLK, Regulační poplatky v ordinacích [online], citováno: 20. 4. 2016, dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Poplatky/poplatky.html>

O zdravotnictví, Nemocnice [online], citováno: 3. 4. 2016, dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/>

NRC, Slovník pojmů [online], citováno 11. 4. 2016, dostupné z: <http://www.nrc.cz/klasifikacni-system-drg/slovník-pojmu.html>

DRG v praxi, DRG v roce 2013[online], citováno 11. 4. 2016, dostupné z: <http://www.drgvpraxi.cz/?cat=1>

Česká lékařská komora, ČLK představila plán stabilizace českého zdravotnictví[online], citováno 29. 7. 2016, dostupné z: http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99467

OECD, Health systems [online], citováno 29. 7. 2016, dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

The European Commission, ATTITUDES OF EUROPEANS TOWARDS TOBACCO [online], citováno 30. 7. 2016, dostupné z: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

Medicaid, Medicaid Information by Topic [online], citace 15. 8. 2016, dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/by-topic.html>

Centers for Medicare and Medicaid services, Medicare Program - General Information [online], citace 15. 8. 2016, dostupné z: <https://www.cms.gov/medicare/medicare-general-Information/medicareGenInfo/index.html>

BBC, History - William Beveridge [online], citováno 15. 8. 2016, dostupné z:

http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.html

PNHP, Health Care Systems - Four Basic Models [online], citováno 15. 8. 2016, dostupné

z

http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

NHS, About the National Health Service [online], citováno 15. 8. 2016, dostupné z

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obr. č. 1 :Schéma nejdůležitějších determinantů zdraví

Obr. č. 2: Trh zdravotních plánů (tři možné typy)

Tab. č. 1: Výdaje celkové spotřeby léčiv

Tab. č. 2: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v mil. Kč)

Tab. č. 3: Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v letech 2008-2013

Tab. č. 4: Přepočítávací koeficienty kapitační části platby praktických lékařů

Tab. č. 5: Podíl zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích EU v roce 2015 (%)

Graf č. 1: Naděje dožití při narození v letech 1950-2014

Graf č. 2: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví na HDP

Graf č. 3: Struktura zdrojů na financování zdravotnictví v roce 2013

Graf č. 4: Vývoj výnosů zdravotních pojišťoven 2012 – 2014 (v mil. Kč)

Graf č. 5: Vývoj pojistného 2005 – 2016

Graf č. 6: Vývoj výnosů zdravotních pojišťoven 2012 – 2014 (v mil. Kč)

Graf č. 7: Vývoj výnosů a nákladů zdravotních pojišťoven 2009 – 2014 (v mil. Kč)

Graf č. 8: Vývoj salda výnosů a nákladů zdravotních pojišťoven 2009 – 2014 (v mil. Kč)

Graf. č. 9. Vývoj veřejných výdajů vzhledem k HDP 1990 – 2013

Graf č. 10. Vývoj veřejných výdajů 1990 - 2013 (v mil Kč)

Graf č. 11: Výdaje na financování zdravotnictví ve vybraných zemích OECD 2013

Graf č. 12: Využití zdravotnických služeb 2007 – 2013 (2007 = 100%)

Graf č. 13. Vývoj soukromých výdajů vzhledem k HDP 1990 - 2013

Graf č. 14. Vývoj soukromých výdajů 1990 – 2013 (v mil. Kč)

Graf č. 15: Vývoj soukromých a veřejných výdajů na zdravotnictví 1995 - 2013 (v mil. Kč)

Graf č. 16.: Podíl soukromých a veřejných výdajů 1990 – 2013 (v %)

Graf č. 17: Vývoj výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP 1990 – 2013

Graf č. 18: Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2013

Graf č. 19: Zdroje financování nemocnic (fakultní nemocnice)

Graf č. 20: Spotřeba léčiv (v mil. Kč)