

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Národní hospodářství



ANALÝZA EFEKTIVNOSTI VYBRANÝCH
OPATŘENÍ ZDRAVOTNÍ POLITIKY
JEDNOTLIVÝCH VLÁD ČESKÉ REPUBLIKY
V OBDOBÍ 2005-2016

bakalářská práce

Autor práce: Klára Šírková

Vedoucí práce: Ing. Tereza Lukášová

Rok: 2017

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

Klára Šírková

V Praze, dne 11. 5. 2017

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych vyjádřila poděkování vedoucí mé bakalářské práce Ing. Tereze Lukášové za užitečné rady, věcné připomínky a konzultace při zpracování daného tématu. Dále bych ráda poděkovala své rodině za obrovskou podporu během studia.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Klára Šírková**
Studijní program: **Ekonomie a hospodářská správa**
Obor: **Národní hospodářství**
Název tématu: **Analýza efektivnosti vybraných opatření zdravotní politiky jednotlivých vlád České republiky v období 2005-2016**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce:
Cílem práce je analýza přístupů jednotlivých vlád České republiky ke zdravotní politice vzhledem k veřejným výdajům na zdravotnictví, jejich struktuře a vlivu na vybrané národohospodářské ukazatele jako například příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven, mzdový vývoj ve zdravotnictví, spotřeba léků a podíl na hrubém domácím produktu.
Hypotéza: Vlády na ekonomickou recesi reagují opatřeními snižující poměr veřejných výdajů ku celkovým výdajům na zdravotnictví.
2. Význam, aktuálnost nebo očekávaný přínos zvoleného tématu:
Dané téma je aktuální vzhledem k tomu, že zdravotnictví je dlouhodobě jedním z hlavních politických témat. Ve zdravotnictví dochází k častým změnám a panují zde protichůdné názory, s ohledem na aktuální vládu v daném období je tato problematika velice závažná. Pokud jde přímo o ministry zdravotnictví, jen ve sledovaném období se ministr zdravotnictví změnil desetkrát.
3. Charakteristika teoretické části práce:
Teoretická část práce bude obsahovat charakteristiku základních konceptů zdravotní politiky, popis kritérií zdravotních systémů a bude zaměřena především na zdravotní systém České republiky včetně legislativy s ním spojené.
4. Charakteristika praktické části práce:
V praktické části bakalářské práce bude popsáno složení jednotlivých vlád České republiky a budou analyzovány a komparovány jejich programy, postoje ke zdravotní politice a programová prohlášení. Zároveň bude provedena komparace programových prohlášení s následnými opatřeními zavedenými v daném volebním období.
Data pro praktickou část práce, a to především pro výsledky zavedených opatření ve zdravotnictví, budou čerpána především z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.
5. Klíčová slova: Zdravotnictví, vláda České republiky, zdravotní politika, výdaje na zdravotnictví, zdravotní systém
Key words: Healthcare, government of the Czech Republic, health policy, health expenditure, healthcare system

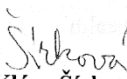
Rozsah práce: 45 normostran

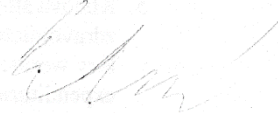
Seznam odborné literatury:

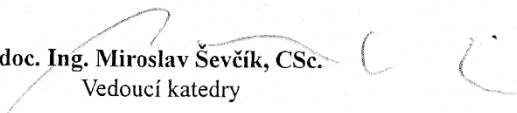
1. STIGLITZ, J. E. *Economics of the public sector*. New York: W.W. Norton, 2000. ISBN 0-393-96651-8.
2. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-340-0.
3. HÁVA, P. (ed.). *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. ISSN 1213-8096.
4. ZLÁMAL, J. – BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.
5. JANEČKOVÁ, H. – HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

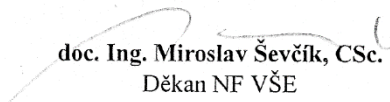
Datum zadání bakalářské práce: březen 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: květen 2017


Klára Šírková
Ředitelka


Ing. Tereza Lukášová
Vedoucí práce


doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry


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

ABSTRAKT

Cílem této práce je analýza efektivnosti vybraných opatření zdravotní politiky jednotlivých vlád České republiky v období 2005–2016. Zvláštní pozornost je věnována Programovým prohlášením vlády České republiky v oblasti zdravotnictví a komparaci těchto prohlášení s následnými opatřeními vlády. Teoretická část se věnuje obecné teorii zdravotní politiky a jejímu vlivu na ekonomiku. Dále je zde nastíněn historický vývoj zdravotní politiky od jejího zrodu až po uplatnění zdravotní politiky v České republice. Praktická část nejprve analyzuje jednotlivá programová prohlášení vlád a zkoumá následná opatření. Poté je zaměřena na vybrané národohospodářské ukazatele, jako jsou například výdaje na zdravotnictví a jejich struktura či financování, a jejich vývoj, který porovnává s vládními opatřeními v daných letech. Nakonec práce shrnuje zjištěné výsledky a hodnotí benefity či úskalí jednotlivých opatření zdravotní politiky. Toto téma je velice aktuální s ohledem na současný vývoj zdravotní politiky v České republice.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotnictví, vláda České republiky, zdravotní politika, výdaje na zdravotnictví, zdravotní systém

JEL KLASIFIKACE

I18, H51, I12, H75

ABSTRACT

The aim of this thesis is to analyse effectivity of the selected measures of health policy of the individual governments of the Czech Republic in the period 2005-2016. Special attention is paid to Policy Statements of the Government of the Czech Republic in the field of healthcare, and to comparison of these statements with subsequent government measures. The theoretical part deals with the general theory of the health policy and its influence on the economy. Furthermore, there is outlined the historical development of the health policy since its inception to implementation of the health policy in the Czech Republic. The practical part first analyses the individual program statements of the Governments and examines the subsequent measures. Then it is focused on the selected national economic indicators, such as healthcare spending and their structure or founding, and their development, which compares with the governmental measures in the given years. Finally, the work summarizes the findings and evaluate the benefits or pitfalls of various measures of health policy. This topic is very timely given the current development of the health policy in the Czech Republic.

KEY WORDS

Healthcare, government of the Czech Republic, health policy, health expenditure, healthcare system

JEL CLASSIFICATION

I18, H51, I12, H75

Obsah

Úvod.....	- 10 -
1 Teoretická část	- 12 -
1.1 Význam zdraví ve společnosti	- 13 -
1.1.2 Zdraví a faktory, které ho ovlivňují	- 14 -
1.2 Systémy zdravotnictví.....	- 15 -
1.2.1 Typy modelů zdravotních systémů	- 16 -
1.3 Vymezení zdravotní politiky a předmět její činnosti	- 18 -
1.4 Národní strategie Světové zdravotnické organizace	- 19 -
1.4.1 Zdraví 21	- 19 -
1.4.2 Zdraví 2020	- 20 -
1.5. Zdravotnictví v České republice	- 22 -
1.5.1 Historie zdravotního systému ČR	- 22 -
1.5.2 Česká legislativa a strategie v oblasti zdravotní politiky	- 24 -
1.5.3 Aktéři zdravotní politiky v České republice	- 25 -
2 Praktická Část	- 27 -
2.1 Vláda České republiky a její působení na zdravotní politiku	- 28 -
2.2 Analýza programových prohlášení vlád České republiky 2005–2016	- 28 -
2.2.1 Vláda Jiřího Paroubka.....	- 29 -
2.2.2 První vláda Mirka Topolánka	- 35 -
2.2.3 Druhá vláda Mirka Topolánka	- 37 -
2.2.4 Vláda Jana Fischera	- 49 -
2.2.5 Vláda Petra Nečase	- 49 -
2.2.6 Vláda Jiřího Rusnoka.....	- 54 -
2.2.7 Vláda Bohuslava Sobotky.....	- 55 -
2.3 Vývoj vybraných národohospodářských ukazatelů	- 58 -

2.3.1 Struktura výdajů na zdravotnictví	- 59 -
2.3.2 Veřejné výdaje na zdravotnictví	- 60 -
2.3.3 Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven	- 62 -
2.3.4 Mzdy a platy ve zdravotnictví	- 63 -
2.3.5 Spotřeba léků	- 65 -
2.3.6 Platby státu za státního pojištěnce	- 67 -
2.4 Zkoumání hypotézy	- 68 -
Závěr	- 70 -
Seznam použitých zkratek	- 74 -
Seznam grafů, tabulek a schémat.....	- 75 -
Seznam použité literatury a internetových zdrojů	- 78 -
Přílohy.....	- 85 -

Úvod

Zdravotní politika je jedním z nejvýznamnějších témat diskutovaných napříč celým politickým spektrem. Opatření s touto problematikou spojená se týkají nás všech, a tak je tato oblast podrobně sledována odborníky i laickou veřejností. Zdraví má pro každého z nás odlišnou hodnotu, avšak pro společnost jako celek je velice důležité a významně napomáhá k prosperitě celé země. Zdravotní stav populace mimo jiné ovlivňuje produktivitu práce a podporuje ekonomický růst. Existují zde však vážné problémy, ať už jde o problematiku udržitelnosti a financování systému, která ve společnosti dlouhodobě přetrvává, či novější trendy spojené s demografickým vývojem jako stárnutím populace nebo emigrace kvalifikovaných zdravotníků do zahraničí. Zástupci politických stran se na základě těchto problémů předhánějí v nových prostředcích, kterými by oblast zdravotní politiky ovlivnili, a i média horlivě diskutují nad veškerou problematikou spojenou se zdravotnictvím, protože si dobře uvědomují, že toto téma je pro všechny velice palčivé. (Drbal, 2008)

Vzhledem k častým změnám ve zdravotnictví se ale zdravotní politika stává čím dál tím méně přehlednou a jde jen obtížně pozorovat skutečný vliv prosazených zákonů. I jednotliví ministři zdravotnictví ve své funkci zůstávají průměrně nejkratší dobu a od vzniku samostatné České republiky se vystřídal v této funkci již devatenáct ministrů. (MZČR) Protichůdné pohledy vlád a opatření rychle střídajících se ministrů dělají zdravotnictví velice nestabilním sektorem a bylo by zapotřebí nalézt dlouhodobý systém, který by byl pro všechny subjekty co nejvíce efektivní. Který systém by ale odpovídal takovýmto požadavkům, které opatření by bylo potřeba zavést a existuje vůbec dlouhodobě udržitelný systém, který by reflektoval všechny problémy a dokázal se s nimi vypořádat?

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První část se věnuje zejména zdraví jako takovému a jeho významu pro společnost jako celek, základním konceptům zdravotní politiky, modelům zdravotních systémů a zdravotní politice z globálního hlediska. Dále jsou zde popsány nejnovější národní strategie Světové zdravotní organizace, systém zdravotnictví v České republice a legislativní rámec, který se s ním aktuálně pojí. Druhá část, praktická, je zaměřena na složení jednotlivých vlád České

republiky a obsahuje analýzu programových prohlášení a jejich komparaci s následně provedenými opatřeními v daném období. Zároveň účinnost těchto opatření sleduje na vybraných ekonomických ukazatelích a zkoumá rozsah jejich vlivu či nákladnost v čase. Na základě těchto údajů souhrnně porovnává vlády mezi sebou a zkoumá efektivnost opatření zdravotní politiky vlád vzhledem k národohospodářským ukazatelům.

Analyzované období je vybráno s ohledem na funkční období vlád České republiky. Zvolený časový úsek začíná rokem 2005, tedy vládou Jiřího Paroubka, což je období před zavedením regulačních poplatků, které byly velice významnou změnou ve zdravotní politice státu, a končí současnou vládou Bohuslava Sobotky, protože znát především aktuální vývoj, kterým směřuje současná vláda a společnost jako celek je velmi podstatné.

Každá politická strana má v rámci zdravotní politiky jinou strategii a cílem práce je určení kladů či záporů vybraných politik a rozbor toho, jak se která konkrétní vláda přičinila při řešení všeobecných problémů zdravotní politiky. Dále je také pozorováno, jakým směrem plynuly přínosy či kde se naopak objevily nedostatky prosazovaných politik. Mnou stanovená hypotéza zní: Vlády na ekonomickou recesi reagují opatřeními snižující poměr veřejných výdajů, k celkovým výdajům na zdravotnictví. Tento jev jsem se rozhodla zkoumat hlavně proto, že spolu se střídáním vlád se výrazně mění postoje ke zdravotní politice. Z národohospodářského pohledu je tedy relevantní posoudit, jestli jsou tyto změny reakcí na hospodářské cykly a jestli mají nějaký reálný vliv na vývoj poměru veřejných výdajů na zdravotnictví. Kromě analýzy efektivnosti opatření je tedy v práci analyzována možná kauzalita recese na následné kroky vlády. Při zkoumání hypotézy je zde tedy zaměření na období ekonomického poklesu a v tomto a bezprostředně následujícím období popsání působení vlády na podíl veřejných výdajů na zdravotnictví k celkovým výdajům na zdravotnictví. Tyto národohospodářská data následně srovnávám s tvrzením mnou stanovené hypotézy.

Při analýze efektivnosti opatření zdravotní politiky je čerpáno převážně z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a z Českého statistického úřadu se zaměřením se na data, která sledují výdaje na zdravotnictví, mzdový vývoj ve zdravotnictví, poměr výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu, příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven.

V závěru práce jsou souhrnně zhodnoceny zdravotní politiky jednotlivých vlád jako celky vzhledem k vybraným ukazatelům pozorovaným v praktické části.

1 Teoretická část

1.1 Význam zdraví ve společnosti

Zdraví je jednou ze základních lidských hodnot, která je společensky velice významná a nemálo se podílí na prosperitě celého státu. Dobrý zdravotní stav ve společnosti významně prospívá ekonomickému růstu a rozvoji celé země. Ostatně na zdraví obyvatelstva stojí a padá celá ekonomika. I když se říká, že zdraví má nevyčíslitelnou hodnotu, ekonomové už dávno zjistili, že i do hodnoty zdraví jde vznést nemálo ekonomie a že každý subjekt dokáže ocenit užitek ze svého zdravotního stavu, nebo újmu na něm vzniklou. Investice do zdraví jsou jednou z hlavních složek investic do lidského kapitálu, kterými se zabývala chicagská škola. Tuto problematiku popsal již Gary Becker v knize Lidský kapitál (Human Capital, 1993), kde popisoval především rozhodování jedince o těchto investicích do zdraví a také do vzdělání. Později na něj navázal Milton Friedman, který uvedl pojem „Lidský kapitál“ do ekonomické praxe. (Holman 2005) I z tohoto důvodu, a také z mnoha jiných, každému státu záleží na nastavení právního rámce ohledně ochrany zdraví lidí a zároveň určení té správné strategie v rámci zdravotní politiky, která by byla ideální pro danou zemi a vedla by ji k co nejvyšší prosperitě a také výkonnosti obyvatelstva. Na toto téma je ale mnoho odlišných názorů, které nacházejí střet jen zřídka.

Desítky let se vedou diskuze o správném nastavení zdravotní politiky, způsobu jejího financování, či míře participace pacienta na financování svých zdravotních výloh. Určité náznaky zdravotní politiky můžeme objevit už v období středověku, větší změny pak za kancléře Otto von Bismarcka a jeho systému sociálního pojištění, kde bylo zahrnuto pojištění pro případ nemoci, pracovního úrazu, invalidity či stáří. Zdravotní politika jako vědní obor se zrodila po druhé světové válce, především v evropských státech, kde lidé projeví naději na příznivou budoucnost vývoje zdraví společnosti. Po válečných událostech zůstalo v celé společnosti trauma z válečného utrpení a rostoucí prosperita zemí dávala obyvatelstvu naději na lepší zítřky, i co se týče zdravotní péče. Zdravotní politika v této době prokazovala úspěšné výsledky především v boji proti infekčním chorobám, zlepšování životních podmínek a nemalé úspěchy prokazovaly novodobé pokroky zdravotní péče v čele s nově objevovanými antibiotiky a preventivní vakcinací. O této poválečné době můžeme hovořit jako o jakémsi „Zlatém věku“ zdravotnictví především v hospodářsky, sociálně a kulturně vyspělých státech. V tomto období se také

začali řešit širší souvislosti spojené se zdravotní péčí, jako jsou etické aspekty, solidarita či pokrytí ekonomických nároků základní všeobecné zdravotní péče. (Drbal, 2008)

I když je otázka ideálního vymezení zdravotní péče řešena mnoha odborníky, jednoznačné odpovědi se nám nedostane. Proto si každá názorová strana propaguje svoji vizi skrz politické strany a jimi tvořenou zdravotní politiku.

1.1.2 Zdraví a faktory, které ho ovlivňují

Definice zdraví je velice obtížná a jednu z prvních takových definic nám může poskytovat jeho negativní vymezení, které chápe zdraví - jako stav bez existence nemoci. Jiná, obecnější definice, kterou nám poskytuje zakládající dokument Světové zdravotní organizace z roku 1946, říká, že: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo nějaké tělesné či duševní vady*“. A takto je zdraví zakotveno i v ústavě této organizace. (Duben, 2000, str. 147)

V životě jedince jsou nejrůznější faktory, které působí na naše zdraví a my je můžeme ovlivňovat, jako například kvalita výživy, množství odpočinku, tělesná a duševní zdatnost, kvalita bydlení, životní podmínky a mnohé další. Dále jsou tu faktory sociální a ekonomické, které většinou sledují konkrétní trendy dané doby. Mezi nejvýznamnější z nich patří rostoucí urbanizace, zvyšování vzdělanosti a životní úrovně, změny ve struktuře rodiny, ekologické změny prostředí, nová onemocnění a tlak na zvyšování kvality zdravotní péče. Reakcí na tyto změny se ve společnosti zlepšují všeobecné životní podmínky a na toto zlepšení se váže také prodloužení střední délky života či snižování novorozenecké úmrtnosti. Zároveň tyto sociálně ekonomické faktory přinášejí i negativní aspekty, jako nárůst stresu, větší počet psychických a psychiatrických onemocnění, zvýšení počtu kardiovaskulárních problémů a také růst onemocnění vyvolaných zhoubnými nádory. Dlouhodobě se ale ukazuje, že i když je i následná léčba onemocnění velice důležitá, řešení těchto problémů skýtá hlavně způsob našeho života. (Duben, 2000)

Díky těmto faktorům není zdraví jedince stav trvalý, ale může se v čase výrazně měnit. Definice zdraví nám sice poskytuje určitý rámec, avšak není to definice v pravém slova smyslu, spíše nás má nasměrovat, čím vším bychom se měli v rámci ochrany zdraví

zabývat a jaký by byl ideální stav úplného zdraví, který by měl být cílem, kterého se snažíme dosáhnout.

K přiblížení se tomuto ideálnímu stavu nám může ve státě pomoci zdravotní politika.

1.2 Systémy zdravotnictví

Zdravotní politika každého státu vychází ze základních systémů zdravotnictví, které se liší způsobem úhrady zdravotních výloh či odpovědností za škody. Ve vyspělých státech se dnes prosazuje především systém sdíleného rizika, který přenáší část odpovědnosti a výloh na zdravotní náklady z pacienta na jiný subjekt. Tuto pojistku nám mohou zajišťovat soukromé společnosti, nebo se občan může spoléhat na stát, kde tato státní garance funguje také jako určitý způsob pojištění. (Němec, 2008) Výše pokrytí zdravotní výloh se může u každé osoby lišit a závisí na averzi k riziku daného jedince. Podle výše pokrytí případných zdravotních výloh a vztahu k riziku se samozřejmě odvíjí i částka, kterou je pojištěnec ochoten pravidelně platit. Má-li jedinec záporný vztah k riziku, je ochoten se vzdát takové části příjmu, aby riziko zmenšil, popřípadě se mu zcela vyhnul. (Kahneman, Tversky, 1984)

V základu rozlišujeme dvě formy systémů zdravotního pojištění podle míry dobrovolnosti a účasti: statutární a privátní, které mohou být v různé míře kombinovatelné mezi sebou, nebo lze použít pouze jeden systém na pokrytí celého zdravotního pojištění.

Statutární zdravotní pojištění

Tento systém pojištění se vyznačuje tím, že neexistuje dobrovolnost a zákonem je jasné dáno, kdo do tohoto zdravotního systému musí povinně přispívat a kdo z něj bude moci čerpat. Může být provozováno jak veřejnými, tak privátními subjekty. Jediná dobrovolnost, která u tohoto typu pojištění může být použita je v případě, že osoba nespadá do tohoto typu pojištění a byla z něj vyjmuta, avšak osoba se sama svobodně rozhodne být pojištěncem především z finančních benefitů který systém nabízí. (Němec, 2008)

Privátní zdravotní pojištění

Toto pojištění je naopak dobrovolné a osoby se mohou rozhodnout, zda chtějí využít možnosti tohoto pojištění, či nikoli. Privátní zdravotní pojištění mohou využívat osoby, na které se nevztahuje statutární pojištění, nebo může fungovat jako doplňkové pojištění ke statutárnímu a osoba může být pomocí tohoto pojištění ještě víc kryta proti riziku. (Němec, 2008)

Dále rozlišujeme zdravotní pojištění z pohledu výběru okruhu pojištěných osob. Pokud hodnotíme individuální atributy daného pojištěnce, hovoříme o individuálním zdravotním pojištění. Naopak když hodnotíme pojištěnce pouze z pohledu příslušnosti k určité skupině, hovoříme o takzvaném skupinovém zdravotním pojištění.

1.2.1 Typy modelů zdravotních systémů

V každé zemi funguje vždy odlišný systém zdravotnictví, ať už více převažuje statutární či privátní pojištění, systém každé země je velice unikátní a vychází také z tradic a zakořeněných hodnot dané země. V průběhu 20. století se ale vymezili tři základní zdravotní systémy, do kterých můžeme hrubě zařadit většinu vyspělých zemí. Samozřejmě musíme mít pořád na paměti, že i když hovoříme o příslušnosti určité země do vybraného systému, myslíme tím spíše, že opisuje obecný rámec vymezení modelu, než že by byla přesnou kopií systému. Zdravotní systémy dělíme na tyto tři modely:

1) Beveridgeův model zdravotního systému – Státní zdravotnictví

Typickým příkladem tohoto modelu je zdravotní systém Velké Británie – Národní zdravotní služba (National Health Service) založena 1948 Williamem Beveridgem, po kterém je tento model také pojmenovaný. Systém byl unikátní především financováním ze společných daní, z kterých se pak pokrývala zdravotní péče, policejní složky či provoz veřejné knihovny (Physicians for a National Health Program)

Základy systému Státního zdravotnictví jsou tedy ve financování od daňových poplatníků a vyznačuje se univerzálním pojistným krytím, veřejnými zdravotnickými zařízeními a v nich poskytované hrazené zdravotní péče. Poskytování peněz těmto zařízením probíhá buď na regionální a municipální úrovni, nebo je to úlohou speciálních úřadů státní správy. Jde tedy o bezplatnou zdravotní péči, která se neváže k majetku jednotlivce, ale je financovaná z daní všech obyvatel. Slabinou tohoto systému ale mohou být dlouhé čekací

doby, které mají spojitost s nízkou finanční spoluúčastí pacientů. (Janečková, Hnilicová, 2009)

2) Bismarkovský model zdravotního systému – Národní zdravotní pojištění

Tento model je pojmenovaný po pruském kancléři Otto von Bismarckovi a vychází z jeho systému zdravotního pojištění založeným v 19. století. Tento systém je tedy rozšířený hlavně v Německu, Francii, ale i Japonsku či latinské Americe. (Physicians for a National Health Program)

Zakládá se na povinném statutárním zdravotním pojištění na principu solidarity a rovnosti. Občan zde hradí určitý příspěvek do fondu zdravotních pojišťoven bez ohledu na budoucí potřebu zdravotní péče jednotlivce. Pojišťovny tyto finanční prostředky přenášejí do zdravotnických zařízení, s kterými mají uzavřené smlouvy o poskytování péče. Stát se v tomto systému podílí na zdravotní péči formou příspěvků na státní pojištěnce či na vybrané skupiny občanů, jako jsou studenti, či penzisty. Systém si zakládá na všeobecné dostupnosti zdravotní péče a vysoké kvalitě. S tím je ale spojena vysoká nákladnost systému, ať už zdravotní péče, či administrativních nákladů a nemožnost výběru zdravotního pojištění jednotlivcem. (Janečková, Hnilicová, 2009)

3) Liberálně, tržně orientovaný model v USA

Tento model vychází ze systému Spojených států amerických, které neměly až do roku 2010 žádný sociální systém, který by plošně pokrýval celé obyvatelstvo. Do této doby bylo zdravotní pojištění vnímáno výhradně jako odpovědnost jedince. Právo na základní zdravotní péči není ani zakotveno v Ústavě Spojených států amerických, a proto zde neexistovala jakákoliv státní politika zdravotnictví. Roku 2010 zde byla provedena reforma zdravotnictví a zavedena síť národní zdravotní péče obsahující veřejné programy. Nejvýznamnějšími jsou Medicare, který je financován z federálních daní a Medicaid spolufinancovaný jednotlivými státy unie. Již před reformou zaměstnavatelé poskytovali zdravotní pojištění zaměstnancům jako benefity, ale dlouhodobě zde přetrvávala nepojištěná menšina. Tento systém se vyznačuje vysokou úrovní zdravotní péče a zaváděním nejnovějších léčebných technologií. S tím bohužel jde ale ruku v ruce finanční náročnost celého systému. (Janečková, Hnilicová, 2009)

1.3 Vymezení zdravotní politiky a předmět její činnosti

Definice zdravotní politiky můžeme najít mnoho. Ačkoliv každá shrnuje tuto oblast z odlišného pohledu, v hlavních konceptech se shodují. Určitý popis zdravotní politiky a předmět její činnosti nám nabízí Krajská hygienická stanice středočeského kraje se sídlem v Praze. „*Zdravotní politika představuje souhrn politických a společenských aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, kteří mají vliv na zdraví.*“ (Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze)

Tato definice ukazuje úzkou spojitost mezi společenskými a politickými aktivitami, které, nad rámec činnosti zdravotnických služeb, tvoří zdravotní politiku na různých úrovních, ať už jedinců, či celé společnosti.

Zdravotní politika státu se projevuje jako jakýsi dvoufázový proces, do kterého spadá její tvorba a realizace. Tvorba probíhá na základě výběru z možných řešení. Typickým dilematem při tvorbě zdravotní politiky je rozhodování, zda je lepší státní či soukromé zdravotnictví, financování ze státního rozpočtu či určitá forma spoluúčasti pacientů. (Duben, 2000) Tvorbu ovlivňují určité podmínky, ať už jde o společenskou kulturu státu, stupeň společensko-ekonomického rozvoje země, masové sdělovací prostředky či jednotlivé subjekty vstupující do zdravotní politiky. (Kuvíková, Murgaš, Nemec, 1995)

Konečná koncepce zdravotní politiky, její finální podoba a struktura se prosazuje pomocí zákonů, nebo o ní rozhoduje vláda určitými nařízeními, které předává ministerstvu zdravotnictví. Realizace poté probíhá hlavně s přihlédnutím k ekonomickým faktorům daných opatření. Největší problém tradičně vyplívá ve spojitosti s financováním zdravotnictví, nákladností zdravotní péče a vytvářením zdravotnického trhu. (Duben, 2000)

Zdravotní politika se týká nespočetně činností, a proto je také složité její vymezení a neexistuje přesná definice. Zdravotní politika se vyvinula po druhé světové válce z potřeby dostupné a kvalitní zdravotní péče a dále se postupem času k této politice přidaly otázky z oblasti prevence, potřebnosti zdravotní pojištění, dostupnosti léků,

ochrany životního prostředí a s ním spojené ochrany zdraví, regulace platu a počtu zdravotních pracovníků a tak dále. (Drbal, 2008)

1.4 Národní strategie Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – dále WHO) byla založena roku 1946 jako agenda patřící pod Organizaci spojených národů. Sídlo této organizace je v Ženevě a organizace čítá 194 členských států a Česká republika, respektive dřívější Československo bylo zakládajícím členem. Česká republika jako samostatný stát se tedy stala členem v roce 1993. Hlavními oblastmi činnosti WHO je vymezení národních strategií v oblasti zdravotní politiky, sledování zdravotního stavu obyvatelstva jednotlivých států na základě hodnotících ukazatelů, testování nových postupů a technologií. (MZČR, 2002)

1.4.1 Zdraví 21

Jednou z klíčových strategií v oblasti zdraví je dokument Světové zdravotní organizace Zdraví 21 (Health 21) Dokument nabízí inspiraci pro ministry vlád členských zemí, aby podnikli kroky a implementovali takové strategie, které nastaví politický rámec, jenž bude v souladu právě s klíčovými body programu Zdraví 21. Tento dokument má pomáhat přejít kvalitně a kultivovaně do 21. století. WHO vidí jako hlavní cíl dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny obyvatele.

WHO si vytyčilo tři základní hodnoty v rámci Zdraví 21:

- Zdraví je základní lidské právo.
- Rovnost ve zdraví a s nám spojená solidarita v aktivitách mezi státy a uvnitř zemí.
- Spoluúčast a odpovědnost jedinců, skupin a institucí na pokračování zdravotního vývoje.

Dále bylo v rámci tohoto programu, na základě různých strategií zaručujících ekonomický, vědecký, politický tlak na prosazování Zdraví 21, vybráno 21 cílů, které jsou hlavními pilíři celého programu. Tyto cíle nabízí vodítko a inspiraci pro členské země při zlepšování a rozvoji zdravotní situace. (MZČR, 2002)

Hlavní cíle Zdraví 21:

1. Solidarita ve zdraví v evropském regionu
2. Spravedlnost ve zdraví
3. Zdravý start do života
4. Zdraví mladých
5. Zdravé stárnutí
6. Zlepšení duševního zdraví
7. Prevence infekčních onemocnění
8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. Zdravé a bezpečné životní prostředí
11. Zdravější životní styl
12. Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem
13. Zdravé místní životní podmínky
14. Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů
15. Integrovaný zdravotnický sektor
16. Řízení v zájmu kvality péče
17. Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
18. Příprava zdravotnických pracovníků
19. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20. Mobilizace partnerů pro zdraví
21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

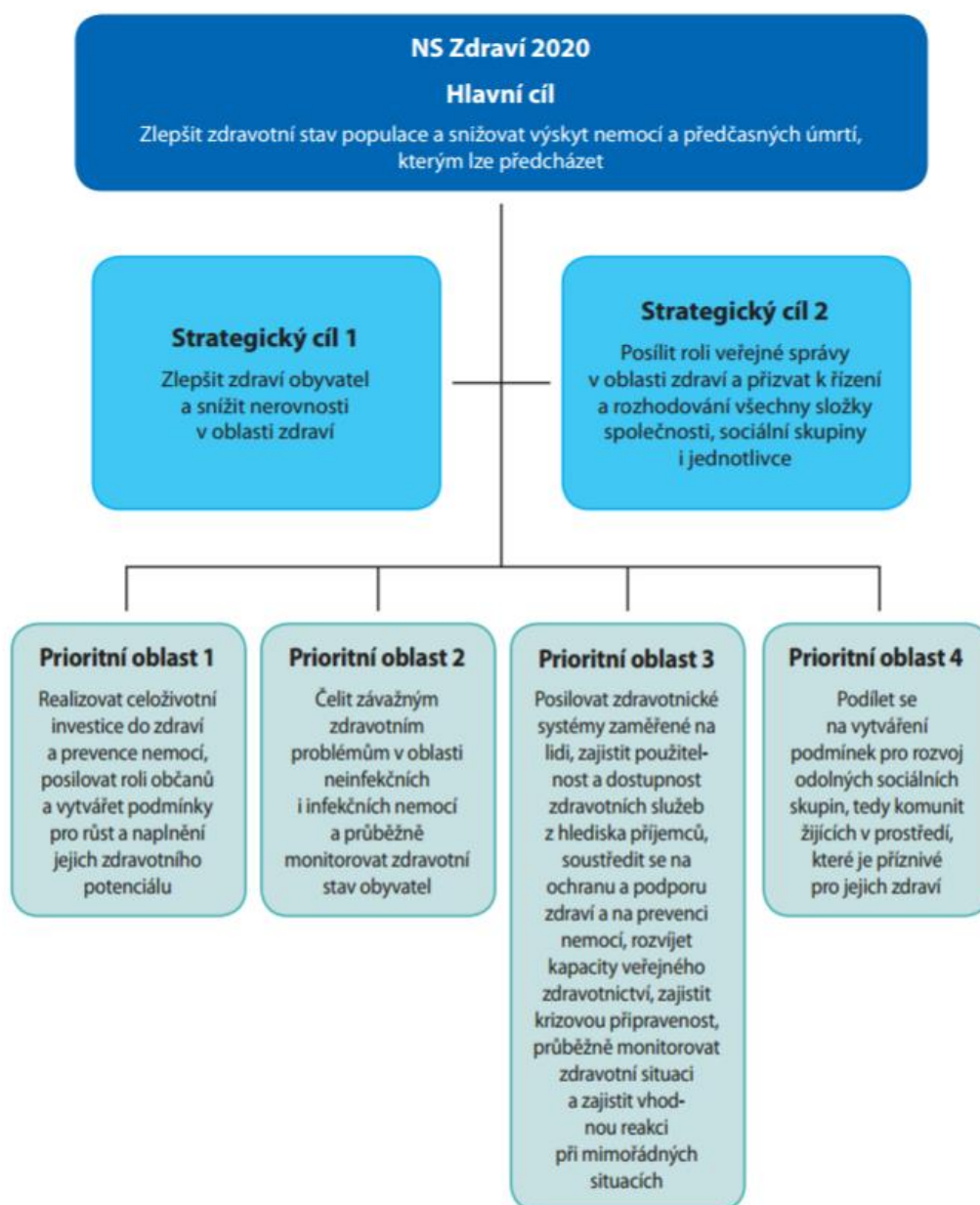
Dále je každý cíl v dokumentu podrobně rozebírán a řešen v rámci jednotlivých postupů, kterými se může země k cíli přiblížit a na které by se měla soustředit. (MZČR, 2002)

1.4.2 Zdraví 2020

Na dokument Zdraví 21 následně navazuje další strategický plán Světové zdravotnické organizace nazvaný Zdraví 2020 (Health 2020). Tento plán vznikl jako reakce na potřebnou aktualizaci strategií Zdraví 21 a nepopírá tedy předchozí dokument, pouze se snaží reflektovat potřeby dalších generací. (MZČR, 2014)

Zdraví 2020 si klade jeden hlavní cíl a dále dva strategické a dále čtyři prioritní oblasti, které konkrétně vidíme na obrázku č 1.

Schéma č. 1 NS Zdraví 2020



Zdroj: Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

1.5. Zdravotnictví v České republice

Podoba každého zdravotního systému vychází z konkrétních specifíků a zvyklostí obyvatelstva dané země. Jde zejména o kulturně-historické a ekonomické aspekty a úroveň zdravotního stavu obyvatelstva. V České republice byl rozvoj veřejného zdravotnictví, jeho podoba i obsah významně ovlivněn rozvojem Evropy jako takové, a především rozvojem zdravotní péče okolních států. Historicky se koncepce veřejného zdravotnictví formovala ze sociálního lékařství či jinde nazývané též sociální hygieny a úseku veřejné správy. Pod pojmem veřejného zdravotnictví je tedy zahrnuta problematika zdraví obyvatelstva i systém všeobecné zdravotní péče. (Mášová, Křížová, Svobodný, 2004)

1.5.1 Historie zdravotního systému ČR

Jako samostatný obor se začalo veřejné zdravotnictví v České republice řešit na sjezdu českých přírodopisců a lékařů v roce 1908 kde se projednával zejména systém dělnického pojištění, péče o nemocné a postižené a koncepty vycházeli především z Německých modelů. Později se začalo sociální lékařství studovat na lékařských fakultách a tento obor spojoval sociální a lékařské otázky. Po třicátých letech 20. století se rozvinulo v České republice mnoho nových lékařských oborů, zaměřených především na epidemiologii a makrobiologii, jelikož tyto obory byly v této době nejžádanější a taktéž se vybuďovala kompletní soustava péče o zdraví včetně systému veřejně právních zdravotních ústavů a jiných institucí, z kterých vzniklo celé veřejné zdravotnictví. Taktéž v této době vznikl propracovaný systém zdravotních pojišťoven. V tomto období byla péče o zdraví v České republice na světové úrovni. (Mášová, Křížová, Svobodný, 2004)

Po druhé světové válce se objevuje enormní nárůst chronických onemocnění, a tak se české zdravotnictví začíná orientovat na prevenci a rozvoj vědy což vede k růstu celkových nákladů. V další etapě komunistického režimu díky existenci státního monopolu na zdravotnictví na nějakou dobu princip veřejné zdravotní péče mizí a je zbrzděn růst úrovně, který byl zaznamenán v meziválečném období. (Janečková, Hnilicová, 2009)

Po roce 1989, kdy padl komunistický režim, se objevily snahy o demokratizaci celého systému a předpokládala se změna v tradičním českém vztahu lékař – pacient, který se

zakládal na submisivnosti pacienta a absolutní důvěře nemocného v lékaře a odborníky. Po přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a zákonech, které umožňovali svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení, se předpokládalo, že veřejnost bude spoléhat více sama na sebe a bude růst počet soudních sporů mezi pacientem a lékařem. Tento efekt ale nepřišel a v českém zdravotnictví stále přetrvává pasivita obyvatelstva a přenos veškeré odpovědnosti na lékaře a je tradičním rysem českého zdravotnického systému. Je pravděpodobně vytvořena z normalizačního sociálního kontextu, kde byla „naučená bezmocnost“ a tak pacient na spoluúčast rezignoval a výrazně tu dominuje paternalistická role lékaře. Nicméně Etický kodex Práva pacientů a taktéž etický kodex České lékařské komory v roce 1992 vyslovil povinnost lékaře informovat pacienta o jeho zdravotním stavu. (Mášová, Křížová, Svobodný, 2004)

Vzhledem k tomuto zakořeněnému vztahu nadřazenosti lékaře se v českém zdravotnictví dlouhodobě drží trend neangažovanosti pacienta a s tím spojený malý zájem o privatizaci tohoto sektoru. Státní řízení a zásahy ale mohou vykazovat neefektivní výsledky a omezují tržní systém jako takový.

Dle Stiglitze v souvislosti s poskytováním zdravotní péče existují určité nedokonalosti, či specifika tohoto trhu. Jde o omezovanou informovanost ve vztahu lékař - pacient a omezená konkurence poskytovatelů zdravotních služeb. Zákazník se většinou nerozhoduje na základě nejnižší ceny, ale spíše na základě důvěry, neboť nižší cena vzbudí pochybnosti o kvalitě a kvalifikaci. Dále je také velice nepřehledné porovnání cen, jelikož zdravotnické služby jsou velice rozmanité, a to ztěžuje možnost tyto ceny relevantně porovnat. Konkurence je ve zdravotnictví omezena i z hlediska počtu poskytovatelů, kdy pacient nemůže v případě nespokojenost přejít ke konkurenci, jelikož konkurence je nedostupná. (Stiglitz, 2000)

Tyto trendy pasivity pacienta se v České republice projevují opravdu výrazně. O částečnou participaci pacienta na své zdravotní péči bylo usilováno zavedením jednorázových regulačních poplatků za recept, ambulanci, hospitalizaci a pohotovostní ošetření v roce 2008. Cílem těchto poplatků bylo omezit nadužívání zdravotní péče a větší finanční podpora zdravotnickým zařízením. Tyto poplatky byly ale v roce 2015 zrušeny a přetrval jen poplatek za pohotovostní ošetření. (MZČR 2012)

1.5.2 Česká legislativa a strategie v oblasti zdravotní politiky

Legislativa spojená se zdravotnictvím spadá pod Ministerstvo zdravotnictví České republiky se sídlem v Praze. Současným ministrem tohoto ministerstva je od 1. prosince 2016 JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA.

Platná legislativa v rámci Ministerstva zdravotnictví upravuje příslušnými zákony tyto oblasti (MZČR 2009):

- Zdravotní služby
- Pracovníci ve zdravotnictví
- Zdravotní pojištění
- Zdravotnické prostředky
- Léčiva
- Konopí k léčebným účelům
- Návykové látky
- Ochrana veřejného zdraví
- Lázeňství

Příslušné zákony viz příloha č. 1

Strategie v rámci Zdravotní politiky České republiky čerpaly především z dokumentů Světové zdravotnické organizace a nadnárodních smluv. Tyto dokumenty vláda upravuje do podoby přijatelné pro Českou republiku a zároveň je sladí s českou legislativou

Aktuální strategické plány vlády České republiky v oblasti ochrany a podpory zdraví jsou:

- Akční plán zdraví a životního prostředí ČR
- Zdraví 21
- Zdraví 2020
- Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví
- Národní akční plán prevence dětských úrazů
- Národní strategie bezpečnosti silničního provozu
- Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice

(Krajská hygienická stanice, 2009)

1.5.3 Aktéři zdravotní politiky v České republice

Při tvorbě i realizaci zdravotní politiky vstupuje do procesu hned několik účastníků. Deregulace mohou vést ke zvýšení výnosů na jedné straně, na druhé straně zde ale hrozí pokles morálních norem a hodnot. Často se ve zdravotnictví následně objevují tendence prosazovat zájmy podnikatelských aktivit a odklání se pozornost od hlavního cíle a poslání. (Háva, 2003)

Na tuto problematiku musíme nahlížet z pohledu toho, že zdravotní politika je jakýsi systém se vzájemnou interakcí uvnitř a můžeme zde pozorovat určité skupiny aktérů zdravotní politiky, které do celého systému zasahují. V zásadě je dělíme na :

- Státní aktéry
- Společenské struktury
- Politické struktury a aktéry

Státní aktéři

Řeší především legislativní proces zdravotní politiky. Jsou to:

- 1) Zvolení zástupci
 - a. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
 - b. Senát
 - c. Krajská zastupitelstva
 - d. Vláda
 - e. Prezident
- 2) Jmenování zástupci
 - a. Ministerstvo zdravotnictví
 - b. Ministerstvo financí
 - c. Další ministerstva
 - d. Členové expertních skupin a komisí
 - e. Ústavní soud

Společenské struktury

Jejich postoj a reakce na určité politiky může významně ovlivnit výsledek. Jde o:

- 1) Politicko-ekonomické subjekty – VZP, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení
- 2) Pracovníci – lékaři, lékárníci, zdravotní personál, pracovníci vládních a výzkumných organizací, ostatní pracovníci ve zdravotnictví a zaměstnanci firem

- 3) Firmy – farmaceutické firmy, prodejci léčiv či zdravotních pomůcek
- 4) Pacienti

Politické struktury a aktéři

Vliv této skupiny je především při tvoření dané politiky, ať už projevem určitých názorů, či formou nátlaku a prosazením vlastních zájmů. Těmito aktéry jsou:

- 1) Politické strany – parlamentní a neparlamentní
- 2) Výzkumné organizace – ČSÚ, Státní ústav pro kontrolu léčiv, ÚZIS, vysoké školy
- 3) Masmédia
- 4) Zájmové skupiny
 - a. Povinné členství
 - i. České lékařská komora
 - ii. Česká stomatologická komora
 - iii. Česká lékárenská komora
 - b. Dobrovolné členství
 - i. Svaz zdravotních pojišťoven
 - ii. Svaz pacientů
 - iii. České zdravotnické fórum
 - iv. CzechMed
 - v. Nadace

(Pavlík, 2010)

2 Praktická Část

2.1 Vláda České republiky a její působení na zdravotní politiku

Státní moc České republiky je rozdělena na moc výkonnou, zákonodárnou a soudní. Vrcholným orgánem výkonné moci je vláda v čele s předsedou vlády. Předseda vlády navrhuje ministry, a tak má přímý vliv na zdravotní politiku dané země, jelikož dosazuje osoby na post ministra zdravotnictví za aktuální období.

Postavení vlády České republiky je vymezeno v Ústavě České republiky ze dne 16. prosince 1992. Vláda je odpovědna Poslanecké sněmovně, která jí může vyslovit nedůvěru. K přijetí tohoto návrhu na vyslovení nedůvěry je zapotřebí souhlas nadpoloviční většiny poslanců. Jestliže je vládě tato nedůvěra vyslovena, či případně není-li jí vyslovena důvěra při sestavování, vláda podá demisi do rukou prezidenta. (Ústava České republiky, 1992)

Vláda dále při svém sestavení vydává programové prohlášení týkající se všech oblastí, které má obsáhnout a dává nám obraz vize let budoucích. Vláda své programové prohlášení rozdělí na úseky zájmu a jedním úsekem je zdravotnictví. V této části dává závazky a opatření, které se bude snažit dále realizovat. Tímto prohlášením stanoví veškeré cíle a priority politiky státu.

Po čas celého vládnoucího období vláda pracuje na návrzích zákonů či novelách zákonů, kterými by naplnila své vytyčené cíle a dále podává stanoviska k zákonům předkládaným z Poslanecké sněmovny.

2.2 Analýza programových prohlášení vlád České republiky 2005–2016

Efektivnost zdravotní politiky prostřednictvím jednotlivých opatření vlády zkoumám s ohledem na celkové možnosti vlády na ovlivnění zdravotního stavu obyvatel a s přihlédnutím k ostatním možným faktorům. Pro porovnání jednotlivých vlád nejprve analyzuji cíle vlád a efektivnost následných opatření pomocí vybraných ukazatelů. Následně nabízím porovnání napříč vládami z hlediska vybraných národohospodářských ukazatelů, které sledují zdravotní politiku v makroekonomickém měřítku.

Na základě těchto dat je v konečné části práce zhodnocena moje úvodní hypotézu ohledně reakce vlád na recesi, která zní: Vlády na ekonomickou recesi reagují opatřeními snižující poměr veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví.

2.2.1 Vláda Jiřího Paroubka

Tato vláda byla sestavena 25. 4. 2005 a vykonávala úřad do 16. 8. 2006, kdy podala demisi. Byla to již třetí vláda sestavena Českou stranou sociálně demokratickou od voleb do Poslanecké sněmovny České republiky 2002, které vyhrála se ziskem 30,2 % hlasů. Vládními stranami byla Česká strana sociálně demokratická (ČSSD) spolu s koalicí Křesťanské a demokratické unie – Československé strany lidové (KDU-ČSL) spolu s Uníí svobody – Demokratickou unií (US-DEU). Tyto strany ve volbách utržili celkově 44,41 % zisk a tím pádem 101 mandátů v Poslanecké sněmovně a 18 křesel ve vládě.

Předsedou vlády byl Ing Jiří Paroubek (ČSSD) a ten jmenoval do této vlády na post ministra zdravotnictví MUDr. Miladu Emmerovou (ČSSD), která svou funkci vykonávala do 12. 10. 2005 a poté ji vystřídal MUDr. David Rath (ČSSD). Jeho jmenování proběhlo s téměř měsíčním zpožděním, během kterého zde byl řízením pověřen Ing Zdeněk Škromach (ČSSD). Byl zde totiž možný střed zájmu, kvůli kterému jeho jmenování odmítl akceptovat tehdejší prezident prof. Ing. Václav Klaus, CSc. David Rath totiž před výkonem postu ministra zdravotnictví působil ve vedoucí funkci v České lékařské komoře. Až po složení této funkce byl tedy jmenován na post ministra zdravotnictví.

2.2.1.1 Analýza programového prohlášení

Vláda sestavila programové prohlášení a v oblasti zdravotnictví si stanovila tyto priority: *„zajištění dostupnosti, rovnocennosti a kvality zdravotní péče na nejvyšší dosažitelné úrovni moderní medicíny na základě nových zákonů o zdravotnických zařízeních a o zdravotní péči“*. (Programové prohlášení vlády, 2005, str. 4) Dále avizovala moderní zdravotní politiku s vyrovnaným financováním, a to nejvíce z rozpočtů veřejného zdravotního pojištění.

Konkrétně se zavázala k těmto opatřením:

- zajištění potřebné zdravotní péče pro každého občana (zákon o zdravotnických zařízeních a zákon o zdravotní péči)
- zlepšování léčebně preventivní péče

- budování sítě zdravotnických zařízení
- pokračování v trendu prodlužování střední délky života a k důstojné péči o starší spoluobčany
- zamezení zúžení rozsahu zdravotní péče z veřejného pojištění a nezvyšování spoluúčasti pacienta
- vládním opatřením, které přinesou kladný ekonomický dopad jak v příjmové, tak ve výdajové stránce systému veřejného zdravotního pojištění
- dostupnosti bezpečných a kvalitních léčiv
- lepší informovanost občanů v oblasti zdravotní péče
- zlepšování duševního zdraví obyvatelstva

(Programové prohlášení vlády, 2005)

Na základě tohoto programového prohlášení se zaměřím na ukazatele, které sledují trendy ve vytyčených oblastech.

Při zajištění **léčebně preventivní péče** sleduji počty lékařů a lůžek v léčebně preventivních zařízeních.

Tabulka č. 1: Stavby léčebně preventivní péče (na 10 000 obyvatel)

	2004	2005	2006
Lékaři	39,2	39,53	39,58
Lůžka	111,37	110,36	109,51

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

V roce 2004 bylo na 10 000 obyvatel 39,2 lékařů a 111, 37 lůžek. V prvním roce vlády stoupl počet lékařů, avšak počet lůžek se v tomto roce snížil a v roce 2006 se tento vývoj opakoval a první ukazatel ještě mírně vzrostl o pět desetin a počet lůžek se opět snížil. Tento trend je pozorovaný i v absolutních číslech.

Z těchto dat mohu konstatovat, že toto opatření naplnila vláda jen z poloviční části, jelikož zlepšení v této oblasti se dostalo v počtu lékařů, nikoli však už v počtu lůžek.

Další závazek vlády bylo **budování sítě zdravotních zařízení**. Souhrnné stavy jednotlivých segmentů zdravotní sítě v jednotlivých letech můžeme pozorovat v následující tabulce.

Tabulka č. 2: Stavy zdravotní sítě

	2004	2005	2006
Počet zařízení	27328	27488	27540
Lékaři	40371	40802	41031
Pracovníci ne-lékaři s odbornou způsobilostí	105077	104761	104383
Lůžka	113826	113131	112659
Místa	7110	7169	7010

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

Z tabulky lze vyčíst, že počet zdravotních zařízení v této vládě rostl, stejně tak jako rostl i počet lékařů. Oproti roku 2004 po této vládě ubylo naopak zdravotnických pracovníků a stejně tak lůžek i míst. Jestliže hovoříme o budování sítě jako o systému zdravotnických zařízení, lze říci, že vláda svému závazku dostála. Podíváme-li se ale hlouběji, lůžka a místa v těchto zařízeních, musíme konstatovat, že tam se zvětšování této sítě nekonalo. Protože i přesto, že se zvýšil počet zařízení, nezvýšil se počet lůžkové péče. Stejně tak je zde rozpor ve zvětšování sítě, co se týče personálu. Počet lékařů za toto období stoupnul, avšak ne-lékařských pracovníků ubylo.

Jestliže vláda měla za cíl budovat síť zdravotních zařízení ve smyslu budování klinik a ordinací, popřípadě růst počtu lékařů, tak se jí tento závazek povedlo dodržet. Přesto musím konstatovat, že v lůžkové péči a v ne-lékařském personálu se tento růst nekonal.

Dalším bodem byla snaha pokračovat v trendu zvyšování **střední délky života**. Tento ukazatel určuje takzvanou „naději na dožití“ a značí střední hodnotu počtu let zbývajících do smrti za předpokladu zachování stejné úmrtnosti, jaká byla v období výpočtu. Je hojně využíván jako ukazatel měřící vyspělost sociální, kulturní, či zdravotního stavu populace. Jelikož se tento ukazatel významně liší pro muže a ženy, je tento ukazatel rozdělen na tyto dvě skupiny. (Státní zdravotnický ústav Praha, 2006)

Tabulka č. 3: Střední délka života – muži

MUŽI	při narození	ve věku 15 let	ve věku 45 let	ve věku 65 let
2003–2004	72,55	58,01	29,64	14,21
2004–2005	72,88	58,32	29,89	14,38
2005–2006	73,45	58,91	30,38	14,79

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Státního zdravotnického ústavu Praha

Tabulka č. 4: Střední délka života – ženy

ŽENY	při narození	ve věku 15 let	ve věku 45 let	ve věku 65 let
2003–2004	79,04	64,44	35,16	17,49
2004–2005	79,1	64,48	35,19	17,55
2005–2006	79,67	65	35,69	18,01

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Státního zdravotnického ústavu Praha

Jak můžeme vidět v tabulce číslo 1 a 2, měřená střední délka života se po dobu vlády ve všech skupinách prodlužovala, a to jak u mužů, tak i u žen. Jen těžko zde lze ale posuzovat opravdový vliv zdravotní politiky vlády. Prodlužování střední délky života úzce souvisí s trendem stárnutím obyvatelstva. Kromě stavu zdravotnictví tento ukazatel totiž ovlivňuje mnoho dalších faktorů, z nichž nejsilnější je kojenecká a dětská úmrtnost, dále také ekonomika dané země, příjmy obyvatelstva, úroveň kriminality, životní prostředí a mnohé další.

Vzhledem k množství faktorů ovlivňujících tento ukazatel je pravděpodobně vliv vlády v období necelých dvou let minimální. Zajímavějším ukazatelem, který by mohl lépe přiblížit délku života s ohledem na zdravotnictví, se mi jeví ukazatel střední délky života ve zdraví. Tento ukazatel kombinuje úmrtnostní tabulky a věk a podíl osob v dobrém zdravotním stavu. A představuje takzvané „roky zdravého života“. (ÚZIS, 2009)

Rozsah veřejné zdravotní péče budeme hodnotit podle celkového objemu veřejných výdajů v absolutních číslech i v přepočtu na jednoho obyvatele. Tyto hodnoty jsou zobrazeny v následující tabulce.

Tabulka č. 5: Veřejné výdaje na zdravotní péči

Veřejné výdaje	absolutně (v mil. Kč)	na 1 obyvatele (v Kč)
2004	184825	18108
2005	191356	18698
2006	197027	19191

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

Z hodnot lze pozorovat nárůst veřejných výdajů na zdravotnictví v obou oblastech, a tedy lze konstatovat, že zúžení rozsahu péče se nekonalo a vláda tedy svojí vizi naplnila. Co se **participace pacienta** týče, následující tabulka nám zobrazuje soukromé výdaje na zdravotní péči.

Tabulka č. 6: Soukromé výdaje na zdravotní péči

Soukromé výdaje	absolutně (v mil. Kč)	na 1 obyvatele (v Kč)
2004	24225	2395
2005	27418	2679
2006	29783	2901

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

Soukromé výdaje, stejně jako veřejné, v období této vlády rostly. Následující tabulka a graf nám tedy zobrazuje procentuální spoluúčast pacienta soukromými výdaji.

Tabulka č. 7: Poměr veřejných a soukromých výdajů

Poměr veřejných a soukromých výdajů (v %)		
	veřejné	soukromé
2004	88,4	11,6
2005	87,5	12,5
2006	86,9	13,1

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

Participace pacienta na zdravotní péči se v procentuální hladině v námi sledovaném období zvyšuje. Můžeme tedy soudit, že opatření zamezující zvyšování participaci pacienta, se nepodařily.

Spoluúčast můžeme sledovat také v rámci odvodů na zdravotní pojištění, která se v tomto období nezvyšovala a byla stále na 13,5 %. (Zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.)

Tyto data ohledně poměru veřejných výdajů dále sleduji v části, která se zabývá mojí hypotézou zkoumající právě poměr veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví v návaznosti na ekonomické cykly.

Kladný vývoj příjmů a výdajů systému veřejného zdravotního pojištění posuzujeme na základě bilance zdravotních pojišťoven a jejího salda.

Tabulka č. 8: Saldo příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven

Saldo příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven			
rok	2004	2005	2006
absolutně (v mil. Kč)	242	815	2822

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

Z následujících dat je patrné, že saldo příjmů a výdajů bylo v letech této vlády kladné, a navíc se meziročně zvětšovalo, a to i v porovnání se saldem roku předcházejícímu této vládě.

V souvislosti s **dostupností léčiv** budeme zkoumat vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků. Tento ukazatel je přepočítaný na doporučenou denní dávku, jelikož údaje z hlediska počtu balení či celkového objemu financí nejsou příliš relevantní vzhledem k rozmanitosti velikostí balení, různým cenám a jejich vývoji. Můžeme ale z dat ÚZIS konstatovat, že průměrná cena balení v prvním roce byla 170 Kč, poté 175 Kč a v posledním roce 184 Kč. Tento údaj ale nezohledňuje inflaci ani strukturu zahrnutých léčiv.

Tabulka č. 9: Dostupnost léčiv

Objem distribuovaných léčivých přípravků			
rok	2004	2005	2006
DDD (v mil.)	4 552,19	5 213,98	4 823,55

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnické ročenky 2009

Ohledně distribuce léčiv lze pozorovat, že v roce 2005 objem rostl, avšak v následujícím roce byl zaznamenán mírný pokles. Toto kolísání může být způsobené i vstupem České republiky do Evropské unie a tím pádem prohloubení lékárenského trhu.

Vylepšování **duševního zdraví** obyvatelstva je komplikovaný cíl. Částečně můžeme vliv na tuto oblast sledovat na počtu vyšetření v ambulantní péči znázorněné v následující tabulce.

Tabulka č. 10: Duševní zdraví

Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči			
rok	2004	2005	2006
absolutně na 100 000 obyvatel	25942	26279	25932

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2004-2006

Tato data sice sledují duševní onemocnění obyvatelstva, avšak nárůst oznámených duševních chorob a ambulantní péče může na jednu stranu značit horší duševní zdraví, na druhou stranu to také může znamenat lepší zajištění v oblasti prevence a s tím spojená větší péče občanů. Tato oblast je velice komplikovaná a jde jen těžko hodnotit, jestli se celkový duševní stav obyvatelstva zlepšil.

V souvislosti s duševním zdravím obyvatelstva musíme konstatovat, že podle Českého statistického úřadu se z roku 2005 na rok 2006 snížil počet úmrtí způsobených duševními poruchami a poruchami chování z 284 na 225 zemřelých. Tento vývoj v období sledované vlády tedy můžeme považovat za pozitivní.

Celkově je v období vlády možno pozorovat naplnění slibu v rámci zvětšení počtu lékařů, ať už v preventivní, tak v celkové lékařské síti. Také je zde naplněn růst zdravotnických zařízení a zvyšování střední délky života. Rozsah veřejné zdravotní péče se v rámci výdajů na ni zvyšoval, avšak se zvyšovaly i soukromé výdaje, a to rychleji, než výdaje veřejné čili rostla spoluúčast občanů, i přes slib vlády, že spoluúčast se nebude zvyšovat. Dále se v tomto období zvyšovalo saldo bilance zdravotních pojišťoven a tím můžeme verifikovat kladný vliv vládních opatření na tento sektor. Co se týče lékárenské politiky a duševního zdraví, jsou následky opatření v těchto segmentech těžko prokazatelné a nemůžeme zde určit vliv zdravotní politiky. Ukazatele v rámci celého období Vlády Jiřího Paroubka mohou být ovlivněny zahraniční politikou vlády, jelikož Česká republika v roce 2004 vstoupila do Evropské unie, a tak tento krok v oblasti mezinárodní integrace mohl ovlivnit veškeré národohospodářské ukazatele. Vliv je zde pozorovaný jak v ekonomických oblastech, tak ve změně chování občanů.

2.2.2 První vláda Mirka Topolánka

Vláda byla sestavena po červnových volbách roku 2006, kdy utržila obrovský zisk jak Občanská demokratická strana (35,38 %) tak Česká strana sociálně demokratická (32,32 %). Tyto strany jsou názorově naprosto v rozporu a tento nejednoznačný výsledek voleb vyvolal složitou politickou situaci v zemi. Vítězná ODS v čele s předsedou Ing. Mirkem Topolánkem tedy vzhledem k volebnímu výsledku předložila prohlášení, že mandát vlády bude omezen po dobu devíti měsíců a poté se budou konat předčasné volby, které by měli určit stabilní politický názor společnosti ohledně směřování politického vývoje České republiky. Ministrem zdravotnictví byl pro toto období jmenován MUDr. Tomáš Julínek, MBA (ODS). (Vláda ČR)

Vláda vykonávala svoji funkci od 4. září 2006 ale při hlasování nezískala 3. října důvěru od Poslanecké sněmovny. Proti vládě hlasovalo 99 poslanců a pro bylo jen 96. Od října tedy byla vláda v demisi a byla jen dočasně pověřena vykonáváním funkce až do 9. ledna 2007.

2.2.2.1 Analýza programového prohlášení

Programové prohlášení vlády i přes omezený mandát vláda sestavila a v rámci zdravotnictví si vytyčila nemalé cíle. Hlavními body v prohlášení byly:

- Stabilizace systému zdravotní péče a postupná reforma při zachování solidarity.
- Zachování systému veřejného zdravotnického pojištění jako hlavním zdrojem financování zdravotnictví.
- Posílení autonomie a konkurence zdravotních pojišťoven.
- Posílení rovné soutěže zdravotnických zařízení ať už jde o dostupnost či kvalitu poskytované péče.
- Stanovení maximálních cen a úhrad léků a zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění a zároveň zavedení limitu spoluúčasti pro ochranu těžce a dlouhodobě nemocných.
- Tlak na navýšení peněz ze strukturálních fondů Evropské unie.
- Transformace zdravotních pojišťoven s důrazem na transparentnost hospodaření a zřízení nezávislého regulátora.
- Posílení postavení pacienta se zachováním principu solidarity a zodpovědnosti prostřednictvím osobních účtů s kontrolou peněz určených na zdravotní péči a motivací k prevenci.
- Možnost sjednání i jiného, než standardního pojištění a zavedení zdravotního spoření s podporou státu.
- Ochrana dětí a mládeže před účinky kouření a závislostí.

(Programové prohlášení vlády, 2006)

Vláda sestavila toto programové prohlášení s vizí, že bude vykonávat svoji funkci devět měsíců, a tak si předem stanovila určité cíle, které chtěla vládou realizovat i přes toto krátké období. Vládě ale nebyla, jak už jsem zmínila, vyslovena důvěra Poslanecké sněmovny, a tak se vykonávání funkce ještě zkrátilo, a navíc to bylo jen dočasné vykonávání funkce na základě pověření podle Ústavy české republiky.

Plnění cílů vlády tedy nelze v tomto období pozorovat vzhledem ke zkrácenému dočasnému mandátu a omezené působnosti vlády. Tudíž nebudu provádět podrobnou analýzu programového prohlášení a slibů vlády a jejich komparaci s následnými makroekonomickými daty za toto období.

2.2.3 Druhá vláda Mirka Topolánka

Vzhledem k nevyslovení důvěry první vládě stávající se jen z Občanské demokratické strany byl Mirek Topolánek, po určité období vlády přechodné, pověřen k sestavení vlády nové. Tato vláda byla tvořena koalicí ODS (35,38 %), KDU-ČSL (7,22 %) a Strany zelených (6,29 %), a tak byla legitimita vlády od občanů podpořena součtem 48,9 % zisku z červnových voleb 2006. Tato vláda byla jmenována prezidentem Václavem Klausem 9. ledna 2007 a funkci vykonávala do 24. března, kdy jí byla vyslovena nedůvěra a vláda, stejně jako první vláda Mirka Topolánka, pokračovala v demisi až do jmenování vlády další a to do 8. května 2009.

Předseda vlády na post ministra zdravotnictví jmenoval znovu Tomáše Julínka (ODS), kterého ve funkci vystřídala 23. ledna 2009 Ing. arch. Daniela Filipová (ODS). Tomáš Julínek se v době své funkce proslavil především tzv. „Julínkovou reformou zdravotnictví“ která prosazovala otevřenost zdravotnictví k vstupu soukromému kapitálu a také tvorbu privátního zisku. Jednou z největších změn bylo zavedení regulačních poplatků u lékaře, které si kladlo za cíl omezit nadužívání zdravotní péče pacienty a omezit plýtvání finančních prostředků ve zdravotnictví. Z postu ministra zdravotnictví byl odvolán po rekonstrukci vlády, která měla řešit především dopady finanční krize. Do funkce byla poté jmenována Daniela Filipová, která zachovala proběhlou reformu a domluvila se s bývalým ministrem zdravotnictví na spolupráci. (iDNES, 2009)

2.2.3.1 Analýza programového prohlášení

Vládní strany sestavily programové prohlášení a dále koaliční smlouvu, jenž se skládá s několika reform a vizí v různých oblastech směřování státu. Jednou z vizí v programovém prohlášení je i reforma zdravotnictví. S reformou chtěla vláda iniciovat diskuzi o transformaci českého zdravotnictví a vytvořit expertní nezávislou komisi, která by připravila plán transformace. Cílem reformy je zajistit kvalitní péči dostupnou pro občany, založenou na principu solidarity v rámci ústavních mantinelů.

Dále si vláda dala za úkol prosadit legislativní změny na základě šesti hlavních principů doplněných o opatření potřebná k jejich dosažení:

1. Zachování solidárního financování zdravotnictví

- Základním pilířem financování zůstává veřejné zdravotní pojištění a jeho rozvoj

2. Posílení postavení pacienta ve zdravotním systému

- Osobní zdravotní účty s přehledem, kolik peněz občan pojišťovně odvádí a kolik a na co se z pojištění čerpá
- Zavedení regulačních poplatků za recept, za den hospitalizace, za návštěvu pohotovosti nebo ambulantního specialisty
- Stanovení maximálního ročního limitu finanční spoluúčasti občana
- Motivování občanů pomocí bonusů ke zdravému životnímu stylu

3. Posílení rovné soutěže a postavení lékařů ve zdravotnictví

- Rovnoprávné postavení zdravotnických zařízení – nahrazení tzv. zákona o neziskových nemocnicích zákonem o neziskových organizacích
- Podpora pregraduálního i postgraduálního vzdělávání, vědy a výzkumu

4. Transformace zdravotních pojišťoven a rozsahu zdravotního pojištění jedince

- Zdravotní pojišťovny se stanou akciovými společnostmi
- Nezávislý regulátor s dohledem nad finančním zdravím zdravotních pojišťoven
- Definice nároku na zdravotní péči garantovanou veřejných zdravotním pojištěním
- Výběr rozsahu zdravotního pojištění včetně pojistných produktů s vyšší spoluúčastí – případné zavedení zdravotního spoření s podporou státu
- Legalizace nadstandardní péče
- Informačně propojit systémy zdravotního a nemocenského pojištění

5. Transparentní a efektivní úhrada léků a zdravotních prostředků

- Navržení zákona, který zajistí stanovení maximálních cen a úhrad z prostředků veřejného zdravotnictví

6. Podpora zdraví a role státu

- Zavedení jednotného způsobu financování zdravotnické záchranné služby
- Podpora prevence, snížení spotřeby alkoholu či tabáku a podpora zdravého životního stylu

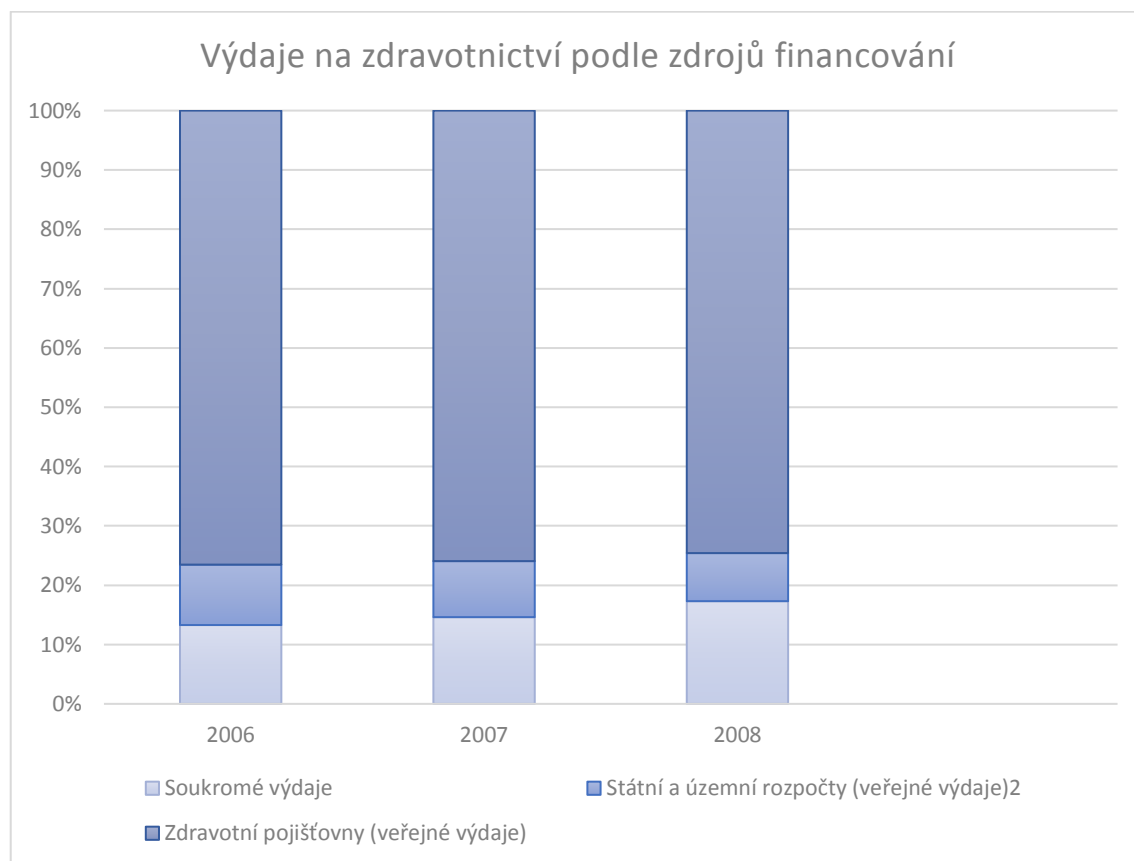
(Programové prohlášení vlády, 2007)

Co se týče hlavní vize v prohlášení vlády a nastínění jejího přístupu k zdravotnictví, povedl se jí vytvořit diskuzi o transformaci zdravotnictví a zabývala se tímto problémem. Stejně tak sestavila expertní komisi k řešení tohoto problému. Dále také prováděla kroky postupné reformy zdravotnictví, takže se od těchto hlavních cílů neodklonila. Reforma zdravotnictví byla ostatně jednou z klíčových reforem vlády.

Ad1 Zachování solidárního financování zdravotnictví

Vláda ponechala jako **hlavní zdroj financování veřejné zdravotní pojištění**. V následujícím grafu je znázorněn poměr veřejných výdajů k výdajům soukromým.

Graf č. 1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ze Zdravotnických ročenek 2006-2009

Z grafu je patrná především změna soukromých nákladů, které se v letech vlády zvýšily. Tento jev je zapříčiněn především zavedením regulačních poplatků. Dále je zde pokles poměru financí ze státních a územních rozpočtů a mírný pokles i ze zdravotního pojištění. Nelze ale popřít, že financování z veřejného zdravotního pojištění zůstalo ve sledovaném období hlavním pilířem financování.

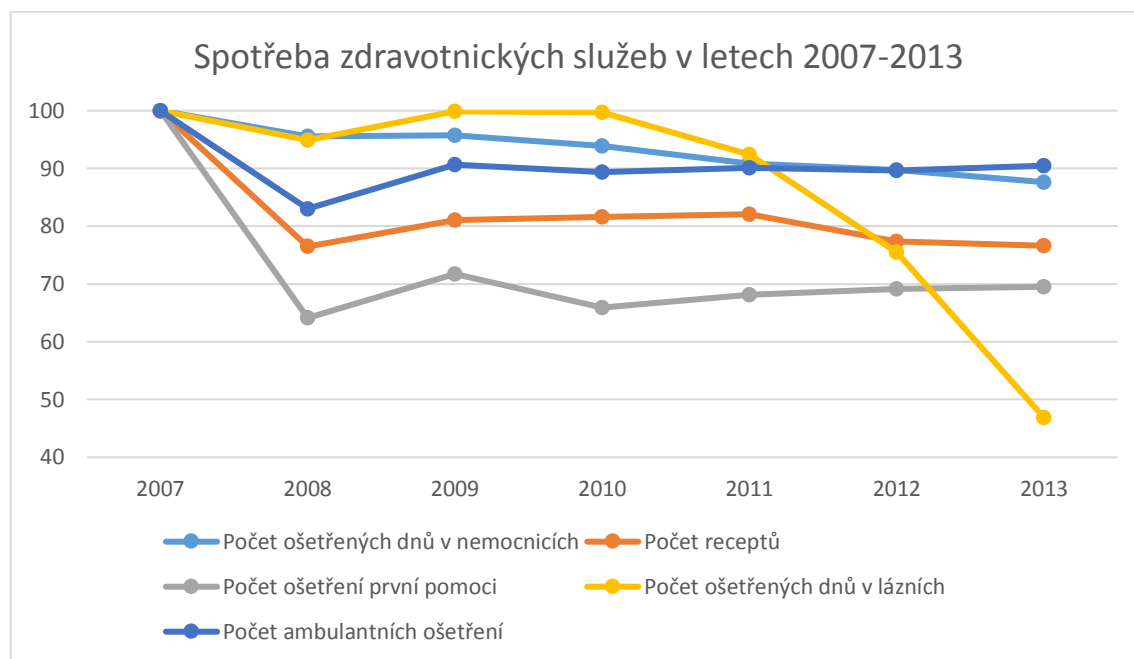
Ad2 Posílení postavení pacienta ve zdravotním systému

Vláda prosadila novelu zákona, která upravila **právo nahlížet do zdravotní dokumentace** či pořizovat z ní kopie. Dále zavedla institut informovaného souhlasu, který zvyšuje pravomoci pacienta se svévolně rozhodnout o léčbě.

Dále byly v rámci Zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů k 1. 1. 2008 prosazeny třicetikorunové **regulační poplatky** za ošetření u lékaře či za položku na receptu, šedesátikorunový poplatek za každý den hospitalizace v nemocnici, a devadesátikorunové poplatky za návštěvu na pohotovosti či ambulantní péči. (Zákon č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů) Vláda si od poplatků slibovala zamezení zneužívání zdravotní péče.

Přehled využívání zdravotní péče nám nabízí následující graf Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR:

Graf č. 2: Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2013



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [pdf] 2014 [cit. 2017-4-10] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2013>

Graf sleduje změnu oproti roku 2007, který bere jako výchozí bod a s ním porovnává změny v dalších letech. Pro mnou sledované období je hlavní změna mezi rokem 2007 a 2008. Jak je na grafu zřetelně vidět, zavedení regulačních poplatků v období druhé vlády Mirka Topolánka výrazně omezilo nadužívání zdravotnické péče ve všech ohledech. Nejsilněji se tento jev projevil na ošetřeních u lékaře a počtu receptů. Regulační poplatky tedy primárně nesloužili k financování zdravotní péče jako takové, ale k omezení nadužívání této péče. S ohledem na to nebyly regulační poplatky nikterak vysoké a likvidační, a i přesto lidé omezili své návštěvy u lékaře či vyžádané recepty. Plánovaný dopad regulačních poplatků se tedy reálně projevil.

Dále byl prosazen a od 1. ledna 2008 zaveden **roční ochranný finanční limit**, který slouží k ochraně osob, které jsou zejména chronicky nemocní. Tento limit byl stanoven na 5 000 Kč za kalendářní rok. Do tohoto limitu se započítávali především třicetikorunové regulační poplatky za návštěvu lékaře i za položku na receptu a dále také započitatelné doplatky na léčiva. Nezahrnovali se zde šedesátikorunové ani devadesátikorunové

regulační poplatky, léky, které byly z veřejného zdravotního pojištění hrazeny jen z 30 % a méně a také se limit nevztahoval na žádné vitamíny a doplňky stravy. Pojišťovna pojištěnci v případě překročení limitu peníze zpětně vracela. (MZČR, 2008)

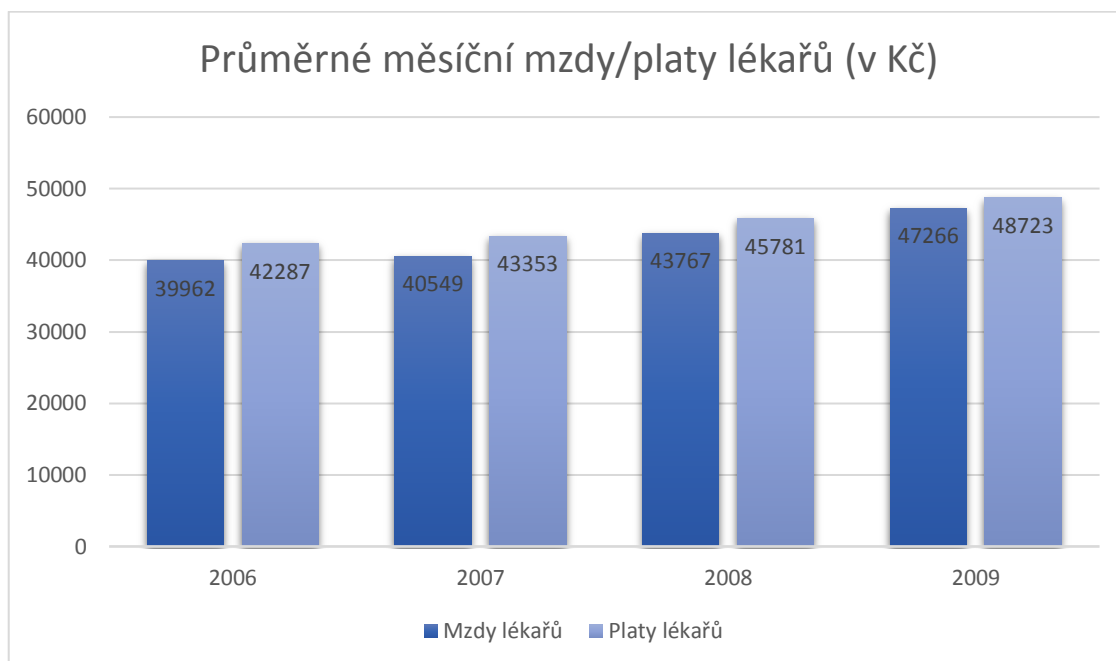
S ohledem na prosazené změny lze konstatovat, že se podařilo posílit postavení pacienta ve zdravotnictví. Na základě možnosti nahlížení do zdravotní dokumentace a zavedení informovaného souhlasu se přesouvá část zodpovědnosti k pacientům. Dále byly zavedeny regulační poplatky, kterými se pacient finanční částkou podílí na osobním využití zdravotní péče, a zároveň eliminovaly zneužívání zdravotní péče. V souvislosti s principem solidarity zde byl také zaveden ochranný finanční limit za spoluúčast občana na zdravotní péči.

Ad3 Posílení rovné soutěže a postavení lékařů ve zdravotnictví

Posílení postavení lékařů ve zdravotnictví je velice komplikovaný cíl a jen těžko ho lze objektivně hodnotit. Není určeno, zdali jde o posílení postavení v rámci vyjednávací síly se státem, či životního statusu, nebo například zlepšování vztahu lékař – pacient. Z mého pohledu je tedy nejrelevantnější sledovat průměrnou mzdu či platy lékařů a objem veřejných výdajů připadající na ně.

Platy lékařů jsou odměny zaměstnanců států, obcí či příspěvkových organizací, které se řídí podle platových tabulek, které může navyšovat právě vláda. Mzdy jsou pak odměny zaměstnanců soukromých firem. Mzdy lékařů ale velmi pružně reagují na změny platového ohodnocení, neboť se bojí odlivu lékařů do sektoru s vyšším ohodnocením. Tyto ukazatele mohu zhodnotit pomocí sledování průměrného měsíčního platu/mzdy lékařů.

Graf č. 3: Průměrné měsíční mzdy/platy lékařů (v Kč)

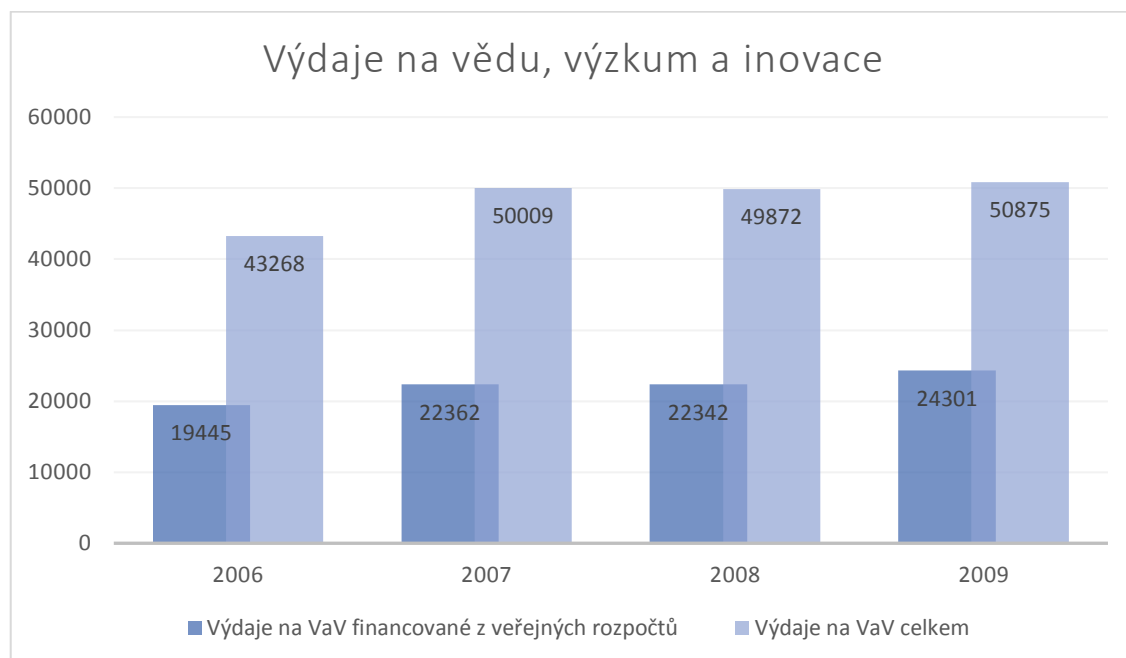


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ÚZIS

Z tabulky je patrné, že v období vlády rostly jak mzdy, tak i platy. V celém období je navíc platové ohodnocení lékařů vyšší než mzdy. Tento jev může být zapříčiněn především směnným provozem v nemocnicích a tím i vyšším ohodnocením za nekomfortní práci. Pokud lze na posílení postavení lékařů hledět jen ze stránky finančního ohodnocení, mohu konstatovat, že vládní krok se povedl, mzdy a platy se zvýšili. Avšak zde na datech není započítaná inflace, která vyobrazenému růstu nominálních mezd či platů také pomohla.

Podporu vědy a výzkumu zhodnotím podle celkových a veřejných financí vynaložených právě na vědu, výzkum a inovace.

Graf č. 4: Výdaje na vědu, výzkum a inovace



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ

Z grafu je patrný skokový nárůst financí na vědu a výzkum bez rozdílu financování v roce 2007 a 2008, což je právě námi sledované období. Ještě větší nárůst nastává v posledním roce druhé vlády Mirka Topolánka. V tomto roce byla vládě vyslovena nedůvěra již v březnu, ale lze předpokládat, že vliv vlády na tento sektor se objevuje se zpožděním, a tak tento nárůst podpory financování vědy výzkumu a inovací můžeme přisuzovat ještě této vládě.

Ad4 Transformace zdravotních pojišťoven a rozsahu zdravotního pojištění jedince

Jedním z hlavních bodů Julínkovy reformy zdravotnictví byla také **transformace zdravotních pojišťoven**. Ačkoli privatizace zdravotních pojišťoven byla v programovém prohlášení k sestavení vládní koalice, KDU-ČSL tento bod z reformy neschválili a blokovali tak privatizaci tohoto sektoru. (Lidovky, 2008)

Dále se také nepodařilo splnit slib ohledně státní podpory při zavedení zdravotního spoření. Taktéž se v tomto období nepodařilo prosadit oficiální placení nadstandardní péče pacienty. Nadstandardsy se podařily prosadit až v roce 2012 při Hegerově reformě ale záhy byly ústavním soudem zrušeny.

Ad5 Transparentní a efektivní úhrada léků a zdravotních prostředků

Vláda si v tomto bodě dala za cíl legislativní úpravy, co se týče **lékové politiky a úhrad zdravotních prostředků**. Své prohlášení v rámci změny legislativy vláda naplnila Zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů, který změnil Zákon o veřejném zdravotním pojištění. (Zákon č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů, Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů)

Dále získal Státní ústav pro kontrolu léčiv výslovnou pravomoc rozhodovat o výši a podmínkách úhrady léčivých přípravků, o výši jejich maximálních cen. Tuto pravomoc získal právě změnami v Zákoně o veřejném zdravotním pojištění, kde přibyla podrobná úprava regulace cen. Dále má Státní úřad pro kontrolu léčiv v rámci **větší transparentnosti** povinnost zveřejňovat průběh všech správních řízení a metodiky postupů tohoto ústavu musí být dálkově přístupné.

Ad6 Podpora zdraví a role státu

Z tohoto bodu budu zkoumat **podporu prevence a snížení spotřeby alkoholu a tabáku**. Prevenci jsem se rozhodla sledovat na základě vývoje počtu lékařů a lůžek v preventivní péči, stejně jako jsem toto opatření zkoumala u vlády předchozí.

Tabulka č. 11: Lékaři v preventivní péči

Počet lékařů v preventivní péči				
Rok	2006	2007	2008	2009
Absolutně	40716	43381	44146	44984
Na 10 000 obyvatel	40	42	42	43

Zdroj: Vlastní zpracování na základě Zdravotnických ročenek 2007-2010

Tabulka č. 12: Lůžka v preventivní péči

Počet lůžek v preventivní péči				
Rok	2006	2007	2008	2009
Absolutně	112659	111590	110758	111201
Na 10 000 obyvatel	110	107	106	106

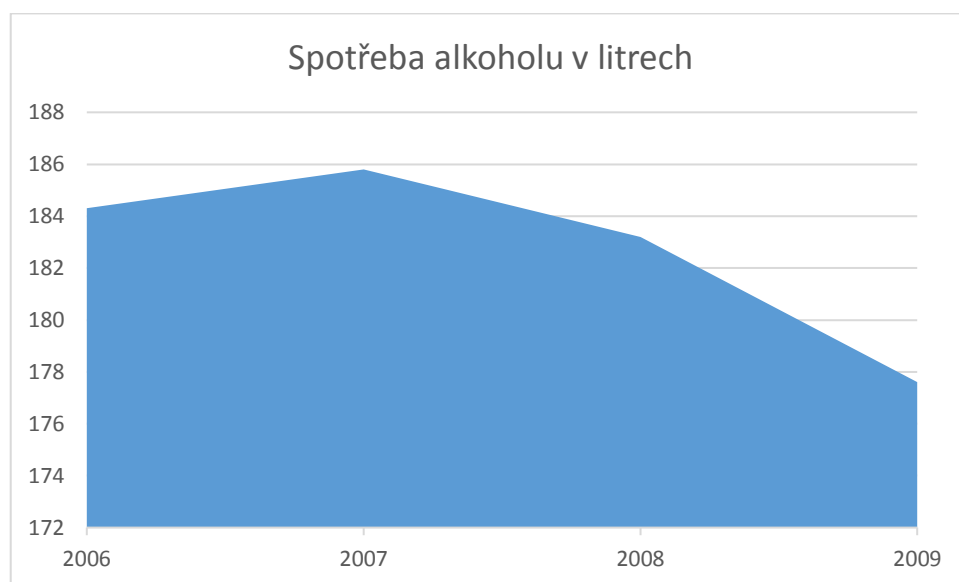
Zdroj: Vlastní zpracování na základě Zdravotnických ročenek 2007-2010

V tabulce lze pozorovat trvalý meziroční růst jak už v absolutních číslech, tak v přepočtu na 10 000 obyvatelů, která nám zároveň dává i přehled o dostupnosti lékařů v preventivní péči pacientům. Tabulka č. 11 naopak ukazuje mírný pokles lůžkové preventivní péče v období této vlády.

Na základě výše popsaných dat je možné konstatovat, že se nedají jednoznačně zhodnotit kroky uskutečněné k podpoře prevence. Za prvé už samotné sledování doktorů a lůžek nemusí vypovídat o prevenci vše, neboť podpora prevence se šíří především osvětou a celkovou postupnou změnou životního stylu obyvatelstva a nelze číselně vyjádřit přímý dopad. A za druhé v mnou sledovaných datech sice rostl počet lékařů preventivní péče, avšak se snižoval počet lůžek.

Přehled o spotřebě alkoholu nám poskytne databáze českého statistického úřadu.

Graf č. 5: Spotřeba alkoholu v litrech

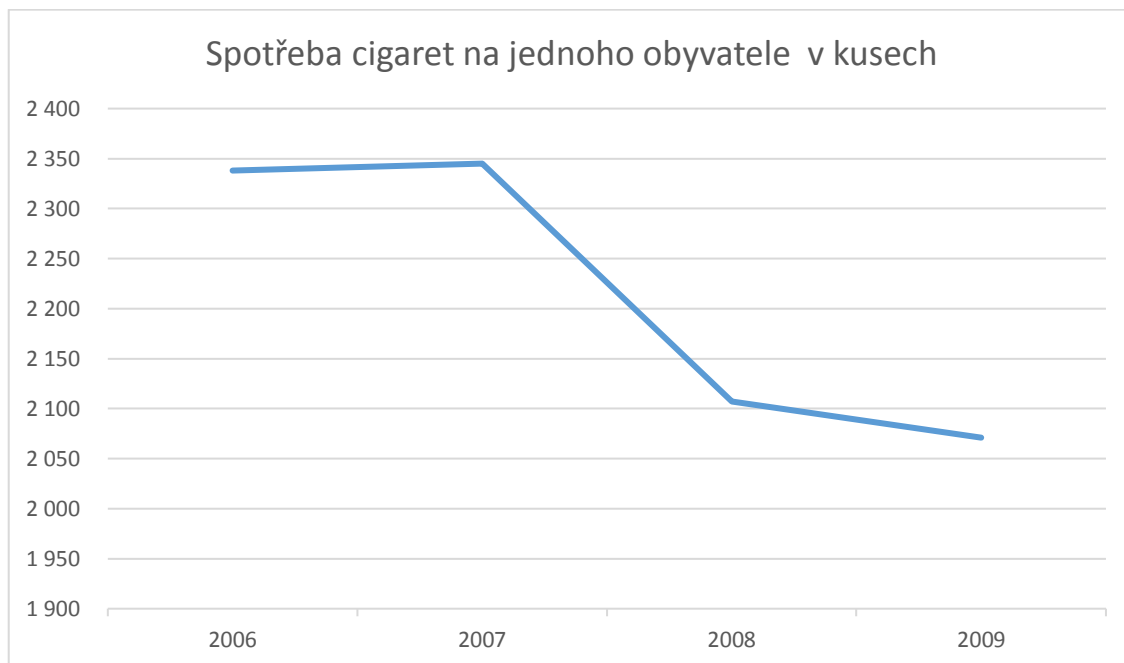


Zdroj: Vlastní zpracování na základě ČSÚ – spotřeba potravin

Spotřeba alkoholu ukazuje od nástupu vlády v roce 2007 trvalý pokles. Tento pokles je zapříčiněn vládou prosazenou novelou zákona o spotřební dani, kterou přinesl Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. Vyšší spotřební daň uvalená na alkohol zvýšila jeho cenu a tím pádem snížila spotřebu. Tímto opatřením se vládě povedlo snížit spotřebu alkoholu. (Zákon č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů), (Novela zákona č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních)

Dále vláda cílila na snížení spotřeby tabákových výrobků. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zařadit graf vývoje spotřeby cigaret.

Graf č. 6: Spotřeba cigaret na jednoho obyvatele v kusech



Zdroj: Vlastní zpracování na základě ČSÚ – ČR od roku 1989 cigarety

Na vývoji spotřeby cigaret na obyvatele můžeme pozorovat od nástupu vlády v roce 2007 razantní pokles spotřeby. Je to dáno především změnami pojíci se se Zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů (Zákon č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů) Tento zákon přinesl novelu zákona o spotřební dani (Novela zákona č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních) účinnou k 1. 1. 2008, která zvyšovala jak pevnou, tak procentní daňovou složku z cigaret. Z tohoto důvodu je patrný pokles spotřeby cigaret.

Dále z tohoto opatření budu sledovat snahu omezit spotřebu alkoholu a tabáku a podporu prevence ze strany vlády v této oblasti. Co se týče omezení užívání omamných látek ve společnosti, rozhodla jsem se sledovat počet evidovaných pacientů, kteří užili psychoaktivní látky a byli léčeni v ambulantních zdravotnických zařízeních zajišťující péči o alkoholiky a toxikomany.

Tabulka č. 13: Pacienti užívající psychoaktivní látky

Pacienti užívající psychoaktivní látky (evidovaní na ambulantních pracovištích zajišťujících péči o alkoholiky a toxikomany)				
Rok	2006	2007	2008	2009
Alkohol	26966	25342	25293	24206
Tabák	1529	1780	1608	870
Celkový počet pacientů	44887	42196	42612	41419

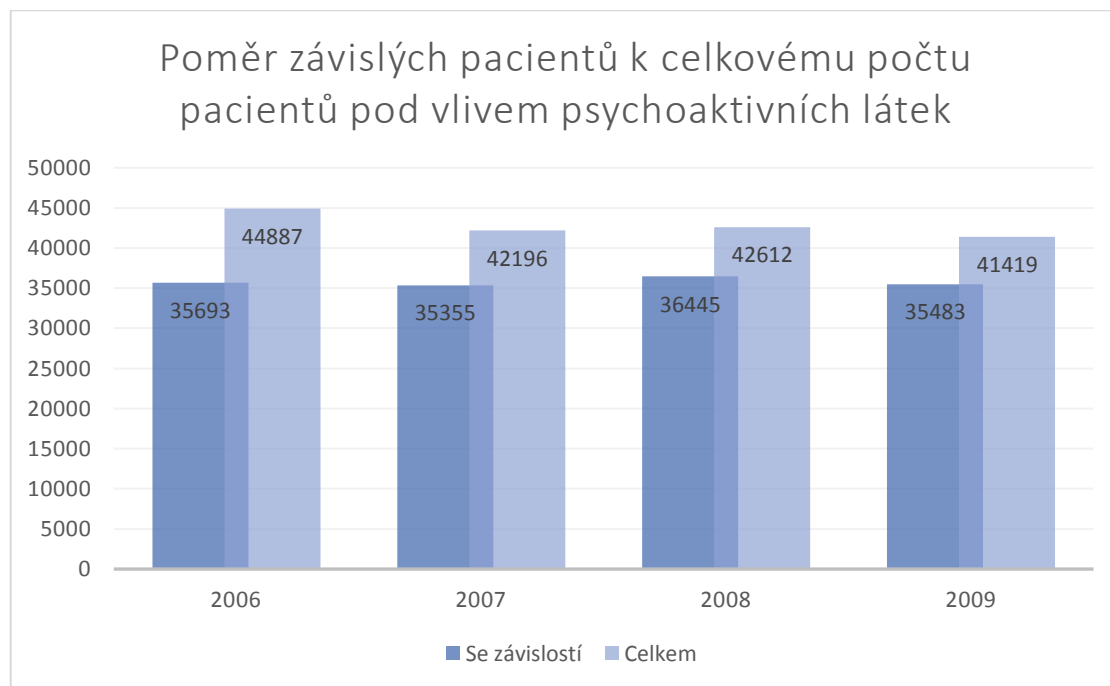
Zdroj: Vlastní zpracování na základě Zdravotnických ročenek 2006-2009

Do tabulky jsem se rozhodla zahrnout, jak celkový počet evidovaných pacientů pod vlivem psychoaktivních látek, tak i dvě hlavní skupiny, na které cílila ve svém programovém prohlášení i vláda. Pacienti léčení na ambulanci v souvislosti s užitím alkoholu v celém období klesali.

U tabákových výrobků není vývoj zcela jednoznačný. V prvním roce vlády tj. 2007 byl zaznamenán výrazný nárůst pacientů. Později lze ale pozorovat pozitivní změny pojící se pravděpodobně se zaváděním změn prosazených Zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů. V roce 2008 je vidět mírný pokles oproti předchozímu roku a v roce 2009 se cíle vlády snížit negativní vliv tabákových výrobků projeví výrazně. Minimálně podle mnou sledovaného ukazatele. K tomu, že by se změny projevovaly s časovým zpožděním, přispívá také fakt, že poptávka po tabáku není elastická, a tak se při zvýšení ceny vlivem daně proporcionálně méně sníží poptávané množství. Tento jev je dán hlavně návykovostí tabáku. Všeobecně je díky tvaru poptávky u statků jako tabák či alkohol efektivnější osvěta a prevence nežli zvyšování ceny těchto statků.

Vzhledem k opatřením vlády, která by měla snížit spotřebu tabáku a alkoholu jsem se rozhodla zařadit do analýzy ještě graf, který znázorňuje počet závislých pacientů k celkovému počtu pacientů.

Graf č. 7: Poměr závislých pacientů k celkovému počtu pacientů pod vlivem psychoaktivních látek



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ÚZIS

Z grafu je patrné, že je závislost u pacientů léčených díky vlivu psychoaktivních látek značná, a tak je velice obtížné efektivně a rychle snižovat jejich spotřebu právě díky nízké elasticitě poptávky závislých pacientů.

Naplnění cílů vlády jejími opatřeními se podařilo v daném období především změnami zavedenými v souvislosti s Julínkovou reformou zdravotnictví, při které se podařilo prosadit regulační poplatky, a tak se zvýšila participace pacienta na zdravotní péči a také posílení postavení pacientů a zavedla také ochranný limit, který slibovala. Dále také vláda splnila slib a dodržela i v jejím období hlavní a většinové financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění a dále se vládě podařilo snížit spotřebu alkoholu a tabákových výrobků, především novelou, které zvyšovala sazby spotřební daně. Ve svém funkčním období navýšila vláda výdaje na vědu a výzkum, což bylo také jedním z bodů prohlášení.

Problematickou částí zůstává příslib posílení postavení lékařů, který je těžko hodnotitelný a na základě zobrazených dat sledujících platové ohodnocení nemohu hodnotit celkové postavení lékařů. Mohu jen konstatovat, že se zvyšovalo finanční ohodnocení lékařů.

Nemohu také v celkovém měřítku hodnotit veškeré preventivní opatření vlády, jelikož sledování reálné efektivnosti kroků prevence v jakékoli oblasti je velmi obtížné.

2.2.4 Vláda Jana Fischera

Tuto vládu jmenoval prezident dne 8. května 2009 a vláda vznikla na základě dohody ODS, ČSSD a Strany zelených na překlenovací období po vyslovení nedůvěry druhé vládě Mirka Topolánka. Nebyla tvořena koalici politických stran a neopírala se ani o politicky vydefinovanou koaliční většinu. Vládu tvořili nestraníční odborníci a úkolem nebyla realizace politického programu, nýbrž politicky neutrální správa země do předčasných parlamentních voleb. (Programové prohlášení vlády Jana Fischera) Tyto volby se nakonec neudály, a tak vláda končila svoje funkční období až 25. června, po řádných květnových volbách. Jako předseda vlády ve funkci působil Ing. Jan Fischer, CSc. (nestraník) a na pozici ministryně zdravotnictví byla jmenována Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA (nestraník nominovaný ODS).

Tato vláda byla vládou úřednickou, ta obvykle nedělá žádná závažná rozhodnutí a jen se snaží po určité období udržet správu země. Vláda ve svém programovém prohlášení počítala s ukončením tohoto období brzkými předčasnými parlamentními volbami. Z tohoto důvodu je prohlášení vlády velice sporé a v rámci zdravotnictví nechce prosazovat žádné opatření.

V období této vlády tedy nebudu provádět analýzu programového prohlášení a efektivnost opatření, jelikož je funkční období velice krátké, a navíc vláda předpokládala při sestavování prohlášení období ještě kratší.

2.2.5 Vláda Petra Nečase

Vláda byla tvořena na základě koaliční smlouvy uzavřené mezi ODS, TOP 09 a stranou Věci veřejné. (Koaliční smlouva 2010) Funkční období této vlády trvalo od 28. června 2010 do 17. června 2013, následně byla vláda v demisi pověřena řízením až do 10 července 2013.

Pád této vlády s vyústěním v podání demise předsedy vlády RNDr. Petra Nečase (ODS) je nechvalně znám Kauzou Nagyová, kde byli Útvarem pro odhalování organizovaného zločinu zadržení či obvinění členové vlády, či jejich blízcí spolupracovníci. Padlo zde

obvinění z ovlivňování Vojenského zpravodajství a pověřování k odposlechům soukromých osob. (Aktuálně.cz, 2013) Na základě této kauzy byl Petr Nečas nucen k podání demise, čímž tato kauza zapříčinila pád celé vlády.

Vládní koalice se dohodla na pokračování v diskuzi o reformě zdravotnictví. (Koaliční smlouva 2010) Vykonáváním funkce ministra zdravotnictví byl pověřen doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. (TOP 09) Ten se ve své funkci potýkal s protestní akcí pořádanou Lékařským odborovým klubem na začátku roku 2011, známou pod názvem Děkujeme, odcházíme. Lékařské odbory po této akci uzavřeli s ministerstvem zdravotnictví Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví. (LOK-SČL, 2011)

2.2.5.1 Analýza programového prohlášení

Programové prohlášení vlády odmítá jakékoliv zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče. A jako hlavní cíl je zdravotní péče na principu skutečné solidarity založené především na udržitelnosti zdravotnictví. Vláda dělí sekci věnovanou zdravotnictví na tyto části:

1. Všeobecné změny

- Zachování veřejného zdravotnictví
- Definování rozsahu hrazené péče z veřejného zdravotního pojištění
- Celospolečenská diskuze o reformě zdravotnictví

2. Práva pacienta a regulace jeho chování

- Rovný přístup k péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění
- Podpora prevence prostřednictvím pozitivní motivace pojištěnců zdravotními pojišťovnami, zákon o ochraně zdraví před hlukem
- Zrušení poplatku za položku na receptu a nahrazen poplatkem za recept
- Regulační poplatek za hospitalizaci bude minimálně 100,- za den
- Zvýšení regulace za návštěvu ambulantního specialisty bez doporučení

3. Poskytovatelé zdravotní péče, vzdělávání a odměňování pracovníků

- Vytvoření prostředí pro transformaci fakultních nemocnic na nemocnice univerzitní
- Rozšíření elektronizace zdravotnictví
- Dokončení reformy vzdělávání zdravotnických pracovníků
- Motivační odměňování ve zdravotnictví, úprava či zrušení platových tarifů

4. Plátcí zdravotní péče, zdravotní pojišťovny

- Prosazení větší role a odpovědnosti zdravotních pojišťoven při rozhodování o úhradách léčivých přípravků
- Spravedlivější, vícekritériální přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění ze strany zdravotních pojišťoven
- Vláda chce zavést institut reálné ceny, který nahradí bodový systém
- V každé skupině léků bude jeden bez doplatku
- Podpora dlouhodobé péče v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby jako alternativa pro ústavní dlouhodobou péči

Ad1 Všeobecné změny

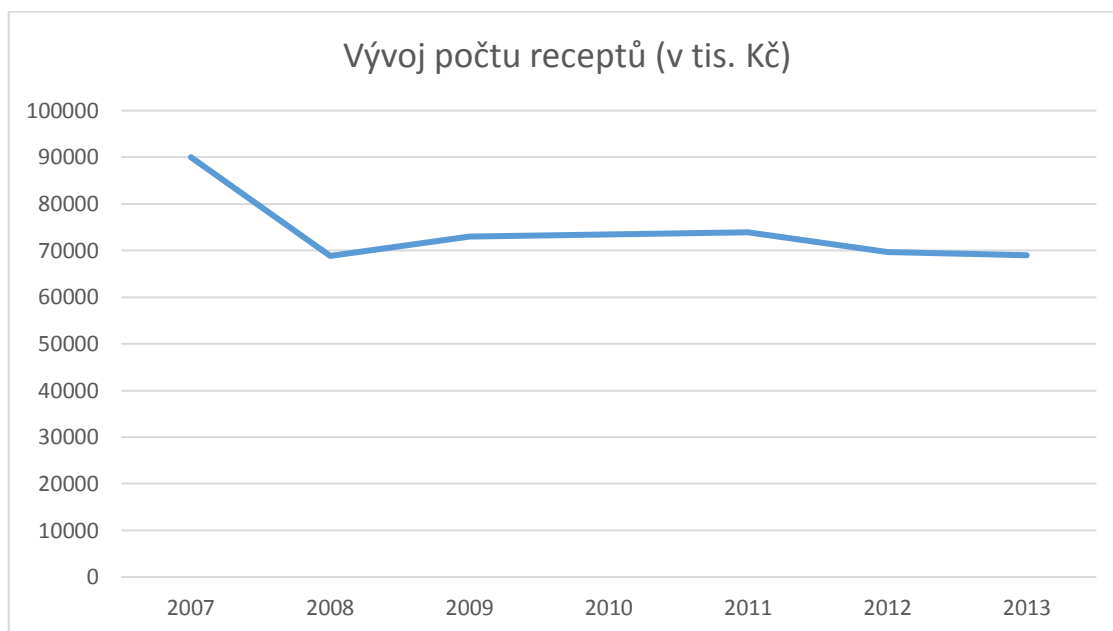
Vzhledem k velice nekonkrétně definovaným změnám se tato část prohlášení nedá analyzovat pomocí jakýchkoli dat. Nicméně mohu konstatovat, že veřejné zdravotnictví vláda nezrušila, a tak došlo k jeho zachování a byl dán rozsah péče hrazené ze zdravotního pojištění.

Vládě se také podařilo **udržet celospolečenskou diskuzi o reformě zdravotnictví**, která začala už v období předchozích vlád. Tomuto faktu naznačují také protestní akce Děkuje, odcházíme Lékařského odborového klubu konané za funkční období vlády. Tato akce prokázala, že veřejnost a lékaři se o stav zdravotnictví zajímají a zároveň zde byla ukázka funkčnosti společenského vyjednávání a síle tlaku odborů. Lékaři zde vyvíjeli tlak na zvýšení jejich platů a hrozili odchodem do zahraničí. Po vyjednávání s vládou se podařilo tímto způsobem prosadit Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví. (iDNES, 2011)

Ad2 Práva pacienta a regulace jeho chování

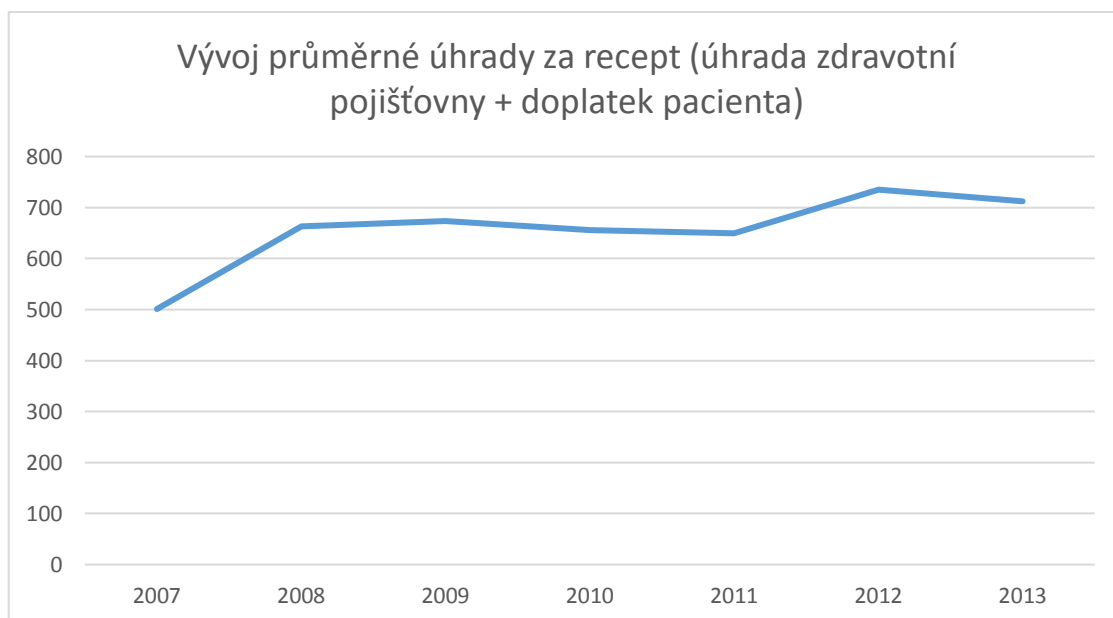
Hlavním bodem této části opatření byla **úprava regulačních poplatků**. Původní regulační poplatky za položku na recept tato vláda opravdu změnila na poplatky za celý recept. Vliv tohoto opatření můžeme sledovat na následujících dvou grafech.

Graf č. 8: Vývoj počtu receptů



Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS – spotřeba zdravotnických služeb

Graf č. 9: Vývoj průměrné úhrady za recept



Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS – spotřeba zdravotnických služeb

S počátkem reformy zdravotnictví roku 2008 můžeme sledovat pokles receptů, který je zapříčiněn celkovým zavedením regulačních poplatků, poplatkem za položku na receptu a celkovým omezením nadužívání zdravotní péče. Od roku 2011 následuje další pozvolný pokles, který může mít příčinu právě ve změně poplatku na poplatek za celý recept.

Přehled o tom, kolik položek průměrně na receptu bylo, nám mohou poskytnout data o vývoji průměrné úhrady za recept, které sčítají úhradu zdravotní pojišťovny a doplatku pacienta. Vývoj těchto dat po roce 2011 zaznamenal růst, který přisuzují právě změně vlády ohledně poplatku. Lidé pravděpodobně vyvíjeli na lékaře tlak, aby jim napsal na recept víc položek, když byl regulační poplatek za celý recept. Z tohoto důvodu klesal počet receptů, avšak rostly úhrady na jeden recept.

Dále také vláda k počátku roku 2012 **navýšila regulační poplatek za pobyt v nemocnici** o 40 korun. Tím pádem poplatek stanovila přesně na minimální deklarované hranici v programovém prohlášení a to 100 korun za den.

V rámci posílení práv pacienta vláda garantovala právo pacienta vybrat si zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovnu i pojistný produkt.

Vláda také podporovala prevenci prostřednictvím celonárodních screeningových programů. Tyto **programy umožnily pozitivně motivovat pojištěnce** a účastníky preventivní péče

Ad3 Poskytovatelé zdravotní péče, vzdělávání a odměňování pracovníků

V této oblasti vláda, s přispěním tlaků akce Děkujeme, odcházíme, s účinností od 1. 3. 2011 uskutečnila **skokové navýšení platových tabulek pro profese lékař a zubní lékař**. Právní předpisy¹ vycházely z dokumentu Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví, který byl dohodnut mezi odbory a vládou. Dále učinila kroky v oblasti vzdělávání a ke dni 18. 5. 2011 schválila Reformu vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Ad4 Plátcí zdravotní péče, zdravotní pojišťovny

Opatření, která vláda provedla v tomto sektoru, se týkají především stanovování cen léků. Vláda prosadila **Novelu zákona o zdravotním pojištění**, která upravuje cenotvorbu

¹ nařízení vlády č. 44/2011 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, a nařízení vlády č. 45/2011 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 565/2006 Sb., o platových poměrech vojáků z povolání, vyhláška č. 46/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

léčivých přípravků a zavedla institut dohod o úhradě a elektronické aukce na úhradu léčivých přípravků, aby vyvinula tlak na dosažení co nejnižší ceny.

Zároveň v roce 2012 zavedla tzv. **Platbu za diagnózu** v rámci nové úhradové vyhlášky. Díky této změně je možné lépe odměňovat zařízení s vysokým počtem léčených pacientů a s vysokou složitostí úkonů. V tomto kroku je kladen i důraz na pacienta, neboť mu vláda dala možnost výběru zařízení a tím sám pacient částečně ovlivňuje finanční toky do těchto zařízení.

Celkově se vládě povedla opatření z všeobecných změn, nejvýznamnějším důkazem je všeobecná angažovanost veřejnosti a odborů v rámci protestní akce Děkujeme, odcházíme. I když tato akce nebyla v úmyslu vlády, prokazuje to vyvolání veřejné debaty ohledně zdravotnictví. Dále vláda učinila změny v systému regulačních poplatků a učinila významné změny v oblasti pravomocí pacienta a jeho motivaci. Vláda neplánovaně vydala Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví, kterým ale naplnila slib v oblasti odměňování pracovníků. Dále prosadila změny v rámci cenotvorby léčivých přípravků či odměňování zdravotnických zařízení. V souhrnu lze tedy konstatovat, že vláda splnila mnoho ze svých slibů a zavedla příslušná opatření.

2.2.6 Vláda Jiřího Rusnoka

Vláda Jiřího Rusnoka byla sestavena po nečekaném pádu předchozí, Nečasovi vlády. Ing. Jiří Rusnok (nestraník) byl pověřen sestavením vlády 25. června 2013 a funkční období vlády započalo 10. července. 2013. Dne 13. srpna byla ale vládě vyslovena nedůvěra poslanecké sněmovny a vláda byla pověřena prezidentem Milošem Zemanem vykonáváním funkce v demisi až do 29. ledna 2014. (Vláda ČR)

I když vláda prohlásila, že zdravotnictví je hlavní prioritou vlády, nevěnovala mu mnoho prostoru v programovém prohlášení. Hlavními body byla valorizace platby za státní pojištění a efektivní využití maximálních prostředků z EU na zdravotnictví. Ministrem zdravotnictví byl jmenován MUDr. Martin Holcát, MBA (nestraník). V tomto období byly s účinností k 1. lednu 2014 Ústavním soudem zrušeny regulační poplatky za den pobytu v nemocnici.

Vzhledem ke krátkému působení vlády a následnému vyslovení nedůvěry a vykonávání funkce v demisi jsem se rozhodla neanalyzovat efektivnost opatření plynoucích z programového prohlášení.

2.2.7 Vláda Bohuslava Sobotky

Třináctou vládou v pořadí, od samostatné České republiky, a zároveň poslední vládou ke dni psaní práce je vláda Bohuslava Sobotky. Vláda byla sestavena 29. ledna 2014 po předčasných volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2013. Vítězem těchto voleb se stala ČSSD s 20,45 % hlasů, druhými v pořadí bylo politické hnutí ANO 2011 se ziskem 18,65 % hlasů. Tyto vlády sestavili také vládní koalici, ve které je navíc ještě KDU-ČSL která ve volbách získala 6,78 % hlasů. Vládní strany oplývají tedy dohromady 45,88 % ziskem. Předsedou této vlády se stal Mgr. Bohuslav Sobotka (ČSSD) Prezident Miloš Zeman vyhlásil budoucí parlamentní volby na 20. a 21. října 2017. (TV Barrandov, 2017)

Na post ministra zdravotnictví byl Bohuslavem Sobotkou jmenován MUDr. Svatopluk Němeček, MBA. (ČSSD) Který byl v této funkci od sestavení vlády až do 30. listopadu 2016 kdy ho, v reakci na neúspěšné krajské a senátní volby, Bohuslav Sobotka odvolal z funkce spolu s ministrem pro lidská práva. (iDnes, 2016) Jeho nástupcem se stal bývalý ředitel Fakultní nemocnice v Motole JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA (ČSSD).

2.2.7.1 Analýza programového prohlášení

V Programovém prohlášení vláda nastínila v oblasti zdravotnictví prosazování těchto opatření:

- zajištění ekonomické stability, efektivity a transparentnosti systému veřejného zdravotnictví
- dodržení principu solidarity zdravých s nemocnými
- nezavedení poplatku za hospitalizaci, který byl Ústavním soudem zrušen
- zrušení poplatku za recept a za ambulantní ošetření
- výpadek zdrojů z regulačních poplatků bude kompenzován ze státního rozpočtu
- oddělení vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven
- státní dozor nad toky zdravotního pojištění
- zajištění kontroly nad zaváděním DRG systému z tzv. Národního referenčního centra

- posílení efektivity Státního ústavu pro kontrolu léčiv a lékové politiky
- předložení zákona o veřejných neziskových nemocnicích

Při analýze tohoto programového prohlášení musím přihlédnout k faktu, že funkční období vlády ještě neskončilo, a tak má ještě, byť už částečně omezenou, možnost splnit sliby a udělat ještě některá z nerealizovaných opatření. Zároveň ale shledávám prozatímní působení vlády za dostatečně dlouhé na provedení alespoň částečné analýzy. Zahrnutí aktuální situace a poskytnutí informací o nejnovějším vývoji vnímám jako velice podstatný faktor při tvoření této práce. Data tedy posuzuji až k nejnovějším zveřejněným.

Za hlavními kroky vlády v oblasti zdravotnictví považuji **opatření rušící regulační poplatky** ve zdravotnictví, a tak se touto změnou zabírám nejvíc. Vláda splnila slib daný v prohlášení a zrušila k 1. 1. 2015 jak poplatek za recept, tak poplatek za návštěvu lékaře. Současně s tímto opatřením splnila i to, že znovu nezavedla zrušený poplatek za hospitalizaci. Jediný poplatek, který zachovala, je poplatek za pohotovostní péči.

Vláda v programovém prohlášení bohužel ani nenaznačila, k čemu by měl být tento krok dobrý a efektivní pro vývoj zdravotnictví. Mohu tedy jen konstatovat, že vláda splnila opatření z programového prohlášení. Vzhledem k absenci vysvětlení kroků vedoucích k rušení regulačních poplatků se domnívám, že slíbení tohoto opatření před volbami bylo účelové cílení na větší počet voličů a naplnění tohoto opatření vládou následovalo hlavně z důvodu udržení vážnosti slibu vládních stran.

K rušení regulačních poplatků se váže další prohlášení ohledně **kompensace výpadku finančních prostředků z regulačních poplatků formou státního rozpočtu**. Obrázek o výpadku finančních prostředků nám dá souhrnné roční výdaje pacientů na regulační poplatky.

Tabulka č. 14: Výdaje pacientů na regulační poplatky

Výdaje pacientů na regulační poplatky (v mil. Kč)							
Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Celkem	5 571	5 780	5 622	5 254	5 336	5 489	3 945

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ČSÚ, Statistická ročenka České republiky 2016

Tabulka ukazuje, že výdaje pacientů na regulační poplatky, a tudíž finanční prostředky z nich ročně činily přibližně 5,5 miliardy. Po změnách v roce 2014 se objem finančních prostředků významně snížil. V roce 2014 jsou započítané poplatky za pohotovostní péči, které vláda nezrušila, ale zároveň jsou zde započítané i poplatky, které vláda zrušila.

ČSÚ bohužel data pro rok 2015, ze kterých by bylo možné zjistit údaje o přesném výpadku finančních prostředků, neposkytuje. Tyto údaje se snažím odhadnout ze statistických dat v následující tabulce.

Tabulka č. 15: Výdaje pacientů na regulační poplatky bez poplatků za pohotovost

Výdaje pacientů na regulační poplatky bez poplatků za pohotovost (v mil. Kč)							
Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Za pohotovost	178	208	191	180	179	182	187
Poplatky celkem	5 571	5 780	5 622	5 254	5 336	5 489	3 945
Bez pohotovosti	5 393	5 572	5 431	5 074	5 157	5 307	3 758

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ČSÚ, Statistická ročenka České republiky 2016

V tabulce je prezentované porovnání objemu regulačních poplatků při odečtení poplatků za pohotovost, neboť tyto poplatky vláda nezrušila. Vzhledem k omezeným statistickým informacím musím čerpat pouze ze starších dat, a ne z dat po provedených opatřeních vládou. Lze zde ale rozhodně konstatovat, že až do roku 2013, byly finanční objemy z regulačních poplatků bez pohotovostních poplatků v číslech převyšujících 5 miliard. Podle vyjádření vlády, která řeší zrušení regulačních poplatků a deklarovala nezavedení poplatku za hospitalizaci, by tedy měla být kompenzace ze státního rozpočtu minimálně ve výši 5 miliard.

Výdaje ze státního rozpočtu do zdravotnictví jsou zobrazeny na následujících datech:

Tabulka č. 16: Veřejné výdaje na zdravotnictví ze státního rozpočtu

Veřejné výdaje na zdravotnictví ze státního rozpočtu (v mil. Kč)								
Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Výdaje	12 434	14 846	10 147	7 491	6 071	7 532	6 495	6 844

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS, Zdravotní ročenka 2009-2015

Z následujících dat je patrné, že kompenzace financování v objemu ztráty peněz z regulačních poplatků se nekonala, jen mezi roky 2014 a 2015 je zaznamenán mírný růst veřejných výdajů, ale rozhodně ne v objemu, který by kompenzoval finance z regulačních poplatků. Tento slib tedy vládní koalice nesplnila.

Další vládní směřování a opatření, které vláda ve svém programu stanovila, jsem se rozhodla analyticky nesledovat. Rozbor těchto opatření by byl pravděpodobně velice vzdálený od prohlášení, a navíc vláda neudala jakékoli kritéria hodnocení, těchto opatření, nebo význam jejich zavádění, či systém, jakým tyto opatření míní obstarat, neprozradila. Můžeme se tedy domnívat, že vláda konala v souladu s prohlášením, avšak

nelze toto konání hodnotit. Udržení či posílení kontroly, efektivity či udržení státního dozoru nad nějakým sektorem by podle mě mělo být samozřejmostí veřejného sektoru. Jak již jsem předestřela v úvodu rozboru tohoto prohlášení, funkční období vlády zatím neskončilo, a tak je ještě možnost prosadit některá opatření. (psáno k 25. 4. 2017)

2.3 Vývoj vybraných národohospodářských ukazatelů

Každá vláda si ve svém programovém prohlášení vybrala takové opatření, které souvisí s jejími ideály a je výhodná například z hlediska aktuální dosažitelnosti. V následující části jsou rozebrané vybrané národohospodářské ukazatele, které srovnávají vlády podle konkrétních kritérií. Nesrovnávají tedy to, co si vláda stanovila učinit a co učinila, ale jak vláda působila na obecné makroekonomické ukazatele.

Vzhledem k závislosti vývoje určitých ukazatelů na ekonomickém cyklu zde v úvodu znázorňuji vývoj změn hrubého domácího produktu za dané období.

Graf č. 10: Ekonomický cyklus



Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

Je zřejmé, že v letech Vlády Jiřího Paroubka ekonomika vykazovala růst a stejně tomu je také za Vlády Jiřího Rusnoka a následně současné vlády Bohuslava Sobotky. Největší

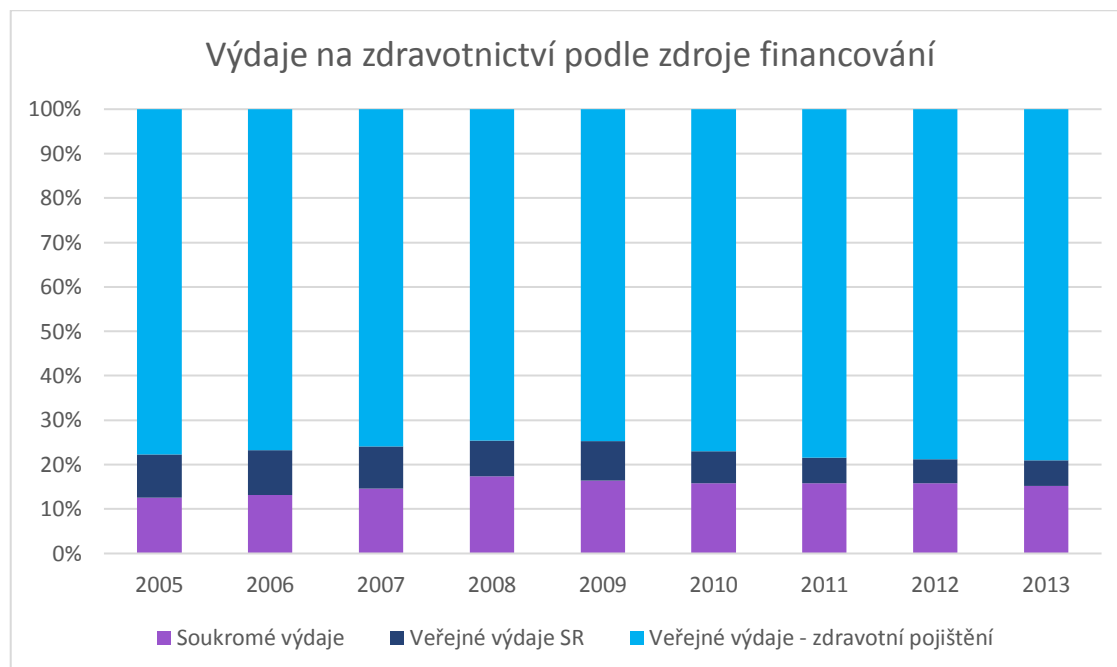
ekonomický pokles zaznamenala Česká republika v letech obou vlád Mirka Topolánka, díky světové ekonomické krizi a při Vládě Petra Nečase byl také zaznamenán pokles, či pomalý růst, v té době probíhala dluhová krize Eurozóny, spojená s bankrotem Řecka.

Možnosti růstu či poklesu hrubého domácího produktu jsou dány mnoha faktory. Zdravotní politika v daném státě ale úzce souvisí s ekonomikou a zdravotnickým systémem a jeho specifiky. (Zlámal, Bellová, 2005)

2.3.1 Struktura výdajů na zdravotnictví

Tento ukazatel je ovlivněn především obecným smýšlením stran, které tvoří za dané období vládu. Obecně lze říci, že levicově smýšlející vlády se snaží snižovat poměr soukromých výdajů na zdravotnictví a pravicově zaměřené strany prosazují naopak menší krytí veřejnými výdaji a větší participaci pacienta formou soukromých výdajů.

Graf č. 11: Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování



Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

Tento trend je opravdu viditelný ze začátku období, kdy Vláda Jiřího Paroubka, kterou lze považovat za levicovou, držela malý poměr veřejných výdajů a při přechodu na pravicově orientované vlády Mirka Topolánka, a hlavně v průběhu jeho druhé vlády se poměr soukromých výdajů zvyšoval, a to hlavně díky zavedení regulačních poplatků. Následně můžeme, při další středo – pravicové Vládě Petra Nečase, sledovat především

snižování financování ze státního rozpočtu, které lze přičíst hlavně reakcím na ekonomickou recesi v roce 2009, kdy vláda obecně snižovala výdaje ze státního rozpočtu, a tak byla zasažena i oblast zdravotnictví. K současné Vládě Bohuslava Sobotky nejsou bohužel tyto data dostupná.

2.3.2 Veřejné výdaje na zdravotnictví

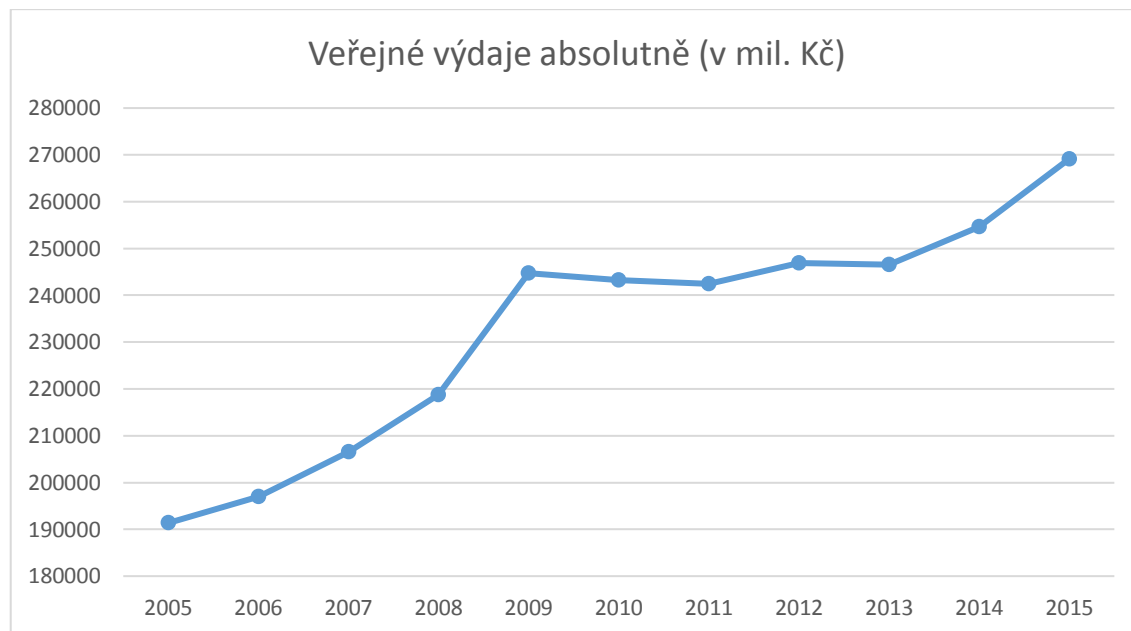
Veřejné výdaje na zdravotnictví jsou dalším z pozorovaných ukazatelů. Absolutní hodnota těchto výdajů nám ukazuje výsledky politiky dané vládou, a jestli se vláda prováděla restrikce v daném sektoru, či nikoli.

Tabulka č. 17: Veřejné výdaje na zdravotnictví

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Absolutně (v mil. Kč)	191 356	197 027	206 565	218 719	244 754	243 281	242 410	246 918	246 562	254 683	269 157
Výdaje k HDP (%)	6,14	5,88	5,64	5,68	6,51	6,42	6,34	6,42	6,02	5,91	5,91

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS, ČSÚ a Zdravotnických ročenek

Graf č. 12: Veřejné výdaje na zdravotnictví absolutně

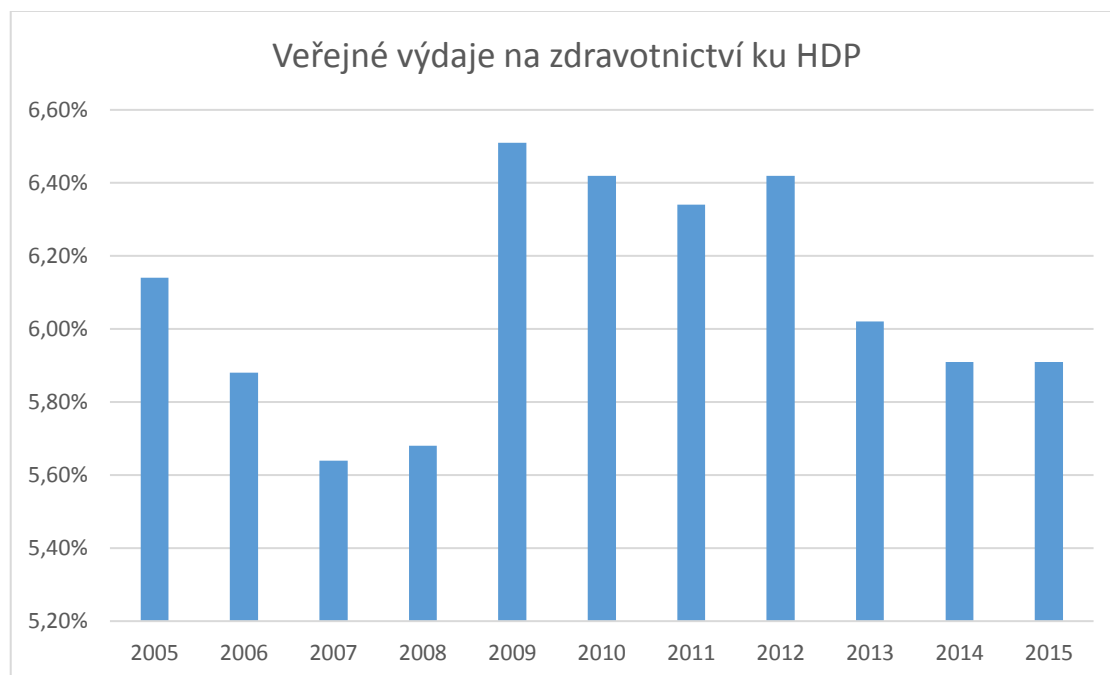


Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS, ČSÚ a Zdravotnických ročenek

Z absolutních čísel lze pozorovat, že veřejné výdaje v průběhu let většinou rostly, jediné meziroční snížení je mezi roky 2009–2011, a mírně pak roku 2013. Oba dva tyto výkyvy lze přisuzovat ekonomické recesi, která proběhla velmi silně v roce 2009, a mírně v roce 2012.

Je nutno konstatovat, že tyto výdaje často výrazně reagují právě na expanze a recese ekonomického cyklu, a tak je relevantní tento ukazatel také vztáhnout k HDP daného období.

Graf č. 13: Veřejné výdaje na zdravotnictví k HDP



Zdroj na základě Zdravotnických ročenek 2005-2015

Při pohledu na veřejné výdaje vztáhnuté k HDP vidíme, že i když se v absolutní hodnotě výdaje do roku 2009 zvyšovaly, v poměru k HDP byly tyto výdaje rok od roku menší. Oproti tomu v době ekonomické recese od roku 2009 či pomalejšího ekonomického růstu vláda výdaje za zdravotnictví v poměru k HDP v čase nijak výrazně nesnižovala, naopak byl tento ukazatel vyšší. Větší snižování poměru veřejných výdajů na zdravotnictví k HDP nastalo až s ekonomickým růstem za současné vlády.

Usuzuji, že zdravotnictví je tak významnou položkou veřejných výdajů, že nelze pružně reagovat na ekonomické výkyvy velkým objemem prostředků z veřejných výdajů, tudíž se poměr těchto výdajů mění především růstem či poklesem HDP a nikoli změnou veřejných výdajů na zdravotnictví. Dále je tomuto tématu věnované kapitola zkoumající hypotézu o reakci vlád na recesi poměrem veřejných výdajů.

2.3.3 Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven

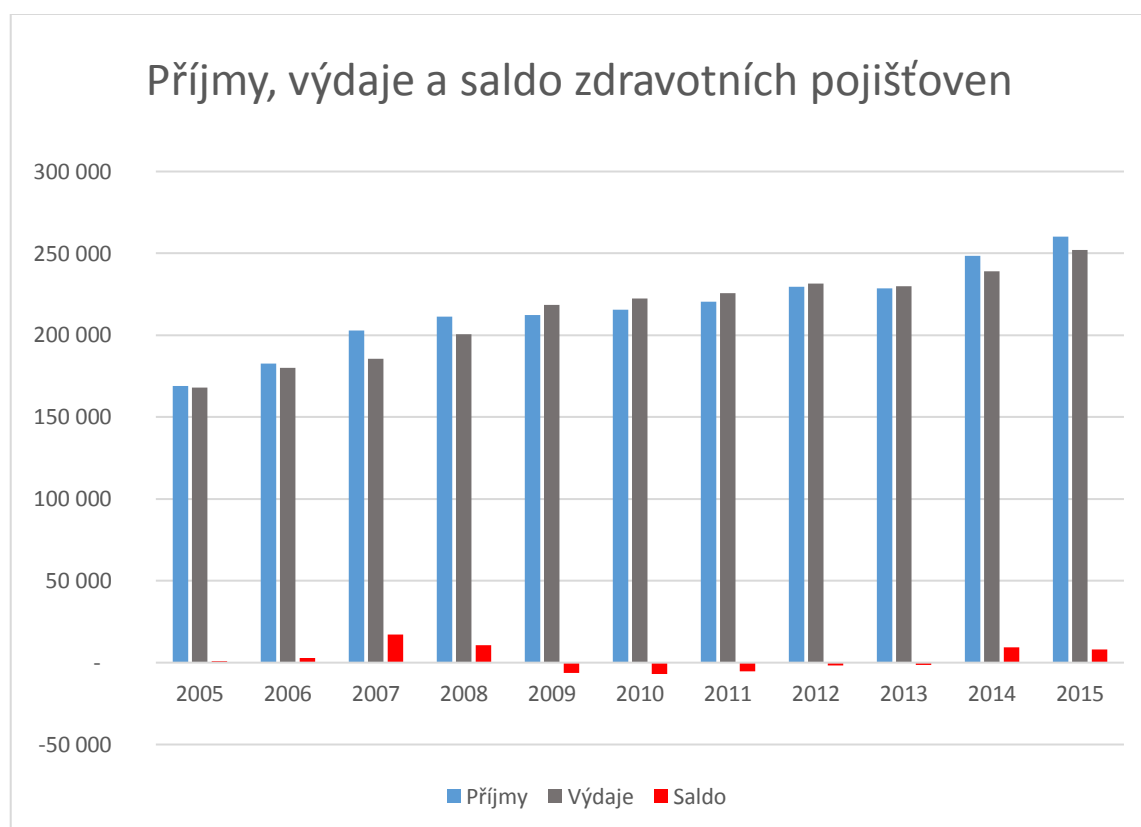
Jak už bylo zobrazeno na Grafu č. 11, zdravotní pojištění je majoritní zdroj financování zdravotní péče. Zdravotní pojištění zajišťují zdravotní pojišťovny, které přijímají od pojištěnců určité objemy financí, jejichž výši může ovlivnit právě vláda daného období. A taktéž má vliv na výdaje hrazené těmito pojišťovnami.

Tabulka č. 18: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven (v mil. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	2015*
Příjmy	168 925	182 833	202 808	211 360	212 199	215 615	220 391	229 733	228 568	248 500	260 112
Výdaje	168 110	180 011	185 610	200 592	218 630	222 500	225 547	231 437	229 905	239 012	251 912
Saldo	815	2 822	17 198	10 768	- 6 431	- 6 885	-5156	- 1 704	- 1 337	9 488	8 200

*Zdroj: Vlastní zpracování na základě Zdravotnických ročenek, *předběžné údaje*

Graf č. 14: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven



*Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS, *2013-2015 předběžné údaje*

Nejvýznamnější změnu salda zdravotních pojišťoven můžeme pozorovat od roku 2009 do roku 2013, kdy se saldo zdravotních pojišťoven ocitlo v záporných hodnotách, a tedy výdaje převýšili příjmy. Tuto změnu přisuzují především opatření Vlády Mirka

Topolánka, která v roce 2008 zavedla maximální vyměřovací základ pro výpočet odvodu zdravotního pojištění. Nejdříve na 48násobek a později na 72násobek průměrné mzdy. (VZP)

Tímto opatřením výrazně omezila růst příjmů zdravotních pojišťoven a neprovedla příslušnou reakci, která by příjmy kompenzovala, či snížila výdaje. Tento problém se vláda snažila řešit pomocí regulačních poplatků, avšak jak můžeme pozorovat na grafu, výdaje zdravotních pojišťoven toto opatření k zamezení nadužívání péče významně nesnížilo a také nepřineslo dostatečné příjmy. I když se tempo růstu výdajů po zavedení regulačních poplatků snížilo, nejvíce na vině je především omezení zneužívání zdravotní péče, nestačilo to natolik, aby příjmy tohoto období tyto výdaje pokryly.

Maximální vyměřovací základ byl roku 2013 pozastaven a k 1. 1. 2015 zrušen. Už od pozastavení je z grafu patrný rychlejší růst příjmů. Dále je také od roku 2014 patrný výraznější růst výdajů, spojený se zrušením regulačních poplatků.

2.3.4 Mzdy a platy ve zdravotnictví

Dalším makroekonomickým ukazatelem jsou průměrné platy a mzdy ve zdravotnictví. Do následujících tabulek jsem zahrнула především nejvýznamnější skupiny pracovníků ve zdravotnictví a zároveň průměrnou mzdu/plat celého odvětví.

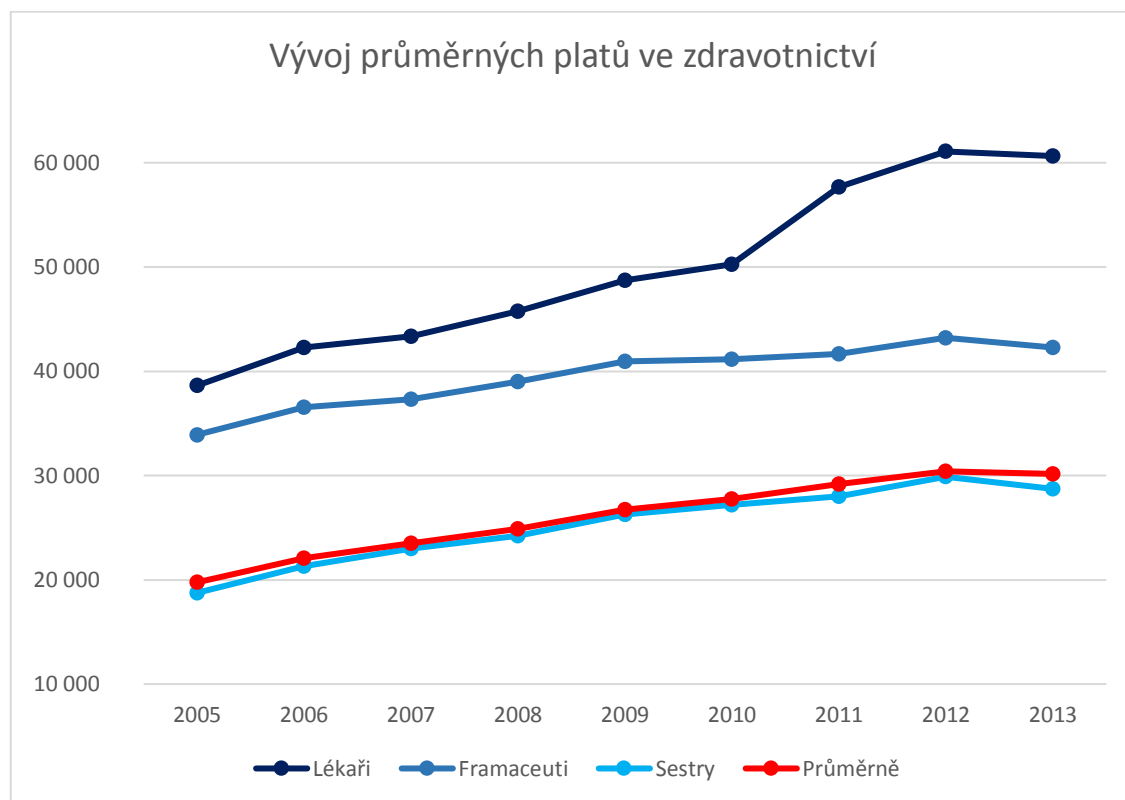
Platy ve zdravotnictví, tedy odměna zaměstnanců státu, obcí či příspěvkových organizací, se odvíjí od platových tabulek, které ovlivňuje právě vláda České republiky a tlaky Ministerstva zdravotnictví, či odborů

Tabulka č. 19: Platy ve zdravotnictví

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Lékaři	38 634	42 287	43 353	45 781	48 723	50 235	57 687	61 078	60 635
Farmaceuti	33 912	36 560	37 308	38 989	40 942	41 167	41 654	43 213	42 271
Sestry	18 755	21 298	22 990	24 221	26 261	27 190	28 025	29 878	28 706
Průměrně	19 761	22 058	23 513	24 867	26 750	27 733	29 188	30 403	30 174

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

Graf č. 15: Vývoj průměrných platů ve zdravotnictví



Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

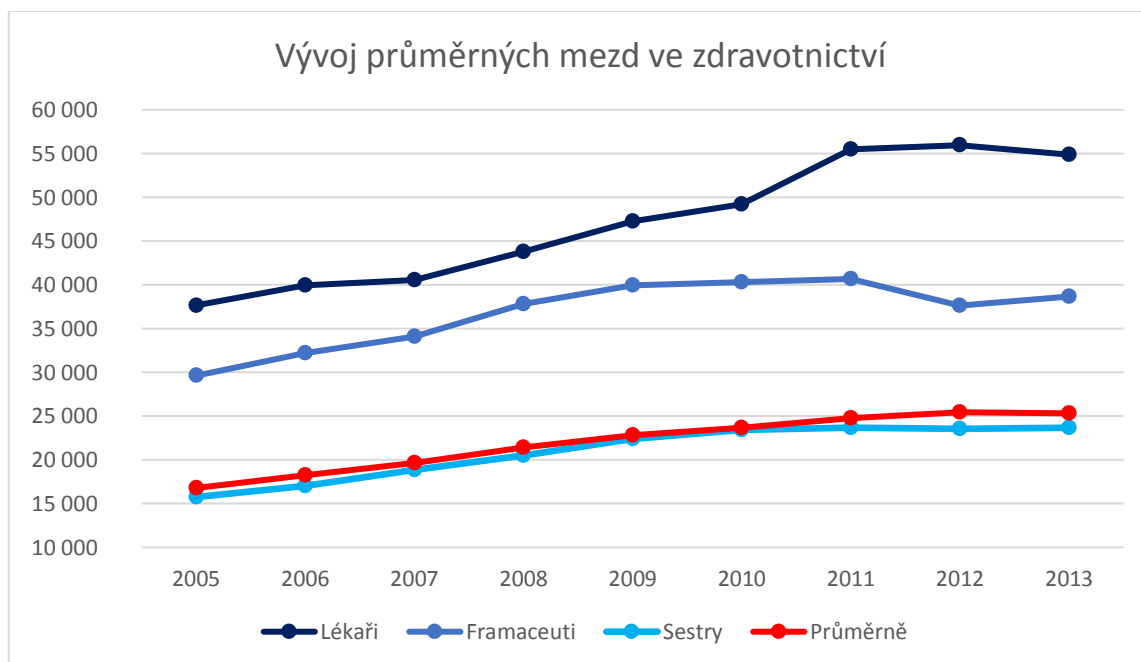
Je zřejmé, že všechny sledované veličiny pozvolně rostly. Jediná výrazná změna se odehrála v roce 2011, kdy byl na Vládu Petra Nečase vyvinut tlak Lékařských odborů a lékařů, při akci Děkujeme, odcházíme a pod tímto tlakem odbory uzavřeli s Ministerstvem zdravotnictví Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví. (LOK-SČL, 2011) Tímto memorandumem se skokově zvýšili platové tabulky ohodnocení lékařů a tento skok je výrazně zřetelný i na tomto grafu.

Mzdy, tedy odměny zaměstnancům soukromých zaměstnavatelů, jsou průměrně nižší než platy ve zdravotnictví. Tento jev je pravděpodobně zapříčiněn většími odměnami za směnný provoz ve veřejných nemocnicích či větší konkurencí a tržním prostředím vzhledem k neplatnosti platových tabulek na soukromý sektor. Mzdy ale obvykle pružně reagují na změny v platovém ohodnocení, i když se na ně platové tabulky nevztahují. Jde především o opatření, která zamezí odlivu lékařů ze soukromého sektoru. Data ohledně mezd nám nabízí následující tabulka.

Tabulka č. 20: Mzdy ve zdravotnictví

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Lékaři	37 659	39 962	40 549	43 767	47 266	49 223	55 514	55 957	54 863
Farmaceuti	29 621	32 202	34 108	37 819	39 921	40 287	40 675	37 655	38 672
Sestry	15 750	17 023	18 873	20 504	22 371	23 397	23 678	23 567	23 647
Průměrně	16 786	18 254	19 621	21 386	22 840	23 660	24 740	25 439	25 314

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

Graf č. 16 Vývoj průměrných mezd ve zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

V roce 2011 vidíme reakci na zvýšení platových tabulek, neboť si soukromý sektor chtěl udržet lékaře, a tak musel dorovnat mzdy, aby lékaři neodcházel do sektoru veřejného. U soukromého sektoru můžeme ale pozorovat mírné snížení mezd farmaceutů i sester pravděpodobně zapříčiněné právě růstem mzdy lékařů. Jelikož v soukromém sektoru nejsou platové tabulky, mohlo tady dojít ke kompenzaci navýšení mzdy lékařům snížením mzdy jiných skupin zaměstnanců ve zdravotnictví.

2.3.5 Spotřeba léků

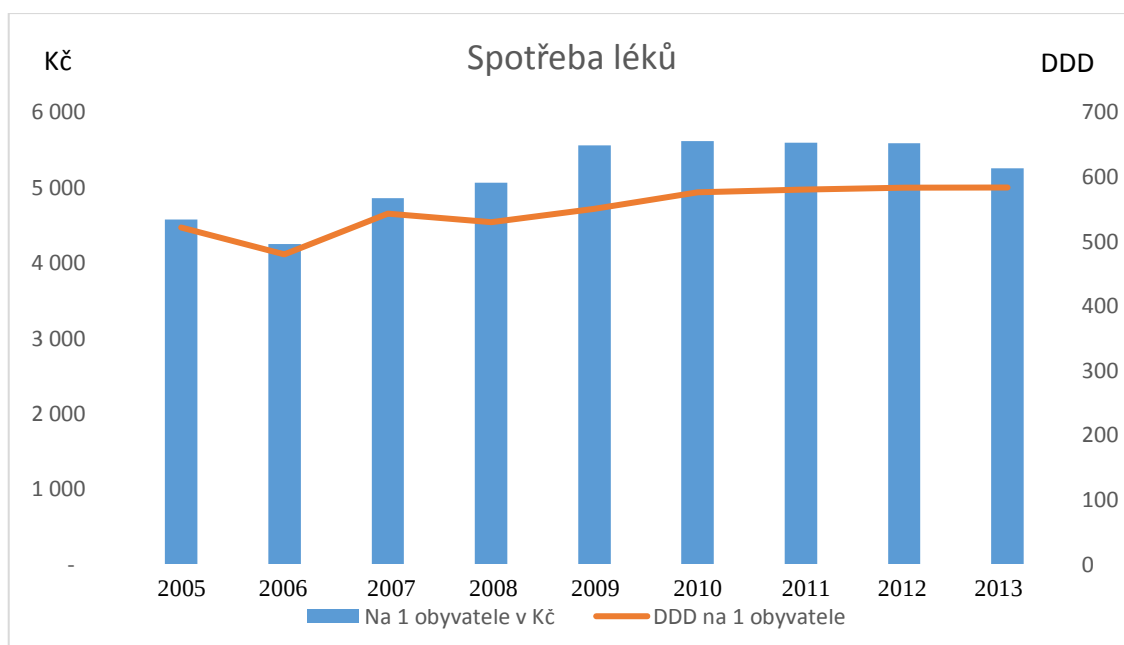
V rámci lékárenské politiky jsem se rozhodla sledovat ukazatele jak v peněžním vyjádření, tak v doporučené denní dávce (DDD). Tyto ukazatele jsem v grafu vztáhla na jednoho obyvatele ČR.

Tabulka č. 21: Spotřeba léků

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Celkem v mld. Kč	47	44	50	53	58	59	59	59	55
Na 1 obyvatele v Kč	4 575	4 252	4 855	5 062	5 558	5 613	5 596	5 588	5 253
DDD na 1 obyvatele	521	480	543	529	550	576	580	583	583

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

Za mnou sledované období se v rámci lékárenské politiky uzákonil Zákon o léčivech, který upravuje definiční vymezení základních kategorií léčiv. (Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech, § 1. 171 Český republika) A dále také novela Zákona o veřejném a zdravotním pojištění v roce 2008, která upravuje cenovou regulaci léků. Do roku 2008 byla cenová regulace léčivých přípravků v dikci Ministerstva financí a od roku 2008 tato pravomoc připadla na Ministerstvo zdravotnictví, konkrétně pod Státní ústav pro kontrolu léčiv. Ten je od roku 2008 pověřen stanovováním maximální ceny výrobce. (Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.)

Graf č. 17: Spotřeba léků

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS

Na grafu lze pozorovat vývoj spotřeby na jednoho obyvatele jak ve finančním vyjádření, tak v doporučených denních dávkách. Do roku 2008 je vývoj těchto ukazatelů společný a od novely zákona, která předává stanovení maximální ceny výrobců Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv, lze pozorovat, že spotřeba ve finančním vyjádření se zvyšuje rychleji

než spotřeba v rámci množství. Z toho vyplývá, že ceny výrobců léků se začali zvyšovat i přes stanovení maximální ceny. Lze tedy předpokládat, že maximální cena byla stanovena dostatečně vysoko a výrobce citelně neomezila.

2.3.6 Platby státu za státního pojištěnce

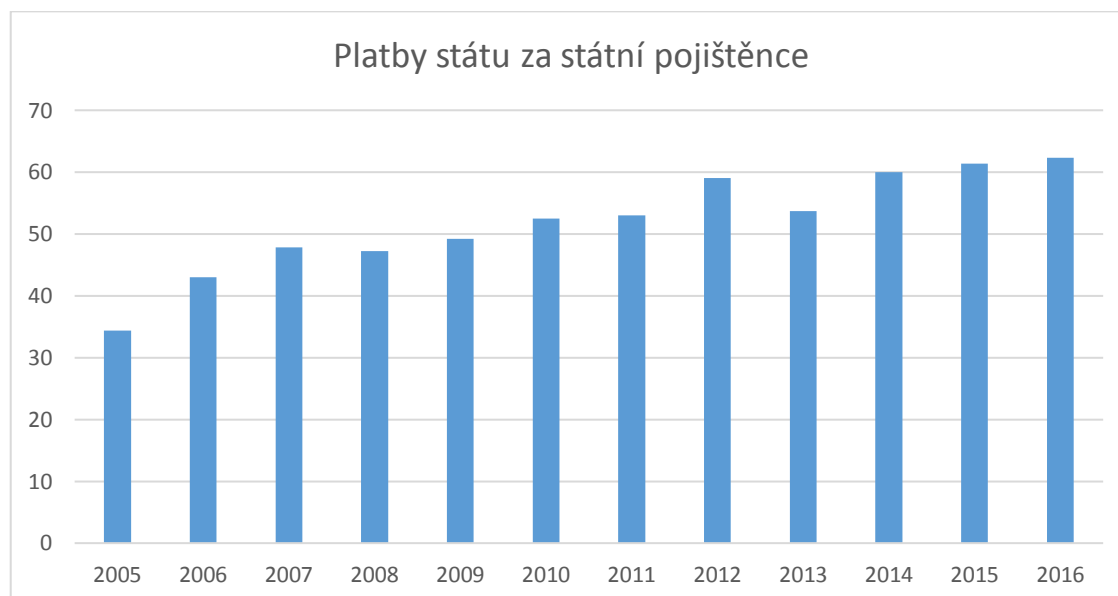
Tyto platby platí stát za pojistné určité skupiny osob, takzvané státní pojištěnce. Tyto osoby jsou především nezaopatřené děti, penzisté, osoby na rodičovské dovolené či nezaměstnaní občané České republiky. Zákonem je stanoven vyměřovací základ, který ale může vláda svým nařízením změnit. (Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.)

Tabulka č. 22: Platby státu za státní pojištěnce

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
platby v mld. Kč	34,4	43	47,8	47,2	49,2	52,5	53	59	53,7	60	61,4	62,3

Zdroj: Vlastní zpracování na základě MFČR

Graf č. 18: Platby státu za státní pojištěnce



Zdroj: Vlastní zpracování na základě MFČR

Vývoj objemu plateb za státní pojištěnce reaguje na mnoho faktorů. Téměř stálý růst objemu plateb lze přičíst stárnutí populace, a tak stále se zvyšujícímu počtu státních pojištěnců a stejně tak tlakům na valorizaci těchto plateb úměrně k inflaci. Mírný pokles v roce 2008 lze přičítat reakci vlády na začínající recesi, a tak neochotu ke zvyšování výdajů ze státního rozpočtu. Stejně tak můžeme tuto reakci přisoudit poklesu roku 2013.

Tlaky na pravidelnou valorizaci probíhaly při každé z mnou sledovaných vlád, avšak valorizace probíhali jen na rozhodnutí vlády a ani současná vláda pravidelnou valorizaci neschválila.

2.4 Zkoumání hypotézy

Mnou vyřčená hypotéza zní: Vlády na ekonomickou recesi reagují opatřeními snižující poměr veřejných výdajů, k celkovým výdajům na zdravotnictví. Tento jev jsem se tedy rozhodla zkoumat pomocí grafu znázorňujícím ekonomické cykly a dat vyjadřujících procentní poměr veřejných výdajů k celkovým výdajům.

Graf č. 19. Závislost poměru veřejných výdajů na zdravotnictví k ekonomickému cyklu



Zdroj: Vlastní zpracování na základě MFČR a ÚZIS

Graf znázorňuje poměry veřejných výdajů na celkových výdajích za zdravotnictví a ekonomický cyklus velkou ekonomickou recesí v roce 2009 a mírnější pak v roce 2012. Podle mé hypotézy by tedy vláda v následujících letech, tedy 2010 popřípadě 2011 a v roce 2013, měla snižovat poměr veřejných výdajů k celkovým výdajům na HDP. Tento procentní poměr nám na grafu ukazují oranžové sloupce. Z grafu je tedy patrné, že tento jev nenastal, a proto mohu moji hypotézu zamítnout pro obě období ekonomické

recese, což znamená při rozdílných vládách. Vlády naopak v těchto letech poměr veřejných výdajů k celkovým výdajům zvyšovaly, a tak je zamítnutí hypotézy zcela jednoznačné.

Závěr

Problematika týkající se zdravotnictví patří do společenského rámce již desítky let. Nespokojenost ohledně nastavení zdravotní politiky přetrvává v rámci České republiky až do současnosti. Nestabilita zdravotní politiky a nesoulad názorů politických stran se prosazoval i v mnou sledovaném období. O tomto faktu svědčí rychlé střídání ministrů zdravotnictví, snaha o zavádění velkých změn v oblasti zdravotní politiky, jako byly regulační poplatky, a následné rychlé rušení těchto opatření, či řada legislativních změn a novel zákonů. Aktuálnost tohoto tématu verifikuje také skutečnost, že výraznou změnou zdravotní politiky se zabývalo každé programové prohlášení vlády.

Česká republika prošla v průběhu 20. století řadou významných politických změn a nestability a tato situace je patrná i v oblasti zdravotní politiky. Není zde nastaven žádný tradiční přístup ke zdravotní politice a ani silný většinový názor společnosti.

České zdravotnictví je silně ovlivněno především německým systémem zdravotnictví, který silně působil na vývoj zdravotní politiky v průběhu první třetiny 20. století. Je zde signifikantní především princip solidarity vycházející z Bismarkovského modelu zdravotního systému a také povinné statutární pojištění, které zaštiťuje stát. Ovšem zde narážíme na obvyklý problém tohoto systému, a to vysoká finanční náročnost.

Dále je vývoj zdravotní politiky České republiky silně pokřiven komunistickým režimem, který zdravotnictví České republiky výrazně zbrzdil a neumožnil formování zdravotní politiky, jelikož vyžadoval existenci státního monopolu na zdravotnictví. Neexistence konkurence, nedostupnost technických inovací ze zahraničí či oslabená věda a výzkum ve zdravotnictví zbrzdily celý sektor a oslabili naše postavení v rámci Evropy. Dále existence státního monopolu umožnila bezplatnou zdravotní péči, s nemožností konkurencí mezi doktory formou svobodné volby lékaře či zařízení. V této době byl pacient odkázán jen na rozhodnutí příslušného lékaře a musel v něj vložit absolutní důvěru s nemožností volby. Tyto tendence jsou ve společnosti zřetelné až do současnosti a je zaznamenán nízký zájem o změny vztahu mezi lékařem a pacientem. I přes nespokojenost se zdravotním systémem přetrvává pasivita pacientů a snaha o přenechání veškeré odpovědnosti na lékaři. S tímto chováním úzce souvisí malé tendence k přenosu

povinností odpovědnosti za zdravotní zabezpečení na jednotlivce, a tak majoritní podíl financování zdravotní péče zůstává v rámci přerozdělování veřejných výdajů.

Všechny tyto tendence byly zřetelné při analýze efektivnosti vládních opatření. Mezi lety 2005-2016 zde proběhla významná reforma, která si kladla za cíl prosazení regulačních poplatků. Vláda měla tímto opatřením ambici prolomit pasivitu obyvatel a více je začlenit do účasti na zdravotní péči. Na datech je zřetelné omezení nadužívání zdravotního systému. Vláda učinila s tímto opatřením ale i další kroky, jako například určení maximálního vyměřovacího základu pro výpočet zdravotního pojištění, které zastíňují vliv regulačních poplatků, a vzhledem k tomu se domnívám, že se přínos poplatků stal pro veřejnost nečitelný. I při mé bakalářské práci se nedá jednoznačně určit jejich efekt. Celou situaci ještě umocňuje fakt, že se Česká republika v období vlád Mirka Topolánka ocitla v ekonomické recesi, a tak se případné větší veřejné financování neprojevilo ve zvyšování odměn lékařů, avšak zde nebyl zaznamenán ani pokles platů či mezd, který se při ekonomické recesi může prosadit.

V řešení společenských obav o odchod lékařů do zahraničí se nepříčinila žádná vláda, neboť není nikterak čitelný výrazný růst finančního ohodnocení. Jediný pozitivní skok můžeme pozorovat v přijmutí opatření zvyšujícími platové tabulky lékařů vládou Petra Nečase, avšak tyto kroky byly učiněny pod silným nátlakem lékařských odborů a veřejnosti. K opatřením znemožňující odchod lékařů do zahraničí ihned po atestaci se naštěstí žádná vláda neuchýlila.

Lze obecně konstatovat, že se potvrdily domněnky o chování stran podle orientace nalevo či napravo politického spektra. Levicově orientované vlády čili vláda Jiřího Paroubka či Bohuslava Sobotky, se zaměřili na omezení spoluúčasti pacienta. V jejich funkčních obdobích nebyly snahy o zavádění poplatků za individuální zdravotní péči či jinou osobní participaci či zodpovědnost a druhá ze zmiňovaných vlád navíc tyto poplatky zrušila. Na druhou stranu můžeme ale z dat ohledně první vlády pozorovat, že i když se v prohlášení zavázala, že se spoluúcast zvyšovat nebude a nepředložila návrhy na opatření zvýšení participace, spoluúcast se naopak fakticky zvyšovala a občanovy, který nesleduje tyto trendy, to bylo zamlčeno.

Pravicové vlády čili Vlády Mirka Topolánka se naopak snažili o zvětšení tržních principů ve zdravotnictví. Byla zde snaha o prosazení Julínkovy reformy zdravotnictví, z níž se ale prosadily pouze regulační poplatky. Tyto poplatky omezili užívání zdravotní péče, což

bylo jejich primárním cílem. I když se v tomto období zvýšila participace, lze konstatovat, že systém zdravotnictví se i tak těšil enormnímu vlivu solidarity a zakládal se především na veřejném financování. Objem veřejných výdajů na zdravotnictví v tomto období rostl i před ekonomickou recesí. Stejně tak se zvýšili i výdaje zdravotních pojišťoven, ale tyto výdaje nedokázaly pokrýt příjmy v těchto obdobích, a tak se zdravotní pojišťovny potýkaly se záporným saldem.

Ostatní vlády, které se profilují středově či mírně pravicově, dělali opatření, která byla spíše více sociálního smýšlení a na principu solidarity. Lze soudit, že i když v naší kultuře jsou tyto kroky vnímány za neutrální či středové, jinde jsou považovány za značně levicové. Z toho vyplývá, že celé naše zdravotnictví a vnímání zdravotní politiky je v hlavním proudu myšlení levicové a tíhnoucí k velké solidaritě a pomoci druhým. K tomu přispívá i fakt, že přes malé platy a mzdy, které přetrvávají ve zdravotnictví v poměru k evropskému měřítku, a nefunkčnost tržních principů v odměňování, se pracovníci ve zdravotním sektoru drží a ve velkých vlnách neodchází za většími zisky do zahraničí. Především starší generace těchto pracovníků berou své povolání spíše jako poslání než jako vidinu velkých zisků.

Moje hypotéza o tom, že vlády na ekonomickou recesi reagují opatřeními snižujícími poměr veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví, se nepotvrdila. Při vyřčení hypotézy jsem neuvažovala nad tak nízkým poměrem veřejných výdajů ze státního rozpočtu a očekávala, že právě tyto výdaje ovlivní ukazatel. Jelikož je ale podíl výdajů ze státního rozpočtu minoritní, neovlivnil významně celkové veřejné výdaje a hypotéza o reakci vlád se nepotvrdila ani při jedné ze sledovaných recesí.

Obecně musím konstatovat, že díky nestálosti názoru na zdravotní politiku ve společnosti se rychle mění příslušná opatření a každá vláda jich za své období udělá hned několik. Z tohoto důvodu jsou opatření špatně čitelná a jejich vliv na další národohospodářské ukazatele můžeme většinou jen odhadovat. I když jsem v práci splnila vytyčený cíl a podrobně rozebrala zdravotní politiku a opatření jednotlivých prohlášení vlád, a tak jsem dokázala určit, jaké sliby vláda splnila a jaké ne, nemohu objektivně porovnat tyto opatření vlád mezi sebou. Každá vláda má v prohlášení napsané jiné cíle z hlediska subjektivních tendencí směřování zdravotní politiky podle konkrétního politického smýšlení. Tyto cíle a opatření tedy nejde v globálním měřítku napříč vládami relevantně srovnat. Pro částečné srovnání jsem využila obecné ekonomické ukazatele, které ale

nenabízejí hlubší pohled na jednotlivá opatření, a tak mohou vykazovat vývoj, který je ale zapříčiněn či ovlivněn jinými faktory. Při zkoumání veřejných výdajů jsem tedy zobrazila jak jejich výši, tak i strukturu či poměr k HDP, abych nastínila rozdílnost výkladu těchto ukazatelů. Analýzu dat v rámci zdravotní politiky je potřeba provádět ve větším národohospodářském měřítku například v rámci interakce sociální politiky, ekonomických trendů či vývoje státního rozpočtu v daných letech.

Usuzuji, že české zdravotnictví potřebuje reformu hlavně z hlediska výše odměňování zdravotníků nadcházejících generací či jejich motivace při práci, neboť globalizace světa přináší trendy v oblasti velice snadné migrace za účelem lépe ohodnocené práce. Tato reforma by si měla ale získat podporu veřejnosti, aby ve společnosti přetrvala delší dobu, pak by bylo možno vyhodnotit její reálný vliv a až po zhodnocení těchto dat by se měl stav upravovat. Vlády provádí opatření velice rychle a překotně, bez podrobných ekonomických výstupů. Přístupné informace ohledně stavu ukazatelů ve zdravotnictví jsou vydávány se zpožděním, a tak je zřejmé, že vlády reagují bez podložených důkazů. Nad rámec bakalářské práce by byl užitečný velice podrobný rozbor konkrétní politiky, ať už levicové či pravicové, se zaměřením na hlavní opatření dané politiky. Dále pak historický vliv dané politiky v ČR či okolních státech s ohledem na ostatní makroekonomické ukazatele a jejich vzájemnou interakci.

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

ČSSD – Česká strana sociálně demokratická

ČSÚ – Český statistický úřad

HDP – hrubý domácí produkt

KDU-ČSL – Křesťanská demokratická unie – Československá strana lidová

LOK-SČL – Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů

MFČR – Ministerstvo financí České republiky

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ODS – Občanská demokratická strana

US-DEU – Unie svobody – Demokratická unie

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VZP – Veřejná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam grafů, tabulek a schémat

Grafy:

Graf č. 1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování

Graf č. 2: Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2013

Graf č. 3: Průměrné měsíční mzdy/platy lékařů (v Kč)

Graf č. 4: Výdaje na vědu, výzkum a inovace

Graf č. 5: Spotřeba alkoholu v litrech

Graf č. 6: Spotřeba cigaret na jednoho obyvatele v kusech

Graf č. 7: Poměr závislých pacientů k celkovému počtu pacientů pod vlivem psychoaktivních látek

Graf č. 8: Vývoj počtu receptů

Graf č. 9: Vývoj průměrné úhrady za recept

Graf č. 10: Ekonomický cyklus

Graf č. 11: Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování

Graf č. 12: Veřejné výdaje na zdravotnictví absolutně

Graf č. 13: Veřejné výdaje na zdravotnictví k HDP

Graf č. 14: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven

Graf č. 15: Vývoj průměrných platů ve zdravotnictví

Graf č. 16 Vývoj průměrných mezd ve zdravotnictví

Graf č. 17: Spotřeba léků

Graf č. 18: Platby státu za státní pojištěnce

Graf č. 19. Závislost poměru veřejných výdajů na zdravotnictví k ekonomickému cyklu

Tabulky:

Tabulka č. 1 Stavby léčebně preventivní péče (na 10 000 obyvatel)

Tabulka č. 2 Stavby zdravotní sítě

Tabulka č. 3 Střední délka života – muži

Tabulka č. 4 Střední délka života – ženy

Tabulka č. 5 Veřejné výdaje na zdravotní péči

Tabulka č. 6 Soukromé výdaje na zdravotní péči

Tabulka č. 7 Poměr veřejných a soukromých výdajů

Tabulka č. 8: Saldo příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven

Tabulka č. 9: Dostupnost léčiv

Tabulka č. 10: Duševní zdraví

Tabulka č. 11: Lékaři v preventivní péči

Tabulka č. 12: Lůžka v preventivní péči

Tabulka č. 13: Pacienti užívající psychoaktivní látky

Tabulka č. 14: Výdaje pacientů na regulační poplatky

Tabulka č. 15: Výdaje pacientů na regulační poplatky bez poplatků za pohotovost

Tabulka č. 16: Veřejné výdaje na zdravotnictví ze státního rozpočtu

Tabulka č. 17: Veřejné výdaje na zdravotnictví

Tabulka č. 18: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven

Tabulka č. 19: Platby ve zdravotnictví

Tabulka č. 20: Mzdy ve zdravotnictví

Tabulka č. 21: Spotřeba léků

Tabulka č. 22: Platby státu za státní pojištění

Schéma:

Schéma č. 1 NS Zdraví 2020

Přílohy:

Příloha č. 1 – Platná legislativa

Seznam použité literatury a internetových zdrojů

Odborné publikace:

BECKER, Gary S. *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. 3rd ed. Chicago: The University of Chicago Press, c1993. ISBN 0-226-04120-4.

DRBAL, Ctibor. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. Studie (Národohospodářský ústav Josefa Hlávky). ISBN 80-86729-39-7.

DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-340-0.

DUBEN, Rostislav. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2000. ISBN 8024500493.

HÁVA, P. (ed.). *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. ISSN 1213-8096. [cit. 2017-5-5] Dostupné také z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/501-financovani-ceskeho-zdravotnictvi-v-kontextu-uhrad.pdf>

Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, c1998. ISBN 9289013486. [online]. [cit. 2017-5-5] Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1

Hodnocení zdravotního stavu (Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky): odborná zpráva za rok 2005 část 2. Praha: Státní zdravotní ústav, [2005] Ústřední systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí. ISBN 80-7071-270-8.

HOLMAN, Robert a kol. *Dějiny ekonomického myšlení*. 3. vydání. Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 978-80-7179-380-9.

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

KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGÁŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8.

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

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

PAVLÍK, Marek. *Zdravotní politika z pohledu vlády – analýza implementačního deficitu*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5408-0.

STIGLITZ, J E. *Economics of the public sector*. New York: W.W. Norton, 2000. ISBN 0-393-96651-8.

Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

ZLÁMAL, J. -- BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

Online zdroje:

Děkujeme, odcházíme, *Lékařský odborový klub, svaz českých lékařů* (2011), [cit. 2017-5-10] Dostupné z: <http://www.dekujeme-odchazime.cz/>

Ekonomické informace ve zdravotnictví, *Ústav zdravotnických informací a statistiky*, [cit. 2017-5-7] Dostupné online: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>

KAHNEMAN, Daniel a Amos TVERSKY. *Choices, Values, and Frames*. American Psychological Association, 1984. [cit. 2017-5-5] Dostupné také z: <http://web.missouri.edu/~segerti/capstone/choicesvalues.pdf>

Kampaň Děkujeme, odcházíme vyhrála nad vládou. Ted' získala cenu za PR, *iDNES*, 2011 [cit. 2017-4-5] Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/kampan-dekujeme-odchazime-vyhrala-nad-vladou-ted-ziskala-cenu-za-pr-1d5-/domaci.aspx?c=A110519_135122_domaci_js

Koaliční smlouva o vytvoření koalice rozpočtové odpovědnosti, vlády práva a boje proti korupci, *Vláda ČR*, [cit. 2017-4-10] Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/koalicni_smlouva_ods_top09_vv.pdf

Legislativa – zdravotní politika. *Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze* [online]. 2009. [cit. 2017-4-20] Dostupné z: http://www.khsstc.cz/obsah/legislativa_6_1.html

Léková politika v roce 2008, *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, [online]. 2007 [cit. 2017-4-10] Dostupné z: www.mzcr.cz/file.aspx?id=136&name=prezentace_leky_30_10_07.ppt

Maximální vyměřovací základ, *Všeobecná zdravotní pojišťovna (2015)*, [cit. 2017-4-15] Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/zamestnavatele/maximalni-vymerovaci-zaklad>

Ministerské posty opustí Němeček a Dienstbier, oznámil Sobotka, *iDnes* (2016), [cit. 2017-5-1] Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/ministri-vymena-sobotka-gremium-cssd-dww-/domaci.aspx?c=A161111_124554_domaci_hro

Physicians for a National health program. *Health Care Systems – Four Basic Models* [online]. [cit. 2017-4-10] Dostupné z: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

Platby státu za státní pojištěnce, *Ministerstvo financí ČR*, [online]. 2015 [cit. 2017-4-9] Dostupné z: <http://data.mfcr.cz/cs/dataset/platba-statu-za-statni-pojistence/resource/19c3e90f-be71-40bc-a07b-0ad9c97cbea8>

Platná legislativa. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2009. [cit. 2017-4-8] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/platna-legislativa_1784_11.html

Privatizace pojišťoven přes lidovce neprojde [online], *Lidovky* (2008) [cit. 2017-5-1]
Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/privatizace-pojistoven-pres-lidovce-neprojde-f4q-
/zpravy-domov.aspx?c=A080420_150426_ln_domov_svo](http://www.lidovky.cz/privatizace-pojistoven-pres-lidovce-neprojde-f4q-/zpravy-domov.aspx?c=A080420_150426_ln_domov_svo)

Předmět činnosti zdravotní politiky. *Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze* [online]. [cit. 2017-3-11] Dostupné z:
http://www.khsstc.cz/obsah/predmet-cinnosti_5_1.html

Razie na mocné 2013, *Aktuálně.cz* [online] (2013), [cit. 2017-3-11] Dostupné z:
<https://www.aktualne.cz/wiki/domaci/razie-na-mocne-2013/r~i:wiki:3806>

Regulační poplatky ve zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2012. [cit. 2017-3-11] Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi_2618_22.html

Spotřeba cigaret na 1 obyvatele v České republice, *Český statistický úřad*, [cit. 2017-3-20] Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/cr_od_roku_1989_cigarety

Spotřeba potravin, *Český statistický úřad*, [cit. 2017-3-11] Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/spotreba-potravin-1948-az-2012-n-hjw8eg93rj>

Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2013 *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* (2014) [cit. 2017-4-11] Dostupné také z:
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2013>

Statistická ročenka České republiky, *Český statistický úřad*, [cit. 2017-4-21] Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2016>

Střední délka života prožitá ve zdraví*) v České republice v roce 2006: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [pdf]. *ÚZIS ČR, 2009*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/stredni-delka-zivota-prozita-zdravi-ceske-republike-roce-2006>

Světová zdravotnická organizace. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2014. [cit. 2017-4-9] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/svetova-zdravotnicka-organizace_3115_8.html

Týden s prezidentem, *TV Barrandov* [online video], 2017 [cit. 2017-5-8] Dostupné z:
<http://www.barrandov.tv/video/94888-tyden-s-prezidentem-6-4-2017>

Ústava české republiky: Základní ustanovení. Hlava první, Praha, ročník 1992. [cit. 2017-3-11] Dostupné také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>

Zdraví pro všechny v 21. století. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2002. [cit. 2017-4-12] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky, *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*, [cit. 2017-4-8] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/mzdy-platy>

Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2010, *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, [cit. 2017-4-5] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-soucast-narodni-ekonomiky-2010>

WIRNITZER, Jan, Lenka POLÁKOVÁ a Adam B. BARTOŠ. Klaus jmenoval nové ministry. Nemáte sto dnů hájení, řekl jim. *IDNES* [online] 2009 [cit. 2017-3-11] Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/klaus-jmenoval-nove-ministry-nemate-sto-dnu-hajeni-rekl-jim-p4h-/domaci.aspx?c=A090123_070931_domaci_jw

Prohlášení vlády

Programové prohlášení vlády Jiřího Paroubka, Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/jiri-paroubek/Programove-prohlaseni-vlady-Jiriho-Paroubka_1.pdf

Programové prohlášení první vlády Mirka Topolánka, Dostupné z https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolaneck-1/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf

Programové prohlášení druhé vlády Mirka Topolánka, Dostupné z https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolaneck-2/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf

Programové prohlášení vlády Jana Fischera, Dostupné z <https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2007-cr/jan-fischer/ppv-2009.pdf>

Programové prohlášení vlády Petra Nečase, Dostupné z
https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf

Programové prohlášení vlády Jiřího Rusnoka, Dostupné z
<https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/tema/Programove-prohlaseni-vlady-20130802.pdf>

Programové prohlášení vlády Bohuslava Sobotky, Dostupné z:
<https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/>

Zdravotnické ročenky

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Zdravotnické ročenky 2004–2015
Dostupné online z <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

Legislativa

Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě,

Nařízení vlády č. 565/2006 Sb., o platových poměrech vojáků z povolání

Novela zákona č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních

Ústava České republiky, Hlava třetí, Článek 67-80

Vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

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

Zákon č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech. a o změnách některých souvisejících zákonů

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

Přílohy

Příloha číslo 1 – Platná legislativa

• Zdravotní služby

- Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a upravující vyhlášky z roku 2012
- Zákon č. 373/2011 Sb. Zákon o specifických zdravotních službách
- Zákon č. 374/2011 Sb. Zákon o zdravotnické záchranné službě
- Zákon č. 285/2002 Sb. Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů
- Zákon č. 296/2008 Sb. Zákon o lidských tkáních a buňkách

• Pracovníci ve zdravotnictví

- Zákon č. 2020/1991 Sb. Zákon o lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
- Zákon č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních

• Zdravotní pojištění

- Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 551/1991 Sb. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR
- Zákon č. 280/1992 Sb. Zákon o resortních oborových podnikových a dalších pojišťovnách
- Zákon č. 592/1992 Sb. Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 274/2003 Zákon, kterým se mění některé zákony na úseku ochrany veřejného zdraví

• Zdravotnické prostředky

- Zákon č. 268/2014 Sb. Zákon o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů

- **Léčiva**
 - Zákon č. 378/2007 Sb. Zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů
- **Konopí k léčebným účelům**
 - Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách
- **Návykové látky**
 - Zákon č. 167/1998 Sb. Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů
 - Zákon č. 272/2013 Sb. Zákon o prekursorech drog
 - Zákon č. 379/2005 Sb. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů
- **Ochrana veřejného zdraví**
 - Zákon č. 258/2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
 - Zákon č. 120/2002 Sb. Zákon o podmínkách uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh a o změně některých souvisejících předpisů
- **Lázeňství**
 - Zákon č. 164/2001 Sb. Lázeňský zákon

Platná legislativa, *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, [online] 2009 [cit. 2017-4-20] Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/platna-legislativa_1784_11.html