

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Hospodářská politika



ANALÝZA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU V ČESKÉ
REPUBLICE V LETECH 2005–2016
diplomová práce

Autor: Jana Zvoníková

Vedoucí práce: Ing. Lucia Bartůšková, Ph.D.

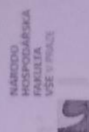
Rok: 2017

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

Jana Zvoníková
V Praze, dne 6.12.2017

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní Ing. Lucii Bartůskové, Ph.D. za podnětné rady a připomínky při vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat zejména své rodině za podporu během celého studia.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Bc. Jana Zvoníková**
Studijní program: **Ekonomie a hospodářská správa**
Obor: **Hospodářská politika**
Název tématu: **Analýza zdravotního systému v České republice v letech 2005 – 2016**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce: Cílem práce bude zjistit hlavní nedostatky v rámci financování zdravotnictví napříč jednotlivými subjekty, které do financování vstupují, a posouzení zda-li byly reformy v ČR v letech 2005 – 2016 prováděny koncepčně a jestli byly úspěšné.
2. Význam, aktuálnost a očekávaný přínos práce: Dle novely o rozpočtových pravidlech musí do konce února 2017 banky převést své účty, kam přijímají prostředky z veřejného zdravotního pojištění, do ČNB. Z tohoto důvodu je jasné, že hospodaření bank budí celkovou pozornost, a proto bude vývoj hospodaření zajímavé sledovat i v rámci analýzy této práce.
3. Charakteristika teoretické části: Teoretická část bude zaměřena spíše na vymezení základních pojmů a popis tržní struktury zdravotnictví, úlohu státu ve zdravotnictví a v neposlední řadě modelů financování zdravotnictví a subjektů, které se na financování podílejí.
4. Charakteristika praktické části: V této části bude analyzováno hospodaření jednotlivých subjektů, které jsou nejvýznamnější částí zdravotního systému v oblasti financování – konkrétně zdravotních pojišťoven a nemocnic. Analýza bude probíhat v období 2005 až 2016 v návaznosti na reformy, které v jednotlivých letech proběhly. Velký zřetel bude v analýze brán na období od roku 2008 do 2015. Tento milník je významný, jelikož rok 2008 byly zavedeny regulační poplatky, které byly k 1. 1. 2015 zrušeny.
5. Klíčová slova: zdravotní systém, financování zdravotnictví, veřejné zdravotní pojištění

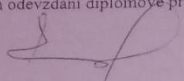
Rozsah práce: min. 65 normostran

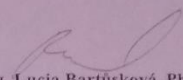
Seznam odborné literatury:

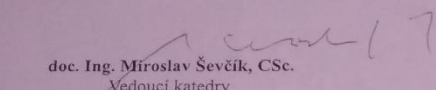
- 1.* BARTÁK, Miroslav. 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika ISBN 978-807-3575-038.
2. DUBEN, Rostislav. 2000. *Ekonomie veřejného sektoru*. Vyd. 1. V Praze: Vysoká škola ekonomická v Praze, 325 s. ISBN 80-245-0049-3.
3. MAAYTOVÁ, Alena. 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, ISBN 978-807-3579-128.
4. PAVLÍK, Marek. 2010. *Zdravotní politika z pohledu vlády – analýza implementačního deficitu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-802-1054-080
5. PHELPS, Charles. *Health Economics*. 1. vyd. New York: HarperCollins Publishers Inc., 1992. ISBN 0-673-38746-1
6. SELTZER, Beth. *Careers in Public Health*. 1.vyd. New York: Springer Publishing Copany, LLC, 2011, ISBN 978-0-8261-1768-7
7. WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*. 1. vyd. Berkshire: McGraw – Hill Education, 2008, ISBN 0-335-21834-2

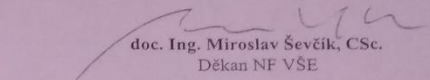
Datum zadání diplomové práce: duben 2017

Termín odevzdání diplomové práce: prosinec 2017


Bc. Jana Zvoníková
Řešitelka


Ing. Lucia Bartůšková, Ph.D.
Vedoucí práce


doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry


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

Abstrakt

Tato diplomová práce analyzuje stav českého zdravotnictví. Analýza se zaměřuje na období od roku 2005 do roku 2016. V první části práce jsou popsány základní teorie potřebné k pochopení fungování zdravotnictví a popsání možných způsobů jeho financování. V praktické části jsou potom popsány celkové výdaje na zdravotnictví a detailně rozebrány jednotlivé subjekty, které nejvýznamněji vstupují do systému a ovlivňují ho. Mezi tyto subjekty patří zdravotní pojišťovny, nemocnice a domácnosti. Cílem práce bylo najít nedostatky v rámci financování a fungování jednotlivých subjektů a posoudit dopady jednotlivých reforem, které byly v tomto období prováděny. Mezi hlavní nedostatky patří zavádění opatření bez dlouhodobého cíle a neustálé měnění jednotlivých opatření.

This diploma thesis analyzes the state of the Czech health care system. The analysis focuses on the period from 2005 to 2016. The first part of the thesis describes the basic theories needed to understand the functioning of health care and to describe possible ways of its financing. In the practical part are described the total expenditures for the health care and the individual subjects that most significantly enter the system and influence it. These include health insurers, hospitals and households. The aim of the work was to find shortcomings in the financing and functioning of individual entities and to assess the impacts of individual reforms that were carried out during this period. The main shortcomings include the introduction of measures without a long-term goal and the constant change of individual measures

Klíčová slova: zdravotní systém, financování zdravotnictví, veřejné zdravotní pojištění, soukromé pojištění

Key words: health system, financing of health care, statutory health insurance, private health insurance

JEL klasifikace: H510, I110, I150, I180

Obsah

Úvod.....	1
1. Vymezení základních pojmů	3
1.1 Zdraví	3
1.2 Péče o zdraví	3
1.3 Zdravotní politika.....	4
1.4 Zdravotní péče.....	6
1.5 Zdravotnické systémy	17
1.6 eHealth	26
2 Zdravotní systém České republiky	32
2.1. Zdravotnictví v České republice v mezinárodním srovnání	33
2.1 Ekonomický a demografický vývoj	36
2.3 Legislativní změny	39
3 Analýza zdravotního systému a jeho financování	45
3.1 Celkové výdaje.....	45
3.2 Veřejné výdaje	49
3.3 Soukromé výdaje.....	67
4 eHealth	73
4.1 Legislativa	74
4.2 Vývoj eHealth	75
4.3 Projekty eHealth.....	76
5 Shrnutí stavu českého zdravotnické systému.....	82
5.1 Celkové výdaje.....	83
5.2 Veřejné výdaje	84
5.3 Soukromé výdaje.....	88
5.4 eHealth	90
Závěr	92
Přehled tabulek a grafů	98
Zdroje.....	100
Přílohy.....	107

Úvod

Téma zdravotnictví je ve společnosti v posledních letech čím dál více skloňováno, souvisí to s růstem pokroku, zlepšováním technologií, ale také se stárnutím populace. Zdravotnictví se kontinuálně vyvíjí, což přináší nové metody léčby, objevování nových léků nebo lepší přístrojovou vybavenost. Pro správný vývoj a zlepšování kvality zdravotnictví jsou potřebné nejen dostatečné finanční prostředky, ale také propracovaný zdravotnický systém. Navyšování výdajů bez jasné vize a konceptu nevede ke zlepšování kvality zdravotnictví, ale pouze k neustálému růstu nákladů. Nastavení systému financování je tématem každodenních diskuzí nejen politiků, ale také oborné veřejnosti. Hledání způsobů, jak zjednodušit a zlepšit systém a efektivně využívat prostředky, je téma nejednoho politického programu.

Největším problémem vyspělých evropských zemí je výrazné stárnutí obyvatel a úbytek ekonomicky aktivních obyvatel, kteří přispívají na zdravotnictví největší měrou. V posledních letech významně přibývá obyvatel starších 65 let, a s tím se pojí i růst výdajů na zdravotní péči. Dalším jevem, který se objevuje, je, že lidé se dožívají čím dál vyššího věku. Celá Evropa stárne, rostou náklady na léčbu, financování takto náročného systému v dlouhodobém horizontu je neudržitelné, proto je nutné hledat způsoby, jak prostředky efektivněji využívat.

Zdravotnické systémy jednotlivých států se na celém světě odlišují, což souvisí se společenskou a ekonomickou vyspělostí daných zemí. Mechanismy fungování zdravotnického systému a přerozdělování finančních prostředků se značně liší. Tato práce analyzuje systém zdravotnictví v České republice. Cílem bude zjistit hlavní nedostatky v rámci financování zdravotnictví napříč jednotlivými subjekty. Druhým cílem je posoudit prováděné reformy a v rámci analýzy zjistit jejich dopady a zhodnotit jejich koncept.

Celá práce je rozdělena do pěti hlavních kapitol. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, které se s tématem zdravotnictví pojí. Zároveň teoretická část obsahuje základní teorie potřebné k pochopení systému jeho financování. Vývoj zdravotnictví a výdajů je také ovlivněn řadou faktorů, a to ekonomických, demografických a legislativních. Všechny tyto proměnné, které vstupují do zdravotnictví a ovlivňují ho, jsou popsány v kapitole č. 2. Součástí druhé kapitoly je popis postavení českého zdravotnictví v mezinárodním srovnání na základě Evropského spotřebitelského indexu

zdravotní péče. Tento index porovnává jednotlivé evropské státy na základě dostupnosti zdravotní péče, práv pacienta nebo stupně elektronizace zdravotnictví.

Praktická část se zaměřuje na analýzu financování zdravotnictví jako celku. Součástí analýzy je i detailnější pohled na jednotlivé subjekty, které do zdravotnictví vstupují, a to jsou zdravotní pojišťovny, stát, nemocnice a domácnosti. Zdravotní pojišťovny jsou nejvýznamnějším subjektem v rámci financování zdravotnictví, naopak nemocnice největším poskytovatelem zdravotné péče, a tedy i nejnákladnější položkou ve zdravotnictví. Celý systém a jednotlivé subjekty jsou analyzovány mezi lety 2005-2016. Během tohoto období došlo k legislativním změnám, které zásadně ovlivnily některé subjekty a cílem této práce je posoudit jejich dopad. Čtvrtá kapitola se soustředí na stav českého eHealth. Toto téma je pro české zdravotnictví významné, protože díky němu může dojít k úspoře prostředků a k lepší přehlednosti o poskytované péči. Poslední kapitola shrnuje celé fungování českého zdravotnického systému a uvádí jeho nedostatky. Pro zpracování diplomové práce jsou využity metody analýzy, deskripce a jednoduché statistické a matematické metody.

1. Vymezení základních pojmů

1.1 Zdraví

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“¹ Zdraví je specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu (povahu hmotného statku), nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje. I když se nákupem zdravotní péče, služeb a léků může zlepšit zdravotní stav člověka, neznamená to možnost nákupu zdraví v plném rozsahu.² Zdraví významně ovlivňuje lidský potenciál, jelikož je předpokladem a nutnou podmínkou pro společenské uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka. Tvoří významnou složku životní úrovně a zároveň zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Zdraví je tedy současně zdrojem i cílem fungování lidské společnosti.³

Zdraví jedince představuje dynamický proces, na který působí celá řada faktorů, z nichž některé lze systémově ovlivnit (informovanost o zdravém životním stylu, význam prevence, možnosti léčení specifických zdravotních obtíží, místní, časová, finanční dostupnost zdravotní péče) jiné naopak nelze, jako jsou genetické dispozice jedince.⁴

1.2 Péče o zdraví

Jedná se o široce pojatý souhrn sociálních, ekonomických, politických, kulturně výchovných a zdravotnických prostředků, opatření a aktivit, jejímž smyslem je chránit, upevňovat a navracet lidem zdraví.⁵ Péče o zdraví chápe zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku existence lidstva. Ochrana a podpora zdraví je z hlediska efektivnosti ekonomiky výhodnější než obnova narušeného zdraví. Péče o zdraví zahrnuje dva druhy aktivit politiku ex ante a politiku ex post.

Politika ex ante zahrnuje aktivity ve směru ochrany, podpory a rozvoje zdraví. Klade důraz na posílení zdraví a zamezení vzniku nemocí. Vyžaduje jasnou, dlouhodobou a cílevědomou koncepci administrativní regulace a zejména odstranění externalit. Politiku ex post tvoří činnosti zaměřená na léčení, tj. odstranění změn

¹ WHO: Constitution 2006, str. 1

² DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 8

³ REKTOŘÍK, J.: Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru, 2007, str. 181

⁴ DUBEN, R.: Ekonomie veřejného sektoru, 2000, str. 147

⁵ REKTOŘÍK, J.: Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru, 2007, str. 181

na zdravotním stavu člověka, obnově nebo navrácení zdraví. Realizace politiky ex post je nákladná a má své determinanty, dané medicínské možnosti.⁶

1.2.1 Zdravotnictví

Z hlediska péče o zdraví představuje zdravotnictví její odbornou část. Hlavním úkolem tohoto odvětví je poskytovat odborné zdravotnické služby, chránit, upevňovat a navracet zdraví. Zdravotnictví bývá chápáno resortně jako soustava zařízení a pracovníků, jejímž posláním je poskytování odborných zdravotnických služeb. Jedná se o systém, který zahrnuje složky: zařízení hygienické služby, zařízení léčebně preventivní péče (ambulance, nemocnice, léčebné ústavy), zařízení pro výchovu a výuku a další vzdělávání zdravotnických pracovníků a vědecko-výzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví. Hlavním úkolem zdravotnictví je poskytovat zdravotní péči, na kterou lze pohlížet dvěma pohledy:

- a) **Zdravotní péče jako produkt**, který vytváří lékaři, nemocnice a další poskytovatelé v rámci zdravotnictví. Tento přístup vyhodnocuje, jak efektivně je dosahováno dané péče, zároveň hledá co nejvýhodnější kombinace vstupů, při nichž by byla zachována daná kvalita péče při co nejnižších nákladech.
- b) **Zdravotní péče jako vstup** přispívající k dosažení finálního produktu neboli k dosažení dobrého zdraví. Tento přístup se uplatňuje zejména v případech, kdy se rozhoduje o vyčlenění finančních prostředků na zdravotnictví. S tímto pojetím zdravotní péče se pojí produkční funkce zdraví. Jedná se o analytickou metodu určení způsobu alokace zdrojů mezi alternativní způsoby.⁷

1.3 Zdravotní politika

„Zdravotní politika je souhrnem politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které a kteří mají vliv na zdraví.“⁸ Na zdravotní politiku je tedy nutno nahlížet nejen jako na politiku zaměřenou

⁶ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 14-15

⁷ REKTOŘÍK, J.: Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru, 2007, str. 181-182

⁸ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví, 2003, str. 11

na zdravotnictví, ale i jako na komplex dílčích politik, jejichž cíle ovlivňují zdraví a jeho determinanty. Prostřednictvím zdravotní politiky dosahují vlády jednotlivých států svých cílů v oblasti zdravotnictví.⁹

V rámci celého světa se rozlišují dvě hlavní koncepce pojetí zdravotní politiky, a to liberální a sociálně tržní. Obě koncepce považují zdraví za společensky významné, ale v pohledu na zdravotní péči zauímají rozdílné postoje. Liberální koncepce chápe zdravotní péči jako zboží, na financování zdravotnictví se podílejí hlavně soukromé výdaje. Naopak sociálně tržní koncepce klade důraz na roli státu při tržních selháních a zdravotnictví je financováno zejména z veřejných zdrojů.¹⁰

1.3.1 Nárok na zdravotní péči

V odborné zdravotnické literatuře se vyskytuje pojem ekvita – překládá se jako spravedlnost nebo rovnost. Ekvita ve zdraví, dle definice publikované Světovou zdravotnickou organizací znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu neboli nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování. Znamená to tedy, že každému se musí dostat zdravotní péče podle jeho potřeb, neboť zdraví je předpokladem uplatnění práva na život a osobní svobodu.¹¹ Prakticky všechny evropské státy při vytváření zdravotní politiky a nastavování systému financování zdravotní péče staví na principu sociální ekvity. Pochopitelně míra jejího zohledňování se stát od státu liší, nicméně zdravotní péči stát deklaruje na základě občanských práv, jak je zakotveno v Deklaraci Světové zdravotnické organizace. V rámci sociální ekvity lze hovořit o 4 stádiích socioekonomických a politických systémů ve spojení se sociální nerovností ve zdraví a nemoci:

Stádium 1: Zdravotní péče nouzového stavu jako výraz socioekonomického zbláckání

- charakteristické pro rozvojové země
- dodnes zde převládá extrémně nízká očekávaná délka života a velmi vysoká kojenecká a dětská úmrtnost

⁹ PAVLÍK, M.: Zdravotní politika z pohledu vlády, 2010, str. 47

¹⁰ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 57-59

¹¹ BÁRTLOVÁ, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví, 2005, str. 152

- extrémní sociální nerovnosti mezi privilegovanými horními vrstvami a širokou v bídě žijící masou lidí
- infekční nemoci, tuberkulóza, tropické epidemie, výživové problémy

Stádium 2: Zdravotní péče jako výraz rostoucího socioekonomického vývoje

- rychlé socioekonomické změny následkem industrializace vedou ke koncentraci zdrojů v městských regionech, a tím k polarizaci zdravotní péče mezi městem a venkovem
- Indie, Brazílie, Řecko

Stádium 3: Duální zdravotní péče jako výraz demokratických procesů

- rozvinuté průmyslové společnosti v podmínkách pravidel vybudovaného státního sociálního zabezpečovacího systému jsou zaměřeny na snižování sociálních nerovností ve využívání lékařů, v regionální nabídce struktury i v preventivních opatřeních
- dosaženo ve značné části rozvinutých průmyslových společností
- Velká Británie, Izrael

Stádium 4: Integrovaná zdravotní péče jako výraz demokratických procesů

- v Evropě je systém organizované státní veřejné péče patrný nejspíše v některých skandinávských zemích, Holandsku, Švýcarsku, Německu, kde je všeobecná úroveň zdravotní péče tak rozvinuta, že duální medicína, jakkoli v zárodcích nadále existuje, nemůže již mít závažný zdravotně politický vliv
- charakteristický vysoký podíl nákladů na zdravotnictví ve vazbě na HDP, značná hustota sítě lékařů a nadprodukční soukromohospodářské trhy¹²

1.4 Zdravotní péče

1.4.1 Zdravotní péče jako statek

Statek je definován jako soubor věcí a hodnot, které uspokojují naše potřeby. Zdravotnické služby patří mezi ekonomický statek, jelikož zdroje umožňující jejich produkci zdravotnických služeb jsou omezené (finanční, lidské, materiální). Naopak potřeby jsou neomezené a na jejich celkové uspokojení není možné generovat zdroje ani v národním nebo nadnárodním měřítku.¹³

¹² BÁRTLOVÁ, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví, 2005, str.153-156

¹³ BARTÁK, M.: Ekonomika zdraví, 2010, str. 26

Zdraví je považováno částí ekonomů, sociologů a zdravotníků a dalších odborníků nejen jako individuální, ale rovněž i jako celospolečenský statek-veřejný statek. Na téma zdravotní péče jako veřejný statek se vedou dlouhé. Část vnímá zdravotní péči jako statek individuální a druhá část jako statek veřejný. Wonderling tvrdí, že zdravotní péče není veřejným statkem, protože je rivalitní. Ukazuje to na spotřebě léků, v případě, že někdo spotřebuje lék, je ho méně pro spotřebu ostatních. Zdravotní péče je podle Wonderlinga vylučitelná ze spotřeby. Na příkladu čištění rybníka kvůli zabránění nákazy malárií, poukazují na veřejné zdravotnictví jako na veřejný statek. V případě vyčištění rybníka budou mít všichni ve společnosti užitek i ti, kteří na to nijak nepřispěli – jedná se o problém černého pasažéra.¹⁴

Zdravotnictví jako celek se veřejnému statku skutečně blíží, např. bezpečnostní opatření proti vypuknutí infekčních chorob (kontroly na letišti, pravidelné rozборы zásobáren vod, výzkum apod.). V případě konkrétní poskytované zdravotní péče je ekonomické vymezení péče opravdu složitější. Transplantace srdce konkrétním čekatelům vylučuje ze spotřeby ty na konci seznamu, jde tedy o jistou rivalitu. Očkování vakcínou, která není navíc momentálně dostupná, vylučuje ze spotřeby ty, kteří by ji rádi přijali, ale nejsou ve skupině lidí, kteří jsou upřednostňováni.

Zdravotnické služby rozlišujeme podle způsobu alokace zdrojů a podle spotřeby zdravotní péče. Podle způsobu alokace se dělí na tržní, polo tržní a netržní:

- **Netržní forma** se týká služeb, které jsou poskytovány na základě národních zdravotnických systémů a programů. Tyto zdravotnické služby financuje státní rozpočet. Pacient za ně neplatí přímo, ale formou daní. Tento systém umožňuje zabezpečit ekonomickou dostupnost služeb a zajišťuje lepší kontrolu nad jejich poskytováním. Poskytování zdravotnických služeb může fungovat také na bázi transferových plateb, tyto služby se poskytují v rámci speciálních programů, jako je například Medicare¹⁵ nebo v rámci sociálního zdravotního pojištění.
- **Polotržní forma** bývá nejčastěji zprostředkována přes systém národního pojištění, které může mít povinný nebo částečně dobrovolný charakter na úhradě. Tuto formu

¹⁴ WONDERLING, D. at al., Introduction to Health Economics, 2011, str. 120

¹⁵ Medicare – program sociálního pojištění v USA, který funguje od roku 1966. Hlavní funkcí tohoto programu je poskytnout pojištění pro občany starší 65 let a pro občany mladší 65 let s postižením a závažnými onemocněními

financují, jak soukromé, tak i veřejné zdroje. Ve všeobecném typu pojišťovacího systému se na nákladech podílí stát, zaměstnanec a zaměstnavatel.

- **Tržní forma** zastupuje omezenou skupinu zdravotnických služeb, které hradí soukromé zdroje. Tento systém nemá všeobecný charakter a jedná se hlavně o zdravotnické služby nadstandartního charakteru. V žádné ekonomicky vyspělé zemi se zdravotní služby nezabezpečují pouze tržní formou a způsob financování těchto služeb je v určité korelaci s rozsahem poskytovaných služeb.¹⁶

1.4.2 Tržní prostředí ve zdravotnictví

Existují různé názory na to, jaký typ trhu z hlediska míry regulací by měl panovat v oblasti zdravotnictví. Odborníci se shodují na tom, že tržní prostředí může v některých oblastech zdravotnictví být žádoucí. Dá se však říci, že v žádném vyspělém státě, není celé zdravotnictví ponecháno jen volnému trhu. Podle Grossmanova modelu z roku 1972 je každý jednotlivec zároveň producentem a uživatelem svého zdraví. Podle jeho názoru je zdraví jak spotřebním statkem, tak i statkem investičním. Podle Grossmana je optimální úrovně investice do zdraví dosaženo, jestliže se marginální náklady zdraví rovnají marginálnímu užítku zdraví.¹⁷

Poskytování zdravotnických služeb probíhá na trhu jiného charakteru než poskytování běžných služeb a prodej běžného zboží. Důvody, proč nefunguje zdravotnictví na tržních principech jako trhy s jiným zbožím vysvětluje Kenneth J. Arrow ve svém článku *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*.

Důvody:

Povaha poptávky – J. Arrow říká, že poptávka po zdravotní péči je nepravidelná a nepředvídatelná. Poptávka po zdravotní péči je také spojena s rizikem ztráty schopnosti si vydělávat peníze a postarat se o sebe. Toto riziko považuje Arrow za unikátní. V okamžiku, kdy člověk onemocní, začne se zhoršovat jeho rozpočtové omezení (To je dáno důchodem spotřebitele a cenami statků. Lze jej znázornit křivkou spotřebních možností.) a zhorší se tím i schopnost hradit potřebnou péči. Čím déle je člověk nemocný, tím více se jeho rozpočtové omezení zhoršuje. Tato vlastnost se u poptávky po jiných

¹⁶ DUBEN, R.: *Ekonomie veřejného sektoru*, 2000, str. 152

¹⁷ BARTÁK, M.: *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, 2010, str. 31

statcích nevyskytuje. Naopak nepravidelnost a nepředvídatelnost není až tak výjimečná, vyskytuje se i u jiných druhů poptávky.

Očekávané chování lékařů – zde Arrow upozorňuje, že chování, které se očekává od „prodejců zdravotní péče“ se liší od chování, které očekáváme od běžných obchodníků. Zdravotní péče patří ke zboží, kde produkt je shodný se samotnou činností výrobce. Zákazník tak nemůže předem produkt testovat a musí lékaři velmi důvěřovat. Na rozdíl od jiných statků je téměř nemožné reklamovat špatně provedené lékařské ošetření bez souvisejících komplikací a následků.

Nejistota produktu a asymetrie informací – uzdravení je velmi nepředvídatelné a nelze v každém jednotlivém případě vycházet z minulých zkušeností. Také se v oblasti poskytování zdravotní péče vyskytuje značná informační asymetrie (rozdílný rozsah informací nakupujícího a prodávajícího). Medicínské znalosti jsou velmi komplikované a lékař má mnohem více informací než pacient. Význam informační asymetrie ve zdravotnictví je vyšší než na jiných trzích právě z důvodu nemožnosti testování výsledného produktu a následných reklamací.

Podmínky nabídky – vstup do oboru je limitován získáním licence a tím rostou náklady na zdravotní péči. Ceny zvyšují i náklady na studium medicíny.

Cenová praxe – zde Arrow zmiňuje například cenovou diskriminaci podle příjmu, nebo implicitní či explicitní fixování cen.¹⁸

Další ekonom, který řešil problematiku tržního modelu a konkurenčního trhu byl J.E.Stiglitz. Nekonkurenčnost trhu zdravotnických služeb viděl především v neodrážení výrobních nákladů v ceně zdravotní péče.

Mezi problémy konkurenčního prostředí ve zdravotní péči patří:

- omezené množství nemocnic
- nezisková forma – nemocnice nejsou motivovány maximalizací zisku
- heterogenní komodity – jelikož zdravotnické zákroky nejsou prováděny strojem a každý pacient a zákrok je jiný, nelze i stejné zákroky hodnotit totožně.
- nedokonalá informovanost pacienta – pacient je většinou zcela odkázán na úsudek lékaře (dříve zmíněná informační asymetrie)
- částečná existence přímé platby – pacient není motivován hledat si levnějšího lékaře vzhledem k tomu, že on za jeho výkon neplatí, resp. neplatí přímo. Dalším

¹⁸ ARROW K. J: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, 1963

důsledkem nepřímé platby za zdravotní péči je, že jen málo pacientů (zákazníků) se zajímá o to, co si skutečně lékař za jeho ošetření naúčtuje.¹⁹

Všechna uvedená negativa tržního prostředí ve zdravotnictví však nevedou k jednoznačnému závěru, že by ve zdravotnictví nemělo nic být trhu ponecháno. Zdravotní péče je v mnoha vyspělých zemích poskytována jak veřejnými, tak soukromými zdravotnickými zařízeními a v podstatě to funguje. Nikde se to však neobchází bez státních regulací.

1.4.3 Úloha státu

Stát zasahuje do vztahů mezi subjekty zdravotnického systému a upravuje je, důvodem zásahů je obava z následků vznikajících z příjmové nerovnosti a obava ze selhání trhu se zdravotní péčí. Selhání trhu nastává při oslabení konkurenceschopnosti, které zapříčiňuje mnoho faktorů, mezi které patří omezený počet poskytovatelů, omezený ziskový motiv, heterogenní charakter zdravotní péče jako produktu a subjektivní zdravotní problémy pacientů, které významně ztěžují šíření informací o kvalitě a ceně zdravotnických služeb. Dalším faktorem, který zapříčiňuje selhání trhu, přichází společně s informační nerovnováhou mezi poskytovatelem služeb a spotřebitelem. Zdravotní služby poskytují vysoce kvalifikovaní pracovníci, kteří na rozdíl od pacientů tedy spotřebitelů, jsou schopni posoudit, zdali se jedná o přiměřený výkon, vhodný lék nebo zdali je operace nutná. Tímto přechází spotřebitelova suverenita na lékaře, který má dvojí roli – poskytovatele služby a zprostředkujícího agenta. Z těchto důvodů si stát vymezuje právo vstupovat do vztahů mezi subjekty tím, že:

- legalizuje povinnou solidaritu
- provádí lékovou politiku
- reguluje ceny zdravotnických služeb, a tím čerpání fondů zdravotního pojištění
- přispívá platbami ze státního rozpočtu a vykonává vlastnická práva ve zdravotnických zařízeních
- garantuje kvalitu zdravotní péče prostřednictvím vzdělávacího systému lékařů a zdravotnického personálu
- vykonává dohled nad činností veřejných zdravotních pojišťoven

¹⁹ STIGLITZ, J., E.: *Ekonomie veřejného sektoru*, 1997, str.88

- kontroluje síť zdravotnických zařízení a zabezpečuje ochranu zdraví ²⁰

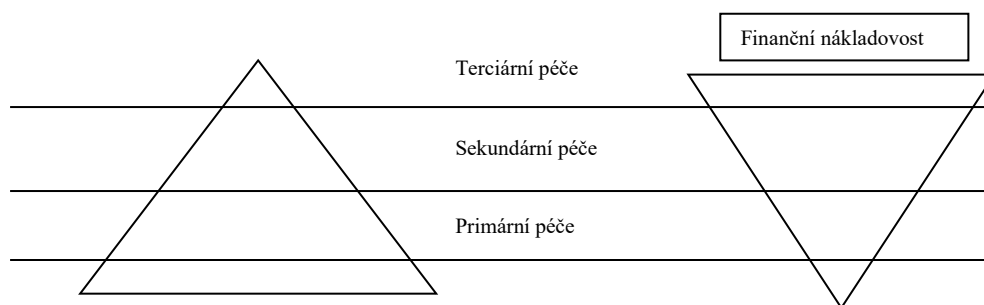
1.4.4 Členění zdravotní péče

Zdravotní péči můžeme členit podle různých kritérií. Prvním členění rozlišuje péči z hlediska ekonomické nákladovosti na základní a specializovanou. V rámci základních zdravotnických modelů můžeme rozdělit do tří skupin:

- Primární péče** představuje základní péči, která by měla být dostupná všem obyvatelům. Poskytují jí praktičtí lékaři, stomatologové a gynekologové. Péče je dostupná ambulantně, případně v domácím prostředí.
- Sekundární péče** zahrnuje specializované obory, např. chirurgii, urologii, traumatologii apod. Tuto péči zabezpečují nemocnice, polikliniky, léčebny či jiná zdravotnická zařízení.
- Terciární péče** tvoří vysoce specializované, extrémně komplexní a technologicky náročné diagnosticko-léčebné služby ve velkých nemocnicích, kde pracují týmy odborníků.

Největší podíl obyvatelstva využívá služeb primární péče a nejmenší procento obyvatel terciární péče. Náklady jsou rozloženy v opačném pořadí (viz obrázek č. 1).²¹

Obrázek č. 1: Potřeba zdravotní péče ze společenského hlediska ve vztahu k finanční nákladovosti



Zdroj: DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 24, vlastní zpracování

²⁰ KREBS, V.: Sociální politika, 2010, str. 230

²¹ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005. str. 22-23

1.4.5 Druhy zdravotní péče

1. Ambulantní péče

Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení. Poskytuje jednodenní péči, a je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty. V případě onemocnění se pacient obrací zpravidla nejprve na lékaře primární péče, tj. praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, zubní lékaře a gynekology, u kterého se musí nejprve zaregistrovat.

Ambulantní péče je poskytována jako:

- a) ***primární ambulantní péče***: za účelem poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací
- b) ***specializovaná ambulantní péče***: poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče
- c) ***stacionární péče***: za účelem poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče

2. Lůžková péče

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi léčbu v zařízení poskytovatele lůžkové péče nebo mu přijetí sám dohodne. Ve zdravotnických zařízeních se poskytuje lůžková péče akutní standardní, akutní intenzivní, následná a dlouhodobá. Zákon o zdravotních službách definuje lůžkovou péči jako zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

Lůžkovou péče je poskytována jako:

- a) ***akutní lůžková péče standardní***: poskytovaná pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně za účelem včasné léčebné rehabilitace
- b) ***akutní lůžková péče intenzivní***: poskytovaná pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat

c) ***následná lůžková péče***: poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí

d) ***dlouhodobá lůžková péče***: poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí.

3. Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba

V případě náhlých těžkých onemocnění nebo úrazů, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři, a kdy je nezbytné rychlé ošetření na místě události a případně přeprava postiženého do zdravotnického zařízení za stálého poskytování neodkladné zdravotní péče, aby nedošlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení života postiženého, je využívána zdravotnická záchranná služba.

Bezplatná telefonní čísla tísňového volání:

155 - národní číslo tísňového volání k řešení zdravotních problémů

112 - jednotné evropské číslo tísňového volání pro přivolání

4. Pracovně-lékařské služby

Jsou preventivní zdravotní služby, v rámci, kterých se hodnotí vliv pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví, provádějí se preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu. Účelem je posuzovat zdravotní způsobilost k práci, poskytovat poradenství zaměřené na ochranu zdraví při práci a ochranu před pracovními úrazy, nemocemi z povolání a nemocemi souvisejícími s prací, zajišťovat školení v poskytování první pomoci a pravidelný dohled na pracovištích a nad výkonem práce nebo služby. Tyto služby hradí zaměstnavatel.

5. Dispenzární péče

Účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.

6. Lázeňská léčebně rehabilitační péče

Někdy se stává nezbytnou součástí léčebného procesu, kterou doporučuje ošetřující lékař a potvrzuje revizní lékař. Návrh na tuto péči podává registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

7. Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků

V ČR existuje rozsáhlá síť zařízení lékařské péče (lékáren), které zajišťují distribuci léků, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, a to jak na základě lékařského předpisu, tak i bez něj, tj. ve volném prodeji.

8. Preventivní péče

Lékař primární péče provádí preventivní prohlídky. Mezi další preventivní péči se řadí očkování proti infekčním nemocem.²²

1.4.6 Způsoby úhrad za zdravotní péči

Způsob úhrad patří mezi nástroj zdravotní politiky, který využívá soukromé zájmy a působí na činnost zdravotnických zařízení tak, aby nebyla v rozporu se společenskými zájmy, a aby byla poskytována péče účelně a docházelo k jejímu efektivnímu vynakládání. Způsob úhrady je součástí nákupu zdravotní péče, kdy se jedná o vztah mezi plátcem (pacientem) a poskytovatelem (lékařem, nemocničním zařízením).²³

Základní typy úhrad zdravotní péče:

- 1) **Platba za ošetřovací den** stanovuje pro nemocnice maximální úhradu za obsazené lůžko. Cena za den zahrnuje náklady na jednoho pacienta, náklady jsou vymezeny právními normami nebo rámcovými dohodami. Celková částka se určuje smluvně a může být stejná pro všechny pacienty bez ohledu na jejich diagnózu nebo může být shodná pro jednotlivá oddělení. Tento způsob se uplatňuje ve veřejně financovaných systémech a využívá se v nemocnicích a zařízeních částečné hospitalizace.
- 2) **Platba za výkon** se uplatňuje v případě placení za jednotlivou položku zdravotní péče, tj. za jednotlivý úkon diagnózy, léčení, ošetřování. Výkony jsou popsány a oceněny přímo nebo prostřednictvím bodu, jehož hodnota je shodná pro všechny zařízení a uvádí se v seznamu zdravotnických výkonů. V rámci tohoto systému se uplatňuje slabší makroekonomická kontrola. Platba za výkon motivuje poskytovatele zvýšit kvantitu, kvalitu a ceny poskytovaných služeb.
- 3) **Kapitační platba** poskytuje lékařům fixní platbu za každého registrovaného pacienta, obvykle je částka přizpůsobena faktorům, které zahrnují věk a pohlaví. Systém kapitačních plateb umožňuje kontrolovat celkovou úroveň výdajů

²² MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Druhy zdravotní péče, 2012

²³ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 123

na primární péči a alokaci prostředků mezi praktické lékaře. Problém tohoto systému nastává při registraci příliš velkého množství pacientů, z čehož vzniká problém neposkytování dostatečné péče. Druhé riziko vzniká s možností vybírání si méně rizikové pacienty a odesílat dál ty více rizikové.

- 4) **Platba za případ** stanovuje úhradu podle diagnostikovaného zdravotního stavu a standardizovaných nákladů na ošetření. Mezi nejznámější diagnostické systémy patří Medicare. Nákladové skupiny seskupují různé diagnózy, podle kterých se účtuje. Mezi výhody této metody patří alokace rozpočtových zdrojů na základě výstupů a také motivuje nemocnice, aby zlepšovaly svoje výstupy a snižovaly náklady.
- 5) **Funkční rozpočet** bývá nejčastěji používán k financování nemocniční péče. Dopředu dojde ke sjednání sazby za veškeré služby. Rozpočet je konečný, ale povoluje pružnosti uvnitř systému a přesun prostředků v jeho rámci. Mezi výhody patří omezení provozních nákladů poskytovatelů služeb a kontrola objemu poskytovaných služeb.²⁴

6) **Systém úhrady pomocí DRG skupin**

Problematika řízení, financování a zajištění kvality zdravotní péče je již několik desetiletí v popředí zájmu ve všech zemích. Jedním z významných nástrojů, které přispívají ke zvládnutí této problematiky, jsou tzv. casemixové klasifikační systémy. Nejznámějším casemixovým klasifikačním systémem, který napomáhá řízení, financování a zvyšování kvality zdravotní péče je klasifikační systém DRG (Diagnostic Related Group).²⁵ Klasifikační systém DRG má za sebou již 50 let vývoje, používá se ve zdravotnictví většiny vyspělých zemí. DRG byl zaveden v r. 1967 na univerzitní klinice Yalské univerzity. Byl vyvinut jako nástroj definice produktů nemocnice a jako podpora zabezpečení kvality péče o pacienty na lůžku.²⁶ DRG umožňuje uchopit realitu klinické praxe, přenést jí pomocí analytických postupů do jazyka použitelného pro vykazování, srovnávání, vyhodnocování a v neposlední řadě i hrazení zdravotní péče. Jak je zřejmé již z označení, klasifikační systém DRG má schopnost zařadit, zatřídit, rozdělit v našem případě hospitalizační případy, do jistých kategorií. V České republice využívaný princip systému

²⁴ BARTÁK. M.: Ekonomika zdraví, 2010, str. 98-101

²⁵ SLEE, D., A., SLEE, V., N., SCHMIDT, J., H.: Slee's Health Care Terms, 2007, str. 77

²⁶ BARTÁK. M.: Ekonomika zdraví, 2010, str. 98-101

IR – DRG se řídí postupy a pravidly, která jsou podobné jako v jiných zemích využívajících klasifikaci ve zdravotnictví.

Podstata casemixu vychází ze skutečnosti, že výsledky a náklady zdravotnického zařízení jsou významně determinovány určitými atributy pacientů, které zdravotnické zařízení léčí. Tyto atributy zahrnují několik různých, i když vzájemně souvisejících charakteristik pacientů a jejich onemocnění. Kliničtí pracovníci kladou důraz na závažnost onemocnění, pro administrátory nemocnic je naopak důležitá intenzita nasazení zdrojů pro léčení a s tím spojené náklady na léčení. Casemixové klasifikační systémy klasifikují případy uskutečněného léčení do skupin z hlediska klinické příbuznosti a z hlediska nákladové podobnosti.²⁷

Z výše uvedeného vyplývá, že formování jednotlivých DRG skupin (zatřídění případů) musí vycházet z určitých pravidel z klinické oblasti, která určují, co jsou klinicky podobné případy. Na druhé straně je DRG založeno i na statistickém sledování vynaložených nákladů na léčení. Tato statistická pravidla určují, zda lze klinicky podobné případy zařadit do jedné DRG skupiny. Důležitým principem pro zařazení případu do DRG skupiny je také snaha o zachování efektivity a srozumitelnosti systému ve smyslu počtu a přiměřeného rozsahu DRG skupin, tedy o naplnění statistického principu klasifikace. Návrh klasifikačního systému DRG je tedy vystaven na třech základních principech. První princip je klinická smysluplnost jednotlivých DRG skupin, tj. případy klasifikované do jedné DRG skupiny jsou z klinického hlediska podobné. Další dva principy mohou být s prvním za určitých okolností v rozporu a mohou být v rozporu i mezi sebou. Druhým principem je přijatelný počet DRG skupin v klasifikaci, aby klasifikační systém byl zvládnutelný z administrativního hlediska. Třetím principem je, že náklady spojené s případy klasifikovanými do jedné DRG skupiny musí být z nákladového hlediska dostatečně homogenní – nákladová homogenita případů. Klinický a statistický pohled se dostávají často do rozporu, nicméně klinický pohled by měl respektovat statistické hledisko.

²⁷ HANUŠOVÁ, P.: Požadavky na adaptaci DRG v Německu, 2003

Klinická pravidla pro tvorbu klasifikace DRG

Při tvorbě systému DRG vycházejí autoři z reálného stavu – z klinické dokumentace hospitalizovaných pacientů. Na závěr hospitalizace je ošetřujícím lékařem vystavena podrobná propouštěcí zpráva, která musí osahovat epikrizu (popis zásadních událostí při hospitalizaci), základní diagnózu a případné vedlejší diagnózy.

Byl určen výběr parametrů nemocničních případů, které je možné použít ke třídění v klasifikačním systému DRG. Jsou to jednak identifikační údaje pacienta (věk, pohlaví), údaje popisující průběh hospitalizace (příjmová diagnóza, provedené výkony, hlavní diagnóza, vedlejší diagnózy, způsob ukončení hospitalizace). Tyto údaje slouží dále jako kritéria pro rozhodování, do které DRG skupiny hospitalizace spadá při klasifikaci. Postup třídění na základě parametrů, definujících jednotlivé hospitalizační případy, je popsán v definičním manuálu DRG. Je to základní dokument, který popisuje sledované parametry a sled dílčích postupů (algoritmů), se kterými se pracuje při zařazování do DRG skupin.²⁸

1.5 Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém patří mezi historicky nejstarší, ale také nejsložitější složku realizace zdravotní politiky, jelikož zprostředkovává zabezpečení jejích cílů. Definici zdravotnického systému ovlivňují společensko-ekonomické, historické a regionální aspekty. Zdravotnický systém lze podle Krebse definovat jako „organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci uskutečňují zdravotní péči.“²⁹

Podle WHO dobře fungující zdravotní systém zodpovídá za zlepšování zdraví jedince, rodin a celé společnosti, obranu obyvatelstva proti tomu, co poškozuje jeho zdraví, ochranu lidí před finančními důsledky špatného zdravotního stavu, zajištění spravedlivého přístupu k lidem, umožnění lidem se podílet na rozhodování o jejich zdraví.³⁰

²⁸ KOŽENÝ, P.: Klasifikační systém DRG, 2010, str.123-126,

²⁹ KREBS, V.: Sociální politika, 2010, str. 318

³⁰ WHO: Health system, 2017

1.5.1 Parametry zdravotního systému

Dostupnost zdravotní péče vymezuje překážky, které musí pacient překonat, jestliže potřebuje zdravotní péči, jedná se o překážky finanční, geografické, časové, sociokulturní nebo organizační. Dostupnost zdravotní péče se měří v jednotlivých státech dle hustoty zdravotnických zařízení.

Kvalita péče vypovídá o vyspělosti země a její stav je podmíněn stupněm technologické a materiální vybavenosti daného zdravotnického zařízení, úrovní medicínského vzdělání a profesionálního dohledu nad výkonem lékaře. Mezi základní ukazatele, které vypovídají o kvalitě zdravotní péče, patří střední délka života, úmrtnost, nemocnost, počet předčasně zemřelých atd.

Ekonomická nákladovost udává spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví. Náklady se vztahují k HDP, tzn. že se jedná o procentuální podíl těchto nákladů na celkové HDP dané země.

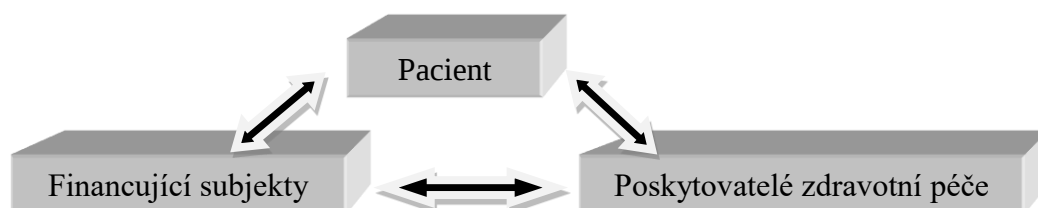
Výkonnost zdravotnického systému souvisí s předešlými parametry, jelikož vyjadřuje, jaký rozsah péče, jak široké populaci a v jaké kvalitě umožňuje zdravotnický systém poskytnout při daných výdajích.

Rovnost, spravedlnost patří k důležitým kritériím zdravotnického systému. V praxi se jedná o rovný a stejný přístup k léčbě a aplikaci všech možných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin.³¹

1.5.2 Subjekty zdravotního systému

Současné zdravotnické systémy jednotlivých vyspělých zemí jsou velmi složité, při určitém zjednodušení lze říci, že v každé vyspělé zemi jsou tři elementární subjekty (viz obrázek č. 2).

Obrázek č. 2: Subjekty zdravotnického systému



Zdroj: BARTÁK, M.: Ekonomika zdraví, 2010, vlastní zpracování

³¹ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 110-115

Pacient zaujímá roli spotřebitele, jelikož spotřebovává zdravotní péči, zároveň se podílí na financování celého systému. Ve veřejném sektoru má pacient právo na zdravotní péči, kterou vyžaduje jeho zdravotní stav a zároveň má právo na výběr zdravotnického zařízení a lékaře. Mezi povinnosti pacienta patří podrobení se preventivním prohlídkám a léčbě onemocnění, u nichž zákon určuje povinné léčení. Pacient hradí povinné pojistné na veřejném zdravotním pojištění, případně se podílí platbami do veřejných rozpočtů prostřednictvím daní. V soukromém sektoru se jedná o nákup zdravotní péče přímo za úhradu nebo přes komerční pojištění.

Financující subjekty zahrnují dva hlavní subjekty financování – stát a systém zdravotního pojištění. Stát financuje systém pomocí veřejného státního rozpočtu. Druhá možnost financování zastupuje zdravotní pojištění.

Poskytovatelé zdravotní péče zajišťují síť zdravotnických zařízení uspořádaných do soustav v soukromém i veřejném sektoru. Zdravotnická zařízení v rámci veřejného sektoru hospodaří podle rozpočtových pravidel stanovených ministerstvem financí. Z veřejných zdrojů mohou být financována i soukromá zdravotnická zařízení, pokud hospodaří podle obchodního zákoníku a dle obecně platných norem obchodní společnosti.³²

1.5.3 Financování zdravotních systémů

Zdravotní politika a jednotlivé systémy jsou financovány z veřejných a soukromých zdrojů. Veřejný sektor tvoří primární zdroj financování v celé Evropě, až na Kypr. V roce 2014 byly $\frac{3}{4}$ výdajů na zdravotní péči financovány z veřejných zdrojů, tedy hlavně z veřejného zdravotního pojištění. V Dánsku, Švédsku a ve Velké Británii podíl veřejných zdrojů tvoří až 80 % z celkového množství finančních prostředků. Opak tvoří Kypr, kde podíl privátního sektoru na financování tvoří 47 %.

Vláda poskytuje základní zdravotní péči prostřednictvím nemocničních nebo ambulantních zařízení. Základní zdravotní péči hradí veřejný rozpočet, v rámci EU by podíl vyčleněných financí na zdravotnictví měl být v rámci jednotlivých vládních sektorů okolo 14 %. Příkladem je Německo, kde každé páté euro placené státem na veřejné výdaje míří do zdravotnictví na zdravotní péči.³³ Zdravotnictví je financováno prostřednictvím přímých a nepřímých úhrad.

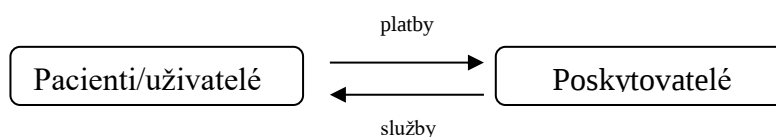
³² DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str.94-102

³³ OECD: Health at a glance. 2014

1) Přímé úhrady

Jedná se historicky nejstarší systém, kdy pacienti platí jako spotřebitelé zdravotní péče přímo poskytovateli zdravotní péče. V historii bylo placeno i v naturáliích, tento systém nadále přetrvává v některých rozvojových afrických zemích. Velkým problémem přímého financování je možnost financovat ze soukromých zdrojů pouze základní péči, jelikož hradit složité operace v rámci přímých plateb, je velmi nákladné až téměř nemožné.³⁴

Obrázek č. 3: Vztah subjektů zdravotnického systému u přímých plateb



Zdroj: BARTÁK, M.: Ekonomika zdraví, 2010, vlastní zpracování

2) Nepřímé úhrady³⁵

a) Soukromé pojištění

Soukromé pojištění patří mezi model financování pojištění, kdy příspěvky platí jednotlivci nebo organizace přímo pojišťovnám, které pojištění nabízejí. Pacient tedy již neplatí sám poskytovatelům, ale stojí za ním pojišťovna, která jménem pacienta kontroluje kvalitu, rozsah a opodstatnění poskytované péče. Soukromé pojištění neřeší problematiku solidarity mezi bohatými a chudými, celý systém předpokládá, že každý si bude schopný ze svého příjmu určitou část vymezit na platbu soukromého zdravotního pojištění, problémem této metody vyvstává společně se spoléháním se na racionalitu člověka.

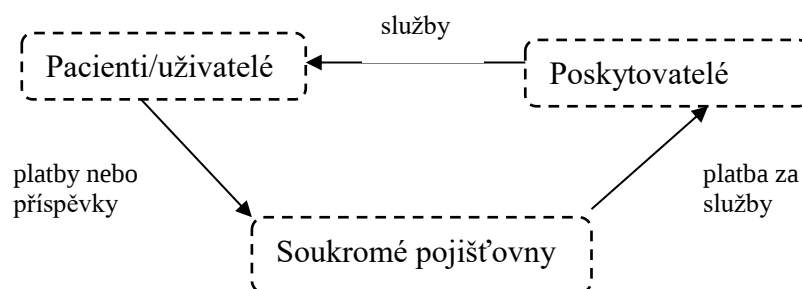
Sazby soukromého pojištění stanovují komerční pojišťovny nebo případně neziskové pojišťovny tak, aby byly pokryty náklady pojišťovny. Tyto sazby v praxi znamenají, že jedinci se slabšími příjmy budou mít problém se výhodně pojistit, jelikož náklady na jejich léčení není možné zakalkulovat do ceny pojistného pro majetné občany, tak jak funguje veřejné pojištění. Pojistná částka se určuje na základě průměrných pojistných nákladů a pojistného rizika. Možnost čerpat péči hrazenou z pojistky určuje

³⁴ BARTÁK, M.: Ekonomika zdraví, 2010, str. 84

³⁵ DUBEN, R.: Ekonomie veřejného sektoru, 2000, str. 159-162

pojistná smlouva, nikoliv objektivní potřeba. Komerční pojišťovny si vybírají pojištěnce, kteří pro ně představují výhodnější míru rizika. V případě zvýšeného rizika výskytu nemoci a nutnosti léčení bude sazba pro pojištěnce dražší.

Obrázek č. 4: Vztah subjektů zdravotnického systému u soukromého pojištění

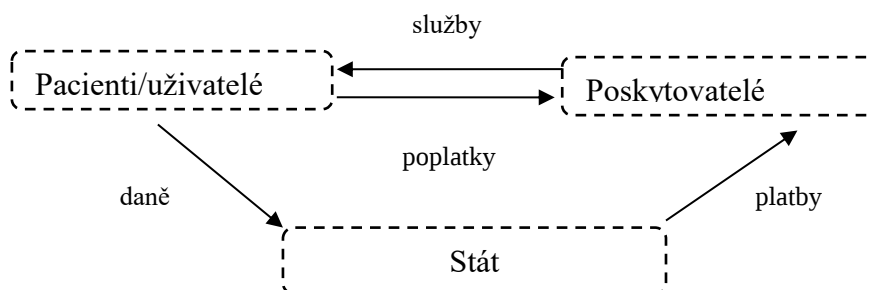


Zdroj: BARTÁK, M.: Ekonomika zdraví, 2010, vlastní zpracování

b) Financování z daňových výnosů

Financování formou všeobecných, případně místních přímých a nepřímých daní znamená, že prostředky na veřejné financování zdravotnických služeb se vytvářejí v rámci celkového daňového systému. Jedná se zejména o všeobecné daně (zejména z příjmu), ale také daně spotřební (daně z tabákových výrobků). Financování formou daní má silný demotivační účinek, jelikož občan přesně neví, kolik platí za zdravotnické služby, které spotřeboval, není tedy zainteresován na kontrole kvality poskytovaných služeb a ani na snižování nákladů na tyto služby. Tento model vytváří výrazný prostor pro byrokratický aparát, který rozhoduje o rozdělování vybraných prostředků.³⁶

Obrázek č. 5: Vztah subjektů zdravotnického systému u plateb formou daní



Zdroj: BARTÁK, M.: Ekonomika zdraví, 2010, vlastní zpracování

³⁶ DUBEN, R.: Ekonomie veřejného sektoru, 2000, str. 159-162

c) Veřejné zdravotní pojištění

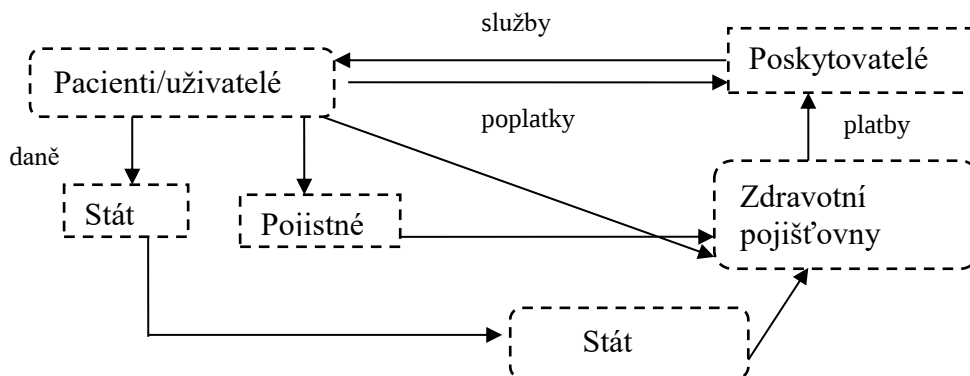
Vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení zdravotního rizika všemi občany. Systém veřejného zdravotního pojištění je postaven na principu existence zvláštního fondu veřejných zdrojů, které jsou určeny na financování zdravotnictví. Tento fond se vytváří placením povinného zdravotního pojištění, do kterého přispívají zaměstnanci i zaměstnavatelé. Příspěvek má formu procentuální sazby v závislosti na příjmu pojištěnce. Stanovení sazby se úzce pojí s principem solidarity, což znamená, že neexistuje návaznost mezi zdravotním stavem a výškou pojistného. Veřejné pojištění realizují soukromé nebo veřejnoprávní pojišťovny, tudíž zde není taková závislost na byrokratickém aparátu, jako tomu bylo u daňového financování. Může být realizováno prostřednictvím jedné zdravotní pojišťovny, která má monopolní postavení nebo prostřednictvím několika pojišťoven neboli kombinací veřejných a soukromých pojišťoven spravující prostředky veřejného zdravotního pojištění. V řadě případů vystupuje v tomto systému jedna, která má veřejnoprávní charakter a má funkci garanta. Alokaci prostředků zprostředkovávají zdravotní pojišťovny, které spravují veřejné prostředky získané na základě zákona formou úhradových mechanismů.

Ve většině případů do tohoto systému přispívá i stát, a to ve formě plateb za ekonomicky neaktivní občany a prostřednictvím všeobecných nebo účelových dotací. Výhodou tohoto systému je relativní nezávislost na státu a s tím spojená a omezená možnost selhání celého systému. V případě jedné veřejnoprávní pojišťovny vzniká monopolní prostředí a s tím spojené možné selhání trhu, kdy pojišťovna nebude plnit imaginární společenské cíle, ale spíše maximalizovat svůj zisk. V případě existence více pojišťoven dojde pravděpodobně k vytvoření konkurenčního prostředí a zároveň k boji o solventního klienta, tento problém je řešen přerozdělovacími mechanismy.

Čerpání zdravotní péče není podle rozpočtového omezení, ale dle objektivní potřeby a zdravotního stavu. S neomezeným čerpáním zdravotní péče je spojen problém černého pasažéra, tudíž je nutno zákonně vymezit platby za veřejné zdravotní pojištění, pokud by totiž byl ponechán na dobrovolnosti jedince, nemohl by v této podobě existovat.³⁷

³⁷ DUBEN, R.: Ekonomie veřejného sektoru, 2000, str. 160-162

Obrázek č. 6: Vztah subjektů zdravotnického systému u veřejného zdravotního pojištění



Zdroj: BARTÁK, M.: *Ekonomika zdraví*, 2010, vlastní zpracování

Vznik veřejného zdravotního pojištění

Pro rozvoj zdravotnictví a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva přispělo nepochybně velkou měrou zdravotní pojištění. Pochopitelně neexistovalo od začátku v této podobě, ale prošlo dlouhodobým vývojem, postupným zaváděním v různých místech světa, rozšiřovalo se a modifikovalo do různých podob.

Současný systém téměř univerzálního systému zdravotního pojištění v západní Evropě je výsledkem 700 let trvajícího procesu. Za tuto dobu se počet jednotlivců pokrytých pojištěním rozšířil z malého množství pracujících v určitých živnostech na všechny obyvatele nebo na téměř všechny kromě mála lidí, jejichž výdělky nedosahují stanovené výše. Administrativní charakter systému zdravotního pojištění se však vyvinul až časem. Jeho začátek je považován organizací dobrovolných družstev pracujících, ale od roku 1883 v Německu a následně během 20. století (od roku 1941 v Nizozemí do roku 1996 ve Švýcarsku) přebírá legislativní úlohu v řízení tohoto pojištění stát.³⁸

Zdravotní pojištění, které bylo spojeno především s konkrétními profesemi, se stávalo povinným. Takové první povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1846 v Prusku, ale ne pro všechny obyvatele, ale pro horníky. Na pojištění se museli podílet nejen zaměstnanci, ale i zaměstnavatelé. To podpořilo vznik mnoha nových podnikových a místních nemocenských pojišťoven.

V roce 1881 německý císař Vilém II. vydal dokument k zavedení sociálního pojištění, který byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané

³⁸ SALTMAN, R., B. et al.: *Social health insurance systems in western Europe*, 2004, str. 22

dělníky, schválený parlamentem v roce 1883.³⁹ Po uzákonění sociálního pojištění v Německu a v některých jiných zemích (také u nás) vzniká potřeba vědeckého zpracování problematiky tohoto úseku zdravotnictví, zvláště otázek pracovní neschopnosti, invalidity, posudkové služby a úrazového lékařství.⁴⁰

1.5.5 Základní zdravotnické systémy

Způsob financování zdravotnických systémů je v jednotlivých státech odlišný. Systémy se od sebe liší podílem zdrojů z veřejného sektoru na celkových výdajích, rozsahem přímých úhrad, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a různými formami proplácení poskytovatelům zdravotní péče. Podle těchto odlišností rozlišujeme tři základní typy:

- 1) Bismarckovský model
- 2) Beveridgův model
- 3) Tržní model
- 4) Semaškův model

Základní typy:⁴¹

Bismarckovský model

Jedná se o první historicky organizovanou snahu státu vyřešit způsob, jak financovat zdravotní péči. Tento model je založen na principu všeobecného zdravotního pojištění. Zdravotní péči garantuje stát, zákon ukládá povinnost platit pojistné do fondu zdravotního pojištění, který není spravován orgánem státní správy, ale zdravotní pojišťovnou jako nekomerčním subjektem, který koná ve veřejném zájmu. V tomto modelu dochází k uplatňování principu solidarity tak, že každý odvádí pojistné v závislosti na svých příjmech. Bismarckovský model spojuje prvky tržního a státního zdravotnictví, jelikož vytváří prostor pro trh, privatizaci, decentralizaci, svobodnou volbu lékaře a současně klade důraz na úlohu státu jako veřejné instituce. Základ celého systému tvoří soukromé ordinace ambulantních lékařů. Převažující způsob úhrady je platba za výkon a kapitační platba. Mezi nevýhody tohoto systému patří vysoká administrativní nákladovost a náročnost, platba za chybné výkony, stimulace spotřeby léků a financování nadbytečné péče. Bismarckovský model funguje v Německu, České republice, Rakousku a Francii.

³⁹ NĚMEC, J.: Principy zdravotního pojištění, 2008, str. 14

⁴⁰ BUREŠ, R.: Úvod do teorie zdravotnictví, 1960, str. 123

⁴¹ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 190-195

Beveridgův model

Zdravotní péči financuje státní rozpočet, pomocí daní. Stát zabezpečuje bezplatnou zdravotní péči. Zdravotnická zařízení jsou ve vlastnictví státu a zdravotní pracovníci jsou státními zaměstnanci. Základ tvoří ordinace praktických lékařů. Proplácení za péči je zejména formou kapitačních plateb. Pacienti se podílí na financování velmi málo nebo skoro vůbec. Systém nevylučuje rozvoj soukromého pojištění a připojištění, ale nesmí být ovlivňována nebo jakkoliv narušena kvalita zdravotní péče, tzn. že by byla poskytována vyšší kvalita péče než ostatním. Problémem tohoto systému jsou dlouhé čekací doby, nedostatečná konkurenceschopnost a chybějící podíl soukromých zařízení. Systém je užíván ve Velké Británii – Národní zdravotní služba, Norsko, Švédsko, Řecko.

Za formu modelu Beveridge je možné považovat i Douglesův model národního zdravotního pojištění, který se používá v Kanadě a Austrálii a rovněž je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území.⁴²

Semaškův model

Byl zaveden v Sovětském svazu ve 20. letech 19. století na návrh tehdejšího ministra zdravotnictví N. A. Semaška, který byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v tehdejší sovětské Rusku po roce 1917. Semaškův model spočívá v centrálně řízeném státním zdravotnictví. Byl zaveden po 2. světové válce ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně bývalého Československa. Používal se také v zemích přímo, nebo nepřímo pod vládou SSSR. Tento model, stejně jako Beveridgův, je založen na přístupu zdravotní péče všem občanům, kteří ji potřebují, a to bez rozdílu. Avšak na rozdíl od něj v něm neexistují soukromé zdravotnické služby. V dnešní době se tento model používá jen na Kubě.

Tržní model

Základ tohoto modelu tvoří princip volného trhu. Zdravotní péče není garantována státem, je na odpovědnosti jedince a jeho svobodné volbě. V tomto modelu má zdravotní péče podobu zboží s určitou tržní cenou. Lékaři zastupují soukromě podnikající subjekty. Pacient má možnost si zvolit lékaře, zdravotní pojišťovnu

⁴² NĚMEC, J.: Principy zdravotního pojištění, 2008, str. 20

i zdravotnické zařízení. Péči hradí přímé platby ze soukromých zdrojů nebo soukromými zdravotními pojišťovnami. Lékaři a zdravotnická zařízení dostávají vypláceny prostředky podle počtu výkonů. Participace na zdravotním pojištění je na rozdíl od Bismarcovského modelu dobrovolné. Stát nekontroluje nabídku ani ceny poskytované péče, vše se zakládá na konkurenci a volném trhu. Mezi výhody tohoto systému patří vysoká konkurence, které vede k růstu vybavenosti soukromých zdravotnických zařízení a investicím do technologických novinek.

Mezi nevýhody toho systému patří nerovnost v dostupnosti zdravotní péče, to souvisí s rostoucími vládními výdaji, jelikož postupně substituuje charitativní činnost. Další problém zapříčiňuje špatná provázanost mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, což vede k nadbytečným opakovaným vyšetřením a diagnostikám. Historický nedostatek zkušeností se silnou úlohou státu vede k naprosté absenci státní moci a veřejné kontroly cen služeb a počtu poskytovatelů. Hlavním představitelem tržního modelu jsou Spojené státy americké.

1.6 eHealth

EHealth je chápán jako souhrnný název pro řadu nástrojů založených na informačních a komunikačních technologiích, které podporují a zlepšují – prevenci, diagnostiku, léčbu, sledování a řízení zdraví a životního stylu.⁴³

Obrázek č. 7: Cíle eHealth



Zdroj: WHO, vlastní zpracování

⁴³ WHO:Health Topics - e-Health, 2012

Obrázek č. 8: Principy eHealth



Zdroj: International Telecommunication Union, vlastní zpracování

1.6.1. Stavební kameny eHealth

1. Portál

Portál eHealth je vstupní bránou k autorizovaným informacím a všem službám eHealth nejen pro občany, ale i zdravotnické profesionály dostupnou z nejrůznějších platforem. Portál eHealth zajišťuje jednoduchý přístup k autorizovaným zdravotnickým informacím a službám eHealth pro občany a zdravotnické profesionály dostupný z různých platforem.

Obecné informace:

- informace o zdraví, péči o zdraví, nemocech a možnostech léčení
- informace o léčebných postupech a jejich dostupnosti
- eLearningové aplikace v oblasti zdravotní výchovy a propagace zdraví
- informace o prevenci a existujících prevenčních programech
- informace o právech a povinnostech občana ve zdravotnictví
- dostupné informace a údaje z oblasti zdravotního stavu populace

Cizinec zde využije zejména:

- informace o zdravotnických zařízeních a nabízených zdravotních službách
- systém zdravotního pojištění
- národní hygienické informace včetně vyplývajících aktuálních doporučení a opatření

- navigaci systémem zdravotní péče

Občan zde najde:

- přístup ke své zdravotnické dokumentaci
- informace o zdravotních prostředcích a lécích jak volně prodejných, tak na předpis
- informace o platbách za zdravotní pojištění a o úhradě zdravotních služeb ze zdravotního pojištění
- elektronické zdravotní poradenství

Zdravotnický profesionál zde najde:

- možný přístup ke zdravotnické dokumentaci ošetřovaného pacienta
- odborné elektronické konzultace – druhý názor
- informace o nemocech a možnostech léčení včetně nových léčebných postupů
- informace o zdravotních prostředcích a lécích včetně možné kontroly lékových interakcí
- informace o svých úhradách zdravotních služeb ze zdravotního pojištění (zdravotních pojišťoven o vykázané a uhrazené zdravotní péči)
- eLearning aplikace v oblasti celoživotního vzdělávání⁴⁴

2. Elektronické předepisování léků

Erecept je plnohodnotnou alternativou ke stávajícímu způsobu předepisování léků na recept. Rozvoj elektronického předepisování léčiv a jeho praktické používání přispívá k podpoře rozhodování pacienta, lékaře a lékárníka při optimalizaci farmakoterapie zejména s cílem odstranit možné interakce mezi léky. Také dochází ke snížení administrativní zátěže kladené papírovými recepty na zdravotnické profesionály. Zamezení defraudací papírových receptů a následnému zneužívání. Zároveň dochází k efektivní a okamžité kontrole receptů vystavených na konkrétního pacienta a receptů vystavených konkrétním lékařem/zdravotnickým zařízením (validace identifikačního čísla pojištěnce a proskribujícího zdravotnického zařízení). Díky eReceptu je možné přímo vyúčtování receptů zdravotní pojišťovně a lepší sledování výdajů za léky. A zejména pak eRecept přispívá k vyššímu komfortu pro pacienta (chronický pacient obdrží identifikační kód receptu např. do mobilu nebo mailem a nemusí navštívit lékaře jen kvůli vyzvednutí dalšího balení předepsaného léku).

⁴⁴ČESKÉ NÁRODNÍ FORUM PRO EHEALTH: Národní plán rozvoje: eHealth, 2012

3. Elektronická zdravotní dokumentace

Zavedení elektronické zdravotní dokumentace je zásadní pro zlepšení kvality zdravotní péče, zvýšení efektivity zdravotní péče, zajištění bezpečí pacienta, podporu mobility pacientů a svobodnou volbu zdravotnického zařízení, zpřehlednění a zjednodušení administrativy spojené s vedením zdravotní dokumentace.

Zavedení elektronické zdravotní dokumentace podporuje individualizaci zdravotní péče. Každý pacient dostane takovou péči, která je vhodná právě pro něho. Pacient není řešen pouze jako další případ jedné nemoci. Ehealth zajišťuje elektronickou formu vedení zdravotnické dokumentace.

4. Telemedicína

Telemedicína je příkladem praktického využití eHealth. Mezi příklady telemedicíny patří:

- Distanční hodnocení výsledků-hodnocení obrazových informací ve zdravotnictví, umožní efektivněji využívat personální vysoce kvalifikované kapacity
- Druhý názor-distanční konzultaci druhým odborníkem
- Distanční monitorování pacientů monitorování životních funkcí včetně případného vyvolání potřebných akcí v případě ohrožení zdraví a života, pomoc bloudícím osobám apod.
- Interaktivní komunikační systémy-vzájemné propojení pacienta a lékaře, členů rodiny, ošetřovatelů, případně dalších poskytovatelů zdravotnických služeb včetně záchranné služby
- Informační systémy pro vzdělávání, vědu a výzkum-pregraduální a postgraduální vzdělávání s podporou eLearningových technologií zdravotnictví⁴⁵

1.7 Metodika národních zdravotních účtů

Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj, dále jen OECD, představila první verzi metodiky národních zdravotních účtů v roce 2000. Každá členská země OECD je zavázána poskytovat statistické údaje o činnosti zdravotnického sektoru

⁴⁵ ČESKÉ NÁRODNÍ FORUM PRO EHEALTH: Národní plán rozvoje: eHealth, 2012

v souladu s touto metodikou. Cílem statistiky tzv. zdravotních účtů je možnost porovnání nákladů, resp. výdajů jednotlivých členských států OECD na zdravotnictví.⁴⁶

Výdaje ve zdravotnictví jsou sledovány na tzv. zdravotních účtech – SHA⁴⁷ ve třech základních osách, pro které byl vytvořen mezinárodní klasifikační systém ICHA⁴⁸.

Základní osy sledování:

1. Zdroje financování – ICHA-HF⁴⁹
2. Poskytovatelé zdravotní péče a služeb – ICHA-HP⁵⁰
3. Zdravotní služby a zboží – ICHA-HC⁵¹

Tyto tři základní rozměry se libovolně kombinují, čímž dostáváme maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů, které jsou hlavním výstupem zdravotnických účtů. Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdroje financování (HC x HF). Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele (HC x HP). Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování (HP x HF).

Vícerozměrné členění poskytuje uživatelům těchto informací podstatně propracovanější a detailnější pohled na zdravotnické výdaje. Užitečnou složku tvoří zejména informace o zastoupení a podílu jednotlivých sektorů při financování zdravotní péče.⁵²

Metodický manuál SHA 2011 zavedl v porovnání s předcházejícím SHA 1.0 některé změny a vylepšení. Spočívají zejména v rozšíření a současně i v prohloubení pohledu na systém zdravotní péče. Obojí se týká především oblasti preventivní a dlouhodobé péče.

Nový manuál člení výdaje na preventivní péči podle druhu preventivních programů, nikoli podle druhů nemocí či cílové skupiny pacientů, jak tomu bylo dříve. Nově člení manuál preventivní péči na primární a sekundární. Další novou oblastí rozšiřující zdravotnické účty je zahraniční obchod se zdravotní péčí. Oproti vžitě představě není v případě zdravotní péče dovozem přisun zboží či služeb ze zahraničí, ale cesta našeho občana (rezidenta) do zahraničí, kde mu je poskytnuta zdravotní péče. Podobně tomu je u vývozu, kdy cizincům (nerezidentům) poskytujeme zdravotní péči v naší zemi.

⁴⁶ OECD: A System of Health Accounts 2000

⁴⁷ Systém of Healthcare Accounts

⁴⁸ International Classification for Health Accounts

⁴⁹ International Classification for Health Accounts – Health Care Sources of Funding

⁵⁰ International Classification for Health Accounts – Health Care Providers

⁵¹ International Classification for Health Accounts – Health Care Function

⁵² OECD: A System of Health Accounts, 2000

V souvislosti s fenoménem stárnutí obyvatelstva vyspělých zemí se v rámci zdravotní péče zvyšuje význam dlouhodobé péče. Oblast dlouhodobé péče byla v posledních letech ve spolupráci OECD, EUROSTAT a WHO metodicky vyjasněna a lze předpokládat i zlepšení mezinárodního sběru dat. Upravená metodika SHA 2011 rozlišuje dvě skupiny – dlouhodobou péči zdravotní a sociální. Prolínání dlouhodobé zdravotní a sociální složky péče u většiny sociálních služeb předznamenalo jejich nutné rozčlenění do položek: Dlouhodobá zdravotní péče a Dlouhodobá sociální péče.

Na základě charakteru, rozsahu základních činností a cílových skupin uživatelů, kterým jsou jednotlivé druhy sociálních služeb poskytovány, byl na základě doporučení OECD použit princip dominujících činností zabezpečovaných poskytovateli sociálních služeb. Jedná-li se o sociální služby výhradně nebo převážně zaměřené na poskytování služeb osobní péče (personal care services), jako je získání dovedností a návyků, pomoc při zvládání běžných denních činností, péče o vlastní osobu, dojde k začlenění pod položku Dlouhodobá zdravotní péče, která zahrnuje v ČR tři formy:

Lůžková dlouhodobá péče zahrnuje služby dlouhodobého charakteru poskytované v zařízeních, jako jsou nemocnice, pečovatelské ústavy, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře apod. s možností zajištění zdravotní péče pacientům (klientům), kteří jsou v daném zařízení ubytováni. Denní dlouhodobá péče je poskytována v denních stacionářích, v centrech denních služeb a patří do ní také odlehčovací služby. Domácí dlouhodobou péči představují služby poskytované klientům v přirozeném prostředí jejich domova. Mimo jiné do ní patří osobní asistence a pečovatelská služba.

Dlouhodobá sociální péče se dělí na následující podkategorie:

- Sociální služby
- Peněžité dávky dlouhodobé sociální péče
- Dávky pro osoby se zdravotním postižením:
- Příspěvek na péči⁵³

⁵³ OECD: A System of Health Accounts, 2011

2 Zdravotní systém České republiky

Ochrana veřejného zdraví je v kompetenci ministerstva zdravotnictví, ministerstva vnitra, ministerstva obrany a krajských hygienických stanic.⁵⁴ Stát je reprezentován parlamentem, který je hlavním zákonodárným orgánem v zemi, a již zmíněným ministerstvem zdravotnictví, jehož působnost zahrnuje stanovení politické agendy zdravotní péče a dohled nad zdravotním systémem, stejně jako nad chodem zdravotnických zařízení. Navíc zde působí Státní zdravotní ústav (SZÚ), Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a Orgány ochrany veřejného zdraví, které jsou podřízeny ministerstvu zdravotnictví. Veřejný sektor je dále zastoupen kraji, okresy a obcemi, které vlastní a řídí různá zdravotnická zařízení a nesou odpovědnost za licence a dohled nad poskytovateli zdravotní péče.⁵⁵

Do roku 1992 byla Česká republika součástí centralizovaného systému zdravotnictví, a proto vše bylo financováno ze státního rozpočtu a rozpočtů národních výborů a státním vlastnictvím zdravotnických zařízení. Po roce 1992 došlo k přechodu na systém pluralitní, který vychází z vícezdrojového financování.⁵⁶

Zdravotnictví je financováno dvěma sektory, veřejným a soukromým. Na financování veřejných výdajů na zdravotnictví se podílí zejména zdravotní pojišťovny, státní a územní rozpočty. Příjmy zdravotních pojišťoven plynou z plateb veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem na území České republiky. Princip solidarity a jeho dodržování vytváří základ a hlavní zásadu v rámci zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Společně se zdravotními pojišťovnami se na financování podílí i veřejné rozpočty. Veřejné rozpočty se dělí na státní a místní. Hlavní úkol veřejných rozpočtů spočívá především ve financování specifických činností, které nehradí veřejné zdravotní pojištění. Jedná se hlavně o výdaje spojené s vědou a výzkumem na zdravotnictví, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic atd. Veřejné rozpočty též pokrývají náklady na provoz státní zdravotní správy: Ministerstva zdravotnictví ČR, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále také ÚZIS).

⁵⁴ OCHRANA, F., aj.: Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit, 2010, str. 131-132

⁵⁵ ALEXA, J et al.: Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition, 2015, str. 16

⁵⁶ DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 192

Zdroj financování soukromých výdajů představují přímé platby domácností a soukromá pojištění. Domácnosti vynakládají své finanční prostředky na léky, PZT.⁵⁷ Významný podíl výdajů domácností představují platby za nadstandardní služby u stomatologů. Mezi další výdaje spadají platby za lázně a rehabilitační péči.⁵⁸

2.1. Zdravotnictví v České republice v mezinárodním srovnání

Postavení českého zdravotnictví se v posledních letech velice měnilo a vyplývá to i ze šetření společnosti Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP), která byla založena v roce 2004 s cílem zavést otevřené srovnání výkonnosti systémů zdravotní péče. Od doby vzniku vydal HCP více než 50 edic zdravotnických spotřebitelských indexů, a to v mnoha oblastech, jako je srdeční péče, diabetes, HIV, hepatitida, rakovina prsu a podobně. Vlajková loď HCP, roční index spotřebitelského zdraví (EHCI), slouží jako nezávislé sledování zdravotní péče ve 36 zemích.

Česká republika je součástí sledování od roku 2006. Všechny data jsou sbírána z ověřených zdrojů WHO, OECD a dalších specializovaných organizací. Indikátory, které EHCI sleduje, jsou roztrženy do šesti subdisciplín:

1. **Pacientská práva a informace** – zákony založené na právech pacientů, zapojení patientských organizací do rozhodování, pojištění odpovědnosti při výkonu povolání bez zavinění, právo na druhý názor, přístup ke zdravotnické dokumentaci, registr lékařů oprávněných k výkonu povolání, web nebo 24hodinová telefonní interaktivní informace o zdravotní péči, přeshraniční péče hrazená domovskou zemí, katalog poskytovatelů péče s hodnocením jejich kvality, elektronické záznamy pacientů, on-line objednávání, elektronický recept.
2. **Dostupnost, čekací doby na léčbu** – dostupnost praktického lékaře v den potřeby, přímý přístup ke specialistům, velké operace do 90 dnů, léčba rakoviny do 21 dnů, čekací doby na pohotovostních příjmech.
3. **Výsledky** – pokles kardiovaskulárních úmrtí, pokles úmrtí na mozkovou mrtvici, kojenecká úmrtnost, přežívání nemocných s rakovinou, ztráta potenciálních roků života, infekce MRSA – nemocniční nákaza zlatým stafylokokem, podíl potratů, deprese, úmrtnost na CHOPN – chronickou obstrukční plicní nemoc.

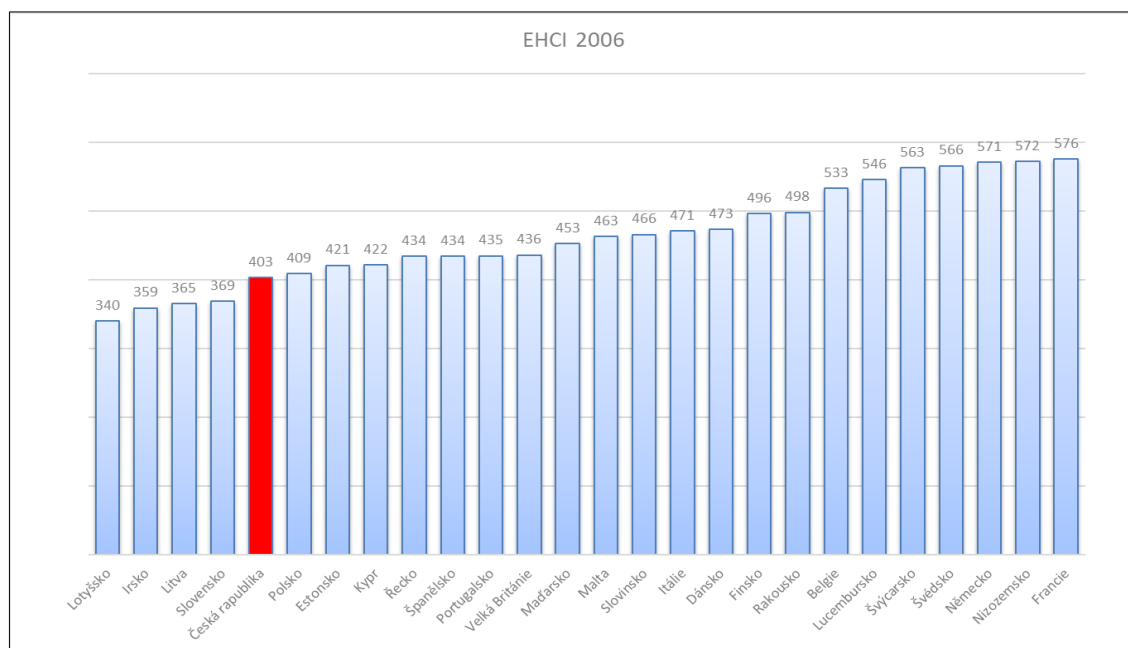
⁵⁷ prostředky zdravotnické techniky

⁵⁸ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 - 2012

4. **Rozsah a dosah poskytovaných služeb** – spravedlnost zdravotního systému, operace šedého zákalu lidí nad 65 let věku na 100 tisíc obyvatel, transplantace ledvin na milion obyvatel, zubní péče zahrnutá do veřejného zdravotnictví, neoficiální platby lékařům, dlouhodobá péče o staré občany, procento dialýz mimo klinik, císařské řezy.
5. **Prevence** – vakcinace malých dětí proti 8 nemocem, krevní tlak, prevence kouření, alkohol, tělesná aktivita, vakcinace proti HPV viru, úmrtí na dopravní nehody.
6. **Léky** - úhrada léků na recept, laikům k dispozici informace o lécích, míra zavádění nových onkologických léků, přístup k novým lékům – čas zařazení do úhrad., antirevmatika, spotřeba antibiotik na hlavu.

Prvním rokem, kdy byla Česká republika hodnocena, byl rok 2006. Na grafu č. 1 je patrné, že Česká republika zaujímala ve sledovaném roce 23. pozici ze 26-ti sledovaných zemí. Maximální hodnota, která mohla být plněním jednotlivých indikátorů dosažena, byla 750. Česká republika v hodnocení získala 403 bodů a dosáhla pouze 53,7 % maximálního možného hodnocení. Francie, Nizozemí i Německo dosáhly na podíl 76 % z celkové hodnoty a v roce 2006 byly v čele sledovaných zemí. V roce 2006 byly zkoumány indikátory jako práva pacienta, čekací doma na ošetření, dosahované výsledky v léčbě, léky a podíl veřejných výdajů na zdravotnictví.

Graf č.1: EHCI v roce 2006 dle 26 zemí dle 28 indikátorů – maximální hodnota 750

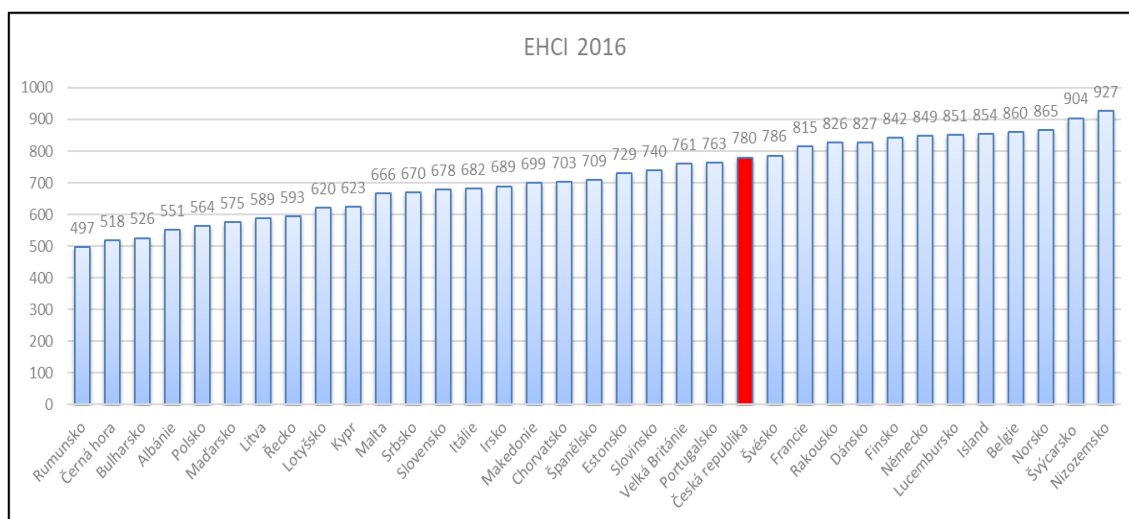


Zdroj: EHCI Report 2006, vlastní zpracování

V roce 2016 se již mezi sledované země řadilo 36 států a bylo zkoumáno celkem 48 indikátorů, jak je zřejmé z grafu č. 2. Maximální možný index, který mohly státy

získat, byl 1000. Mezi nově zkoumané indikátory přibyla prevence a rozsah a dosah poskytovaných služeb. Česká republika zaujímala v roce 2016 13. příčku s hodnotou 780, tedy s podílem 78 % na celkovém možném indexu. Na předních místech je stejně jako v roce 2006 Nizozemsko, které vystřídalo Francii ve vedení s indexem 927, následováno Švýcarskem s hodnotou 904. Obě země tedy poprvé od roku 2008, kdy je index měřen hodnotou 1000, dosáhly hodnoty přes 900. Česká republika zaujímá pozici hned za Švédskem, kdy se index liší pouze o 6 bodů. Česká republika předstihla v roce 2016 země jako Velkou Británii, Španělsko, Itálii. Když ČR porovnáme se sousedním Polskem a Slovenskem, index se v porovnání se Slovenskem liší o více než 100 a s Polskem dokonce o 216. Česká republika zaujímá vůdčí postavení mezi postsovětskými zeměmi.

Graf č. 2: EHCI v roce 2016 dle 36 států a 48 indikátorů – maximální hodnota 1000



Zdroj: EHCI Report 2016, vlastní zpracování

V příloze č.1 je viditelný vývoj jednotlivých zemí v celém sledovaném období. Na grafu je zvýrazněn vývoj České republiky černou tlustou čarou. Většina zemí utrpěla v období hospodářské krize útlum, a tedy i index výrazně klesal. Velký propad zaznamenalo Německo, kdy během jednoho roku ztrácelo téměř o více než 100. Některé země utrpěly krizi až v roce 2013, kdy došlo k propadu u České republiky, stejný scénář nastal i v případě vedoucího Nizozemí. Se spodní hranicí se dlouhodobě potýká Rumunsko, Bulharsko a nyní i Maďarsko. Česká republika se držela dlouhodobě spíše ve skupině s východními a jižními evropskými státy. V posledních letech je viditelný trend pronikání do skupiny západní států. Česká republika je dle expertů EHCI vykreslena

jako země, kde je efektivita nikoliv náhodným, ale trvalým trendem. *České zdravotnictví je bráno jako stabilní a prosté korupce*, jak je doslovně uvedeno v reportu z roku 2016.⁵⁹

Silné a slabé stránky českého zdravotnictví dle EHCI

Silné stránky

- Dostupnost péče
- Čekací doby
- Dostupnost péče v poměru k nákladům na hlavu
- Efektivita zdravotnictví vzhledem k nákladům
- Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví
- Spravedlivý přístup ke zdravotní péči
- Transplantace ledvin

Slabé stránky

- Ehealth – e-recept, online objednávání
- Úmrtí na ischemickou chorobu srdeční
- Dlouhodobá péče o staré spoluobčany – paliativní péče
- Prevence
- Zavádění nových léčiv⁶⁰

2.1 Ekonomický a demografický vývoj

V souvislosti s financováním českého zdravotnictví se pojí důležitý demografický trend, který se objevuje v celé Evropě a jedná se o zásadní problém 21.století, a to je stárnutí populace. Na grafu č.3 je znázorněn vývoj populace v jednotlivých věkových skupinách 0-14, 15-64 a 65+. Graf ukazuje patrný trend stárnutí populace ve sledovaném období 2005-2016. Největším problémem je celkový úbytek ekonomicky aktivního obyvatelstva, což zaznamenává modrá křivka v grafu. Počet lidí ve věkové kategorii 65+ se od roku 2005 zvýšil o 36 %, naopak bazický index roku 2016 vztaženého k roku 2005 ve věkové skupině 15-64 udává hodnotu 95,19 %. Což znamená, že nejenže se produktivní skupina obyvatel nezvyšuje, ale od roku 2010 kontinuálně klesá. Rok 2015

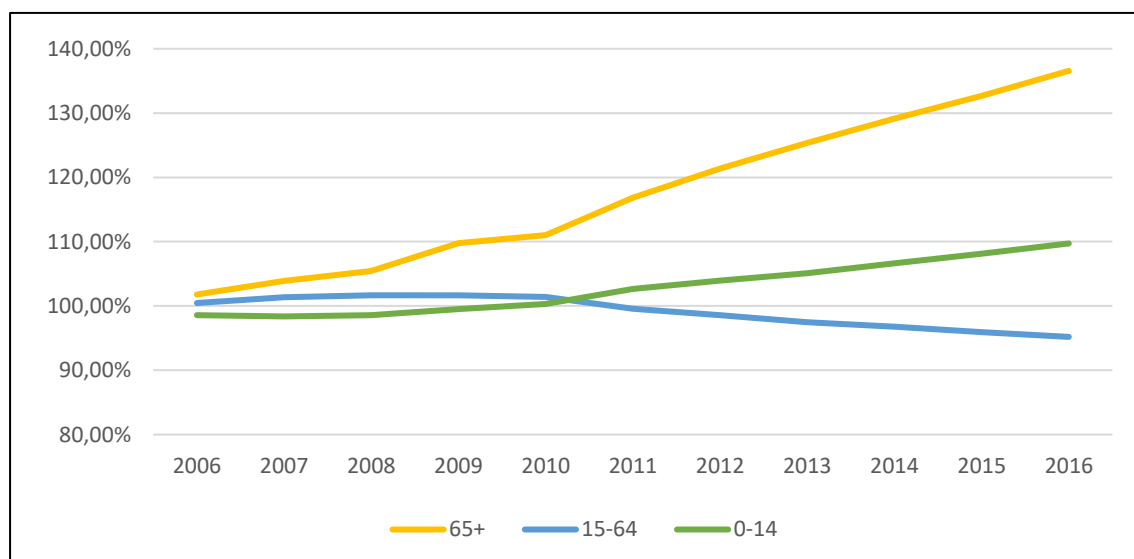
⁵⁹ Björnberg, A.: Health power house: Euro Health Consumer Index 2015, str. 110

⁶⁰ Björnberg, A.: Health power house: Euro Health Consumer Index 2015, str. 32

byl zlomovým rokem, který prolomil 7 milionovou hranici počtu ekonomicky aktivním obyvatel, a je poprvé s hodnotou 6 997 715 druhým nejnižší v celém sledovaném období po roce 2016. Všechny hodnoty jsou uvedeny v příloze č. 2.

V příloze č.3 je zobrazen vývoj ekonomicky aktivního obyvatelstva ve vybraných OECD státech. Oproti sousedním státům jako je Polsko nebo Slovensko je zřejmé, že ekonomicky aktivních obyvatel v ČR ubývá výrazně rychleji než v okolních státech. Procentuální podíl ekonomicky aktivních obyvatel je v obou zemích stále nad hranicí 70 % z celku. Naopak v ČR byla hranice 70 % prolomena již v roce 2011, kdy věková skupina 15-64 zaujímala podíl 69 %. Dle dat za rok 2016 se podíl snížil na 65,6 %. Ve sledovaném období 2005-2016 vzrostl podíl lidí 65+ z hodnoty 14,2 % v roce 2005 na 18,8 % v roce 2016, což je nárůst o 4,6 p.b. a konkrétně téměř o půl milionu (příloha č. 4).

Graf č. 3: Vývoj populace dle věkových skupin mezi lety 2005-2016 dle bazického indexu – základní období 2005, 2005=100%



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnické ročenky, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Dívka narozená v roce 2015 by se měla dožít 81,7 let a chlapec 75,9. Celkově zaujímala ČR 33. příčku v mezinárodním srovnání v předpokládané délce dožití.⁶¹ V posledním desetiletí počet živě narozených mírně stoupal, což vyplývá z tabulky č. 1. V roce 2016 se narodilo 112 663 dětí a zemřelo 107 750 lidí, přirozený přírůstek byl tedy 4913 dětí, což je nárůst o 5 322 oproti roku 2014. Nejvyšší přirozený přírůstek byl v letech 2007-2010 s hodnotou okolo 10 tisíc. Celkově ve sledovaném období nenastal

⁶¹ World life expectancy, 2017

žádný výrazný rozdíl mezi počtem nově narozených dětí a počtem celkově zemřelých občanů.

Tabulka č. 1: Pohyby obyvatelstva v období let 2005-2016 v ČR

	Živě narození	Mrtvě narození	Zemřelí celkem	Přirozený přírůstek
2005	102 211	287	107 938	-5 727
2006	105 831	299	104 441	1 390
2007	114 632	315	104 636	9 996
2008	119 570	272	104 948	14 622
2009	118 348	319	107 421	10 927
2010	117 153	293	106 844	10 309
2011	108 673	317	106 848	1 825
2012	108 576	379	108 189	387
2013	106 751	366	109 160	-2 409
2014	109 860	392	105 665	4 195
2015	110 764	398	111 173	-409
2016	112 663	420	107 750	4 913

Zdroj: UZIS, Zdravotnické ročenky 2005-2016, vlatní zpracování

Dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje celkové příjmy a výdaje do zdravotnictví jsou ekonomické ukazatele a to růst HDP, inflace, mzda a míra nezaměstnanosti. Ve sledovaném období HDP kontinuálně rostlo do roku 2008. V roce 2008 s příchodem ekonomické krize došlo k poklesu růstu české ekonomiky. V roce 2009 dolehla krize na čekanou ekonomiku nejvíce a HDP kleslo o 4,8 %. Druhá vlna krize se poté dostavila v roce 2012, kdy přírůstek HDP byl znovu negativní, a to pokračovalo i v roce 2013. Od roku 2014 je patrné zlepšení a vzestupný trend, ekonomika se znovu oživila a v roce 2015 bylo dosaženo růstu ekonomiky o 5,3 %.

Dalším makroekonomickým ukazatelem je průměrná hrubá mzda. Průměrná hrubá mzda se od roku 2005 vyvíjela kladným tempem, tento kladný trend přetrval celou dobu. V období krize rostla mzda ročně pouze o zhruba 500 Kč. V roce 2005 byla průměrná hrubá mzda 18 253 Kč. S rokem 2014 a zlepšením ekonomické situace se mzda zvýšila výrazněji a v roce 2016 dosáhla hodnoty 27 575 Kč. Posledním významným ukazatelem je míra nezaměstnanosti. V roce 2007, kdy byla ekonomika před hospodářskou krizí, byla obecná míra nezaměstnanosti 5,3 %, s udeřením krize v roce 2009 začala stoupat. A v roce 2010 dosáhla hodnoty 7,3 %, vyšší podíl nezaměstnaných byl až do roku 2014. Od roku 2014 došlo ke zlepšení a v roce 2016 byla evidována obecná míra nezaměstnanosti 4 %.

Tabulka č. 2: Vývoj makroekonomických ukazatelů mezi lety 2005-2016

Makroekonomický ukazatel	Měřicí jednotka	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Růst HDP (stálé ceny)	%	6,5	6,9	5,6	2,7	-4,8	2,3	1,8	-0,8	-0,5	2,7	5,3	2,6
Míra inflace	%	1,9	2,5	2,8	6,3	1,0	1,5	1,9	3,3	1,4	0,4	0,3	0,7
Průměrná hrubá mzda	Kč	18 283	19 447	20 927	22 653	23 425	23 903	24 466	25 100	25 051	25 753	26 629	27 575
Obecná míra nezaměstnanosti celkem	%	7,9	7,1	5,3	4,4	6,7	7,3	6,7	7,0	7,0	6,1	5,0	4,0

Zdroj: ČSU, Česká republika v číslech od roku 1989, vlastní zpracování

Tabulka č. 3 udává vývoj minimální mzdy v letech 2005-2016, z tabulky je patrné, že do roku 2007 rostla minimální mzda každoročně. Bohužel s nástupem krize došlo k zmrazení růstu až do roku 2013. V roce 2013 predikce lepšího vývoje na rok 2014 byly motivací pro zvýšení minimální mzdy na 8500, a to v červenci 2014. Pokračující trend růstu ekonomiky byl i nadále doprovázen rostoucí minimální mzdou, která v roce 2016 dosahovala částky 9900 Kč a došlo tak ke zvýšení o 700 Kč.

Tabulka č. 3: Minimální mzda a její úpravy v letech 2005-2016

Období úpravy minimální mzdy	Výše minimální mzdy	
	v Kč za měsíc	v Kč za hodinu
2005 leden	7 185	42,50
2006 leden	7 570	44,70
2006 červenec	7 955	48,10
2007 leden	8 000	48,10
2013 srpen	8 500	50,60
2015 leden	9 200	55,00
2016 leden	9 900	58,70

Zdroj: ČSU, Česká republika v číslech od roku 1989

2.3 Legislativní změny

V roce 2004 došlo k novelizaci zákona č. 592/1992 Sb. ve znění novely zdravotnických zákonů, tj. zákona č. 438/2004 Sb.,⁶² který s účinností k 1. lednu 2005 zavedl 2 nové mechanismy přerozdělování veřejného zdravotního pojištění, kdy bylo zohledněno kritérium nákladovosti pojištěnců podle věku a pohlaví, společně se zavedením systému kompenzace rizika. Základ pro přerozdělování se zvýšil z 60 % na 100 %, čímž byla zachována příjmová solidarita.

Další změnou bylo zavedení zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech.⁶³ Zavedením tohoto zákona měla být od 1.1.2015 zavedena elektronická preskripce a mělo dojít

⁶² Zákon č. 438/2004 Sb.

⁶³ Zákon č. 378/2007 Sb.

k zřízení Centrálního úložiště elektronických receptů. Dne 19. 11. 2014 byl ve sbírce zákonů publikován zákon č. 255/2014 Sb., kterým byla s účinností od 31. 12. 2014 odložena povinnost elektronické preskripce k 1. 1. 2018.⁶⁴

V roce 2007 vešel v platnost další zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Podle paragrafu §16 v novele zákona č. 48/1997 Sb., je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnímu zařízení regulační poplatky. Vybrané poplatky zůstávají jednotlivým zařízením a ty s nimi vynakládají podle svých potřeb. Tento zákon vyšel v účinnost k 1. lednu 2008. Poplatky byly zavedeny koalicí ODS, KDU-ČSL, Strana zelených.

Poplatky byly stanoveny v následující výši:

30 Kč – Za návštěvu praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost, zubního lékaře, ženského lékaře, ambulantního specialisty, klinického psychologa, klinického logopeda, za položku na receptu

60 Kč – Za den hospitalizace v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, při poskytování komplexní lázeňské péče. Den, kdy byl pojištěnec hospitalizován a den, kdy byl propuštěn, se počítají jako jeden den. Vztahuje se i na pobyt průvodce dítěte, je-li hrazen z veřejného zdravotního pojištění

90 Kč – Za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službou první pomoci zdravotnickým zařízením poskytujícím ústavní pohotovostní službu: ve dnech pracovního klidu, ve dnech pracovního volna, v pracovních dnech od 17:00 do 7:00, pokud nedojde následné hospitalizaci pojištěnce. Regulační poplatky nejsou hrazeny v případě preventivní prohlídky, hemodialýzy, laboratorního a diagnostického vyšetření, vyšetření při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně. Poplatky také nehradí děti v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy ve školských zařízeních a pojištěnci při ochranném léčení nařízené soudem. Limity regulačních poplatků jsou stanoveny následovně, pokud celková částka vyplacená za poplatky ve výši 30,- Kč společně se započitatelnými doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely přesáhne 5000 Kč ročně, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo zákonnému zástupci částku, o kterou byl tento limit překročen.⁶⁵

⁶⁴ Zákon č. 255/2014 Sb.

⁶⁵ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2008. Regulační poplatky: Metodický pokyn-znění platné od 1.1.2008

Změny v regulačních poplatcích v období 2008-2015

1. Změna platná k 1. 8. 2008

Osvobození od platby poplatku 60 Kč za pobyt novorozence, osvobození od všech poplatků pro pojištěnce k výkonu ústavní výchovy v domovech pro zdravotně postižené, dále osvobození dárců orgánů pro transplantaci od poplatků přímo spojených s tímto výkonem.⁶⁶

2. Změna platná k 1. 4. 2009

Od 1. dubna 2009 vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která změnila některé paragrafy týkající se RP a doplatků na léčiva. Změny nastaly také v oblasti výše ochranného limitu. Zvýhodnění se týkalo zejména dětí do 18 let a seniorů ve věku nad 65 let. U dětí do 18 let se od 1. dubna 2009 ruší RP 30 Kč za klinické vyšetření u lékaře zároveň došlo ke snížení ochranného limitu z původních 5000 Kč na 2500 Kč u dětí do 18 let a seniorů nad 65 let. Novou povinností je také použití vybraných RP v každém zařízení na jeho provoz nebo modernizaci.⁶⁷

3. Změna platná k 1. 12.2011

Zavedením zákona č. 298/2011 Sb., který mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V rámci tohoto zákona byly zavedeny nadstandardy a zvýšeny některé regulační poplatky. V rámci této novely byl zrušen poplatek za každou položku na receptu a místo něj byl zaveden jednorázový poplatek za celý recept. A zvýšil se poplatek za každý den pobytu v nemocnici z 60 Kč na 100 Kč.⁶⁸

4. Změna v roce 2013

Ústavní soud zrušil nadstandardy ve zdravotnictví, zvýšení poplatků za pobyt v nemocnici ze 60 na nynějších 100 Kč za den i pokuty za nevybírání regulačních poplatků. Soud tak učinil na návrh ČSSD. Nadstandardy byly zrušeny s okamžitou platností, zbylé dvě části s odloženou platností. ÚS dal zákonodárcům čas do konce roku 2013, aby zvýšení poplatků za pobyt v nemocnici a pokuty za nevybírání regulačních poplatků zrušili sami.⁶⁹

⁶⁶ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2008. Regulační poplatky: Metodický pokyn-znění platné od 1.8.2008

⁶⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2009. Regulační poplatky: Metodický pokyn-znění platné od 1.4.2009

⁶⁸ Zákon č. 298/2011 Sb.

⁶⁹ Ústavní soud, 2013

5. Změna k 6. listopadu 2013

Vláda Jiřího Rusnoka schválila návrh na zavedení poplatku za den v nemocnici 60 korun s osvobozením dětí. Později nový kabinet Bohuslava Sobotky(ČSSD) návrh zákona o znovuzavedení poplatků za pobyt v nemocnici stáhnul.⁷⁰

6. Změna k 1. lednu 2014

Skončila povinnost platit stokorunový poplatek za den v nemocnici, psychiatrické léčebně, lázních či léčebně dlouhodobě nemocných. Zůstaly třicetikorunové poplatky u lékaře a v lékárně a 90 Kč na pohotovosti.

7. Změna k 1.1.2015

Zrušení třicetikorunových poplatků v ambulancích a lékárnách. Zůstalo jen 90 korun na pohotovosti.⁷¹ Zrušení regulačních poplatků, kromě platby za pohotovost, měla koaliční vláda ČSSD, ANO, KDU-ČSL v programovém prohlášení. Podle Němečka(ČSSD) představují sociální a administrativní zátěž a neplní očekávanou regulační funkci. „*Jsem velmi spokojen. Všechny poplatky kromě toho za pohotovost neměly regulační smysl, byly sice přínosem do systému, ale jen láataly finanční díry,*“ řekl novinářům po schválení zákona ministr Němeček.

Naopak opozice rozhodnutí kritizovala. „*Je to chybné rozhodnutí. Poplatky byly velmi důkladně zastropovány, vyhýbaly se dětem. Poplatky sice budou ze státního rozpočtu kompenzované, ale stát mohl peníze použít jinak, buď zpátky do zdravotnictví, nebo v sociální sféře, ve školství a podobně,*“ řekl novinářům bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09).⁷²

Novelou č. 200/2015 Sb. se kromě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, měnilo také související ustanovení zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, a zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Podle novely č. 200/2015 Sb. budou smlouvy zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotních služeb, tedy s lékaři a nemocnicemi, účinné až se zveřejněním. Zdravotní pojišťovny budou smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, a to včetně všech změn a dodatků, zveřejňovat povinně. Za porušení povinnosti může pojišťovna dostat až desetimilionovou pokutu.

⁷⁰ Nález č. 238/2013 Sb.

⁷¹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2014: Zrušení poplatků za návštěvu lékaře a za recept, 2014

⁷² E15: Poslanci zrušili zdravotnické poplatky

Tzv. transparentní novela také jasně definuje překážky pro výkon funkce ředitele a člena orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, aby se zamezilo střetu zájmů. V orgánech zdravotních pojišťoven tak nebude nikdo, kdo by měl majetkovou či rozhodovací účast u některého z poskytovatelů zdravotních služeb nebo distributora léků apod. Stejně bude vyloučena i účast ve firmách dodavatelů jiných služeb, např. IT technologií. Způsobilost, tedy neexistence výše uvedených překážek pro výkon funkce ve zdravotní pojišťovně, se bude prokazovat čestným prohlášením.

Novela č. 200/2015 Sb. také bude chránit klienty pojišťoven před snahami o jejich přetahování ke konkurenční pojišťovně. Nově bude zcela zakázán nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Nábor tedy budou smět provádět výlučně kmenoví zaměstnanci zdravotních pojišťoven, za jejichž jednání ponese příslušná pojišťovna odpovědnost. Ke sloučení dvou pojišťoven má být nově nutný souhlas nejméně dvou třetin členů správních rad a schvalovat ho bude vláda. Novela přináší i několik změn, které se pozitivně dotknou přímo jednotlivých pojištěnců. Nově bude možné měnit zdravotní pojišťovnu ve dvou termínech kalendářního roku, k 1. lednu a k 1. červenci, doposud je to možné pouze k 1. lednu.⁷³

Poslední změnou bylo přijetí zákona č. 128/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Zdravotní pojišťovny a jejich svazy, které mají vedeny účty u bank nebo ostatních poskytovatelů platebních služeb, zřídí nejpozději do 9 měsíců od nabytí účinnosti tohoto zákona (do 10. února 2017) místo nich nové účty u České národní banky, převedou na ně peněžní prostředky z dosavadních účtů u bank nebo ostatních poskytovatelů platebních služeb a dosavadní účty vedené u bank nebo ostatních poskytovatelů platebních služeb zruší. Vybrané dosavadní účty vedené u bank nebo ostatních poskytovatelů platebních služeb se nezruší. Tyto účty mohou být po převedení peněžních prostředků používány pouze ze zvláštních důvodů pro příjem peněžních prostředků a peněžní prostředky na ně přijímané musejí být neprodleně převáděny na účty u České národní banky. Nicméně i tyto nezrušené účty nakonec být zrušeny budou muset, a to nejpozději do 24 měsíců od nabytí účinnosti tohoto zákona (do 10. května 2018).⁷⁴

⁷³ Zákon č. 200/2015 Sb.

⁷⁴ Zákon č. 298/2011 Sb.

Tabulka č. 4: Vývoj DPH

Datum	Běžná sazba	Snížená sazba	Druhá snížená
01. 05. 2004 – 31. 12. 2007	19 %	5 %	
01. 01. 2008 – 31. 12. 2009	19 %	9 %	
01. 01. 2010 – 31. 12. 2011	20 %	10 %	
01. 01. 2012 – 31. 12. 2012	20 %	14 %	
1.1.2013	21 %	15 %	
1.1.2015	21 %	15 %	10 %(léky)

Zdroj: Účetní portál: Vývoj sazeb DPH, vlastní zpracování

3 Analýza zdravotního systému a jeho financování

Jak již bylo vysvětleno v kapitole o metodice, ve sledovaném období došlo ke změně metodiky OECD v měření výdajů na zdravotnictví. Vzhledem ke stárnutí populace a vývoji celkové zdravotní péče, byly v roce 2014 přidány náklady na dlouhodobou péči a prevenci. Z tohoto důvodu ve všech kapitolách praktické části, kde budou data čerpaná z ČSÚ, budou vždy porovnávána v období mezi lety 2005-2013 a 2010-2015. Stará metodika je označena jako SHA 1.0 platná do roku 2014 a nová metodika SHA 2011 platná od roku 2014. Data ČSÚ byla pro roky 2010-2013 přepočítána zpětně, a proto je možné sledovat vývoj obou období. Rok 2014 a 2015 byl dle staré metodiky přepočítán pouze pro celkové výdaje, proto lze porovnat celé sledované období. Dílčí výdaje už dostupné nejsou, proto veřejné a soukromé výdaje budou porovnávány v období 2005-2013 a 2010-2015.

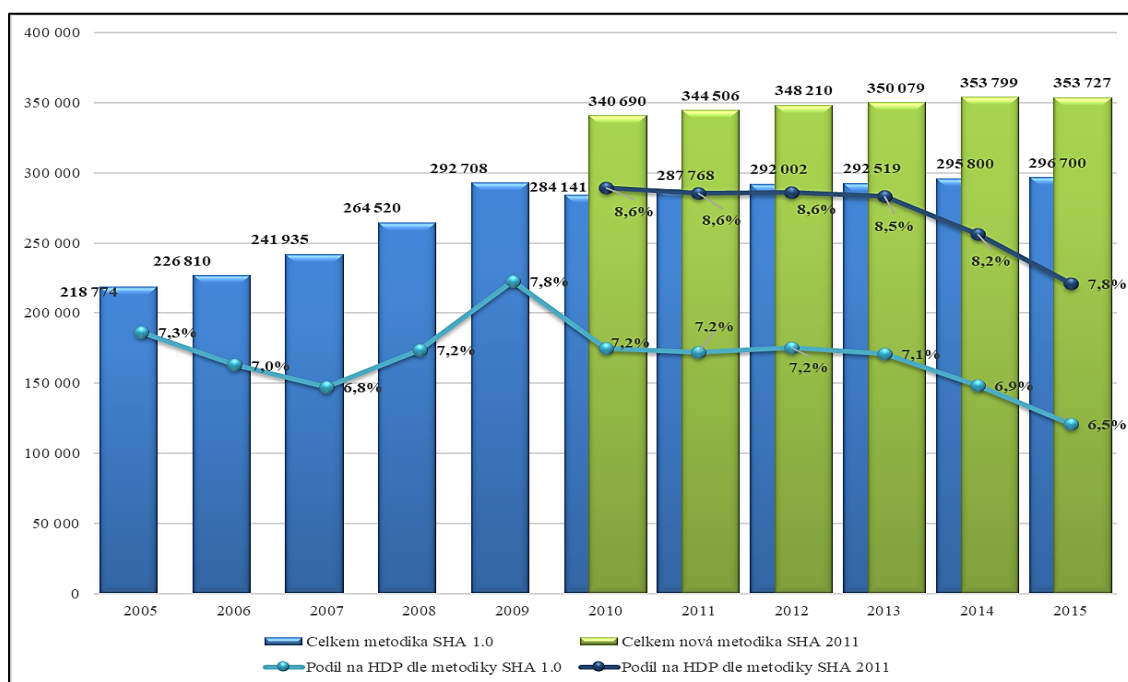
3.1 Celkové výdaje

Celkové výdaje na zdravotnictví se ve sledovaném období značně vyvíjely a měnily. Vývoj byl ovlivněn hospodářskou krizí, ale také legislativními opatřeními a reformami. V této kapitole budou pouze vymezeny celkové výdaje na zdravotnictví. Opatření, která ovlivnila příjmy a výdaje ve zdravotnictví jsou popsány v kapitole legislativní změny.

Problematika dvou různých metodik je znázorněna na grafu č. 4., modrá barva značí starou metodiku SHA 1.0, která zobrazuje celkové výdaje od roku 2005-2015. Zelená barva vymezuje celkové výdaje podle nové metodiky SHA 2011. V období 2005-2009 celkové výdaje kontinuálně rostly. Dlouhodobý růst výdajů byl i jedním z hlavních důvodů zavedení reformy zdravotnictví a zavedení regulační poplatků v roce 2008, viz. kapitola soukromé výdaje. Celkové výdaje v roce 2008 vzrostly o 9,34 %, což bylo způsobeno zejména růstem soukromých výdajů. V rámci financování zdravotnictví došlo k mírnému přeskupení účasti jednotlivých subjektů. V roce 2007 soukromé výdaje vstupující jako zdroje financování tvořily podíl pouze 14,6 %, v roce 2008 to už bylo 17,3 % (graf č.6). Došlo tedy ke snížení podílu veřejných výdajů a také k celkové regulaci využívaných služeb, více v kapitole o regulačních poplatcích. V roce 2010 celkové výdaje klesly o téměř 3 %, od roku 2011 růst výdajů osciloval okolo

hodnoty jednoho procenta. Celkové výdaje v roce 2009 dosahovaly téměř stejné částky jako v roce 2012 a 2013, konkrétně v roce 2009 byly celkové náklady 292 mld. Kč a stejně tomu bylo v roce 2012 a 2013. Od roku 2012 nedošlo k žádným výrazným výkyvům a částka osciluje okolo 295 mld Kč. Přehled výdajů na zdravotnictví za celé období je v příloze č. 5 a 6.

Graf č. 4: Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v mil. Kč a jejich podíl na HDP mezi lety 2005 -2015 dle obou metodik OECD

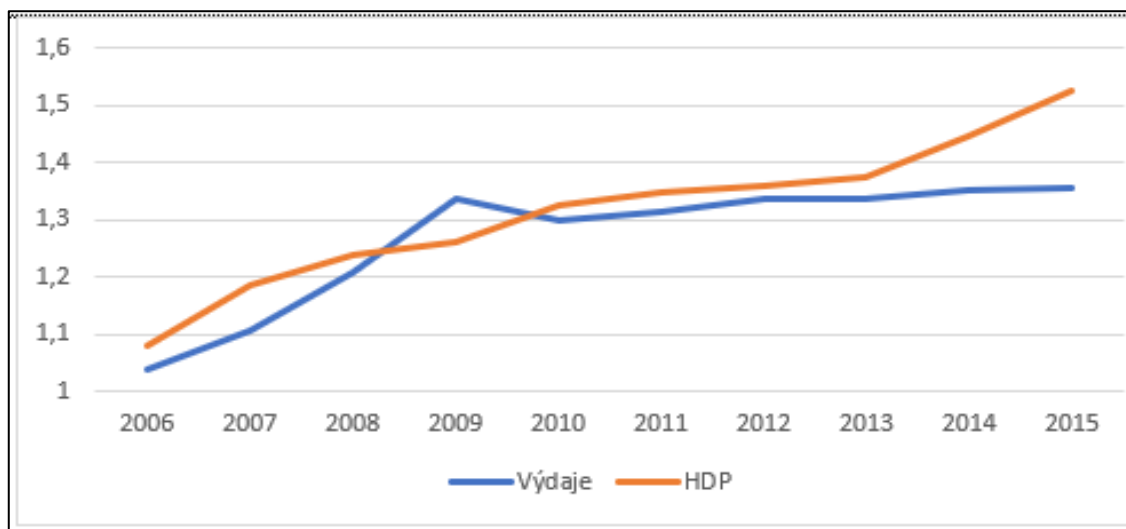


Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2005-2015, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Celkové výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP se pohybují dle staré metodiky okolo 7 % v celém období. V roce 2009 byly výdaje vynakládány na zdravotnictví vzhledem k HDP dokonce téměř 8 % s podílem 7,8 %. V dalším roce klesly zpět k 7 % na 7,2 %. Od roku 2013 je patrný trend, kdy podíl výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP klesá. V roce 2014 hodnota klesla pod 7 na hodnotu 6,9 %. Tento pokles souvisí s růstem HDP české ekonomiky. Česká republika se již vzpamatovala z ekonomické krize a protikrizové opatření, která měla napomoci přečkat těžší období, zůstala i po zažehnání krize a celkové výdaje na zdravotnictví se výrazně nezměnily. Z grafu č. 5 je viditelný vývoj obou proměnných jak HDP, tak výdajů na zdravotnictví. Jediný rok, kdy byl vývoj výdajů ve zdravotnictví vyšší než vývoj HDP, byl již výše zmiňovaný rok 2009. V ostatních letech byl vývoj výdajů vždy nižší než vývoj HDP. Od roku 2013 roste HDP výrazněji než výdaje na zdravotnictví, což pokud se české zdravotnictví má řadit mezi

vyspěle západní země, je problém. Podle OECD vyspěle západní země vynakládají na zdravotnictví mezi 10-11 % HDP⁷⁵, čeho ČR zdaleka nedosahuje.

Graf č. 5: Vývoj HDP a výdajů na zdravotnictví mezi let 2005-2016 dle bazického indexu roku 2005,2005=1

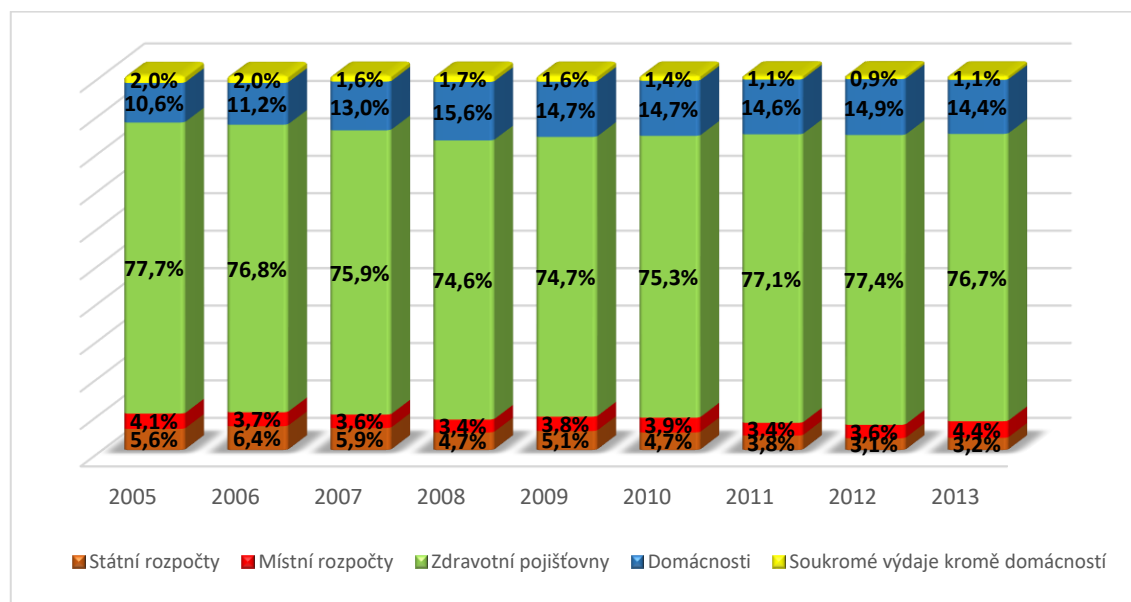


Zdroj: ČSU, MFČR, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Graf č. 6 zobrazuje podíly jednotlivých subjektů na financování zdravotnictví v období let 2005-2013. Nejvýznamnější podíl zaujímaly zdravotní pojišťovny s podílem $\frac{3}{4}$ z celku. V celém období zdravotní pojišťovny vynakládají zdroje okolo 75 %, konkrétní čísla jsou dohledatelná v příloze č. 7. Nejnižší účast 197 mld. Kč měly zdravotní pojišťovny v roce 2008, kdy byly zavedeny regulační poplatky a došlo k vyšší účasti domácností na financování. Druhým nejvýraznějším zdrojem financí jsou potom soukromé zdroje a zejména potom domácnosti, které se od roku 2008 podílejí 15 %. Třetím významným subjektem, který přispívá do rezortu zdravotnictví, jsou veřejné rozpočty. S obdobím ekonomické krize došlo v rámci úsporných opatření ke snížení podílu veřejných rozpočtů na financování. V roce 2007 se veřejné rozpočty podílely 9,5 %, v roce 2009 9,1 % a v roce 2012 6,7 %, můžeme zde tedy pozorovat sestupný trend. Veřejné rozpočty jsou to, co nejvíce dělí metodiku SHA 1.0 a SHA 2011, což vykresluje graf č. 7. V obou případech platí, že v roce 2012 dolehla na ČR druhá vlna krize, došlo znovu propadu růstu HDP a také k poklesu podílu veřejných rozpočtů, vlivem úsporných opatření.

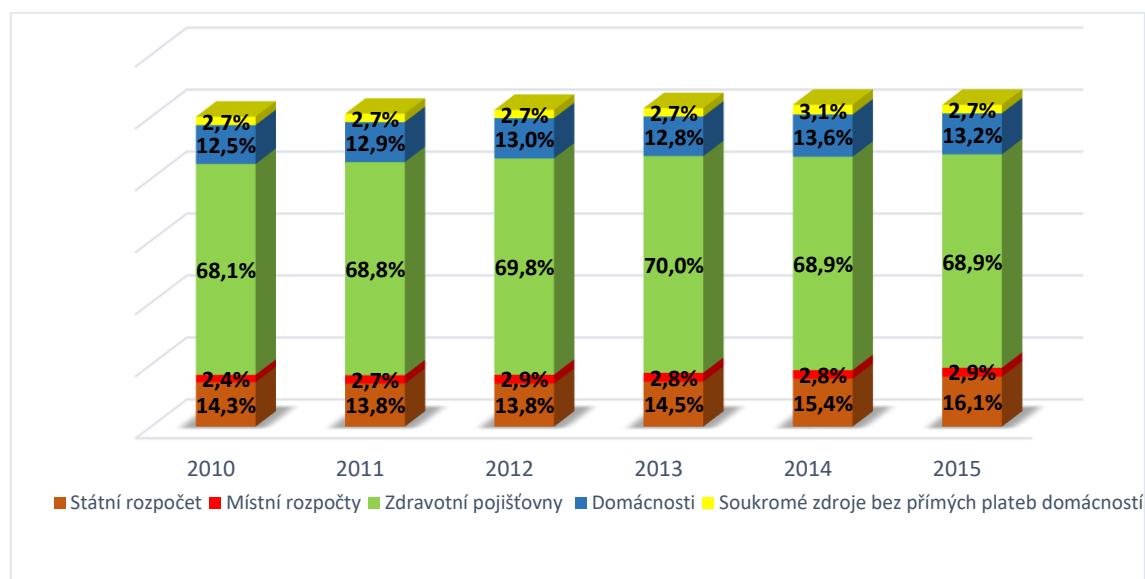
⁷⁵ OECD: Health spending, 2017

Graf č. 6: Podíl jednotlivých subjektů na financování zdravotnictví mezi lety 2005-2013 dle metodiky SHA 1.0



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Graf č. 7: Podíl jednotlivých subjektů na financování zdravotnictví mezi lety 2010-2015 dle metodiky SHA 2011



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Na grafu č. 7 je zřejmý rozdíl mezi starou a novou metodikou OECD. Dle nové metodiky se započítávají jinak výdaje na dlouhodobou péči a prevenci, což zvyšuje celkové výdaje o více jak 50 mld. Kč, viz kapitola metodika. Tyto zdroje jdou zejména z veřejných rozpočtů, a to je také důvodem, proč se veřejné rozpočty v roce 2013 zapojily

mírou 17,3 % oproti staré metodice, kdy podíl byl 7,6 %. Podíl státního rozpočtu v roce 2013 byl 14,5 % dle nové metodiky, dle staré 3,2 %. Zvýšením podílu veřejných rozpočtů došlo ke snížení podílu zdravotních pojišťoven na 70 %, což je stále velká míra účasti zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví v porovnání s ostatními OECD státy. V roce 2015 se v zemích OECD zdravotní pojištění podílelo na financování zdravotnictví průměrně pouze z 42 %⁷⁶, proto je Česká republika výrazným nadprůměrem. Podle nové metodiky byl podíl výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP vyšší než dle staré metodiky. Podíl osciloval mezi lety 2010-2013 kolem hodnoty 8,6 %. V posledních dvou letech sledovaného období došlo ke stejnému sestupnému trendu jako u staré metodiky, podíl klesá a v roce 2015 dosahoval hodnoty 7,8 %. Stejného podílu dosahovaly výdaje dle staré metodiky v roce 2009. A to byly výdaje o více jak 50 mld. nižší. Tento trend není pro Českou republikou dobrým směrem.

3.2 Veřejné výdaje

Veřejné výdaje na zdravotnictví jsou kryty z prostředků zdravotních pojišťoven a veřejných rozpočtů. Největší procento zauímají zdravotní pojišťovny, které se podílejí na financování téměř z devíti desetin dle staré metodiky a z osmi desetin podle nové metodiky. Dalšími subjekty, které se podílí na financování veřejných výdajů na zdravotnictví jsou veřejné rozpočty. Ve sledovaném období podíl veřejných rozpočtů klesal v období hospodářské krize, jelikož došlo k úsporným opatřením ve všech rezortech jednotlivých ministerstev. Od roku 2013 podíl opět stoupá.

Z tabulky č. 5 vyplývá, že veřejné výdaje se na financování zdravotnictví podílely z 84-87 % dle staré metodiky. S nástupem ekonomické krize je patrné snižování podílu veřejných výdajů na zdravotnictví, což zejména souvisí se zdravotnickou reformou v roce 2008 a zavedením regulačních poplatků. V roce 2005 bylo z veřejných zdrojů vynaloženo 191 mld. Kč na zdravotnictví, jinými slovy 6,4 % z celkového HDP České republiky. V období před hospodářskou krizí v roce 2007 byl podíl veřejných výdajů vzhledem k HDP 5,8 %, tedy nejméně v celém sledovaném období, přestože ekonomika rostla, veřejné výdaje na zdravotnictví nebyly přímo úměrně zvyšovány vzhledem k růstu ekonomiky. S nástupem krize v roce 2008 potažmo 2009 přišla i reforma zdravotnictví a zavedení regulačních poplatků, a to zapříčinilo vyšší participaci soukromých zdrojů

⁷⁶ OECD:Health at a Glance 2017

a snížení účasti veřejného sektoru na financování zdravotnictví jako celku. V roce 2008 byl podíl veřejných zdrojů 82,7 %. Jedná se o poměrně vysoký pokles oproti roku 2005, kdy byl podíl 87,5 %, a to snížení o 4,8 p. b. V posledních pěti letech dle obou metodik osciluje podíl veřejného sektoru na financování kolem 84 %, zároveň dle obou metodik je patrný shodný trend, kdy se snižuje podíl veřejných výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP. Podíl v roce 2015 dle nové metodiky dosahoval 6,6 %. Dle obou metodik se veřejný sektor účastní financování zhruba z 84 %, průměr OECD je kolem 70 %.⁷⁷ Česká republika převyšuje průměr o 14 p. b., ostatní OECD země zapojují více soukromých zdrojů a soukromý sektor se průměrně zapojuje 30% podílem. Přehled v příloze č. 7 a 8.

Tabulka č. 5: Veřejné výdaje ve zdravotnictví v mil. Kč v období 2005-2015 a jejich podíl na celkových výdajích a HDP dle obou metodik OECD

Rok	Metodika SHA 1.0			Metodika SHA 2011		
	Veřejné výdaje	Podíl na celkových	Podíl na HDP ⁷⁸	Veřejné výdaje	Podíl na celkových	Podíl na HDP
2005	191 356	87,47 %	6,41 %	-	-	-
2006	197 027	86,87 %	6,11 %	-	-	-
2007	206 565	85,38 %	5,84 %	-	-	-
2008	218 719	82,69 %	5,93 %	-	-	-
2009	244 754	83,62 %	6,51 %	-	-	-
2010	238 387	83,90 %	6,03 %	288 768	84,76 %	7,30 %
2011	243 822	84,31 %	6,06 %	291 272	84,55 %	7,24 %
2012	245 614	84,11 %	6,05 %	294 861	84,68 %	7,26 %
2013	246 946	84,42 %	6,03 %	297 412	84,96 %	7,26 %
2014	-	-	-	296 641	83,84 %	6,88 %
2015	-	-	-	299 362	84,63 %	6,57 %

Zdroj: ČSU, Výsledky zdravotnických účtů 2005-2015 vlastní výpočty, vlastní zpracování

3.2.1 Zdravotní pojišťovny

Seznam veřejných zdravotních pojišťoven v České republice:⁷⁹

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP ČR)
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP ČR)
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)

⁷⁷ OECD: Health at a Glance 2017

⁷⁸ MINISTERSTVO FINANČÍ: Tisková zpráva, 2017

⁷⁹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Zdravotní pojišťovny, 2012

- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV ČR)
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)

Zdravotní pojišťovny v rámci veřejného zdravotního pojištění zaujímají výsadní postavení na financování zdravotnictví. V roce 2013 se podílely na financování v rámci veřejných výdajů z 91 % podle staré metodiky a dle nové z 81 %. Tento rozdíl je zapříčiněn změnou výdajů veřejných rozpočtů, jak bylo již zmíněno výše. Zdravotní pojišťovny se v roce 2013 účastnily financování zdravotnictví s podílem téměř 77 % (viz graf 5). Dle obou metodik je patrný trend snižování účasti zdravotních pojišťoven a prosazování zdrojů z veřejných rozpočtů. V mezinárodním srovnání výdaje na zdravotní péči v České republice z povinného zdravotního pojištění vysoce převyšují průměr zemí EU (36 % dle OECD 2017). Náš stát se tak řadí k zemím jako Nizozemsko, Francie a Německo, kde je systém zdravotnictví založený především na všeobecném zdravotním pojištění. Naopak nejnižších hodnot dosahují Španělsko (5 %), Portugalsko a Kypr (shodně 1 %), kde jsou výdaje na zdravotní péči založeny především na výdajích z veřejných rozpočtů a domácností.⁸⁰

Fungování Všeobecné zdravotní pojišťovny upravuje zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.⁸¹ U ostatních pojišťoven vymezuje jejich fungování zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách.⁸² Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) vznikla v roce 1992 na základě zákona č. 551/1991 Sb., jako nejstarší zdravotní pojišťovna zaujímá dominantní postavení na trhu s téměř 6 miliony klienty. VZP tvoří základní pilíř v systému českého zdravotnictví, poskytuje nejširší síť smluvních zdravotnických zařízení, a tedy nejvyšší dostupnost zdravotní péče.⁸³ V tabulce č. 6 je vidět patrný pokles podílu VZP na trhu zdravotního pojištění, přestože počet pojištěnců na veřejném zdravotním pojištění roste. V roce 2005 VZP zaujímala více téměř 65 % trhu, v průběhu následujících jedenácti let docházelo ke každoročnímu poklesu podílu, období mezi lety

⁸⁰ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: Výsledky zdravotnických účtů 2010-2015

⁸¹ Zákon č. 551/1991 Sb.

⁸² Zákon č. 280/1992 Sb.

⁸³ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, O nás, 2017

2005-2016 přineslo pokles téměř o 8 p. b. z 64,6 % na 56,7 %. Důvodem poklesu může být zkvalitňování služeb ostatních pojišťoven. Pojišťovny se snaží získat klienty tím, že za ně platí kromě standartních lékařských výkonů i některé nadstandardní služby.⁸⁴

Tabulka č. 6: Vývoj počtu pojištěnců na zdravotním pojištění a podíl VZP na trhu

Rok	Počet pojištěnců	Podíl pojištěnců VZP v %
2005	10 296 386	64,6
2006	10 297 439	63,87
2007	10 323 545	63,4
2008	10 326 804	62,93
2009	10 375 884	60,92
2010	10 387 167	60,31
2011	10 394 131	60,38
2012	10 512 904	58,7
2013	10 415 483	58,3
2014	10 423 442	57,3
2015	10 413 196	56,9
2016	10 434 566	56,7

Zdroj: ÚZIS, ročenky VZP, vlastní zpracování

Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění se podílí na financování zdravotnictví nejvíce ze všech subjektů. Jeho právní úprava vychází ze zákona č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V České republice spravuje veřejné zdravotní pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, resortní, oborové a podnikové pojišťovny. Zdravotní pojišťovny spravují veřejné zdravotní pojištění v rámci základního fondu, kdy přijímají platby za pojistné a hradí zdravotní péči jejím poskytovatelům. Všeobecná zdravotní pojišťovna spravuje kromě vlastního vybraného pojistného zvláštní účet zdravotního pojištění, v rámci, kterého se přerozděluje pojistné a hradí zdravotní péče. Hlavní příjmy zdravotních pojišťoven tvoří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů, státu, příjmy plynoucí z přírážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované pojišťovnou, dary a ostatní příjmy.

Hlavní výdaje pojišťoven představují platby za úhrady zdravotní péče poskytované na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených

⁸⁴ PEKOVÁ, J.: Veřejná správa a finance veřejného sektoru, 2005, str. 256

se zdravotnickými zařízeními, náklady na činnost pojišťoven a další platby. Rozpočet pojišťoven je sestavován a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy zdravotních pojišťoven v příslušném rozpočtovém období. Příjmy jsou spravovány v rámci základního fondu. Rozdíl mezi příjmy a výdaji je zúčtováván v rámci rezervního fondu. Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.⁸⁵

Kromě výběru pojistného mají zdravotní pojišťovny ještě další dvě významné funkce – kontrolní a regulační. Kontrolní funkcí se rozumí kontrola využívání a poskytování péče hrazené ze zdravotního pojištění v dostatečném objemu a kvalitě a za takové ceny jaké uvádí smlouvy. Druhou funkcí, tedy regulační, se myslí regulace počtu a kvality poskytovatelů zdravotní péče prostřednictvím uzavírání smluv.⁸⁶

Výběr pojistného

Placení zdravotního pojištění je v České republice zakotveno ve dvou zákonech, první zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a v zákoně č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Podle zákona č. 48/1997 Sb.⁸⁷ jsou povinni platit zdravotní pojištění všichni ti, kteří mají trvalý pobyt v ČR, či pracují pro firmu, která má sídlo v ČR. Mezi plátce zdravotního pojištění se řadí zaměstnanci, zaměstnavatelé za své zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné (dále jen OSVČ) a stát. Stát hradí pojistné prostřednictvím státního rozpočtu za státní pojištěnce, mezi které patří nezaopatřené děti, důchodci, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi posuzované, mladiství ve školských zařízeních atd. Pojistné se hradí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn.

Výši pojistného, penále, způsob placení, evidenci plátců a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění upravuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění.⁸⁸ Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Výpočet výše pojistného je v kompetenci každého plátce, tato výše se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru. Zaměstnanec se podílí

⁸⁵ BARTÁK, M.: *Ekonomika zdraví*, 2010, str. 176-179

⁸⁶ DÚRDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*, 2005, str. 193

⁸⁷ Zákon č. 48/1997 Sb.

⁸⁸ Zákon č. 592/1992 Sb.

na financování povinného zdravotního pojištění z jedné třetiny, když odvádí 4,5 % z vyměřovacího základu, zaměstnavatel potom odvádí 9 %. Vyměřovací základ tvoří úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmu a nejsou od této daně osvobozeny.

Vyměřovací základ pro osoby bez prokazatelných příjmů tvoří minimální mzda, vyměřovací základ pro rok 2000 byl 2900 Kč, z toho odvod na pojistném činil 392 Kč, v roce 2012 stát vyplácel pojistné 723 Kč z vyměřovacího základu 5 355 Kč.⁸⁹ V roce 2013 došlo ke zvýšení pojistného po téměř 4 letech. V roce 2014 částka vzrostla na 845 Kč za pojištěnce a v roce 2016 dokonce na 870 Kč z vyměřovacího základu 6444 Kč.

Tabulka č. 7: Vývoj měsíčního pojistného na státní pojištěnce v období 2005-2016 a celková platba v mld. Kč ze státního rozpočtu

Rok	Platba v Kč/osoba/měsíc	Platba.v mld. Kč
2005	481	33,732
2006	513, od 1.2. 560, od 1.4. 636	42,998
2007	680	47,459
2008	677	47,253
2009	677	48,673
2010	723	52,700
2011	723	52,717
2012	723	52,867
2013	723, od 1.11. 787	53,676
2014	787, od 1.7. 845	59,867
2015	845	60,944
2016	870	62,254

Zdroj: Ministerstvo financí

Přerozdělování pojistného

Jednotlivými pojišťovnami vybrané pojistné podléhá přerozdělování, toto přerozdělování je ukotveno v zákoně č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, který vyšel v platnost k 1. lednu 1993. Smyslem přerozdělování pojistného je vyrovnaní rozdílů, které mezi jednotlivými pojišťovnami vznikají, jak na straně příjmů od plátců, tak na straně nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Přerozdělování má hlavní úkol, a to udržet určitou míru

⁸⁹ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Vyměřovací základ

solidarity vysoko příjmových pojištěnců s těmi s nižšími a také pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.

Mezi lety 1993 až 2004 tvořil základ pro společné přerozdělování pouze 60 % z vybraného pojistného a také nebyla zohledněna nákladovost pojištěnců. Kritérium přerozdělování zahrnovalo pouze počet a věk pojištěnců. Cílem takto nastavených pravidel bylo vyrovnat rozdílný podíl pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách.⁹⁰ V roce 2004 došlo k novelizaci zákona č. 592/1992 Sb. ve znění novely zdravotnických zákonů, tj. zákona č. 438/2004 Sb.,⁹¹ který s účinností k 1. lednu 2005 zavedl 2 nové mechanismy přerozdělování, kdy bylo zohledněno kritérium nákladovosti pojištěnců podle věku a pohlaví, společně se zavedením systému kompenzace rizika. Základ pro přerozdělování se zvýšil z 60 % na 100 %, čímž byla zachována příjmová solidarita.

První mechanismus provádí přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvlášť nákladné zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen nákladný pojištěnec). Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem. Za nákladného pojištěnce se považuje pojištěnec, za něhož pojišťovna vyplatila 15násobek průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v průběhu jednoho účetně uzavřeného kalendářního roku. Zavedení úhrad za nákladné pojištěnce je příspěvek pojišťovnám na drahé pojištěnce, a to s ohledem na jejich zdravotní stav napříč věkovými skupinami. Jedná se o solidaritu v rámci nadměrného výskytu zdravotního rizika a dále o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, který by vedl k finančním problémům dané pojišťovny

Druhý mechanismus provádí přerozdělování pojistného podle indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců, který do určité míry zachovává solidaritu na straně výdajů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v rámci zvolených 36 skupin pojištěnců, kdy každá nákladová skupina odpovídá rozmezí věku 4 let, tzn. muži a ženy 0-4 a poslední skupinu zaujímají muži a ženy 85+. V rámci toho mechanismu je přerozděleno přibližně 95 % pojistného.⁹²

Obecně lze říci, že výdaje na zdravotní péči rostou spolu s věkem a v jednotlivých věkových skupinách se jejich výše liší i v závislosti na pohlaví. Důvodem je čerpání velmi odlišné zdravotní péče u každé věkové skupiny. Poměrně vysoké výdaje na jednoho

⁹⁰ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Přerozdělování pojistného

⁹¹ Zákon č. 438/2004 Sb.

⁹² VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Přerozdělování pojistného

pojištění jsou vykazovány v nejmladší věkové skupině dětí do 4 let, což je dáno nákladnější péčí o novorozence (každý novorozenec je po porodu hospitalizován), zejména u předčasně narozených dětí. V následujících věkových skupinách až do 34 let se hodnota průměrných ročních výdajů na jednoho pojištěnce pohybuje kolem 9,8 tisíc Kč u mužů a 12,5 tisíc Kč u žen (výdaje na zdravotní péči jsou vyšší u žen než u mužů také z důvodů zajištění péče související s těhotenstvím a porodem). Od 35. roku věku se průměrné výdaje na zdravotní péči zvyšují s narůstajícím věkem. U mladších ročníků obou pohlaví jsou často průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v dané věkové skupině ovlivněny nabídkou zdravotních pojišťoven na očkování nebo preventivní programy.

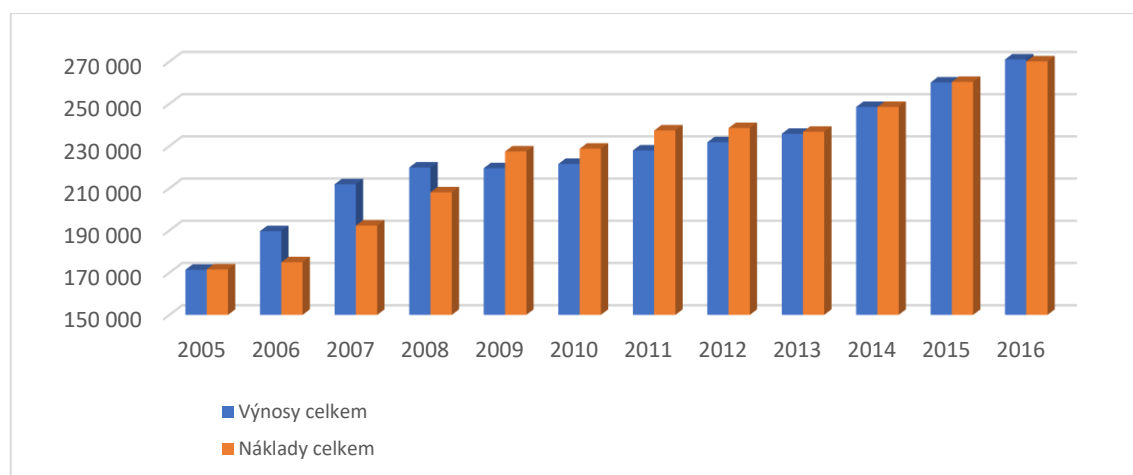
Celkově byly v roce 2015 průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednu pojištěnou ženu 23 326 Kč o 7,6 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže 21 677 Kč. Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce zůstaly mezi roky 2010 a 2015 stabilní, výdaje na jednoho pojištěnce – muže vzrostly o 1,9 % a na jednu ženu poklesly o 0,5 %. K největšímu nárůstu průměrných výdajů došlo u nejmladší věkové skupiny do 4 let – u dívek o 16,1 % a u chlapců o 8,2 %. Naopak nejvíce se za toto šestileté období snížily průměrné výdaje u mužů ve věkové skupině 50–54 let a 70–74 let (o 12 %) a u žen ve věkové skupině 65–69 let (o 29 %). Vlivem stárnutí populace dochází s růstem nákladů za pojištěnce starší 70 let, průměrné náklady přesahují 110 tisíc korun ročně. Vývoj průměrných ročních výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví mezi roky 2010 a 2015 přehledně zachycuje tabulka v příloze č. 9.

Hospodaření zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny hospodařily s kladným saldem do roku 2008. S příchodem krize došlo bohužel k obratu a od roku 2009 až do roku 2014 náklady zdravotních pojišťoven převyšovaly výnosy. Mezi lety 2005 a 2006 rostly výnosy o 10,67 % a mezi lety 2006 a 2007 potom o 11,71 %. Mezi lety 2006 a 2007 zároveň došlo k nejvyššímu růstu výnosů z 189 mld. Kč na 212 mld. Kč. K prvnímu negativnímu přírůstku došlo v roce 2009, kdy se růst výnosů propadl o 0,15 %. K vyrovnání výnosů a nákladů došlo v roce 2013. Celkový propad byl způsoben nejen ekonomickou krizí, vyšší mírou nezaměstnanosti a zvýšením počtu státních pojištěnců, a tudíž poklesem příjmu do veřejného zdravotního pojištění. Pojistné za státního pojištěnce v tu dobu bylo pouze

723 Kč. V roce 2013 došlo ke zvýšení minimální mzdy na 8 500 Kč a zvýšila se částka za státního pojištěnce na 787 Kč. V dalších letech je patrný trend opětovného růstu výnosů okolo pěti procent mezi jednotlivými lety. V roce 2015 se zvýšila průměrná hrubá mzda na 27575 Kč, minimální mzda vzrostla na 9200 Kč a obecná míra nezaměstnanosti byla 5 %. Tento celý trend je doprovázen růstem HDP, které v roce 2015 rostlo o 5,3 % a v roce 2016 o 2,6 %.

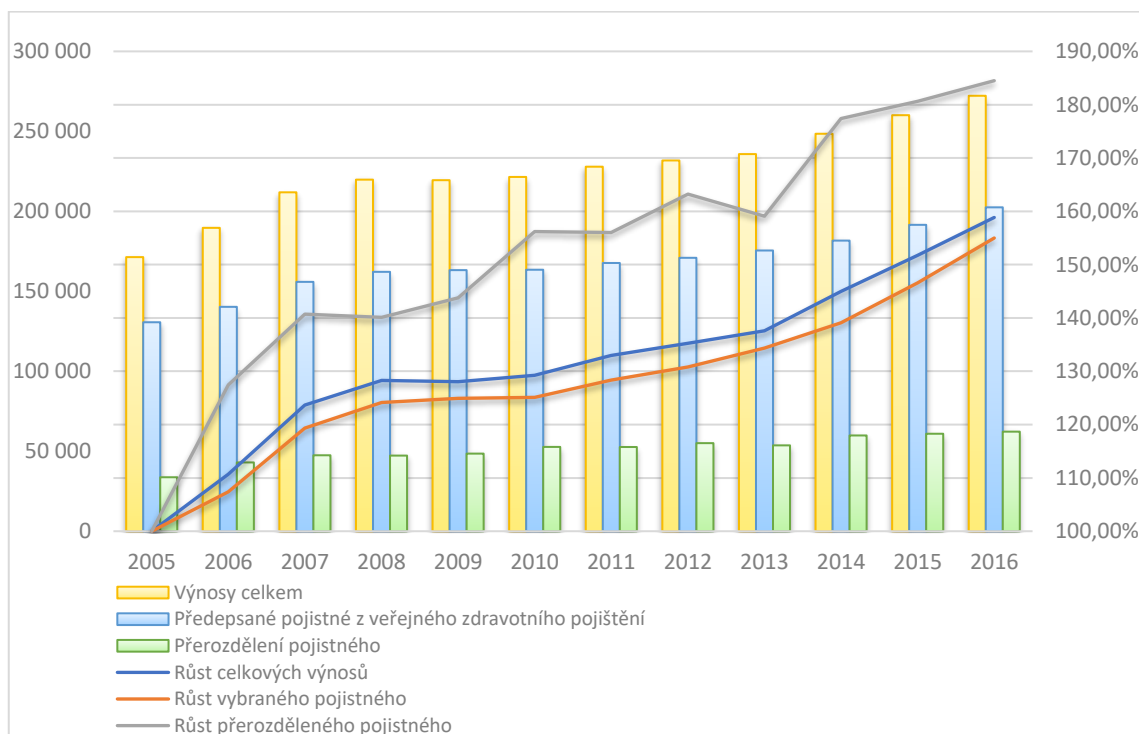
Graf č. 8: Výnosy a náklady zdravotních pojišťoven v období let 2005-2016
v mil. Kč



Zdroj: ČSU, Zdravotní pojišťovny 2005-2016, vlastní zpracování

Tabulka s celkovými výnosy je uvedena v příloze č. 10. Nejdůležitější položky výnosů zdravotních pojišťoven jsou zobrazeny na grafu č. 9, současně graf zobrazuje trend vývoje výnosů vzhledem k referenčnímu roku 2005. Výnosy zdravotních pojišťoven vzrostly od roku 2005 o 58,9 % a výběr předepsaného pojistného z veřejného zdravotního pojištění o 55 %. Největší růst výběru pojistného je možné sledovat od roku 2013 vlivem růstu mezd a plateb za státní pojištěnce. Nejvyšší růst od roku 2005 je patrný u přerozdělovaného pojistného, tento trend souvisí pravděpodobně se stárnutím populace a se zvyšováním počtu osob, které jsou součástí vícenákladových skupin. Přerozdělené pojistné činilo v roce 2005 částku 33,7 mld. Kč a v roce 2016 62 mld. Kč.

Graf č. 9: Výnosy zdravotních pojišťoven v mil. Kč v letech 2005-2016 a vývoj jejich růstu vzhledem k roku 2005



Zdroj: ČSU, Zdravotní pojišťovny 2005-2016, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Náklady zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zejména náklady na zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění. Mezi další náklady patří spotřeba materiálu, energie, preventivní programy, náklady na zdravotní péči za cizince, daně a poplatky, osobní náklady a další náklady. Více jak devět desetin nákladů tvoří náklady na zdravotní služby. V roce 2005 byly náklady 163 mld. Kč, oproti roku 2016 náklady vzrostly o 100 mld. Kč na 263 mld. Kč. Náklady v tomto období vzrostly o 57,4 % a výnosy o 58,9 %. Výběr předepsaného pojistného vzrostl o 55 % stejně tak jako náklady na zdravotnické služby.

Ve sledovaném období dle přílohy č. 11 je možné sledovat trend, kdy klesaly náklady na spotřebu materiálu a energie. V roce 2009 náklady na spotřebu materiálu a energie dosahovaly částky 435 mld. Kč oproti roku 2015, kdy náklady klesly na částku 223 mld. Kč, tedy téměř na polovinu. Stejně tak tomu bylo u služeb (opravy a udržování, cestovné), kdy v roce 2010 byly náklady 419 mld. Kč a v roce 2016 345 mld. Kč. Osobní náklady rostly do roku 2010. Od roku 2010 začaly klesat a v posledních třech letech je patrný opětovný nárůst. V příloze č. 12 je graf s vývojem počtu zaměstnanců zdravotních pojišťoven, kdy od roku 2010 dochází k poklesu počtu zaměstnanců

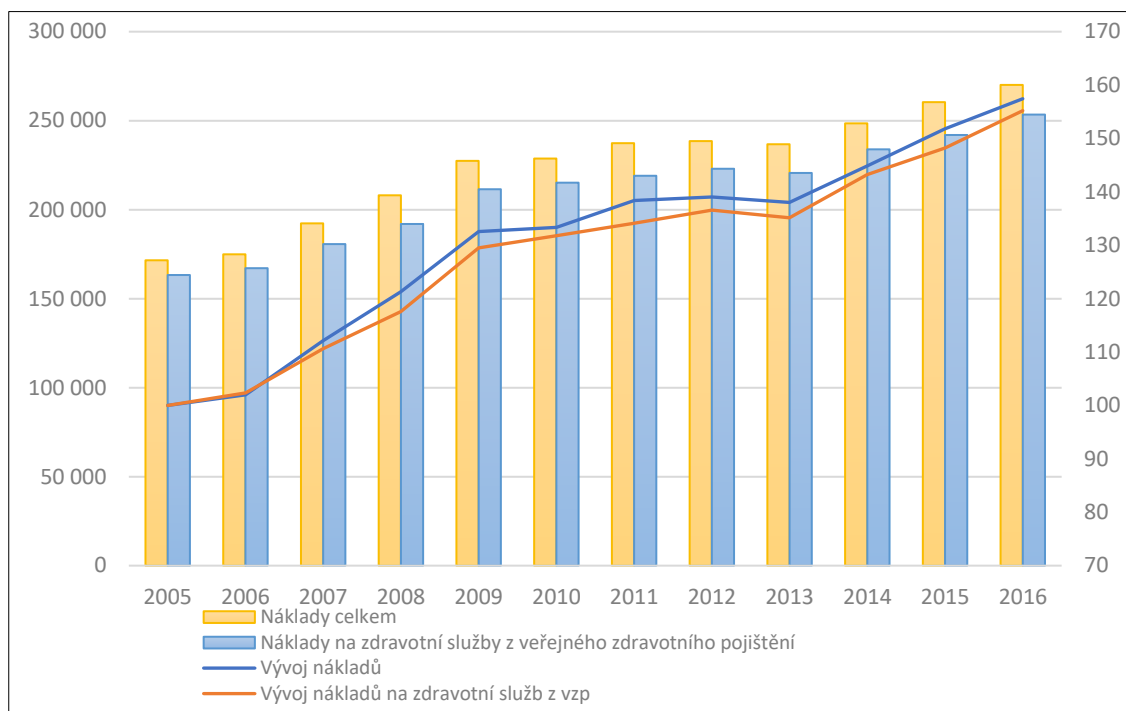
z 7461 na 7175 a v roce 2011 na 6811. Nejnižší počet zaměstnanců byl v roce 2014 s počtem 5890. V roce 2014 začala výrazněji růst průměrná mzda, a tedy i osobní náklady.

V roce 2010 poklesl růst celkových nákladů a růst nákladů na zdravotní služby. Mezi lety 2008 a 2009 byl růst celkových nákladů 9,29 % a nákladů na zdravotní služby 10,16 %. Od roku 2009 dochází ke změně trendu a náklady přestávají růst tak strmě, začíná působit vliv regulačních poplatků jako nástroje ke snížení počtu návštěv u lékaře a zbytečné plýtvání zdroji, více v kapitole soukromé výdaje. V roce 2013 zároveň platí nejprísnější úhradová vyhláška pro úhradu zdravotnické péče, z grafu i dat je patrný propad v tomto roce. V roce 2014 byly zrušeny regulační poplatky za hospitalizaci, tento propad byl hrazen zdravotními pojišťovnami. VZP na kompenzaci vynaložila částku 1,3 mld. Kč. V roce 2015 byl zrušen i regulační poplatek za recept a návštěvu lékaře, zrušení bude kompenzováno zdravotními pojišťovnami dle vyhlášky č. 324/2015 Sb.⁹³ V roce 2015 byla ambulantní péče a lékárenské služby kompenzovány 1,25 mld. Kč od VZP. Tyto extra náklady pojišťoven byly kompenzovány zvýšením minimální mzdy a zvýšením placeného pojistného za státního pojištěnce. V roce 2014 stouplo pojistné za státního pojištěnce o 64 Kč a celkem bylo na pojistném ze státního rozpočtu vyplaceno o 6 mld. Kč více (tabulka č. 7). V roce 2015 dostaly pojišťovny za státní pojištěnce dokonce o 7 mld. více než v roce 2013. Současná bilance zdravotních pojišťoven je vzhledem k ekonomickému růstu a nízké nezaměstnanosti kladná. VZP dokonce v roce 2015 svoji bilanci dostala zpět do kladných čísel a začala plnit zpět rezervní fond. Rezervní fond VZP roku 2015 měl konečný zůstatek 1,2 mld. Kč v roce 2016 byl navýšen na 1,7 mld. Kč.⁹⁴

⁹³ LÉKAŘSKÁ KOMORA ČR: Regulační poplatky u ambulantních lékařů v roce 2015

⁹⁴ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Výroční zpráva VZP 2016

Graf č. 10: Náklady zdravotních pojišťoven v mil. Kč v letech 2005-2016 a vývoj jejich růstu vzhledem k roku 2005



Zdroj: ČSU, Zdravotní pojišťovny 2005-2016, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Náklady zdravotních pojišťoven dle druhu péče

V příloze č. 13 je uvedena tabulka s výdaji na zdravotní péči podle druhu poskytované péče a v příloze č. 14 poté vypočtený podíl zdravotních pojišťoven na financování jednotlivých druhů péče. Ve sledované období let 2010-2015 se zdravotní pojišťovny podílely na financování léčebné, rehabilitační, dlouhodobé zdravotní péče, doplňkových služeb, léčiv, preventivních programů a státní správy a samosprávy. Ve sledovaném období je možné zaznamenat trend snižování výdajů na lůžkovou péči a růst výdajů na péči ambulantní, což souvisí se snižováním počtu lůžek a zároveň se systémem úhrad DRG, více v kapitole nemocnice. V roce 2012 výrazně vzrostly výdaje na léčiva, což souvisí s růstem DPH u snížené sazby na léky z 10 % na 14 %. Mezi lety 2014 a 2015 klesají výdaje na léčiva, což může souviset se zveřejňováním smluv s dodavateli a zvýšenou kontrolou uzavírání výhodnějších obchodních kontraktů. Tlak na snižování nákladů za léky je ze strany pojišťoven velký. VZP vyvinula aplikaci AMBULEKY, která lékařům nabízí dle potřebné indikace ekonomicky nejvýhodnější

léky, dle potřebného obsahu léčivých látek.⁹⁵ Léčebná péče je hrazena zdravotními pojišťovnami z 87 %, doplňkové služby jako jsou laboratoře a zobrazovací metody hradí z 90 %. Zdravotní pojišťovny se 100% podílem účastní na financování denní léčebné péče a domácí léčebné péče.

Náklady zdravotních pojištěn dle poskytovatele zdravotní péče

Mezi poskytovatele, kterým zdravotní pojišťovna hradí zdravotní péči za své pojištěnce jsou nemocnice, lůžková zařízení dlouhodobé péče, poskytovatele ambulantní péče, laboratoře, lékárny, poskytovatelé preventivní péče a další. Do nemocnic proudí 40 % z celkových výdajů zdravotnictví a 53 % ze zdrojů zdravotních pojišťoven určených na zdravotní péči. Na ambulantní péči celkově zdravotnictví vynakládá okolo 20 %. Zdravotní pojišťovny mají majoritní podíl na financování nemocnic a ambulantní péče. Laboratoře jsou dokonce financovány 100% podílem zdravotními pojišťovnami. Nejmenší podíl financují u dlouhodobé lůžkové péči a to pouze okolo 12 %. Z tabulek v příloze 15 a 16 je patrný stejný trend a to oslabování výdajů na léky.

Obrovský tlak na růst úhrad poskytovatelům zdravotních služeb a tempo jejich růstu v posledních letech neumožňuje zvyšovat zůstatky na účtech (rezervy) zdravotních pojišťoven tak, aby byla vytvořena adekvátní rezerva pro případ jakéhokoli vnějšího negativního šoku, např. v podobě návratu recese či víceletého výraznějšího zpomalení hospodářského růstu. Naopak, míra rezerv systému se v roce 2017 plánuje snížit. Odolnost systému vůči vnějším negativním šokům se tak dále sníží. Je proto nutné přistoupit k realizaci systémových opatření, která by z delšího, než krátkodobého horizontu řešila nesoulad mezi nároky na systém a jeho disponibilními zdroji, jelikož současně nastavené parametry hospodaření nejsou udržitelné ze střednědobé ani dlouhodobé perspektivy.

Stát se v posledních letech snaží zvyšovat kontrolu nad zdravotními pojišťovnami. Dle zpráv Ministerstva financí a Nejvyššího kontrolního úřadu zvýšily obě instituce kontroly jednotlivých pojišťoven.⁹⁶ Zároveň zavádí novelizace zákonů, které mají zvýšit transparentnost hospodaření a zlepšit možnosti kontroly.

⁹⁵ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Ambuleky

⁹⁶ CIKRT, Tomáš. Pozor kontrola! Zdravotní pojišťovny jsou pod permanentním dohledem

3.2.2 Nemocnice

Na financování nemocnic v České republice se podílejí 3 hlavní úhradové mechanismy, jejichž podíl se v průběhu let měnil. Jedná se o procesy, kterými jsou finanční prostředky přerozdělovány mezi nemocnice za strany ZP.

Jsou to:

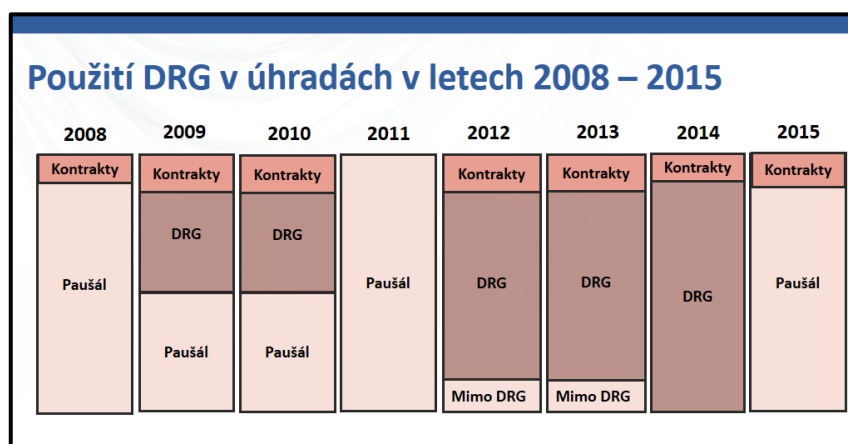
- Výkonový systém úhrad (Platba za výkon)
- Paušální systém úhrad
- DRG

Po roce 1993 až do roku 1997 byly nemocnice financovány výkonovým systémem úhrad. Jedná o systém, kdy je nemocnicím proplacena částka, přesně za ty výkony, které provede pacientovi. Vzhledem k faktu, že v českých nemocnicích docházelo k umělému nadhodnocování poskytnuté péče a smyšleným výkonům, byly nemocnice od roku 1997 financovány paušální platbou. Nevýhodu tohoto systému je, že navýšení plateb na základě tohoto systému může být provedeno pouze procentuálně na základě období minulých. Vzniká zde tedy riziko, že s každým dalším obdobím, bude odchylka od skutečných nákladů větší a nebude přesně reflektovat komplikovanost zdravotních zákroků. Tento systém neumí reagovat na změny tržních cen v kratším časovém horizontu, a pokud dojde k reakci, jde o změnu procentuální, která nemusí odpovídat realitě. Při této formě platby v České republice docházelo každým rokem k deformacím systému v tom smyslu, že došlo k navýšení plateb, ale snížení poskytované péče a tento rozdíl se každým dalším rokem prohluboval. Proto bylo nutné, hledá nový systém úhrad.

Jako možné řešení se ukázal systém DRG fungující v západní Evropě. Po roce 2000 vznikla širší snaha zavést v ČR klasifikační systém typu DRG. Vyústěním byl tzv. Projekt DRG Ministerstva zdravotnictví ČR. Projekt DRG byl realizován v letech 2001–2004 a jeho výsledkem bylo roce 2003 vybrání verze IR-DRG (International Refined DRG). Úlohou kultivace a rozvoje bylo pověřeno Národní referenční centrum (NRC).⁹⁷

⁹⁷ KOŽENÝ, P.: Klasifikační systém DRG, 2010, str.120-125

Graf č. 11: Použití DRG v úhradách v letech 2008-2015



Zdroj: DRG Restart

V roce 2009 a 2010 byl systém DRG používán částečně na úhradu zdravotní péče. Od roku 2012 se jednalo o dominantní způsob úhrad v českých nemocnicích. Systém staví na předpokladu, že náklady na léčbu stejných diagnóz by měly být podobné ve všech nemocnicích a vytváří tedy skupiny pacientů, kde jsou zařazovány jednotlivé druhy nemocí. Tyto skupiny byly vytvořeny na základě dlouhých diskuzí a konsensů medicínských odborníků, lékařů a představitelů jednotlivých zdravotních oborů. V jednotlivých skupinách se potom zařazují pacienti dle typu léčby (medikamentózně, operativně), primární diagnózy, věku, pohlaví a komplikací. Systém, ve kterém jsou pacienti zařazováni do skupin, dle těchto faktorů se odborně nazývá Case mix. Výše platby pro nemocnici je dána vzorcem: Cena diagnostické skupiny = specifická váha DRG x základní sazba DRG.⁹⁸ Specifická váha se vyznačuje finanční náročností jednotlivých skupin založených na průměrných nákladech a základní sazba DRG je úhrada jednoho případu. Tento systém při výpočtech úhrad bere v potaz také průměrnou dobu léčení a dává hranice pro minimální a maximální dobu potřebnou pro léčení pacienta v dané skupině. Jednou z nevýhod tohoto způsobu úhrad je, kromě jeho poměrné technické náročnosti, etický a morální pohled na ekonomiku a péči o zdraví.⁹⁹

Užívaný DRG systém predikoval nespolehlivě nákladové ocenění případu a výpočet referenční výměry měl závažné nedostatky. V systému byl zvolen nereprezentativní vzorek nemocnic pro stanovení tarifů, seznam výkonů byl neúplný a implementace nových položek byla složitá. Popis výkonů byl velmi chaotický. To vše vedlo k nesplňování podmínek, které měl systém přinést. Z tohoto důvodu je v rámci projektu „DRG Restart“ vyvíjena nová vlastní verze CZ-DRG. Od roku 2016

⁹⁸ Zlámal J., Bellová J.: Ekonomika zdravotnictví, 2013, str. 95

⁹⁹ Zlámal J., Bellová J.: Ekonomika zdravotnictví, 2013, str. 96

je realizován projekt financovaný z fondů EU s názvem: Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR. Předmětem projektu je vytvoření a implementace manažerského informačního systému úhrad lůžkové péče (DRG), jehož zavedením dojde k vyšší efektivitě výkonu státní správy ve smyslu manažerského řízení, kontroly a optimalizace rozdělování finančních toků v oblasti zdravotnictví. Realizace projektu je datována od 1. 3. 2016 do 28. 2. 2021 a má předpokládaný rozpočet: 241,3 mil. Kč. Globálním cílem projektu je vybudování dlouhodobě udržitelné datové, informační a personální základny pro optimalizaci a průběžnou kultivaci systému úhrad lůžkové péče v ČR a zvýšení prediktivní schopnosti a efektivity úhradových mechanismů pro tento segment zdravotní péče.¹⁰⁰ V příloze č. 17 jsou znázorněny hlavní milníky programu DRG Restart.

Tabulka č. 8: Vývoj počtu nemocnic, lůžek, odborných léčebných ústavů a LDN

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nemocnice	195	191	192	192	191	189	189	188	188	188	187
lůžka v nemocnicích na 1 000 obyv.	6,3	6,2	6,1	6,0	6,0	5,9	5,7	5,6	5,4	5,4	5,3
odb. léčeb. ústavy bez lázeňských	163	162	153	154	154	157	160	158	158	159	161
z toho LDN	73	74	68	70	69	70	72	73	73	73	73

Zdroj: ČSU, Česká republika v číslech od roku 1989

Počet nemocnic se ve sledovaném období snižoval. V roce 2005 bylo v České republice evidováno 195 nemocnic, v průběhu deseti let se počet snížil o 8 na 187. Pokles počtu nemocnic byl doprovázen snižováním počtu lůžek. V roce 2005 připadalo na 1000 obyvatel 6,3 lůžek, během celého období tento sestupný trend pokračoval a v roce 2015 bylo evidováno 5,3 lůžka na 1000 obyvatelů. Dalším ukazatel, který je pro analýzu zásadní je počet hospitalizací. Během sledovaného období bylo hospitalizováno mezi 2,2 a 2,3 mil. pacientů. Jak již bylo zmíněno výše, počet nemocnic se ve sledovaném období snižoval, přesto nezpůsobil automaticky snížení i počtu hospitalizací. V roce 2011 došlo k nejvyššímu poklesu hospitalizací, což může souviset se 100 % účastní paušálních úhrad za zdravotnickou péči. Naopak v roce 2012 došlo k nárůstu hospitalizovaných v důsledku znovu zavedeného DRG systému jako systému úhrad (graf č. 11). DRG systém je závislý na počtu výkonů na rozdíl od paušálních plateb, což nemocnice motivuje ošetřit větší počet pacientů. Současně v roce 2012 byl zvýšen regulační poplatek za hospitalizace na 100 Kč, a to pravděpodobně souviselo se snížením ošetřovací doby v nemocnici z 6,7 na 6,4. V případě, že vezmeme v potaz náklady hrazené za různé druhy zdravotní

¹⁰⁰ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY: Projekt DRG

péče (příloha č. 13) objevuje se trend růstu počtu ambulantních vyšetření, a tedy i růstu výdajů za ambulantní péči a pokles nákladů za péči lůžkovou, což souvisí samozřejmě se snahou o vyšší počet vykázaných výkonů. V roce 2015 nebyl úhradový mechanismus DRG používán a můžeme sledovat opětovný pokles počtu hospitalizací v důsledku paušálních plateb.

Tabulka č. 9: Přehled hospitalizací v letech 2005-2016

Přehled hospitalizací od roku 2005			
Rok	Celkem	Průměrná ošetrovací doba	Počet ošetrovacích dnů celkem
2005	2 339 709	7,4	17 314 089
2006	2 272 071	7,2	16 415 605
2007	2 280 237	7,1	16 272 662
2008	2 271 234	6,9	15 587 097
2009	2 255 658	6,9	15 469 804
2010	2 231 938	6,8	15 177 650
2011	2 195 676	6,7	14 631 747
2012	2 235 283	6,4	14 364 827
2013	2 244 154	6,3	14 238 185
2014	2 286 535	6,3	14 356 257
2015	2 250 126	6,2	14 026 928
2016	2 235 109	6,2	13 796 062

Zdroj: UZIS, Hospitalizovaní – ročenky, vlastní zpracování

Hospodaření nemocnic

Nemocnice se v českém zdravotním systému řadí mezi jednoho z nejnákladnějších poskytovatelů zdravotní péče. Z celkových výdajů na zdravotnictví do nemocnic putuje 40 % výdajů. Z tohoto důvodu je nutné hospodaření nemocnic zahrnout do analýzy zdravotního systému. Ústav zdravotnických informací a statistik každoročně zveřejňuje zdravotnické ročenky, ve kterých je uvedena bilance hospodaření nemocnic. Každý rok se počet nemocnic, které odevzdají roční výkazy trochu liší, proto není možné porovnat celkové náklady mezi jednotlivými obdobími. Ale je možné porovnat vývoj podílu jednotlivých nákladů a výnosů na celkových nákladech a výnosech.

Mezi náklady nemocnic patří – náklady za léčiva, zdravotní prostředky, krev, osobní náklady, spotřebu energie, služby. Nejvýraznějším nákladem nemocnic jsou

osobní náklady, což souvisí zejména se mzdami zaměstnanců. V průběhu ekonomické krize došlo ke snížení podílu osobních nákladů na celkových z 44 % na 43 %, v posledních letech můžeme pozorovat znovu nárůst a v roce 2015 podíl udával 46,3 %. Výrazný nárůst na podílu na výdajích nemocnic zaujímají léčiva. V průběhu sledovaného období dochází k růstu podávání léčiv v nemocnicích, což může souviset s růstem počtu hospitalizovaných pacientů, ale také s růstem DPH. V roce 2005 byl podíl nákladů na léčiva pouze 7,5 %, v roce 2015 tento podíl byl již 15,2 %. Naopak u zdravotnických prostředků a spotřeby energie je možné sledovat sestupný vývoj.

Do výnosů nemocnic spadají výnosy od zdravotních pojišťoven za úhradu péče, provozní dotace od zřizovatele, výnosy od státních orgánů, prodané zboží a ostatní výnosy. Výnosy za úhradu od zdravotních pojišťoven zaujímají majoritní podíl, a to okolo 80 %. V celém období podíl osciluje kolem podílu 80 %. K mírnému poklesu oproti předešlému roku došlo v roce 2009 a 2013. V roce 2009 došlo ke snížení počtu hospitalizací a v roce 2013 byla použita přísná úhradová vyhláška, která byla velmi diskutovaná. Byla přijata poměrně pozdě a se spoustou námitek od lékařů a české lékařské komory, která dokonce podala návrh na zrušení této vyhlášky k Ústavnímu soudu. Důvodem podání tohoto návrhu bylo snížení plateb na 94 % předchozího roku u nemocnic a na 98 % u ambulancí. Vyhláška také nezohledňuje růst DPH a cen energií.¹⁰¹ Rok 2013 také přinesl záporný výsledek hospodaření nemocnic, což vyplývá z tabulky č. 10. Sledované nemocnice hospodařily se ztrátou téměř 2 miliardy korun, tato ztráta souvisí pravděpodobně se snížením příjmů od zdravotních pojišťoven vlivem úhradové vyhlášky. Překvapivý výsledek hospodaření měly nemocnice v roce 2007, tedy v období před ekonomickou krizí, když výsledek hospodaření byl pouze 148 milionu. Ve sledovaném období není patrný žádný výrazný trend vývoje. V roce 2014 došlo ke zrušení zdravotnických poplatků za hospitalizaci, což se výrazně neprojevalo, průměrná ošetrovací doba dokonce v roce 2015 a 2016 poklesla na 6,3 dnu na 100 obyvatel. Nemocnice za výpadek regulačních poplatků obdržely kompenzaci od zdravotních pojišťoven. Roční příjem z regulačních poplatků pro nemocnice byl v období let 2008-2011 zhruba 1,2 mld. Kč, po zvýšení regulačního poplatku na 100 Kč se příjem zvýšil na 1,8 mld. Kč.

¹⁰¹ Vyhláška č. 428/2013 Sb.

Tabulka č. 10: Ukazatele hospodaření nemocnic v letech 2005-2015

Ukazatel	Vyjádřeno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nemocnice celkem	počet	190	169	182	163	163	166	167	139	137	138	135
MZ		19	19	20	20	19	19	19	19	19	19	19
Krajské		63	49	41	24	24	24	24	52	51	51	49
Obecní a městské		22	21	22	17	18	17	17	20	20	19	18
JPO a církevní		82	77	96	99	99	103	104	45	44	46	46
Ostatních centrálních orgánů		4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Náklady celkem	mil. Kč	89451	97254	103734	112089	123235	126750	130005	129 095	129 893	134 767	141 617
Léčiva	%	7,5	8,3	8,3	11,9	12	12,4	12,2	13,1	13,8	14,5	15,2
Zdravotnické prostředky		14,7	13,9	13,9	13,9	14	13,9	13,1	13,2	12,9	12,9	12,5
Krev a krevní výrobky		1,5	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1	1	1	1
Osobní náklady		44	43,7	43,7	43,2	43,1	44,6	45,8	46,4	46,1	45,7	46,3
Potraviny		1,2	1,1	1,1	1	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
Spotřeba energie		3,1	3,1	3,1	3,1	3	3	2,9	3,0	3,1	2,7	2,5
Služby		8,3	8	8	7,9	7,9	7,9	7,3	7,1	7,1	7,3	7,2
Odpisy		5,2	5,4	5,4	4,6	4,6	4,5	4,9	4,8	4,6	4,3	4,4
Prodané zboží						7,2	6,5	6,1	5,9	5,4	5,4	5,6
Ostatní náklady		14,5	15,2	12,9	13,3	6,1	5,3	5,7	4,6	5,1	5,4	4,4
Výnosy celkem	mil. Kč	89845	98317	103882	112276	123845	126989	130292	129 482	127 960	136 836	141 876
Výnosy od zdravotních pojišťoven	%	80	79	81,4	81,9	80,7	81,7	81,8	81,9	81,1	81,9	83,1
Výnosy mod státních orgánů					0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0	0
Výnosy mimo zdr.pojištění		2,5	2,3	1,7	2,6	2,1	2,1	2	2,1	2,1	1,8	1,5
Výnosy z prodaného zboží						7,8	7,1	7,1	7,1	6,7	6,4	6,7
Provozní dotace od zřizovatele		2,6	4,2	2,1	2	1,9	2	2	1,6	1,9	2,1	1,8
Ostatní výnosy		14,9	14,5	14,3	13,5	7,2	7,1	7,1	7,3	8,1	7,7	6,9
Hospodářský výsledek	mil. Kč	394	1063	148	187	610	239	287	386	-1933	2070	258
Nákladová rentabilita	%	0,4	1,1	0,1	0,2	0,5	0,2	0,2	0,3	-1,5	1,5	0,2

Zdroj: UZIS, Nemocnice 2005-2006

3.3 Soukromé výdaje

Hlavní příjem pro financování soukromých výdajů na zdravotnictví zajišťují domácnosti, soukromá pojištění, neziskové instituce a korporace. Největší účast mají právě domácnosti prostřednictvím přímých plateb. Ve sledovaném období se soukromé výdaje zdvojnásobily, přestože byla od roku 2014 používána jiná metodika, trend je jasně rostoucí. Výdaje do roku 2012 kontinuálně rostly. V roce 2005 dle staré metodiky soukromé výdaje činily 27,5 mld. Kč. K největšímu růstu soukromých výdajů došlo v roce 2008, kdy soukromé výdaje stouply téměř o 30 % z 35,5 mld. na 45,8 mld. Kč. V roce 2008 se soukromé výdaje podílely na financování zdravotnictví z 17,3 %. Mezi lety 2005 a 2008 došlo k růstu téměř o 5 p.b. z 12,5 % na 17,3 % a celkově soukromé výdaje vzrostly o 18,4 mld. Kč. V roce 2008 byly jednak vybírány regulační poplatky, ale současně vzrostla snížená sazba DPH, což zdražilo léky. V dalších letech se výdaje ze soukromých zdrojů ustálily. Lidé si zvykli na platbu regulačních poplatků a v roce

2009 spotřeba zdravotnické péče znovu mírně vzrostla a s tím vzrostly i výdaje domácností za zdravotní péči. V roce 2010 a 2011 byly soukromé výdaje okolo 45,5 mld. Kč. K 1.12.2011 byl navýšen poplatek za hospitalizaci, což způsobilo růst výdajů v roce 2012. Dalším důvodem, proč vzrostly výdaje, byl růst snížené sazby DPH z 10 % na 14 %. V roce 2014 došlo ke zrušení regulačního poplatku za hospitalizace a o rok později došlo ke zrušení regulačních poplatků za recept a návštěvu lékaře. Obavy o výrazné zvýšení spotřeby léčiv a zdravotní péče se nepotvrdily, více v kapitole o regulačních poplatcích. Během sledované období byl podíl soukromých výdajů vzhledem k HDP země velice zanedbatelný, oproti západním zemím se české domácnosti a soukromé zdroje podílejí zanedbatelnou měrou na celkovém financování zdravotnictví .

Tabulka č. 11: Soukromé výdaje na zdravotnictví, podíl na celkových výdajích a podíl na HDP dle obou metodik ve sledovaném období 2005-2015

Rok	Metodika SHA 1.0			Metodika SHA 2011		
	Soukromé výdaje	Podíl na celkových	Podíl na HDP ¹⁰²	Soukromé výdaje	Podíl na celkových	Podíl na HDP
2005	27418	12,53 %	0,92 %	-	-	-
2006	29783	13,13 %	0,92 %	-	-	-
2007	35370	14,62 %	1,00 %	-	-	-
2008	45801	17,31 %	1,24 %	-	-	-
2009	47954	16,38 %	1,32 %	-	-	-
2010	45754	16,10 %	1,21 %	51922	15,24 %	1,37 %
2011	45358	15,69 %	1,19 %	53233	15,45 %	1,39 %
2012	46388	15,89 %	1,21 %	53349	15,32 %	1,39 %
2013	45573	15,58 %	1,17 %	52667	15,04 %	1,36 %
2014	-	-	-	57158	16,16 %	1,34 %
2015	-	-	-	54365	15,37 %	1,21 %

Zdroj: ČSU, Výsledky zdravotnických účtů 2005-2015, vlastní výpočty, vlastní zpracování

3.3.1 Výdaje domácností

Domácnosti vynakládají prostředky zejména za lékařské ošetření, zubní ošetření, léky, rehabilitaci a nemocniční péči, což lépe znázorňuje příloha č. 18. Nejvíce finančních prostředků domácnosti zaplatily za léky, obvazy a další materiál, tyto náklady zaujímají více jak poloviční podíl. V roce 2005 zaplatily domácnosti 23 mld. Kč z toho za léky a zdravotnické pomůcky 17,5 mld. Kč. V roce 2008 došlo k růstu výdajů vlivem

¹⁰²MINISTERSTVO FINANČÍ:Tisková zpráva, 2017

regulačních poplatků, domácnosti tak zaplatily 41,3 mld. Kč a z toho za léky a zdravotnické pomůcky 26,9 mld. Kč. Domácnosti vynakládaly prostředky na lůžkovou a ambulantní léčbu. Ve sledovaném období je patrný trend poklesu nákladů za lůžkovou léčbu a růst nákladů na ambulantní léčbu. V roce 2008 došlo k výraznějšímu nárůstu výdajů vlivem poplatku za hospitalizaci a za návštěvu lékaře, další nárůst přišel v roce 2012, kdy vzrostl poplatek za hospitalizaci z 60 Kč na 100 Kč. Výrazný podíl na nákladech domácností má stomatologická péče, v roce 2005 vydaly domácnosti 3 mld. Kč za stomatologickou péči, v roce 2013 potom 7,3 mld. Kč. Celý přehled nákladů dle jednotlivých druhů péče v příloze č. 18 a 19.

3.3.2 Regulační poplatky

Regulační poplatky jsou zakotveny v novele zákona č. 48/1997 Sb., zákon byl rozšířen o §16 a – regulační poplatky podle zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Podle paragrafu §16 a je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnímu zařízení regulační poplatek. Vybrané poplatky zůstávají jednotlivým zařízením a ty s nimi vynakládají podle svých potřeb. Tento zákon vyšel v účinnost k 1. lednu 2008. Detailně popsáno v 2. kapitole.

Hlavním důvodem reformy zdravotnictví v roce 2007 byla nutnost omezit plýtvání prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle dostupných dat v roce 2005 připadalo na jednoho občana České republiky ročně přibližně 13 návštěv lékaře, 9 předepsaných receptů a každý občan strávil necelé dva dny v nemocnici. Obecně lze říci, že každý občan byl u lékaře každý měsíc, alespoň jednou, nechal si z 12 měsíců v roce, v devíti předepsat lék na recept a jeden člověk strávil necelé 2 dny v nemocnici. Takto vysoká frekvence návštěv je jednak nesmírně náročná na financování a na druhé straně také nemůže být pacientům u lékaře věnována dostatečná péče, když má lékař na vyšetření pacienta omezený čas. Po zavedení zákona č.261/2007 Sb.,¹⁰³ v roce 2008 klesl počet návštěv oproti roku 2007 o 17 % z 128,8 milionu na 106,97 milionu. V roce 2009 se stav ustálil a počet ambulantních vyšetření se pohyboval okolo 115 milionu. Od roku 2013 nejsou data ambulantních vyšetření dostupná.

¹⁰³ Zákon č. 261/2007 Sb.

V roce 2015 byl regulační poplatek za ambulantní vyšetření zrušen a bylo předpokládáno zvýšení spotřeby lékařské péče, ale trend v počtu hospitalizací a předepsaných receptů tyto obavy nepotvrzuje. Přesto dle zpráv lékařské komory si obvodní lékaři stěžují na zvýšení počtu návštěv. Nejvýraznější pokles a to o 36 % v porovnání let 2007 a 2008 je patrný v počtu ošetření na pohotovosti, kdy počet v roce 2007 činil 1363 tisíc a v roce 2008 874 tisíc. V dalších letech se počet ošetření mírně zvýšil oproti roku 2008, ale stejně jako u ambulantních ošetření se počet pohybuje stále pod 1 milionem ročně a podle výdajů domácností z přílohy č.19 se počty ošetření nemění ani v dalších letech. V roce 2015, kdy byl zrušen poplatek za ambulantní péči, byl právě poplatek za ošetření na pohotovosti jediný poplatek, který zůstal.

Tabulka č. 12: Počet ošetření v tisících v mezi lety 2005 a 2012

Počet ošetření v tisících								
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet ambulantních ošetření	133602	131732	128833	106968	116773	115130	116056	115455
Počet ošetření na LSPP	1445	1468	1363	874	978	898	929	943

Zdroj: ÚZIS, Zdravotnické ročenky 2005-2012, vlastní zpracování

Dalším regulačním poplatkem byl poplatek za hospitalizaci. U hospitalizace není vidět tak zřetelný regulační účinek. Od roku 2005 je celkově vidět, že ubývá počtu hospitalizací i počtu dní strávených v nemocnici. Mezi lety 2005 a 2006 klesl počet průměrně strávených nocí v nemocnici z 7,4 na 7,2, stejný pokles o 0,2 byl zaznamenán mezi lety 2008 a 2009, takže není patrný žádný velký vliv regulačních poplatků, jedná se o celkově sestupný trend dní hospitalizace, který kontinuálně přetrvává až do roku 2016. V roce 2011 došlo k nejvyššímu poklesu hospitalizací, což může souviset se 100 % účastní paušálních úhrad za zdravotnickou péči. Naopak v roce 2012 došlo k nárůstu hospitalizovaných v důsledku znovu zavedeného DRG systému jako systému úhrad (graf č.11). DRG systém je závislý na počtu výkonů na rozdíl od paušálních plateb, což nemocnice motivuje ošetřit větší počet pacientů. Současně v roce 2012 byl zvýšen regulační poplatek za hospitalizace na 100 Kč, a to pravděpodobně souviselo se snížením ošetrovací doby v nemocnici z 6,7 na 6,4. V roce 2014 byl poplatek za hospitalizaci zrušen, a přesto nedošlo k navýšení počtu ošetrovacích dnů v nemocnici. V roce 2014, kdy byl poplatek zrušen byl průměrný počet nocí strávených v nemocnici stejný jako v roce předchozím, v roce 2015 a 2016 dokonce došlo ještě ke snížení počtu noc

na 6,2. Tento celkový trend může souviset celkově s vyšším procentem prováděných ambulantních zákroků a s poklesem lůžek v nemocnicích.

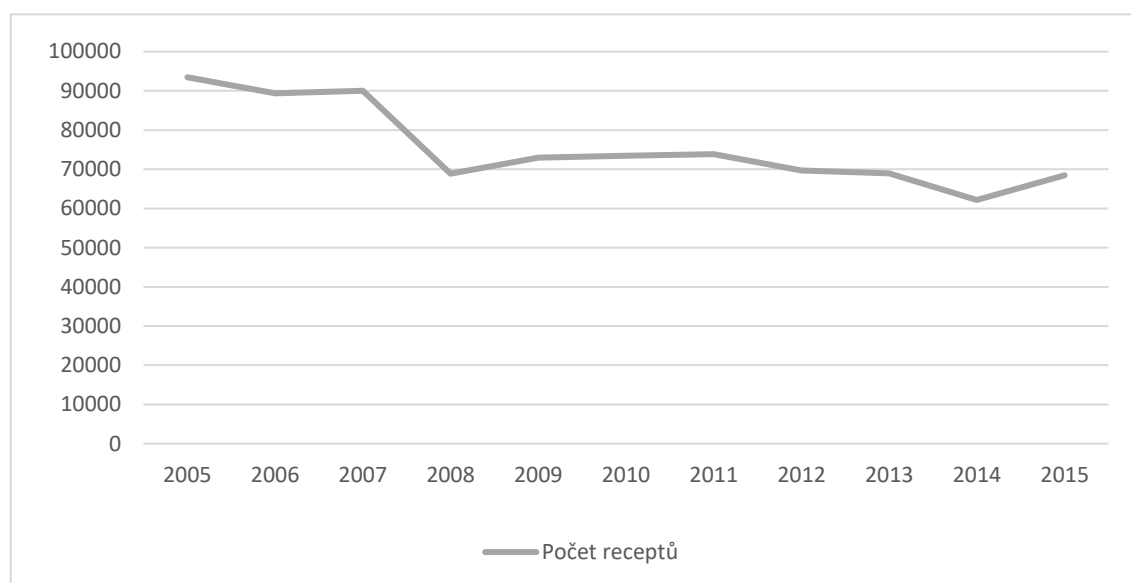
Tabulka č. 13: Přehled hospitalizací v období let 2005-2016

Přehled hospitalizací od roku 2005			
Rok	Celkem	Průměrná ošetrovací doba	Počet ošetrovacích dnů celkem
2005	2 339 709	7,4	17 314 089
2006	2 272 071	7,2	16 415 605
2007	2 280 237	7,1	16 272 662
2008	2 271 234	6,9	15 587 097
2009	2 255 658	6,9	15 469 804
2010	2 231 938	6,8	15 177 650
2011	2 195 676	6,7	14 631 747
2012	2 235 283	6,4	14 364 827
2013	2 244 154	6,3	14 238 185
2014	2 286 535	6,3	14 356 257
2015	2 250 126	6,2	14 026 928
2016	2 235 109	6,2	13 796 062

Zdroj:UZIS, Hospitalizace 2005-2016

Posledním porovnávaným subjektem jsou recepty na léky. V roce 2005 celkový počet receptů odevzdaných v lékárnách činil 93,5 milionu kusů, v porovnání s rokem 2008 počet klesl na 68,8 milionů. Rozdíl mezi lety 2005 a 2008 v počtu přijatých receptů v lékárnách je téměř 27 milionů kusů, tedy pokles o 1/4. Z grafu č.12 je patrný strmý pokles od roku 2007 z důvodu zavedení regulačního poplatku v roce 2008. Poté došlo k vyrovnaní a bylo předepisováno okolo 73 milionů receptů, což je stále o 20 milionu receptů méně než v roce 2007. 2. nejnižší počet receptů ve sledovaném období byl vystaven v roce 2014 a to 68,9 milionů receptů, došlo k 10 % poklesu oproti roku 2013. V roce 2015 již regulační poplatky na recept nebyly hrazeny a došlo k růstu receptů o 10 % zpět na hodnotu jako v roce 2012 a 2013. Nejedná se tedy o žádný výrazný nárůst.

Graf č. 12: Vývoj počtu předepsaných receptů v mil. v období let 2005-2015



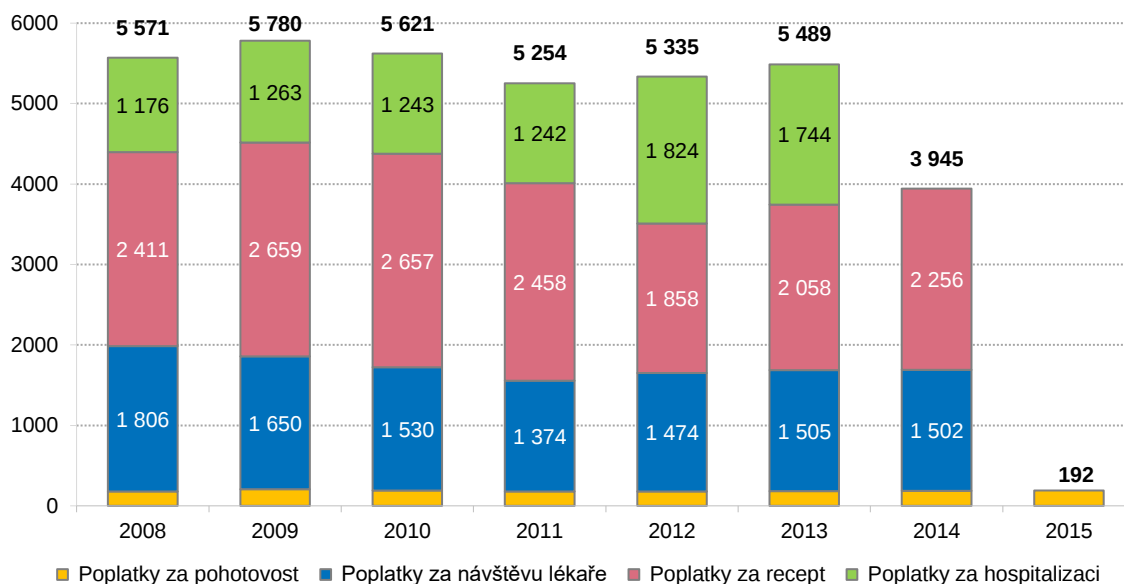
Zdroj: UZS, SUKL, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Výdaje domácností na regulační poplatky

Zavedení regulačních poplatků způsobilo nejen regulaci spotřeby lékařské péče a služeb, ale také přineslo nové finanční prostředky pro nemocnice, lékárny a ambulantní zařízení. V roce 2008, kdy byly poplatky zavedeny bylo vybráno na poplatcích téměř 5,6 mld. Kč. V roce 2009 částka vzrostla téměř o 4 procenta na 5,8 mld. V roce 2009 se snížila částka vybraná na poplatek za návštěvu z důvodu vynětí dětí do 18 let z úhrady, lidé si v roce 2009 již více zvykli na úhradu poplatku, a tak počet receptů vzrostl. V roce 2011 bylo vybráno nejméně regulačních poplatků za celou dobu za návštěvu lékaře, došlo k poklesu o 10 % a bylo vybráno 1,37 mld. Kč. Rok 2012 přinesl výrazné zvýšení výdajů za hospitalizaci, a to z důvodů zvýšení regulačního poplatku za hospitalizaci z 60 na 100 Kč, tato změna přinesla přírůstek téměř o půl miliardy korun. V téže roce klesly výdaje za regulační poplatky za recept, což souvisí se změnou legislativy. Došlo ke změně platby za položku na receptu pouze za platbu za recept. V roce 2014 klesly příjmy z regulačních poplatků téměř o 30 %, jelikož od 1.1. 2014 přestaly být hrazeny regulační poplatky za hospitalizaci, jelikož z rozhodnutí ústavního soudu bylo rozhodnuto o nutném snížení poplatku zpět na 60 Kč a poté poplatky za hospitalizace byly zrušeny jako celek. V dalším roce došlo ke zrušení poplatků za recept a návštěvu lékaře, zůstal tedy poplatek pouze za návštěvu pohotovosti, v roce 2015 bylo vybráno na regulačních poplatcích 192 milionů. Výpadky jednotlivých regulačních poplatků byly

hrazeny zdravotními pojišťovnami a z veřejných rozpočtů. Jak již bylo zmíněno v kapitole o zdravotních pojišťovnách. Došlo ke zvýšení platby za státní pojištěnce a zvýšení minimální mzdy, což mělo krýt náklady zdravotních pojišťoven za náhrady za výpadek příjmů z regulačních poplatků. VZP v roce 2014 vyplatila nemocnicím 1,3 mld. Kč za výpadek regulačního poplatku za hospitalizaci. V roce 2015 za zrušení poplatků za recept a návštěvu lékaře vyplatila 1,3 mld. Kč a podpora pro nemocnice byla zahrnuta v paušálních platbách. Dle výroční zprávy VZP za rok 2015 tato kompenzace stála více jak 2 mld. Kč.

Graf č. 13: Výdaje domácností za regulační poplatky v mil. Kč v období let 2008-2015



Zdroj: ČSU, Výsledky zdravotnických účtů 2010-2015

4 eHealth

V rámci mezinárodního hodnocení je téma eHealth hodnoceno jako česká slabina a česká republika je považována za málo pokrokovou v této problematice, proto bude poslední kapitola práce věnována právě této problematice a zhodnocení stavu českého zdravotnictví v souvislosti s její elektronizací.

4.1 Legislativa

- Zákon č. 111/2009 Sb., o základních registrech
- Zákon č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 300/2008 Sb., o elektronických úkonech a autorizované konverzi dokumentů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů – Elektronická preskripce, resp. Centrální úložiště elektronických receptů

Další související právní předpisy:

- Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivý v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků obsahem konopí pro léčebné použití¹⁰⁴

¹⁰⁴Epreskripce: Legislativa

4.2 Vývoj eHealth

První koncepce elektronizace zdravotnictví se objevila v roce 2004 v dokumentu Státní informační a komunikační politika e-Česko 2006.¹⁰⁵ V kapitole e-Zdravotnictví čítající tři odstavce a tři programové úkoly byla zmíněna možnost čipových zdravotních průkazek kompatibilních s evropskými systémy, propojení poskytovatelů zdravotních služeb sítí umožňující sdílení veřejných zdravotnických dat a koordinaci aktivit v případě ohrožení zdraví a života.

V roce 2007 vznikl Meziresortní koordinační výbor pro zavedení elektronického zdravotnictví, který měl za úkol vypracovat odborná stanoviska k rozvoji eHealth v naší zemi, o rok později vydává dokument Cíle projektů eHealth v České republice.¹⁰⁶ Dokument plánoval elektronickou zdravotní dokumentaci (EZD), elektronickou preskripci léčiv (eRecept), elektronickou identifikaci pojištěnců, registry (Národní zdravotnický informační systém – NZIS), podporu rozhodování lékařů (clinical decision support – CDS) a portály pro vzdělávání a rozvoj telemedicíny.¹⁰⁷

Další zásadní událostí v oblasti českého eHealth bylo zejména vypsání veřejného tendru právě Ministerstvem zdravotnictví v ČR, a to 15. září 2012. Ministerstvo obdrželo celkem 11 návrhů, z nichž 9 splňovalo v různém rozsahu všechny požadované parametry. Nezávislá komise složená z 11 odborníků zpracovala v průběhu třech týdnů fundovaný názor na jednotlivé návrhy. Toto rozhodnutí bylo založeno na analýzách, diskuzích a vstupech dalších dvaceti specialistů ve čtyřech pracovních skupinách zaměřených na oblasti informačních technologií a procesů, datové standardizace, ekonomiky, statistiky a legislativy. Komise na základě shody doporučila zadavateli vyhlásit vítězem návrh společnosti Microsoft s.r.o.

Vítězný návrh

Vybraný návrh podle názoru komise zpracovává většinu potřebných atributů koncepce elektronizace zdravotnictví do největšího rozsahu a podrobností. Přesto byl hodnocen 395 body z 500 možných, získal tedy 79 % možných bodů. Komise měla k některým částem výhrady, které sdělila vedení projektu.

Návrh nejlépe zpracovává procesní modely jednotlivých agend, jakými jsou výměna zdravotnické dokumentace, patientský portál, registr radiační zátěže

¹⁰⁵ EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND: Státní informační a komunikační politika, 2006

¹⁰⁶ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Cíle projektů eHealth v České republice v roce 2008

¹⁰⁷ MINISTERSTVÍ ZDRAVOTNICTVÍ: Ehealth v České republice, 2016

či elektronická preskripce. Dále vhodně rozvíjí propojení s mezinárodním systémem epSOS (European Patients Smart Open Services), který umožňuje v budoucnu výměnu informací o zdravotním stavu pacienta kdekoli v zemích Evropské unie. Návrh kvalitně zpracovává architekturu softwarového řešení a významně využívá již realizovaných prvků v oblasti elektronického zdravotnictví – např. zdravotní a hygienické registry.

Ministerstvo zdravotnictví jako zadavatel v zadání Soutěže o návrh záměrně nespécifikovalo časové ani finanční limity, aby neomezovalo koncepční návrhy, a proto dopředu počítalo s tím, že některá navrhovaná řešení budou značně přesahovat aktuální možnosti, které jsou pro nadcházející období 3 let na maximální úrovni 500 milionů Kč. Tento finanční limit ministerstvo zdravotnictví považuje za nepřekročitelný bez ohledu na ekonomické vyčíslení jednotlivých návrhů.¹⁰⁸

Dne 21.1.2013 byla ministrem zdravotnictví ČR zřízena Rada uživatelů hospodárného a funkčního elektronického zdravotnictví k zabezpečení souladu koncepce elektronizace zdravotnictví s potřebami poskytovatelů. Rada je poradním orgánem ministra zdravotnictví v oblasti elektronického zdravotnictví. Cílem ministerstva zdravotnictví ČR je zajistit, aby existovaly funkční a používané aplikace pro:

- Výměnu zdravotních informací
- Pacientský portál
- Elektronickou preskripci (ePreskripce)
- Registr radiační zátěže
- Manažerský informační systém resortu¹⁰⁹

4.3 Projekty eHealth

4.3.1 Elektronická zdravotnická knížka

Tento projekt byl uveden do plného provozu v roce 2004 pod záštitou Všeobecné zdravotní pojišťovny. Elektronická zdravotní knížka představovala souhrn zdravotních informací pacienta online. Zakladatelé firmy IZIP byli Milan Cabrnok, poslanec ODS. Miroslav Ouzký, poslanec ODS. Pavel Hronek, lékař. Na tento projekt neproběhlo výběrové řízení a firma IZIP byla vybrána automaticky jako jediný firma zabývající se daty pojištěnců.

¹⁰⁸ EZDRAV.CZ: Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo vítěze veřejné soutěže, 2012

¹⁰⁹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Prezentace vítězného návrhu „Hospodárné a funkční elektronické zdravotnictví“, 2013

Informace měly být předávány nejen mezi lékařem a pacientem, ale i mezi lékaři navzájem. Přístup k datům měl být přitom možný nepřetržitě prostřednictvím připojení na internet. Systém měl zamezit zbytečnému opakování některých vyšetření či užívání několika léků se stejným účinkem, podle analýzy také urychlit stanovení diagnózy.¹¹⁰ V systému IZIP bylo zaregistrováno 2,5 milionu uživatelů a přes dvacet tisíc zdravotnických pracovníků. Kritika projektu směřovala hlavně k nákladům. Za dvanáct let vydala VZP zhruba 2,2 miliardy korun. Záznamy v elektronických knížkách navíc nebyly kompletní, protože ne všichni lékaři knížky vyplňovali a používali. VZP se v roce 2011 podařilo získat ve společnosti IZIP většinu a začátkem května 2012 se tehdejší premiér Petr Nečas (ODS) a ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) shodli na ukončení projektu a VZP ukončila s firmou IZIP smlouvu na zdravotní knížky. Data zůstala IZIP.¹¹¹

4.3.2 Projekt eMeDocS

Projekt eMeDocS byl zahájen dne 10.5.2010, kdy došlo k uveřejnění zadání veřejné zakázky "Studie regionálního konceptu výměny zdravotnické dokumentace mezi zdravotnickými zařízeními zřizovanými krajem Vysočina včetně realizace formou pilotního projektu." Vítězem zakázky se stala firma ICZ. Projekt byl pracovně pojmenován jako Exchange Medical Documents System – eMeDocS.

Do projektu se zapojilo pět nemocnic kraje Vysočina a zdravotnická záchraná služba kraje Vysočina. Výjimečnost prostředí a tím i náročnost projektu byla také v tom, že v šesti zapojených subjektech funguje a je tímto napojeno pět naprosto rozdílných informačních systémů. Z tohoto důvodu došlo k hledání takového řešení, které bude naprosto nezávislé od koncového uživatele a jeho informačního systému a bude se soustředit zejména na způsob předání potřebné informace s pomocí národních, případně mezinárodních datových standardů. Takovýto projekt a v takovémto rozsahu zatím nebyl v České republice realizován. Zcela unikátní je také fakt, že nejde ve své podstatě o „sdílení zdravotnické dokumentace“, což česká legislativa neumožňuje ale opravdu o její výměnu.

Společnost ICZ a.s. v rámci realizace tohoto projektu vyvinula a implementovala ojedinělý softwarový produkt ISAC (Integration Share And Communication System).

¹¹⁰ EZDRAV.CZ:eHealth v ČR

¹¹¹ ČABANOVÁ, Adéla. Ani izip ani zdravel! Poskytovatel zdravotních knížek opět změnil jméno, 2017

Toto softwarové dílo vychází ze základních principů otevřených mezinárodních standardů pro budování eHealth, které umožňují implementaci systému nezávisle na konkrétních koncových Nemocničních informačních systémech, jejich dodavatelích a použitých technologiích. Produkt ISAC je však výjimečný především tím, že se jedná o první reálnou implementaci řešení eHealth v České republice na mezinárodních principech, které je však přizpůsobeno pro potřeby českého zdravotnictví a je tedy plně v souladu s českou normativou a legislativou.

Projekt slouží k:

- Poskytování urgentních informací pro účely ZZS v reálném čase.
- Poskytování urgentních informací ošetřujícímu lékaři v nemocnici.
- Zasílání „Záznamu o výjezdu“ do nemocnice, kam je pacient předán.
- Zasílání elektronické žádanky na RDG vyšetření.
- Zaslání elektronického popisu z RDG vyšetření na základě obdrženého elektronického požadavku – žádanky.
- Zasílání Propouštěcí zprávy mezi nemocnicemi (na tel. vyžádání).
- Zasílání Ambulantní zprávy mezi nemocnicemi (na tel. vyžádání).¹¹²

V roce 2016 kraj Vysočina ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podal projektovou žádost do výzvy EU fondu CEF Telecom¹¹³ za účelem výstavby Národního centra výměny zdravotní dokumentace (NIX.ZD) a Národního kontaktního místa pro eHealth pro Českou republiku (eHNCP). Tato žádost byla přijata a probíhá realizace tohoto projektu s harmonogramem 2017-2020. Celkové plánované náklady projektu: 477.474,- EUR a dotace CEF TELECOM (75 %) je 358.106,- EUR.¹¹⁴ V roce 2016 byly po předchozím pilotním projektu zahájeny kroky k tvorbě rozhraní pro napojení praktických lékařů a výměnu dat s jejich systémy.¹¹⁵

¹¹² EMEDOCS:Obecný popis projektu

¹¹³ Nástroj pro propojení Evropy je víceletým programem pro období 2014-2020, který nabízí příležitosti pro financování evropských projektů pro rozšíření pilotních řešení.

¹¹⁴ NIX-ZD:Informace o projektu

¹¹⁵ KRAJ VYSOČINA:Výhodnocení akčního plánu koncepce eHealth Kraje Vysočina pro rok 2016 a návrh aktivit pro rok 2017

4.3.3 eNeschopenka

Od ledna 2011 mohou lékaři elektronicky odeslat Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti. Odeslat to je možné prostřednictvím datové schránky nebo aplikací České správy sociálního zabezpečení.

Elektronická komunikace je řešena službou s názvem elektronické podání Hlášení pracovní neschopnosti (též e-Podání HPN nebo zkráceně jen HPN), která umožňuje ošetřujícím lékařům elektronické předávání tří formulářů souvisejících s dočasnou pracovní neschopností, a to:

- Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – Hlášení o vzniku dočasné pracovní neschopnosti
- Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – Průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti
- Hlášení ošetřujícího lékaře ve smyslu § 61 zákona č. 187/2006Sb., o nemocenském pojištění

Ostatní díly Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti v tomto případě ošetřující lékaři tisknou přímo z lékařského softwaru. Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti v případech, kdy lékař využívá službu e-Podání HPN, je označováno jako eNeschopenka.

Výhody eNeschopenky

- lékaři nemusí ručně vyplňovat papírové formuláře Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti
- většina dat, která se do formulářů zapisují, bude získána z evidence v lékařském softwaru, není tedy třeba je opakovaně opisovat
- odpadá nutnost zasílání papírových formulářů na OSSZ
- lékař může elektronicky sledovat zpracování odeslaných formulářů a v případě zjištěné chyby je může elektronicky opravit¹¹⁶

¹¹⁶ ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ:eNeschopenka:Příručka pro lékaře,2007

4.3.4 eRecept

Elektronická preskripce a zřízení Centrálního úložiště elektronických receptů (dále jen „CÚER“) jsou zakotveny v zákoně č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů. Prostřednictvím úložiště vydává lékař eRecept, na jehož základě je v lékárně vydán léčivý přípravek. CÚER dále shromažďuje a uchovává všechny recepty za podmínek, které stanovuje platná legislativa. Zřízený systém elektronické preskripce je jednou ze služeb v rámci eHealth a v ČR je zatím provozovaný na dobrovolné bázi.¹¹⁷ Dne 19. 11. 2014 byl ve sbírce zákonů publikován zákon č. 255/2014 Sb., kterým byla s účinností od 31. 12. 2014 odložena povinnost elektronické preskripce k 1. 1. 2018.¹¹⁸ V roce 2015 byl zahájen proces modernizace i s ohledem na začlenění do eHealth – Národní strategie elektronického zdravotnictví a Strategického rámce rozvoje eGovernmentu 2014+. V roce 2016 byla vypsána a uzavřena veřejná zakázka na vývoj, dodání a implementaci informačního systému eRecept a poskytování servisní podpory tohoto systému po dobu 4 let (IS zahrnuje Centrální úložiště elektronických receptů dle § 81 zákona o léčivech, Registr pro léčivé přípravky s omezením dle § 81 a zákona o léčivech a další komponenty). Od prosince 2016, kdy byla podepsána smlouva s vítězným uchazečem, intenzívně probíhá realizace projektu IS eRecept.

Jak již bylo zmíněno výše. eRecept je v současné době pouze na bázi dobrovolnosti. Z tabulky č.14 je patrné, že jelikož elektronický recept není povinný, jeho využívání je prakticky zanedbatelné. V roce 2014 nedosáhl podíl elektronických receptů ani na 2 % z celkového počtu 62 milionů receptů. Mezi roky 2014 a 2015 vzrostl počet eReceptů o 32 %. Mezi roky 2015 a 2016 již pouze o 5 %. Největší nárůst byl zaznamenán v roce 2015 v počtu zapojených lékáren, kdy se množství zvýšilo více jak 7krát. Počet zdravotnických zařízení narostl v roce 2015 téměř pětkrát na hodnotu 803. Mezi výhody elektronické preskripce patří, že v případě opakované preskripce nebude nutné chodit k lékaři a pacient obdrží kód do svého mobilu. Mezi další výhody patří lepší přehlednost předepisovaných léků a snížení rizika kontraindikace.

¹¹⁷ Zákon č. 378/2007 Sb.

¹¹⁸ Zákon č. 255/2014 Sb.

Tabulka č. 14: Počet elektronických receptů vydaných mezi lety 2014-2016 a počet zapojených subjektů do jejich vydávání

	2014	2015	2016
Vystaveno eReceptů	1 099 777	1 456 213	1 541 135
Celkový počet receptů	62 169 101	68 511 676	-
Podíl z celku	1,769 %	2,125 %	-
Počet lékařů	3 026	4 879	6 297
Počet zdravotnických zařízení	135	803	983
Počet lékáren	191	1 647	1 886

Zdroj: SÚKL, Výroční zprávy 2014-2016, vlastní výpočty, vlastní zpracování

Zároveň začala realizace rozšíření datového centra SÚKL. Veškeré činnosti směřují k bezproblémovému zajištění elektronické preskripce v následujícím období, kdy se očekává nárůst počtu uživatelů, a tedy i počet vystavovaných elektronických receptů, spolu s blížícím se termínem povinné elektronické preskripce. V létě roku 2016 bylo provedeno napojení interní aplikace evidence smluv na systém registru smluv, který byl zřízen na základě zákona č. 340/2015 Sb. V souvislosti s tímto zákonem vznikla povinnost zveřejňovat od 1. 7. 2016 smlouvy s finančním plněním nad 50 000 Kč v tomto registru.

4.3.5 Objednávání online

Portál NávštěvaLékaře.cz je největším portálem na vyhledávání lékařů v České republice. Takzvaný on-line kalendář, aplikace pro on-line rezervace nebo on-line plánovač, je aplikace přístupná přes internet, která umožňuje pacientům pohodlné a bezpečné objednání na vyšetření k lékaři prostřednictvím jakéhokoliv zařízení připojeného k internetu (počítač, notebook, smartphone, tablet atd.). Jednoduchým způsobem si zvolíte preferované datum a čas vyšetření, který je zobrazen jako volný. Následně systém automaticky potvrdí rezervaci formou SMS a zaznamená Vaši rezervaci termínu na vyšetření do systému v ambulanci lékaře.

4.3.6 Projekt eAmbulance

Jedná se o jednotný regionální systém pro objednávání pacientů do ambulancí nemocnic v kraji Vysočina. Pilotní projekt v roce 2011 v jihlavské nemocnici. V současné době je takto dostupných 6 nemocnic v kraji Vysočina. Na internetové stránce www.eambulance.cz si pacient v systému zvolí zdravotnické zařízení a vybere si oddělení, popřípadě konkrétního lékaře a systém mu nabídne volné termíny a časy. Navíc může lékaři zanechat informaci o konkrétních zdravotních problémech nebo o účelu návštěvy. Po objednání obdrží pacient SMS nebo e-mailovou potvrzující zprávu (pokud při registraci na sebe nějaký kontakt zaznamenal) a navíc je ještě stejným způsobem upozorněn 24 hodin před plánovanou návštěvou.

Pokud se pacient rozhodne objednání do ambulance zrušit, může to udělat opět přes systém eAmbulance. V případě, že se do ambulance objedná, ale ambulanci nenavštíví, aniž by objednávku zrušil, je o tom v systému veden záznam a v případě tří takových zneužití bude jeho registrace zablokována.¹¹⁹

5 Shrnutí stavu českého zdravotnické systému

Česká republika patřila po dlouhé období do centralizovaného systému zdravotnictví, od roku 1992 došlo k přechodu na systém pluralitní. Dle společnosti Health Consumer Powerhouse, která byla založena s cílem přinést srovnání jednotlivých evropských států, je porovnáváno 36 států a úroveň jejich zdravotnictví. První šetření, kterého byla Česká republika součástí bylo provedeno v roce 2006 a české zdravotnictví zaujímalo až 23. příčku z 26-ti sledovaných států. Indikátory, které byly zkoumány, byly například práva pacienta, čekací doba na ošetření, dosahované výsledky v léčbě, léky a podíl veřejných výdajů na zdravotnictví. Česká republika dosáhla na podíl 53,7 % z maximálně možné hodnoty 750. Země, které zaujímaly přední postavení, získaly hodnocení 76 %. Mezi tyto země se řadila Francie, Nizozemí nebo Německo. Během dalších let došlo k vývoji českého zdravotnictví a v roce 2016 z 36-ti měřených států zaujalo 13. příčku s podílem 78 % na celkovém možném indexu. Je tedy patrné, že došlo ke zlepšení. Česká republika se držela dlouhodobě spíše ve skupině s východními a jižními evropskými státy. V posledních letech je viditelný trend pronikání do skupiny

¹¹⁹ KRAJ VYSOČINA: eAmbulance kraje Vysočina

západní států. Česká republika je dle expertů EHCI vykreslena jako země, kde je efektivita nikoliv náhodným, ale trvalým trendem. České zdravotnictví je brána jako stabilní a prostá korupce, jak je doslovně uvedeno v reportu z roku 2016. Česká republika předstihla v roce 2016 země jako Velkou Británii, Španělsko, Itálii. Když ČR porovnáme se sousedním Polskem a Slovenskem, index se v porovnání se Slovenskem liší o více než 100 a s Polskem dokonce o 216. Česká republika zaujímá vůdčí postavení mezi postsovětskými zeměmi.

Mezi silné stránky českého zdravotnictví patří dle šetření efektivita vzhledem k nákladům a také podíl veřejných zdrojů na financování. České zdravotnictví je financováno dvěma sektory, veřejným a soukromým. Mezi veřejné zdroje patří zdravotní pojišťovny, státní a územní rozpočty. Příjmy zdravotních pojišťoven plynou z plateb veřejného zdravotního pojištění, kterého se povinně účastní každá osoba s trvalým pobytem na území České republiky. Společně se zdravotními pojišťovnami se na financování podílí i veřejné rozpočty. Veřejné rozpočty financují specifické činnosti, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Jedná se hlavně o výdaje spojené s vědou a výzkumem na zdravotnictví, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic atd. Veřejné rozpočty též pokrývají náklady na provoz státní zdravotní správy: Ministerstva zdravotnictví ČR, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Zdroj financování soukromých výdajů tvoří přímé platby domácností a soukromá pojištění.

5.1 Celkové výdaje

Celkové výdaje na zdravotnictví byly ovlivněny nejen ekonomickou krizí, ale také zaváděním legislativních opatření. Ve sledovaném období celkové výdaje rostly kontinuálně až do roku 2009. Celkový růst výdajů, a hlavně vysoký podíl veřejných výdajů vedly k zavedení reformy zdravotnictví a zavedení regulačních poplatků. V roce 2007 se soukromé zdroje podílely na financování pouze s podílem 14,6 %, a po zavedení reformy v roce 2008 už 17,8 %. Došlo tak ke snížení veřejných zdrojů a regulaci využívaných služeb. Celkový růst výdajů do roku 2009 byl okolo 7-10 %, tento trend byl zastaven a v posledních letech rostou výdaje pouze okolo 1 % ročně.

Dle OECD by měl být podíl výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP okolo 10-11 %, což Česká republika zdaleka neplní. Největší výdaje vzhledem k HDP byly v roce 2009, a to 7,8 %. Od roku 2009 podíl na HDP výrazně klesá. V roce 2015 byl podíl dokonce pouze 6,5 %. Snížení podílu výdajů vzhledem k HDP souvisí zejména s růstem HDP. Stále přetrvávají regulační opatření a výdaje z veřejných rozpočtů nebyly navýšeny v závislosti na stavu české ekonomiky. Ve sledovaném období podíl veřejných rozpočtů kontinuálně klesal vlivem úsporných opatření. V roce 2005 místní a státní rozpočty přispívaly okolo 9,7 % z celkových výdajů na zdravotnictví. V roce 2012, kdy propukla druhá vlna krize a HDP znovu kleslo do záporných čísel, se výdaje veřejných rozpočtů snížily na podíl pouze 6,7 %. Od roku 2013 je opět patrný mírný nárůst a zlepšení situace.

V případě, že se Česká republika má řadit mezi západní státy, měla by zvýšit výdaje na zdravotnictví v návaznosti na ekonomickou situaci země. V současné době, kdy se české ekonomice daří, by mělo docházet k růstu zejména veřejných rozpočtů a mělo by docházet k reformním krokům a efektivnímu vynakládání s prostředky.

5.2 Veřejné výdaje

Veřejné výdaje tvoří prostředky zejména zdravotních pojišťoven a veřejných rozpočtů. Největší podíl mají zdravotní pojišťovny, které se podílejí na financování téměř z devíti desetin dle staré metodiky a z osmi desetin podle nové metodiky. Druhý subjekt, tedy veřejné rozpočty se podílejí minoritním podílem. V období hospodářské krize docházelo vlivem úsporných opatření k poklesu podílu veřejných rozpočtů, od roku 2013 podíl začíná opět stoupat.

V roce 2005 bylo z veřejných zdrojů vynaloženo 191 mld. Kč na zdravotnictví, což je 6,4 % z celkového HDP České republiky. Před ekonomickou krizí v roce 2007 byl podíl pouze 5,8 %, a to je nejméně v celém sledovaném období. Veřejné výdaje na zdravotnictví nekorespondují s trendem vývoje HDP a nejsou přímo úměrně zvyšovány dle vývoje ekonomiky. V roce 2008 došlo k přeskupení podílu veřejných a soukromých zdrojů vlivem zavedení regulačních poplatků. Podíl veřejných zdrojů na financování poklesl z 87,5 % v roce 2005 na 82,7 % v roce 2008. Veřejný sektor se účastní financování zhruba z 84 %, průměr OECD je však pouze 70 %.

5.2.1 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny mají výsadní postavení na financování zdravotnictví s podílem téměř $\frac{3}{4}$ z celku. V posledních letech je patrný trend snižování účasti zdravotních pojišťoven a prosazování zdrojů z veřejných rozpočtů. V mezinárodním srovnání výdaje na zdravotní péči v České republice z povinného zdravotního pojištění vysoce převyšují průměr zemí EU (36 % dle OECD 2017). Náš stát se tak řadí k zemím jako Nizozemsko, Francie a Německo, kde je systém zdravotnictví založený především na všeobecném zdravotním pojištění. Výnosy zdravotních pojišťoven vzrostly od roku 2005 o 58,9 % a výběr předepsaného pojistného z veřejného zdravotního pojištění o 55 %. Zdravotní pojišťovny hospodařily s kladným saldem do roku 2008 a výnosy ročně rostly o 10-11 %. S příchodem krize došlo bohužel k obratu a od roku 2009 až do roku 2014 náklady zdravotních pojišťoven převyšovaly výnosy. Celkový propad byl způsoben ekonomickou krizí, vyšší mírou nezaměstnanosti a zvýšením počtu státních pojištěnců, a tudíž poklesem příjmu z veřejného zdravotního pojištění. Od roku 2013 došlo ke zlepšení situace vlivem zvýšení platby za státní pojištěnce a celkovému zlepšení ekonomické situace.

Nejvýznamnější položky tvořící výnosy zdravotních pojišťoven jsou vybrané a přerozdělené pojistné. Pojistné je vybíráno na základě veřejného zdravotního pojištění, kdy zdravotní pojišťovny přijímají platby za pojistné ve výši 13,5 % (4,5 % zaměstnanec, 9 % zaměstnavatel) z vyměřovacího základu. Všeobecná zdravotní pojišťovna spravuje zvláštní účet zdravotního pojištění, v rámci, kterého se přerozděluje pojistné. Pojistné se přerozděluje, jelikož mezi jednotlivými pojišťovnami vznikají rozdíly mezi příjmy z pojistného a výdaji na zdravotní péči. Přerozdělování pojistného má 2 mechanismy. První mechanismus provádí přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvláště nákladné zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Druhý mechanismus provádí přerozdělování pojistného podle indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců. V rámci toho mechanismu je přerozděleno přibližně 95 % pojistného. Téma přerozdělování souvisí s trendem, který je v celé Evropě patrný, a to je stárnutí populace. Ve sledovaném období se věková skupina osob starších 65 let zvýšila o 36 % a v roce 2015 klesl počet ekonomicky aktivních obyvatel pod hranici 7 milionu. V roce 2005 bylo přerozděleno 33 mld. Kč a v roce 2016 už 62 mld. Kč.

Náklady zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zejména náklady na zdravotní služby. Mezi další náklady patří spotřeba materiálu, energie, preventivní programy, náklady na zdravotní péči za cizince, daně a poplatky, osobní náklady a další náklady. Více jak devět desetin nákladů tvoří náklady na zdravotní služby. Náklady v tomto období vzrostly o 57,4 % a náklady na zdravotnické služby o 55 %. S vypuknutím krize byly pojišťovny nuceny šetřit a hledat úsporná opatření. Došlo k poklesu nákladů za spotřebu materiálu a energie, došlo také ke snižování počtu zaměstnanců. Jako další regulátor nákladů zafungovalo zavedení regulačních poplatků, což snížilo spotřebu zdravotnické péče.

V roce 2014 byly zrušeny regulační poplatky za hospitalizaci, jejich zrušení bylo dle vyhlášky hrazeno zdravotními pojišťovnami. VZP na kompenzaci vynaložila částku 1,3 mld. Kč. O rok později byl zrušen i regulační poplatek za recept a návštěvu lékaře, toto zrušení stálo VZP 1,25 mld. Kč. Tyto extra náklady pojišťoven byly kompenzovány zvýšením minimální mzdy a zvýšením placeného pojistného za státního pojištěnce. V roce 2014 stoupl pojistný za státního pojištěnce o 64 Kč a celkem bylo na pojistném ze státního rozpočtu vyplaceno o 6 mld. Kč více. Po dlouhé době v záporných číslech se bilance zdravotních pojišťoven dostávají do kladných čísel vlivem nízké nezaměstnanosti a vyšším pojistným.

Ve sledovaném období je možné zaznamenat trend snižování výdajů na lůžkovou péči a růst výdajů na péči ambulantní, což souvisí se snižováním počtu lůžek a systémem úhrad za poskytovanou péči. Během celého období je patrný trend růstu výdajů za léky, cena léků se odvíjí jednak od uzavřených smluv s jednotlivými dodavateli, ale také od výše DPH. V roce 2012 vzrostlo DPH na léky z 10 na 14 %. V posledních letech jsou patrné tlaky na snížení nákladů za léky. VZP přišla s databází Ambuleky, která radí lékařům, které léky mají předepisovat vzhledem k jejich finanční náročnosti. Zároveň v rámci tzv. transparenční novely musí nově zdravotní pojišťovny zveřejňovat smlouvy nad 50 000 Kč. Toto opatření by mělo vést ke snížení počtu nevýhodných smluv a k poklesu nákladů.

Mezi nejzásadnější nedostatky hospodaření zdravotních pojišťoven patří malá konkurence mezi jednotlivými pojišťovnami. VZP dlouho dobu zaujímal a stále zaujímá majoritní podíl v rámci pojištěnců. V posledních letech dochází ke snižování podílu VZP na trhu, jelikož ostatní pojišťovny jsou pro mladší klienty atraktivnější a nabízejí lepší benefity. U VZP zůstávají zejména starší klienti, což zvyšuje náklady na zdravotní péči. Celkovým problémem zdravotních pojišťoven je výrazné stárnutí pojištěnců

a prodražování zdravotní péče jim poskytované. Částka, která je za tyto státní pojištěnce vynakládána ze státního rozpočtu je zanedbatelná. Dlouhodobá udržitelnost tohoto systému je velkým problémem, jelikož pojišťovny v letech ekonomického růstu netvoří dostatečné rezervy pro případ, že by přišla znovu recese.

5.2.2 Nemocnice

Nemocnice jsou financovány 3 mechanismy, a to platbou za výkon, paušálem a DRG. Od roku 1997 byly nemocnice financovány paušální platbou, tento typ plateb ovšem nereflektuje počty poskytnuté péče a špatně reaguje na vývoj cen. V roce 2009 byl částečně poprvé použit systém DRG, poté od roku 2012 šlo o dominantní způsob plateb. Nastavený DRG systém nebyl koncepčně řešen a měl spoustu nedostatků, z tohoto důvodu byl v roce 2015 nastolen znovu paušál. Tlak na jednotně nastavený systém financování nemocnic je velký, protože neustálé střídání jednotlivých mechanismů je nepřehledné. Od roku 2016 je realizován nový projekt s názvem Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR, který doplňuje projekt DRG Restart. Oba projekty jsou významným krokem k jednotnému nastavení pravidel financování nemocnic. Důležité je, ale přesně vymezit jednotlivé kroky projektu a ty také realizovat.

Počet nemocnic se ve sledovaném období snižoval. V průběhu deseti let se počet snížil o 8 ze 195 na 187. Pokles počtu nemocnic byl doprovázen snižováním počtu lůžek. V roce 2005 připadalo na 1000 obyvatel 6,3 lůžek, během celého období tento sestupný trend pokračoval a v roce 2015 bylo evidováno 5,3 lůžka na 1000 obyvatelů. Během sledovaného období bylo hospitalizováno okolo 2,2 mil. pacientů. Počet hospitalizací se odvíjel od způsobu platby za zdravotní péči, paušální platby vedly ke snižování počtu hospitalizací naopak systém DRG k růstu. DRG systém je závislý na počtu výkonů na rozdíl od paušálních plateb, což nemocnice motivuje ošetřit větší počet pacientů. Zavedení regulačních poplatků za hospitalizaci vedlo k mírnému zkrácení průměrné doby hospitalizace. V roce 2012 byl zvýšen regulační poplatek za hospitalizaci na 100 Kč, a to pravděpodobně souviselo s výraznějším snížením ošetrovací doby v nemocnici z 6,7 na 6,4 dne.

Mezi náklady nemocnic patří – náklady za léčiva, zdravotní prostředky, krev, osobní náklady, spotřebu energie, služby. Nejzásadnější položku nákladů nemocnic tvoří

osobní náklady, tedy mzdy zaměstnanců. V průběhu ekonomické krize došlo ke snížení podílu osobních nákladů, v posledních letech můžeme pozorovat znovu nárůst. Výrazný nárůst podílu na výdajích nemocnic zaujímají léčiva. Nárůst souvisí nejen s růstem počtu hospitalizovaných pacientů a růstem ambulantních zákroků, ale také vlivem růstu DPH za léky. V roce 2005 byl podíl nákladů na léčiva pouze 7,5 %, v roce 2015 tento podíl byl již 15,2 %. Do výnosů nemocnic spadají výnosy od zdravotních pojišťoven za úhradu péče, provozní dotace od zřizovatele, výnosy od státních orgánů, prodané zboží a ostatní výnosy. Výnosy za úhradu od zdravotních pojišťoven tvoří asi 80 % ze všech výnosů nemocnic. K nejvýraznějšímu poklesu výnosu oproti předešlému roku došlo v roce 2009 a 2013. V roce 2009 došlo ke snížení počtu hospitalizací a v roce 2013 byla použita přísná úhradová vyhláška, která byla dokonce posuzována u ústavního soudu. Rok 2013 také přinesl záporný výsledek hospodaření nemocnic. Sledované nemocnice hospodařily se ztrátou téměř 2 miliardy korun, tato ztráta souvisí pravděpodobně se snížením příjmů od zdravotních pojišťoven vlivem úhradové vyhlášky.

Ve sledovaném období není patrný žádný výrazný trend vývoje. V roce 2014 došlo ke zrušení zdravotnických poplatků za hospitalizaci, což se výrazně neprojevalo, průměrná ošetrovací doba dokonce v roce 2015 a 2016 poklesla na 6,3 dnu na 1000 obyvatel. Nemocnice za výpadek regulačních poplatků obdržely kompenzaci od zdravotních pojišťoven. Příjem z regulačních poplatků pro nemocnice byl v období let 2008-2011 zhruba 1,2 mld. Kč, po zvýšení regulačního poplatku na 100 Kč se příjem zvýšil na 1,8 mld. Kč. Hospodaření nemocnic je dle detailních reportů UZIS ovlivněno vlastnickou strukturou. Nemocnice, které mají zřizovatele ministerstvo zdravotnictví a soukromé vlastníky hospodaří daleko lépe než nemocnice zřizované krajem. Další trend, který je patrný, že hospodaření je velice ovlivňováno úhradovým mechanismy. V případě paušálních plateb je poskytováno méně zdravotnické péče než v případě platby DRG. Další trend, který je patrný je růst ambulantní péče na úkor lůžkové a s tím související růst spotřeby léčiv.

5.3 Soukromé výdaje

Hlavní příjem pro financování soukromých výdajů na zdravotnictví zajišťují domácnosti, soukromá pojištění, neziskové instituce a korporace. Největší účast mají právě domácnosti prostřednictvím přímých plateb. Soukromé výdaje se od roku 2005 zdvojnásobily. K největšímu růstu soukromých výdajů došlo v roce 2008, kdy soukromé

výdaje vzrostly téměř o 30 % z 35,5 mld. na 45,8 mld. Kč. Mezi lety 2005 a 2008 došlo k růstu téměř o 5 p.b. z 12,5 % na 17,3 % a celkově soukromé výdaje vzrostly o 18,4 mld. Kč. V roce 2008 byly jednak vybírány regulační poplatky, ale současně vzrostla snížená sazba DPH, což zdražilo léky. Lidé si postupně zvykli na platbu regulačních poplatků a spotřeba lékařské péče a služeb se ustálila.

5.3.1 Regulační poplatky

Hlavním důvodem zavedení regulačních poplatků bylo zamezení plýtvání zdravotní péče. Poplatky byly zavedeny vládou ODS, KDU-ČSL, SZ v roce 2008. Před zavedením poplatků připadalo na jednoho občana průměrně za rok 13 návštěv lékaře, 9 předepsaných receptů a necelé dva dny v nemocnici. Takto vysoké využívání léčebné péče přináší dva problémy. Prvním problémem jsou vysoké náklady za poskytovanou péči a druhým problémem potom kvalita poskytované péče. Byly zavedeny následující poplatky – 30 Kč za návštěvu lékaře, 30 Kč za položku na receptu, 60 Kč za hospitalizaci a 90 Kč za ošetření na pohotovosti.

Po zavedení poplatků klesl počet návštěv u lékaře o 17 % z 128 milionu na 107 milionu. Stejně tak došlo k poklesu vystavených receptů, v roce 2005 bylo vystaveno 93,5 milionu receptů a v roce 2008 68,8 milionu. Jedná se o pokles téměř o ¼. U počtu ošetření na pohotovosti došlo taktéž je snížení a to z 1,36 milionu návštěv na 874 tisíc. Během sledovaného období došlo hned k několika novelám zákona o regulačních poplatcích. Téměř každý rok došlo k nějaké změně, což způsobuje nestabilitu celého opatření. V srpnu 2008 byla zrušena povinnost platit 60 Kč za pobyt novorozence v nemocnici. V dubnu 2009 došlo ke zrušení poplatků u lékaře pro děti do 18 let a snížení ochranného limitu u seniorů a dětí na 2500 Kč. V prosinci 2011 byla zrušena platba za položku na receptu a zavedena platba za recept, byl zvýšen poplatek za pobyt v nemocnici z 60 Kč na 100 Kč a byly zavedeny platby za nadstandardy. V roce 2013 ústavní soud na návrh ČSSD zrušil platbu za nadstandardy a také zrušil zvýšení poplatků za hospitalizaci z 60 na 100 Kč. Vláda ČSSD zrušila v roce 2014 platbu za hospitalizaci a v roce 2015 byly zrušeny další dva poplatky, a to za návštěvu lékaře a za recept. ČSSD měla zrušení poplatků jako svoji hlavní volební prioritu a i díky ní vyhrála volby. Tato reforma ukazuje na problematiku zavádění jednotlivých opatření, jelikož jedna vláda opatření zavede a druhá ho zruší. Paradoxem je, že poplatky byly zavedeny koalicí, kde byla součástí strana KDU-ČSL, která tyto poplatky následně

v koalici s ČSSD zrušila. Dle dostupných dat se zrušení poplatků neprojevovalo žádných obrovským nárůstem v počtu hospitalizací, spíše naopak. To, ale souvisí s růstem počtu ambulantní péče. Počet vydaných receptů vzrostlo 10 % a dle dostupných dat se zvýšil i počet ambulantních ošetření. Jediný poplatek, který zůstal, je poplatek za ošetření na pohotovosti. Zavedení regulačních poplatků způsobilo nejen regulaci spotřeby lékařské péče a služeb, ale také přineslo nové finanční prostředky pro nemocnice, lékárny a ambulantní zařízení. V roce 2008, kdy byly poplatky zavedeny bylo vybráno na poplatcích téměř 5,6 mld. Kč. Tyto poplatky zůstávaly lékařům, nemocnicím a lékárnám a měly je využít k financování lepší vybavenosti ordinací a celkově zlepšování úrovně. Problémem ovšem bylo, že tento výběr nepodléhal žádné významnější kontrole a jednotlivé subjekty nemusely prokazovat, za co jednotlivé finanční prostředky utratily.

5.4 eHealth

Česká republika je kritizována za pomalou implementaci projektů napomáhající elektronizaci zdravotnictví. Podle mezinárodního srovnání v elektronizaci zaostáváme a zavádění nových technologií je příliš pomalé a nesystematické. První koncepce elektronizace zdravotnictví se objevila v roce 2004 v dokumentu Státní informační a komunikační politika e-Česko 2006. V roce 2007 vznikl Meziresortní koordinační výbor pro zavedení elektronického zdravotnictví, který měl za úkol vypracovat odborná stanoviska k rozvoji eHealth v naší zemi, o rok později byl vydán dokument Cíle projektů eHealth v České republice.¹²⁰ Dokument plánoval elektronickou zdravotní dokumentaci (EZD), elektronickou preskripci léčiv (eRecept), elektronickou identifikaci pojištěnců, registry (Národní zdravotnický informační systém – NZIS), podporu rozhodování lékařů (clinical decision support – CDS) a portály pro vzdělávání a rozvoj telemedicíny.

Prvním realizovaným projektem byla elektronická zdravotní knížka neboli projekt IZIP. Tento projekt byl realizovaný VZP ve spolupráci s firmou IZIP, která byla založena politiky z ODS. Na projekt nebylo vypsáno výběrové řízení a firma byla vybrána jako jediná zkušená. Projekt byl celkově velkým problémem, nejenže stál za 12 let existence téměř 2,2 mld. Kč, ale účastnilo se ho pouze 2,5 milionu pojištěnců a pouze někteří lékaři. Tento projekt byl ukončen a prohlášen neúspěšným.

Dalším projektem, který funguje od roku 2011 je eNeschopenka. Lékaři mohou formuláře o pracovní neschopnosti odesílat elektronicky na správu sociálního zabezpečení. V roce 2007 vešel v platnost zákon o eReceptu. Původně měla elektronická preskripce fungovat od roku 2015, v roce 2014 byl tento zákon novelizován a preskripce byla posunuta na 1.1.2018. V současné době je elektronická preskripce pouze na dobrovolné bázi, její podíl je však zanedbatelný. Z celkového počtu receptů tvoří ty elektronicky vydané pouze 2 %. Na realizaci projektu byla vybrána firma teprve v prosinci 2016, tudíž na realizaci projektu má pouze jeden rok. Projekt sklízí kritiku za jeho nepřipravenost. Mezi výhody projektu patří lepší kontrola předepisovaných léčiv, jasná evidence, snížení rizika kontraindikace vlivem dvou špatně předepsaných léků a v neposlední řadě v případě opakované preskripce získání receptu online bez nutnosti návštěvy lékaře.

Celkovým lídrem v eHealth je kraj Vysočina, který se podílí hned na několika projektech, a právě v tomto kraji probíhala řada pilotních projektů, které vychází z mezinárodních standardů. Mezi tyto projekty patří například eMeDoS, což je Exchange Medical Document System, který zabezpečuje výměnu zdravotnické dokumentace mezi 5 nemocnicemi v kraji Vysočina. Vysočina v roce 2016 žádala o grant z fondu EU CEF Telecom na výstavbu Národního centra výměny zdravotnické dokumentace, tento projekt byl odsouhlasen a bude realizován v letech 2017-2020. Dalším projektem, který se v kraji Vysočina v roce 2011 zrealizoval, byla takzvaná eAmbulance, kdy se pacienti jihlavské nemocnice mohli objednávat online na všechna ambulantní vyšetření. V současné době tento projekt funguje již v 6 nemocnicích v kraji. Tento kraj je průkopníkem elektronizace zdravotnictví a jednotlivé kraje by si z něj měly vzít příklad a tyto projekty by měly být postupně implementovány v celé České republice.

Největším problémem elektronizace zdravotnictví v České republice je opět nekoncepčnost. Uzavírají se smlouvy na nevýhodné realizace a jednotlivé projekty nemají jasnou vizi a co je ještě horší často se nedají použít napříč jednotlivými systémy. Podle novely 200/2015 Sb., neboli tzv. transparentní novely musí všechny pojišťovny a nemocnice zveřejňovat smlouvy uzavřené nad 50 00 Kč a zároveň nesmí docházet ke střetu zájmů, kdy zaměstnanec pojišťovny bude vlastnit IT firmu nebo jakoukoli firmu, která by mohla benefitovat z podepsání smlouvy s pojišťovnou. Je tedy patrné, že jsou zde snahy o eliminaci podobných problémů jako byly v případě projektu IZIP.

Závěr

Financování zdravotnictví patří mezi nejdiskutovanější témata současnosti. Diskuze souvisí s problémem udržitelnosti financování současné zdravotní péče. Náklady na zdravotnictví každým rokem stoupají, což souvisí nejen s technologickým pokrokem, ale také s rozvojem společnosti a demografickými změnami. V rámci této práce byl analyzován stav českého zdravotnického systému a chování konkrétních subjektů v něm. Cílem práce bylo popsat fungování a hospodaření nejvýznamnější subjektů vstupujících do systému a zjistit hlavní nedostatky v rámci jejich financování a hospodaření. Mezi tyto subjekty patří zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty, nemocnice a domácnosti. Ve sledovaném období 2005-2016 došlo k řadě legislativních změn, které ovlivnily všechny subjekty vstupující do českého systému. Jejich konkrétní dopad a zhodnocení reformních kroků bylo součástí analýzy.

V teoretické části byly definovány základní pojmy související se zdravotnictvím a systémem jeho financování. V druhé polovině teoretické části byly popsány legislativní změny, ekonomické a demografické proměnné, které ve sledovaném období zdravotnictví ovlivnily. Z teoretické části poté vychází část analytická, v níž byl analyzován systém financování českého zdravotnictví a popsáno fungování jednotlivých subjektů v něm. Hlavním úkolem bylo sledovat zdravotní pojišťovny, nemocnice a domácnosti a najít nedostatky v jejich hospodaření. V závěru celé práce je popsán stav elektronizace zdravotnictví v ČR, toto téma je pro budoucnost zdravotnictví velice důležité, jelikož elektronizace zdravotnictví by měla napomoci lepšímu a efektivnějšímu fungování celého systému. V závěru praktické části byly shrnuty hlavní poznatky.

České zdravotnictví prokazatelně zlepšilo svoje postavení v rámci jednotlivých evropských států. Dle společnosti Health Consumer Powerhouse, která sleduje úroveň zdravotnictví v 36 státech, české zdravotnictví během sledovaného období mezi lety 2006-2016 značně vylepšilo své fungování a předstihlo státy jako Velká Británie nebo Itálie. Zároveň v rámci bývalého Sovětského bloku stojí na vrcholu všech států. České republiky je chválena za poskytovanou péči vzhledem k výši nákladů, dobrou dostupnost zdravotní péče, krátké čekací doby a spravedlivý přístup ke zdravotní péči. Naopak problémem je nízká prevence, pomalé zavádění elektronizace zdravotnictví a vysoká úmrtnost na ischemické choroby.

Česká republika vynakládá na zdravotnictví pouze okolo 7 % svého HDP, v porovnání s 11 % ve vyspělých OECD státech. Ve sledovaném období podíl výdajů

vzhledem k HDP rostl do roku 2009, poté došlo k obratu. Podíl výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP začal klesat vlivem úsporných opatření zavedených v roce 2008, kdy došlo k regulaci výdajů a zároveň k propadu HDP z důvodů ekonomické krize. Pokles podílu přetrvává až do současnosti.

České zdravotnictví je financováno dvěma sektory, a to veřejným a soukromým. Největší podíl v rámci veřejných zdrojů mají zdravotní pojišťovny, které se podílejí na financování z 3/4. Druhým subjektem z veřejných zdrojů jsou potom veřejné rozpočty. Podíl veřejných subjektů ve sledovaném období klesal, a to zejména vlivem reformy veřejných financí v roce 2007, kdy došlo k výrazným úsporám v rámci jednotlivých resortů. Od roku 2013 je patrný mírný vzestup podílu vlivem zlepšování ekonomické situace. Ze soukromých zdrojů, které přispívají na financování zdravotnictví můžeme jmenovat domácnosti, podniky, soukromá pojištění. Nejvýznamnější podíl mají domácnosti, které prostřednictvím přímých plateb přispívají okolo 15 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Podíl domácností se zvýšil vlivem zavedení regulačních poplatků.

Mezi nejvýznamnější subjekty financování patří zdravotní pojišťovny, které financují zdravotní systém na základě veřejného zdravotního pojištění. Z analýzy jejich hospodaření je patrné, že ve sledovaném období došlo vlivem krize ke snižování některých nákladů. Klesly nejen provozní náklady, ale také počet zaměstnanců. Náklady na energie a spotřebu materiálu se ve sledovaném období snížily téměř o polovinu. Nejvýznamnější položku nákladů zdravotních pojišťoven tvoří úhrada za poskytovanou zdravotní péči. Zdravotní péče je hrazena z výnosů z veřejného zdravotního pojištění, a právě nastavení veřejného zdravotního pojištění má několik nedostatků. Pojištění je povinně vybíráno od roku 1993, kdy vešel v platnost zákon o veřejném zdravotním pojištění. Paušální zavedení povinné účasti a rychle nastavená pravidla způsobily, že systém je nastaven nekonceptně a nedovoluje přílišné změny. Dalším problémem je závislost výběru pojistného na ekonomických a demografických proměnných. Stárnutí populace je prokazatelným trendem nejen v České republice, ale v celé Evropě. Ve sledovaném období stoupl počet lidí v ČR ve věku 65+ o 36 %. Tato věková skupina je tvořena zejména důchodci, za které odvádí pojistné stát. V roce 2017 bylo za státní pojištění odváděno 920 Kč měsíčně, což je 11040 Kč ročně. Náklady na pojištění starší 70 let jsou přes 100 tisíc Kč ročně. Stárnoucí populace poukazuje na problém nízké platby za státní pojištění vzhledem k výši nákladů za zdravotní péči. Ekonomická krize ukázala závislost výše vybraného pojistného na ekonomických proměnných. Vlivem

krize došlo k růstu nezaměstnanosti, stagnaci mezd, což způsobilo pokles výběru pojistného. Ke zlepšení situace došlo až v roce 2013, kdy se zlepšila jak ekonomika, tak vzrostla minimální mzda a příjmy z pojistného. Náklady na zdravotní péči jsou vysoké, a proto zdravotní pojišťovny nemají možnost tvořit rezervy pro případ, že by znovu přišla ekonomická krize a došlo k výpadku příjmu z pojistného. Celkově je systém veřejného zdravotního pojištění dlouhodobě neudržitelný a mělo by dojít k jeho reformě.

V rámci samotného fungování jednotlivých zdravotních pojišťoven je jedním z hlavních problémů nedostatečná konkurence na trhu, jelikož VZP zaujímá majoritní podíl. Z tohoto důvodu není VZP nucena nabízet svým klientům výrazně lepší podmínky a uzavírat výhodnější smlouvy a celkově lépe hospodařit. Právě s uzavíráním smluv souvisí problematika střetu zájmů zaměstnanců jednotlivých pojišťoven. VZP v minulých letech uzavřela řadu nevýhodných smluv. Příkladem byl projekt IZIP (elektronické zdravotnické knížky), který byl vybrán bez výběrového řízení. Firma IZIP byla vlastněna politiky z ODS a tento projekt stál VZP za 12 let jeho fungování 2,2 mld. Kč. Dle dostupných informací to samé platí i pro uzavírání smluv za lékařský materiál a jiné služby. V posledních letech je vidět snaha o zvýšení transparentnosti hospodaření pojišťoven. Pojišťovny v rámci tzv. transparenční novely z roku 2015 musí zveřejňovat smlouvy uzavřené nad 50 000 Kč a zaměstnanci pojišťovny by neměli například vlastnit IT firmu. Společně se snahou o větší transparentnost dochází také k mnohem častějším auditům a kontrolám ze strany ministerstva i Nejvyššího kontrolního úřadu. Posledním legislativním krokem ke zvýšení transparentnosti bylo zavedení zákona 128/2016 Sb., který zavazuje pojišťovny k vedení svých bankovních účtů u České národní banky.

Nejvýznamnějším poskytovatelem zdravotní péče jsou nemocnice. Právě nemocnice čerpají z celkových výdajů na zdravotnictví 40 %. U nemocnic je patrný stejný trend jako u pojišťoven, a to pokles provozních nákladů. Naopak výrazně vzrostly náklady za léky podávané v nemocnicích, což může souviset s růstem počtu hospitalizovaných pacientů, ale také s růstem DPH za léky. V roce 2005 byl podíl nákladů na léčiva pouze 7,5 %, v roce 2015 tento podíl byl již 15,2 %. Zavedení regulačních poplatků nemělo v nemocnici žádný výrazný regulační účinek. Došlo k mírnému snížení průměrné doby strávené v nemocnici. Mezi největší nedostatky hospodaření nemocnic patří celkově nízká motivace hospodařit s kladným saldem. Největší problém v rámci hospodaření mají dle detailních reportů UZIS krajské nemocnice. Naopak nemocnice spadající přímo pod ministerstvo zdravotnictví mají prokazatelně lepší výsledky, stejně

tak nemocnice vlastněné soukromým subjektem. Druhým nedostatkem je nejasná a stále se měnící koncepce financování nemocnic v rámci úhradových mechanismů. Ve sledovaném období dochází neustále ke změnám, kdy nejdříve nemocnice byly placeny paušální platbou, poté systémem DRG a poté opět paušální platbou. Oba mechanismy úhrad mají své nedostatky. Paušální platba není motivující a zároveň nedostatečně reaguje na změny. Zavedený systém DRG opět nebyl koncepčně řešen a měl spoustu nedostatků (predikoval nespolehlivě nákladové ocenění případu, měl nereprezentativní vzorek nemocnic, neúplný seznam výkonů a složitou implementaci nových položek). Tlaky na nastavení jednotného úhradového mechanismu jsou velké. Od roku 2016 je realizován nový projekt s názvem Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR, který doplňuje program DRG Restart. Jednotlivé fáze programu DRG Restart mají jasný programový plán, a to nastavit tento systém již trvale a přesně na český systém.

Posledním významným subjektem v systému zdravotnictví jsou domácnosti. Domácnosti vynakládají prostředky zejména za lékařské a zubní ošetření, léky, rehabilitaci nebo nemocniční péči. Nejvíce finančních prostředků domácnosti zaplatily za léky, obvazy a další materiál, tyto náklady zaujímají více jak poloviční podíl. V roce 2008 došlo k růstu výdajů vlivem regulačních poplatků. Regulační poplatky byly zavedeny v roce 2008 koalicí ODS, KDU-ČSL, SZ. Jejich zavedení souviselo s plýtváním zdravotní péče. Na jednoho občana připadalo ročně průměrně 13 návštěv lékaře, 9 předepsaných receptů a 2 strávené dny v nemocnici. Regulační poplatky zapříčinily nejen snížení využívané péče, ale také přinesly 5,5 mld. Kč do rozpočtů nemocnic, lékáren a ordinací. Po zavedení poplatků klesl počet návštěv u lékaře o 17 %, došlo k poklesu vystavených receptů téměř o ¼ a počet ošetření na pohotovosti klesl z 1,36 milionu návštěv na 874 tisíc. Zavedení poplatků, tak splnilo svoji regulační funkci. Hlavním problémem celého opatření byla každoroční novelizace zákona o regulačních poplatcích, což vedlo k nestabilitě a k poklesu důvěry občanů v toto opatření. V roce 2013 ústavní soud na návrh ČSSD zrušil platbu za nadstandardy a také zrušil zvýšení poplatků za hospitalizaci. ČSSD měla zrušení poplatků jako svoji hlavní volební prioritu. Hned po zvolení došlo ke zrušení poplatků za hospitalizace v roce 2014, následované zrušením poplatků za návštěvu lékaře a za recept v roce 2015. Tato reforma přesně poukazuje na problém českého politického uspořádání, jelikož takto zásadní reformy nejsou prováděny napříč volebním spektrem a opozice provedená opatření vždy zruší. Dle dostupných dat se zrušení poplatků neprojevalo žádným obrovským nárůstem

poskytované péče a služeb, počet receptů vzrostl o 10 %, stejně tak mírně vzrostl počet návštěv u lékaře. Jediný poplatek, který zůstal, je poplatek za ošetření na pohotovosti. Zavedení regulačních poplatků způsobilo nejen regulaci spotřeby lékařské péče a služeb, ale také přineslo nové finanční prostředky pro nemocnice, lékárny a ambulantní zařízení. V roce 2008, kdy byly poplatky zavedeny bylo vybráno na poplatcích téměř 5,5 mld. Kč. Tyto poplatky zůstávaly lékařům, nemocnicím a lékárnám a měly být využity na financování lepší vybavenosti ordinací a zlepšování kvality poskytovaných služeb a péče. Problémem ovšem bylo, že tento výběr nepodléhal žádné významnější kontrole a jednotlivé subjekty nemusely prokazovat, za co jednotlivé finanční prostředky utratily.

Výpadky jednotlivých regulačních poplatků byly hrazeny zdravotními pojišťovnami a veřejnými rozpočty. Došlo ke zvýšení platby za státní pojištění a zvýšení minimální mzdy. Obě tyto opatření měly zvýšit příjmy zdravotních pojišťoven na pojistném a pomoci zdravotním pojišťovnám při platbě náhrady za zrušené regulační poplatky. VZP v roce 2014 vyplatila nemocnicím 1,3 mld. Kč za výpadek regulačního poplatku za hospitalizaci. V roce 2015 za zrušení poplatků za recept a návštěvu lékaře vyplatila 1,3 mld. Kč a podpora pro nemocnice byla zahrnuta v paušálních platbách. Dle výroční zprávy VZP za rok 2015 tato kompenzace stála více jak 2 mld. Kč.

Českému zdravotnímu systému by mohla k lepší organizaci pomoci elektronizace zdravotnictví, která usnadňuje celý systém. Největším problémem elektronizace zdravotnictví v České republice je opět nekonceptnost. Uzavírají se smlouvy na nevýhodné realizace a jednotlivé projekty nemají jasnou vizi. V České republice je realizováno několik projektů, mezi něž patří například eNeschopenka, eRecept nebo eAmbulance. Elektronický recept je jasným příkladem nepřipravenosti jednotlivých projektů na jejich realizaci, kdy elektronický recept měl platit povinně již od roku 2015. Celý systém nebyl připraven a došlo k posunutí termínu až na rok 2018. Firma na realizaci projektu byla vybrána až v prosinci 2016 a měla tedy pouze rok na kompletní realizaci. To samé platí pro projekt elektronických zdravotnických knížek, kdy byla na realizaci projektu vybrána firma bez výběrového řízení, vlastněna politiky, a po více jak deseti letech došlo ke zrušení projektu, který byl prohlášen za neúspěšný a stál VZP téměř 2,2 mld. Kč. Mezi průkopníka českého eHealth lze považovat kraj Vysočina, který realizuje několik úspěšných projektů jako je eAmbulance nebo elektronická výměna dokumentace. Jednotlivé projekty na Vysočině sklízí úspěch nejen v Čechách, ale i v rámci Evropy.

Cílem práce bylo nalézt nedostatky ve fungování jednotlivých subjektů vstupujících do systému zdravotnictví a posoudit koncepčnost a vizi prováděných reforem. Podle většiny projektů, které byly implementovány, ať už to byl IZIP, DRG nebo regulační poplatky. Ve všech případech byl hlavním problémem právě celý koncept, všechna opatření byla vždy zavedena a následně zrušena, protože obsahovala chyby a nebyla dostatečná.

V České republice by měl být kladen důraz na odpovědnost jedince za své zdraví a jeho účast na financování. Nutnost změnit myšlení českého pacienta, aby dbal na zabezpečení sebe samého vlastním přičiněním, je pravděpodobně úkolem na dlouhá léta. Společně se změnou myšlení lidí je nutno začít řešit věci koncepčně a efektivně. Problémem českého zdravotnictví je vysoká návaznost na politické dění ve státě. Reformy jsou prováděny v rámci jedné politické strany, a ne napříč celým politickým spektrem, v důsledku toho vzniká prostor pro populismus a politické strany staví své volební programy na zrušení opatření, která provedla předchozí vláda. Tímto vzniká prostor pro neefektivní reformy, které budí v lidech nedůvěru a nechut' se, jakkoliv podílet na financování. Česká republika by měla více dbát na lékovou politiku. V rámci českého systému by měl být pomalu měněn pevně nastavený systém veřejného zdravotního pojištění. V rámci reformy by měl být omezen rozsah veřejného zdravotního pojištění, měly by být zavedeny osobní účty, s možností nákupu doplňkového pojištění nebo přímých úhrad za některou zdravotní péči. A v poslední řadě zvážit změnu stanovení odvodů na veřejném zdravotním pojištění s kombinací procentuálních odvodů a pevné částky.

Tato práce měla popsat fungování českého zdravotnického systému a poukázat na jeho nedostatky. V rámci práce jsem dospěla k několika nedostatkům v nastavení celého mechanismu. Přesto by analýza mohla být provedena více do hloubky a jednotlivé subjekty zkoumány samostatně. Problematika českého zdravotnictví je velice zajímavá a jedná se opravdu o široké téma v rámci jakékoli analýzy.

Přehled tabulek a grafů

Graf č.1: EHCI v roce 2006 dle 26 zemí dle 28 indikátorů – maximální hodnota 750	34
Graf č. 2: EHCI v roce 2016 dle 36 států a 48 indikátorů – maximální hodnota 1000	35
Graf č. 3: Vývoj populace dle věkových skupin mezi lety 2005-2016 dle bazického indexu – základní období 2005, 2005=100 %	37
Graf č. 4: Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v mil. Kč a jejich podíl na HDP mezi lety 2005 -2015 dle obou metodik OECD	46
Graf č. 5: Vývoj HDP a výdajů na zdravotnictví mezi let 2005-2006 dle bazického indexu roku 2005	47
Graf č.6: Podíl jednotlivých subjektů na financování zdravotnictví mezi lety 2005-2013 dle metodiky SHA 1.0	48
Graf č. 7: Podíl jednotlivých subjektů na financování zdravotnictví mezi lety 2010-2015 dle metodiky SHA 2011	48
Graf č. 8: Výnosy a náklady zdravotních pojišťoven v období let 2005-2016 v mil. Kč	57
Graf č. 9: Výnosy zdravotních pojišťoven v mil. Kč v letech 2005-2016 a vývoj jejich růstu vzhledem k roku 2005.....	58
Graf č.10: Náklady zdravotních pojišťoven v mil. Kč v letech 2005-2016 a vývoj jejich růstu vzhledem k roku 2005.....	60
Graf č. 11: Použití DRG v úhradách v letech 2008-2015	63
Graf č. 12: Vývoj počtu předepsaných receptů v mil. v období let 2005-2015.....	72
Graf č. 13: Výdaje domácností za regulační poplatky v mil. Kč v období let 2008-2015	73
Tabulka č. 1: Pohyby obyvatelstva v období let 2005-2016 v ČR	38
Tabulka č. 2: Vývoj makroekonomických ukazatelů mezi lety 2005-2016	39
Tabulka č. 3: Minimální mzda a její úpravy v letech 2005-2016	39
Tabulka č. 4: Vývoj DPH	44
Tabulka č. 5: Veřejné výdaje ve zdravotnictví v mil. Kč v období 2005-2015 a jejich podíl na celkových výdajích a HDP dle obou metodik OECD.....	50
Tabulka č. 6: Vývoj počtu pojištěnců na zdravotním pojištění a podíl VZP na trhu	52

Tabulka č. 7: Vývoj měsíčního pojistného na státní pojištění v období 2005-2016 a celková platba v mld. Kč ze státního rozpočtu	54
Tabulka č. 8 Vývoj počtu nemocnic, lůžek, odborných léčebných ústavů a LDN.....	64
Tabulka č. 9 Přehled hospitalizací v letech 2005-2016	65
Tabulka č. 10: Ukazatele hospodaření nemocnic v letech 2005-2015	67
Tabulka č. 11: Soukromé výdaje na zdravotnictví, podíl na celkových výdajích a podíl na HDP dle obou metodik ve sledovaném období 2005-2015	68
Tabulka č. 12: Počet ošetření v tisících v mezi lety 2005 a 2012.....	70
Tabulka č. 13 Přehled hospitalizací v období let 2005-2016.....	71
Tabulka č.14: Počet elektronických receptů vydaných mezi lety 2014-2016 a počet zapojených subjektů do jejich vydávání	81

Zdroje

Knihy

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-807-3575-038.
2. BARTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
3. BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, Praha, SZN: 1960
4. DUBEN, Rostislav. *Ekonomie veřejného sektoru*. V Praze: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2000, 325 s. ISBN 80-245-0049-3.
5. DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 978-802-4509-983.
6. ED. BY RICHARD B. SALTMAN a REINHARD BUSSE AND JOSEP FIGUERAS. *Social health insurance systems in Western Europe*. [Online-Ausg.]. Maidenhead: Open Univ. Press, 2004. ISBN 03-352-1363-4.
7. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
8. KOŽENÝ, Pavel. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2701-1.
9. KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 542 s. ISBN 978-807-3575-854.
10. MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-807-3579-128.
11. NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
12. OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada, 2010. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3228-2.
13. PAVLÍK, Marek. *Zdravotní politika z pohledu vlády - analýza implementačního deficitu*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 158 s. ISBN 978-802-1054-080.
14. PEKOVÁ, Jitka. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005, 555 s. ISBN 80-735-7052-1.
15. REKTOŘÍK, Jaroslav. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Ekopress, 2007, 309 s. ISBN 978-808-6929-293.
16. SLEE, Debora A., Vergil N. SLEE a H. Joachim SCHMIDT. *Slee's health care terms*. 5th ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2008. ISBN 9780763746155.
17. STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-716-9454-1.
18. WONDERLING, David a REINHOLD GRUEN AND NICK BLACK. *Introduction to health economics*. Repr. Maidenhead: Open University Press, 2007. ISBN 978-033-5218-349.
19. ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

Online zdroje

20. Alexa J, Rečka L, Votápková J, van Ginneken E, Spranger A, Wittenbecher F. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(1):1–165. [cit. 2017-12-09], Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1
21. ARNE, Björnberg, Ph.D. Health power house:Euro Health Consumer Index 2016 [online]. 1. Francie: HCP, 2016, 2015 [cit. 2017-12-09]. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf
22. ARROW KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(2):141-149. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585909/pdf/15042238.pdf>
23. CIKRT, Tomáš. Pozor kontrola! Zdravotní pojišťovny jsou pod permanentním dohledem. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/06/pozor-kontrola-zdravotni-pojistovny-jsou-pod-permanentnim-dohledem/>
24. ČABANOVÁ, Adéla. Ani izip ani zdravel! Poskytovatel zdravotních knížek opět změnil jméno. *E15* [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/byznys/technologie-a-media/ani-izip-ani-zdravel-poskytovatel-zdravotnich-knizek-dvou-milionu-lidi-opet-zmenil-jmeno-1333050>
25. ČERVENÝ KŘÍŽ. Činnost [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.cervenýkriz.eu/cz/cinnost.aspx>
26. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ:ENeschopenka:Příručka pro lékaře. [online]. [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/42C8AC31-A5EC-4BA6-B664-77C77DE00D56/0/Prirucka_pro_lekare_2015.pdf
27. ČESKÉ NÁRODNÍ FORUM PRO EHEALTH:Národní plán rozvoje: eHealth . [online]; 2012. [cit. 2017-08-23]. Dostupné z: http://www.ictu.cz/fileadmin/user_upload/documents/Pozicni_dokumenty/Narodni_plan_rozvoje_eHealth.pdf
28. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD .Analýza výdajů na zdravotnictví [online]. [2017-09-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554899/26000514k2.pdf/f3534efd-1577-4ea3-88c5-9a6c0204678a?version=1.0>
29. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD Analýza výdajů na zdravotnictví [online]. 2014 [2017-09-29]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10203776222194199&set=a.1020219795009838>
30. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. : Výsledky zdravotnických účtů 2015 [online]. 2016 [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2015>
31. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Analýza výdajů na zdravotnictví 2000-2005 [online]. Praha, 2007 [cit. 2017-10-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554871/330607a1.pdf/9871d100-fbf6-49c2-b415-0b27ec9abd69?version=1.0>
32. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Analýza výdajů na zdravotnictví 2000-2009 [online]. 2011 [cit. 2015-17-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554887/330611a2.pdf/caa93ddc-6126-4519-80ea-202ab75e9ac4?version=1.0>
33. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Analýzu výdajů na zdravotnictví 2000-2008 [online]. 2010 [cit. 2017-10-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554883/330610a2.pdf/5a262f0f-2887-496c-b869-c60479c02ccf?version=1.0>

34. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Česká republika v mezinárodním srovnání - 2006: Výdaje na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby [online]. 2008 [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/23806095/1607080710.pdf/fc5756c0-6838-4519-9544-a0a615485caa?version=1.0>
35. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Stav obyvatel ve vybraném území - časová řada (DEM1030CU) [online]. [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislatab=DEM1030CU&&kapitola_id=3
36. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výdaje domácností na zdravotní péči [online]. 2014 [cit. 2017-09-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554887/330611a4.pdf/8473ff2c-5b27-47ac-beac-c5423f6c922c?version=1.0>
37. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výdaje zdravotních pojišťoven 2000-2008 [online]. 2010 [cit. 2017-09-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554883/330610a3.pdf/061f38f1-ecf5-4463-855d-d213d43bfd01?version=1.0>
38. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 - 2012 [online]. 2014 [cit. 2017-09-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554899/26000514k1.pdf/3115b706-3aba-4cde-8061-8d47a7062f4a?version=1.0>
39. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2015 [online]. 2017 [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2016>
40. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: Česká republika od roku 1989 v číslech - 2016 [online]. [cit. 2017-11-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-w0i9dxmghn#057>
41. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: Výsledky zdravotnických účtů [online]. 2014 [cit. 2017-09-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554899/26000514k1.pdf/3115b706-3aba-4cde-8061-8d47a7062f4a?version=1.0>
42. E15: Poslanci zrušili zdravotnické poplatky [online]. PROFIMEDIA [cit. 2017-11-05]. Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/politika/poslanci-zrusili-zdravotnicke-poplatky-zustane-jen-placeni-pohotovosti-1122206>
43. EAmbulance kraje Vysočina [online]. [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.eambulance.cz/>
44. EHealth v ČR. EZDRAV.CZ [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.ezdrav.cz/ehealth-v-cr/>
45. FINANCE.CZ. Co je to soukromé zdravotní pojištění [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/pojisteni/osoby/zdravotni-pojisteni/soukrome/informace/>
46. HANUŠOVÁ, Pavla. Požadavky na adaptaci DRG v Německu [online]. Kostelec nad Černými lesy: IZPE-Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003 [cit. 2017-12-06]. ISSN 12138096. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/486-pozadavky-na-adaptaci-drg-v-nemecku.pdf>
47. Informace o projektu. NIXZD.CZ [online]. [cit. 2017-12-08]. Dostupné z: <https://www.nixzd.cz/informace-o-projektu-c1>
48. Legislativa. Epreskripce.cz [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <https://www.epreskripce.cz/legislativa>
49. LÉKAŘSKÁ KOMORA ČR: Regulační poplatky u ambulantních lékařů v roce 2015. Lkcr.cz [online]. Lékařská komora ČR [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/regulacni-poplatky-u-ambulantnich-lekaru-v-roce-2015-100629.pdf

50. MINISTERSTVO FINANCÍ: Tisková zpráva 2017. Mfcr.cz [online]. MINISTERSTVO FINANCÍ [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2017/mf-letos-ocekava-rust-hdp-o-26-27460>
51. Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo vítěze veřejné soutěže. EZDRAV.CZ [online]. 2012 [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.ezdrav.cz/ministerstvo-zdravotnictvi-vyhlasil-viteze-verejne-souteze/>
52. Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo vítěze veřejné soutěže. EZDRAV.CZ [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.ezdrav.cz/ministerstvo-zdravotnictvi-vyhlasil-viteze-verejne-souteze/>
53. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Regulační poplatky: Metodický pokyn-znění platné od 1.1.2008 [online]. 2008 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=5543&typ=application/msword&nazev=3.%20Metodicky%20pokyn%20-%20zn%C4%9Bn%C3%AD%20platn%C3%A9%20od%201.1.2008.doc>
54. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Regulační poplatky: Metodický pokyn-znění platné od 1.8.2008 [online]. 2008 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=5542&typ=application/msword&nazev=2.%20Metodicky%20pokyn%20-%20zn%C4%9Bn%C3%AD%20platn%C3%A9%20od%201.8.2008.doc>
55. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Regulační poplatky: Metodický pokyn-znění platné od 1.4.2009 [online]. 2009 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=5541&typ=application/msword&nazev=1.%20Metodicky%20BD%20pokyn%20-%20zn%C4%9Bn%C3%AD%20platn%C3%A9%20od%201.4.2009.doc>
56. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Regulační poplatky-součást reformy zdravotnictví [online]. 2007 [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7787&typ=application/vnd.ms-powerpoint&nazev=TK_070412_poplatky.ppt
57. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Zdravotní pojišťovny [online]. 2012, 18. 12. 2012 [cit. 2017-06-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pojistovny_2619_22.html
58. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Zrušení poplatků za návštěvu lékaře a za recept, 2014 [online]. [cit. 2017-12-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289_3030_1.html
59. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Cíle projektů eHealth v České republice v roce 2008. Mzcr.cz [online]. Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=8070&typ=application/msword&nazev=C%C3%ADl%20projekt%C5%AF%20eHealth.doc>
60. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Druhy zdravotní péče [online]. Praha: MZČR, 2012 [cit. 2017-11-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html
61. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Ehealth v České republice. Mzcr.cz [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2016 [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/file.aspx?id=345&name=eHealth%20v%20%C4%8CR%20-%20prezentace.ppt>
62. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Platba státu za státní pojištění. Data.mfcr.cz [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: http://data.mfcr.cz/sites/default/files/Platba_statu_za_statnipojistence_102017.xls
63. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Prezentace vítězného návrhu „Hospodárné a funkční elektronické zdravotnictví“ [online]. [cit. 2017-12-08]. Dostupné z: <http://www.stech.cz/Portals/0/Konference/2013/02-21%20eHealth/02%20elektronicke%20zdravotnictvi.pdf>

64. Nález č. 238/2013 Sb. Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2017-11-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-238>
65. Obecný popis projektu. EMEDOCs.CZ [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.emedocs.cz/obecnny-popis-projektu-c179>
66. OECD. A System of Health Accounts [online]. 2000 [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>
67. OECD: Health spending [online]. doi: 10.1787/8643de7e-en [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
68. OECD: Working age population [online]. [cit. 2017-11-05]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/pop/working-age-population.htm>
69. OECD: Health at a glance OECD. Europe [Elektronische Ressource] [online]. 2014 [cit. 2017-08-05]. ISBN 2305-6088. ISSN 2305-6088. Dostupné z: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en
70. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
71. PRAŽMOVÁ, Věra a Eva TAPLOVÁ. Health financing and regulatory fees in the Czech republic [online]. PAUL, Jean. Berlin: Akademie-Verlag, 2014, (16), 187-194 [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411714000373>
72. RADA EVROPY. Evropská sociální charta [online]. 1961 [cit. 2017-09-20]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/ceskarepublika/information/publications/folder_22_cs.htm
73. ROZSÍVAL, Tomáš. Poplatky ve zdravotnictví v Česku a Německu [online]. Britské listy, 2009 [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://blisty.cz/art/44945.html>
74. Státní informační a komunikační politika. Esfcr.cz [online]. Evropský sociální fond [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/761522/St%C3%A1tn%C3%AD+informa%C4%8Dn%C3%AD+a+komunika%C4%8Dn%C3%AD+politika/9a6117ea-24a8-484f-8d08-07365057e12b>
75. SUKL: Výroční zprávy 2013-2016 [online]. [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/vyrocnizprava-o-cinnosti-sukl>
76. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK: Zdravotnická ročenka České republiky [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017, **2017**(1) [cit. 2017-12-09]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2016.pdf>
77. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK: Hospitalizace 2016. Uzis.cz [online]. [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/hospit2016_tabulky.xlsx
78. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK: Zdravotnické ročenky České republiky 2005-2016 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2017, **2006-2017** [cit. 2017-12-09]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>
79. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Mezinárodní spolupráce [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas/mezinarodni-spoluprace/spoluprace-oecd>
80. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2013 [online]. 2014 [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2013>

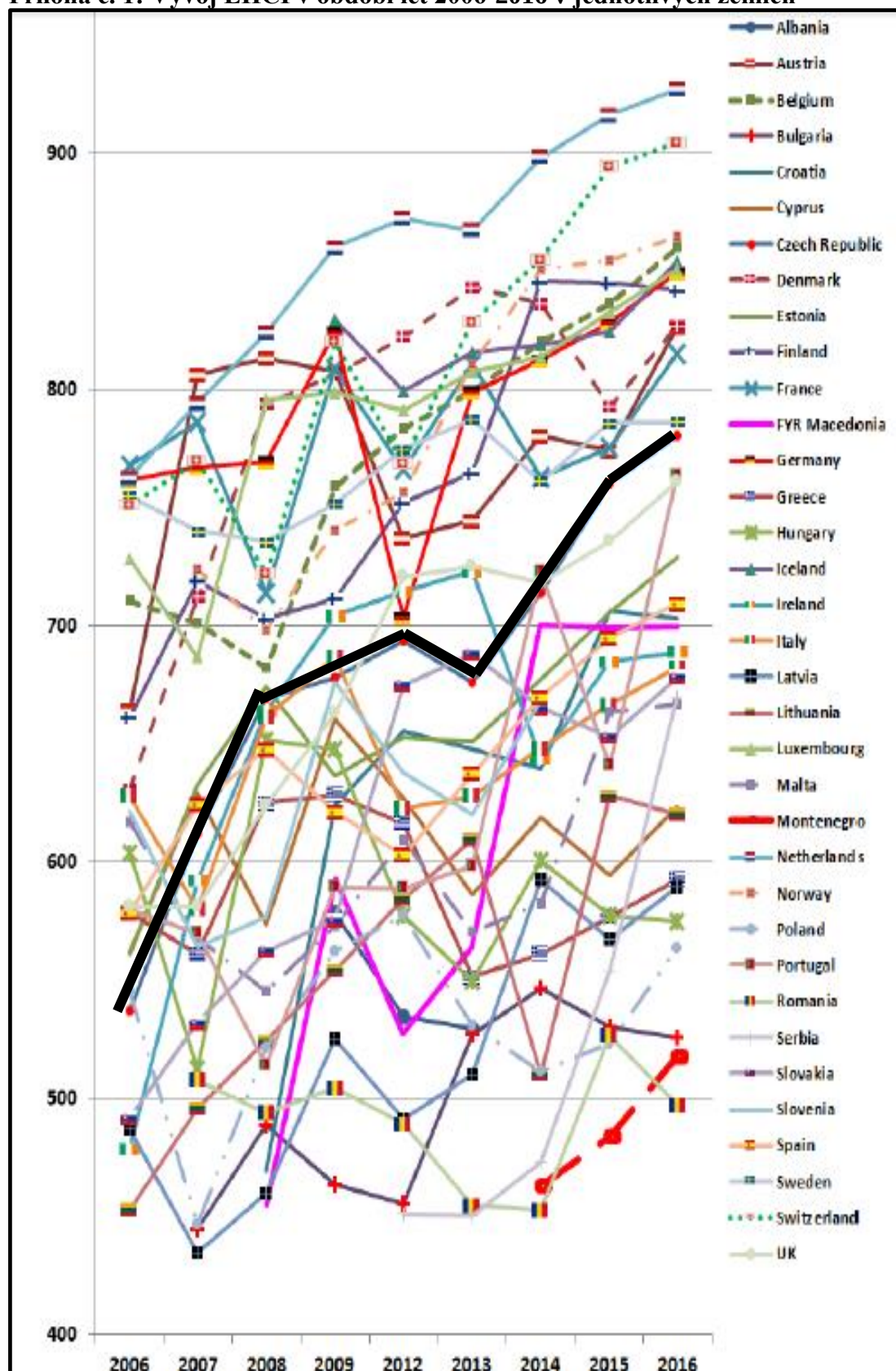
81. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005-2008 [online]. 2009 [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2005-2008>
82. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče 2008-2012 [online]. č. 41/13. 2013 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-na-segmenty-zdravotni-pece-0>
83. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče 2002-2007 [online]. č. 53/08. 2008 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pece-0>
84. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY: Projekt DRG [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7475>
85. ÚSTAVNÍ SOUD: Ústavní soud zrušil právní úpravu tzv. zdravotnických standardů a nadstandardů, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoci zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotnických služeb. 2013. USOUD.CZ [online]. [cit. 2017-11-05]. Dostupné z: <https://www.usoud.cz/aktualne/ustavni-soud-zrusil-pravni-upravu-tzv-zdravotnickych-standardu-a-nadstandardu-zvysemi/>
86. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA Vyměřovací základ [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat>
87. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. O nás [online]. [cit. 2017-05-06]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas>
88. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. Přerozdělování pojistného [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani->
89. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Ambuleky. Vzp.cz [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/ambuleky>
90. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: Výroční zpráva VZP 2016. Vzp.cz [online]. Praha [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-vzp-2016.pdf>
91. Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014. Mzcr.cz [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/Soubor.ashx?souborID=19263&typ=application/pdf&nazev=sb0167-2013.pdf>
92. Vyhodnocení akčního plánu koncepce eHealth Kraje Vysočina pro rok 2016 a návrh aktivit pro rok 2017 [online]. Vysočina, 2017 [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: http://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4078375
93. Vývoj sazeb DPH [online]. ucetni-portal.cz [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <http://www.ucetni-portal.cz/soubory/prehledy2/51.pdf>
94. WHO. Health system [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/health_systems/en/
95. WHO: CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION [online]. 2006 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
96. World life expectancy [online]. [cit. 2017-11-05]. Dostupné z: <http://www.worldlifeexpectancy.com/czech-republic-life-expectancy>

Zákony

97. ČESKO. Zákon č. 255/2014 Sb. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2017 [cit.2017-11-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-255>
98. ČESKO. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 2007, částka 85. [cit. 2017-04-25]. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-261>
99. ČESKO. Zákon č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 1992, částka 58. [cit. 2017-06-05]. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>
100. ČESKO. Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 2011, částka 105. [cit. 2017-04-25]. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-298>
101. ČESKO. Zákon č. 378/2007 Sb. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2017 [cit.2017-11-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>
102. ČESKO. Zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 2004, částka 144. [cit. 2017-04-25]. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-438>
103. ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 1997, částka 16. [cit. 2017-06-05]. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
104. ČESKO. Zákon č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 1991, částka 104. [cit. 2017-06-05]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551>
105. ČESKO. Zákon č. 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In Sbíрка zákonů ČR, ročník 1992, částka 119. [cit. 2017-06-05]. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>
106. ČESKO. Zákon, kterým se mění zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/16-128.htm>
107. ČESKO. Zákon č. 200/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/legislativa/Soubor.ashx?souborID=23928&typ=application/pdf&nazev=sb0082-2015.pdf>

Přílohy

Příloha č. 1: Vývoj EHCI v období let 2006-2016 v jednotlivých zemích



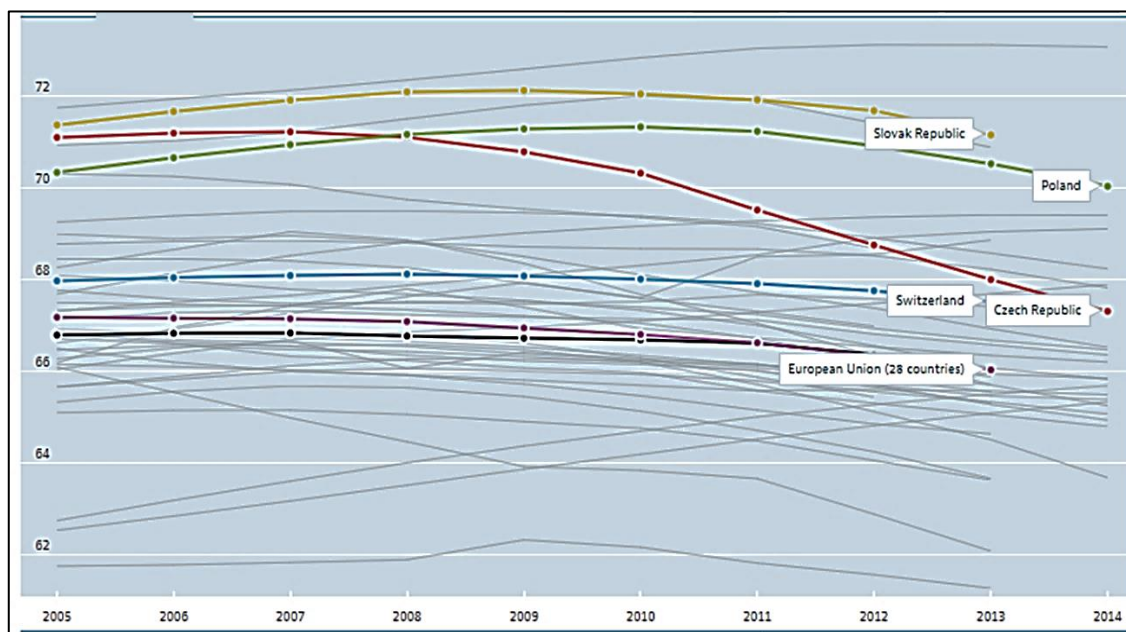
Zdroj: EHCI report 2016

**Příloha č. 2: Populace dle jednotlivých věkových skupin
v období 2005-2016**

Populace dle věkových skupin	0-14	15-64	65+
2005	1 501 331	7 293 357	1 456 391
2006	1 479 514	7 325 238	1 482 437
2007	1 476 923	7 391 373	1 512 834
2008	1 479 622	7 414 532	1 535 538
2009	1 494 370	7 413 560	1 598 883
2010	1 506 095	7 394 316	1 616 836
2011	1 541 241	7 262 768	1 701 436
2012	1 560 296	7 188 211	1 767 618
2013	1 577 455	7 109 420	1 825 544
2014	1 601 045	7 056 824	1 880 406
2015	1 623 716	6 997 715	1 932 412
2016	1 647 275	6 942 623	1 988 922

Zdroj: CSU, Zdravotnické ročenky 2005-2016

**Příloha č. 3: Ekonomicky aktivní obyvatelstvo v % z celku mezi lety 2005-2014 ve
vybraných zemích OECD**



Zdroj: OECD, Databank

**Příloha č. 4: Podíly populace dle věkových skupin
na celkové populaci v letech 2005-2016**

Populace dle věkových skupin	0-14	15-64	65+
2005	14,6 %	71,1 %	14,2 %
2006	14,4 %	71,2 %	14,4 %
2007	14,2 %	71,2 %	14,6 %
2008	14,2 %	71,1 %	14,7 %
2009	14,2 %	70,6 %	15,2 %
2010	14,3 %	70,3 %	15,4 %
2011	14,7 %	69,1 %	16,2 %
2012	14,8 %	68,4 %	16,8 %
2013	15,0 %	67,6 %	17,4 %
2014	15,2 %	67,0 %	17,8 %
2015	15,4 %	66,3 %	18,3 %
2016	15,6 %	65,6 %	18,8 %

Zdroj: CSU, Zdravotnické ročenky 2005-2016

**Příloha č. 5: Celkové výdaje na zdravotnictví v období
2000-2015 v mil. Kč dle metodiky SHA1.0**

Celkové výdaje na zdravotnictví v období 2000-2015 v mil. Kč			
Rok	Celkem metodika SHA 1.0	Meziroční přírůstek v %	Podíl na HDP dle metodiky SHA 1.0
2000	146 835		6,7%
2001	161 300	9,85%	6,9%
2002	178 923	10,93%	7,3%
2003	195 155	9,07%	7,6%
2004	209 270	7,23%	7,4%
2005	218 774	4,54%	7,3%
2006	226 810	3,67%	7,0%
2007	241 935	6,67%	6,8%
2008	264 520	9,34%	7,2%
2009	292 708	10,66%	7,8%
2010	284 141	-2,93%	7,2%
2011	287 768	1,28%	7,2%
2012	292 002	1,47%	7,2%
2013	292 519	0,18%	7,1%
2014	295 800	1,12%	6,9%
2015	296 700	0,30%	6,5%

Zdroj: ČSU, vlastní výpočty

**Příloha č. 6: Celkové výdaje na zdravotnictví v období
2010-2015 v mil. Kč dle metodiky SHA2011**

Celkové výdaje na zdravotnictví v období 2010-2015 v mil. Kč			
Rok	Celkem nová metodika SHA 2011	Meziroční přírůstek v %	Podíl na HDP dle metodiky SHA 2011
2010	340 690		8,6%
2011	344 506	1,12%	8,6%
2012	348 210	1,08%	8,6%
2013	350 079	0,54%	8,5%
2014	353 799	1,06%	8,2%
2015	353 727	-0,02%	7,8%

Zdroj:ČSU, vlastní výpočty

Příloha č. 7: Struktura celkových výdajů na zdravotnictví v mil. v období 2005-2013

Struktura celkových výdajů na zdravotnictví v mil. Kč v období 2000-2013									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Věřejné výdaje	191 356	197 027	206 565	218 719	244 754	238 387	243822	245 614	246 946
Věřejné rozpočty	21 263	22 827	22 852	21 439	26 034	24 487	20966	19 579	22 440
Státní rozpočty	12 333	14420	14 199	12 434	14 846	13 337	11123	9 151	9486
Místní rozpočty	8 930	8 407	8 653	9 005	11 188	11 150	9843	10 428	12 954
Zdravotní pojišťovny	170 093	174 200	183 713	197 280	218 720	213 900	222856	226 035	224 506
Soukromé výdaje	27418	29783	35370	45801	47954	45754	45358	46388	45573
Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči	4308	4437	3879	4513	4813	3887	3083	2754	3327
Soukromé pojištění	530	482	514	419	627	427	377	620	475
Neziskové instituce	3 172	3 232	2 517	3 151	3 258	2 559	1798	1 263	1 851
Podniky	606	723	848	943	928	901	908	871	1001
Domácnosti	23110	25346	31491	41288	43141	41867	42275	43634	42246
Celkové výdaje	218 774	226 810	241 935	264 520	292 708	284 141	289180	292 002	292 519

Zdroj:ČSU

Příloha č. 8: Struktura celkových výdajů na zdravotnictví v mil. v období 2010-2015 dle subjektů

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Veřejné výdaje	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	299 362
Veřejné rozpočty	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656
Státní rozpočet	48 835	47 692	47 079	49 360	52 546	54 889
Místní rozpočty	8 044	9 243	9 855	9 698	9 493	9 766
Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706
Soukromé výdaje	51 922	53 233	53 349	52 667	57 158	54 365
Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322
Soukromé pojištění	4 270	4 777	5 200	4 755	5 370	4 780
Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929
Podniky	901	908	871	1 001	2 374	915
Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	45 043
Celkové výdaje	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	353 727

Zdroj: ČSU

Příloha č. 9: Porovnání průměrných výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v letech 2010 a 2015 (v Kč)

Věková skupina	2010			2015		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Do 4 let	17 666	14 361	32 027	19 113	16 672	35 785
5-9	11 156	9 514	20 670	10 089	8 520	18 609
10-14	11 014	11 822	22 836	10 280	10 357	20 637
15-19	9 667	11 659	21 326	10 219	12 329	22 548
20-24	8 345	11 412	19 757	8 409	11 554	19 963
25-29	9 618	15 907	25 525	9 271	15 103	24 374
30-34	10 281	17 854	28 135	10 318	16 860	27 178
35-39	10 922	14 566	25 488	11 794	16 307	28 101
40-44	15 088	17 168	32 256	13 352	16 630	29 982
45-49	15 761	18 675	34 436	16 261	19 279	35 540
50-54	23 815	25 436	49 251	20 960	22 598	43 558
55-59	28 516	26 057	54 573	28 125	26 195	54 320
60-64	39 756	30 036	69 792	37 220	30 109	67 329
65-69	45 612	40 172	85 784	47 511	28 332	75 843
70-74	54 245	47 241	101 486	47 879	45 525	93 404
75-79	62 624	50 086	112 710	63 113	51 353	114 465
80-84	65 217	53 670	118 887	65 115	57 337	122 452
85+	68 462	60 030	128 492	65 975	63 088	129 063
Celkem	21 267	23 445	44 712	21 677	23 326	45 003

Zdroj: ČSU

Příloha č. 10: Výnosy zdravotních pojišťoven v mil. Kč v období let 2005-2016

Ukazatel	Rok											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Výnosy celkem	171 381	189 670	211 886	219 810	219 478	221 498	227 892	231 796	235 781	248 500	260 112	272 250
Tržby za prodej služeb	147	144	138	118	114	105	105	104	97	98	96	92
Tržby z prodeje dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	11	3	61,8	10,7	91	9	19	211	140	101	60	69
Tržby z prodeje dluhových cenných papírů	-	-	x	x	x	x	x		226	56	189	177
Výnosové úroky	158	189	513	1 275	883	469	415	264	216	151	162	49
Předepsané pojistné z veřejného zdravotního pojištění	130 647	140 288	155 899	162 165	163 237	163 479	167 701	170 935	175 513	181 696	191 549	202 502
Pokuty, penále, úroky z prodlení	5 568	4 872	6 802	7 609	5 441	3 617	3 526	3 115	3 563	3 933	4 030	4 604
Ostatní a mimořádné výnosy	607	767	781	1 166	684	503	833	485	525	604	656	663
Výnosy od zahraničních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči za cizí pojištěnce	x	x	x	338	402	470	583	580	577	710	883	1 086
Zúčtování se zvláštním účtem zdravotního pojištění (přerozdělení)	33 741	43 010	47 481	47 281	48 520	52 707	52 650	55 069	53 676	59 867	60 944	62 254

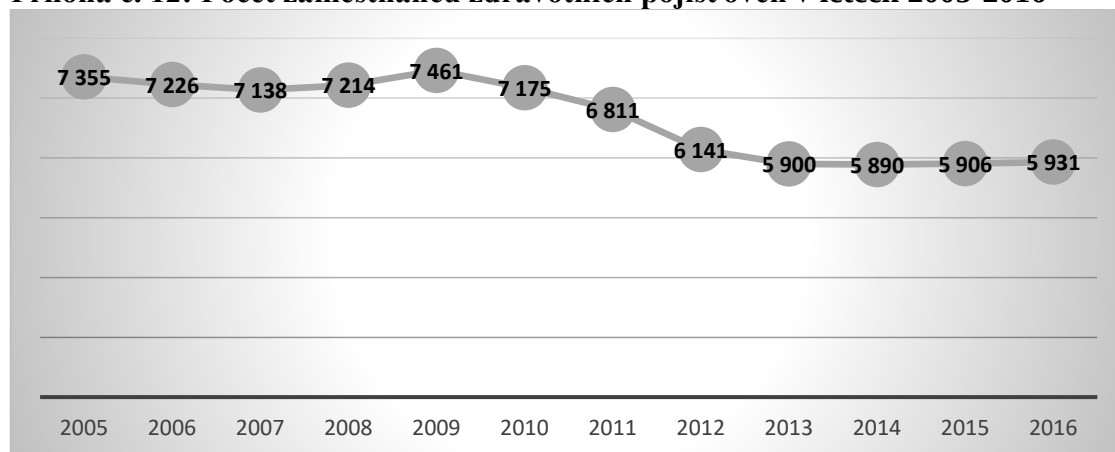
Zdroj: ČSU

Příloha č. 11: Náklady zdravotních pojišťoven v mil. Kč v období let 2005-2016

Ukazatel		Rok											
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Náklady celkem		171 550	174 915	192 300	208 069	227 407	228 715	237 342	238 519	236 747	248 492	260 402	270 088
Spotřeba materiálu a energie		269	256	289	405	435	364	318	255	242	240	214	223
Služby		1 436	1 302	1 472	1 816	2 093	2 659	1 942	1 879	1 732	1 654	1 565	1 501
z toho	opravy a udržování	311	338	370	360	367	419	439	365	451	425	424	345
	cestovné	13	13	15	16	18	18	15	18	17	18	18	18
Pojistné		10	11	10,9	8,8	10	10	10	9	8	7	7	6
Náklady na zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění		163 277	167 117	180 657	191 958	211 459	215 155	219 037	222 978	220 625	233 891	241 958	253 417
Preventivní programy (z fondu prevence)		811	486	802	1 819	1 364	618	771	916	1 171	929	796	1 002
Osobní náklady		2 864	3 020	3 232	3 589	3 850	3 932	3 857	3 720	3 686	3 790	3 976	4 078
z toho	sociální a zdravotní pojištění	722	750	800	877	904	948	923	882	879	900	942	975
	penzijní a zdravotní připojištění	21	26	26	28	34	33	29	49	47	49	49	48
	Náhrada mzdy po dobu trvání dočasné pracovní	x	x	x	x	6,9	6,6	10	8	6	6	8	8
Odpisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku		579	511	465	474	578	650	752	1 042	1 042	860	717	670
Pokuty, penále a úroky z prodlení		37	87	70	20	17	4	1	2	3	3	20	2
Odpis pohledávek		1 413	1 512	4 411	7 328	6 724	4 592	4 507	4 067	3 529	3 713	7 887	6 055
Příspěvky Svazu zdravotních pojišťoven, CMÚ, NRC apod.		23	18	20	26	25	29	27	46	44	44	36	44
Prodané dluhopisy (v pořizovací ceně)		-	-	131	102	46	65	79	93	226	56	162	133
Daně a poplatky		40	38	47	57	69	71	39	38	63	62	51	50
Ostatní jiné a mimořádné náklady		354	232	321	461	323	77	161	178	101	108	131	76
Náklady za zdravotní péči za cizince		-	-	-	335	371	426	557	632	606	749	885	1 090

Zdroj: ČSU

Příloha č. 12: Počet zaměstnanců zdravotních pojišťoven v letech 2005-2016



Zdroj: ČSU

Příloha č. 13: Celkové výdaje na zdravotní péči dle druhu zdravotní péče v období let 2010-2015 v mil. Kč

Druh péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Léčebná péče	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	139 707
1.1 Lůžková léčebná péče	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 311
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735
1.3 Ambulantní léčebná péče	75 929	76 765	78 203	81 940	79 099	82 469
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	192
2 Rehabilitační péče	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 402
2.1 Lůžková rehabilitační péče	5 886	6 485	6 266	6 255	6 407	6 518
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 922	7 211	7 386	7 498	7 331	7 885
3 Dlouhodobá zdravotní péče	35 762	37 005	37 081	38 596	44 035	42 393
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	29 816	30 760	30 867	31 920	37 062	34 829
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 706
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333	5 859
4 Doplňkové služby	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020
4.1 Laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037
4.2 Zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484
4.3 Doprava pacientů	7 393	7 521	7 351	7 210	6 939	7 499
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	65 782
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	57 091	58 298	61 390	56 221	56 957	56 916
5.2 Terapeutické pomůcky	9 141	9 329	9 286	10 563	10 064	8 867
6 Preventivní péče	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027
6.1 Informační a poradenské programy	487	497	626	629	637	668
6.2 Imunizační programy	1 389	1 432	1 484	1 458	1 576	1 267
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 554	1 586	1 644	1 659	1 637
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	6 541	6 881	6 900	7 034	7 561	5 455
7 Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536
7.1 Státní správa a samospráva	8 636	8 744	8 616	8 993	9 025	8 523
7.2. Správa soukromého ZP*	13	14	19	12	15	13
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611
HCR.1.1 Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791
HCR.1.2 Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820
HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	294
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	9 048	8 978	8 886	8 907	8 934	9 197
R.1 Investiční náklady	5 323	5 108	4 940	3 851	3 536	4 102
R.2 Vzdělávání	256	252	262	236	255	274
R.3 Věda a výzkum	1 023	1 065	1 095	1 272	1 278	1381
Celkem	340 690	344 505	348 210	350 079	353 799	353 727

Zdroj: ČSU

Příloha č.14: Podíl zdravotních pojišťoven na celkových výdajích na zdravotní péči dle druhu v období let 2010-2015

Druh péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Léčebná péče	87,5%	87,6%	87,7%	87,2%	85,2%	86,6%
1.1 Lůžková léčebná péče	93,4%	93,2%	92,3%	91,8%	90,2%	91,7%
1.2 Denní léčebná péče	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
1.3 Ambulantní léčebná péče	82,3%	82,6%	83,7%	83,4%	80,9%	82,5%
1.4 Domácí léčebná péče	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2 Rehabilitační péče	82,7%	81,5%	75,2%	78,3%	76,4%	77,8%
2.1 Lůžková rehabilitační péče	72,9%	70,9%	56,4%	63,4%	61,4%	65,1%
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	91,0%	91,0%	91,1%	90,7%	89,5%	88,2%
3 Dlouhodobá zdravotní péče	36,5%	35,6%	35,6%	34,7%	39,7%	33,1%
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	37,7%	38,4%	38,3%	37,4%	43,2%	35,8%
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	40,6%	28,4%	28,9%	28,5%	27,8%	26,5%
4 Doplnkové služby	90,8%	90,5%	90,5%	90,4%	90,6%	90,7%
4.1 Laboratorní služby	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
4.2 Zobrazovací metody	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
4.3 Doprava pacientů	53,7%	52,5%	50,4%	48,8%	47,6%	50,5%
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	59,1%	58,5%	60,8%	60,1%	58,4%	58,4%
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	62,6%	61,7%	63,9%	62,5%	60,9%	60,7%
5.2 Terapeutické pomůcky	37,2%	38,4%	40,1%	47,5%	44,3%	43,7%
6 Preventivní péče	79,6%	80,1%	80,5%	80,1%	65,8%	76,0%
6.1 Informační a poradenské programy	99,2%	99,0%	99,0%	99,2%	98,7%	96,4%
6.2 Imunizační programy	34,6%	35,0%	35,1%	37,8%	17,5%	21,6%
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	86,1%	86,0%	85,7%	86,3%	86,4%	85,6%
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	86,2%	86,8%	87,4%	85,8%	68,6%	83,2%
7 Státní správa a samospráva a ZP	78,0%	79,3%	78,4%	78,8%	78,0%	76,0%
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	6,6%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	4,6%
Celkem	68,1%	68,0%	68,3%	68,1%	66,3%	66,4%

Zdroj: ČSU, vlastní zpracování

**Příloha č. 15: Celkové výdaje na zdravotní péči dle druhu poskytovatele v mil. Kč
v období let 2010-2015**

Typ poskytovatele	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Nemocnice	133 211	133 567	134 498	136 679	139 786	139 935
1.1 Všeobecné nemocnice	114 664	117 190	116 896	119 020	121 397	125 124
1.2 Specializované nemocnice	18 547	16 377	17 602	17 659	18 389	14 811
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	20 756	20 944	21 037	21 895	22 574	24 413
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	11 521	11 662	11 569	11 928	11 890	12 883
2.2 Léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	10 606
2.9 Ostatní lůžková zařízení	1 230	1 100	1 174	1 084	989	924
3 Poskytovatelé ambulantní péče	66 878	69 798	68 801	71 780	72 072	71 447
3.1 Samostatné ordinace lékařů	37 679	37 915	37 764	39 236	38 564	38 998
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	16 674	17 169	16 143	16 704	17 447	17 167
3.3 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	2 959	3 164	3 162	3 425	3 562	3 524
3.4 Ambulantní centra	7 578	9 437	9 652	10 281	10 407	9 826
3.5 Poskytovatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 531
3.9 Ostatní poskytovatelé ambulantní péče	532	725	684	706	600	402
4 Poskytovatelé doplňkových služeb	11 301	11 214	11 855	11 449	11 518	12 271
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	6 855	6 985	7 212	6 836	6 835	7 404
4.2 Laboratoře	4 446	4 229	4 643	4 613	4 683	4 867
5 Lékárny a výdejny PZT*	60 907	62 704	63 783	59 680	55 564	54 671
5.1 Lékárny	51 469	54 193	55 468	50 258	47 159	47 539
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravot. zboží a techniky	7 341	6 494	6 312	7 518	6 493	5 248
5.9 Ostatní prodejci	2 096	2 017	2 003	1 904	1 913	1 883
6 Poskytovatelé preventivní péče	891	788	737	778	759	774
7 Správa systému zdravotní péče	10 953	11 311	10 870	11 462	11 483	10 949
7.1 Státní správa	4 205	4 368	4 098	4 363	4 435	4 459
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490
8 Ostatní odvětví ekonomiky	20 167	19 913	20 039	21 485	23 970	23 525
8.1 Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991
8.2 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	6 379	6 551	6 419	6 893	8 763	7 534
9 Nerozlišeno	15 625	14 266	16 590	14 870	16 073	15 742
Celkem	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	353 727

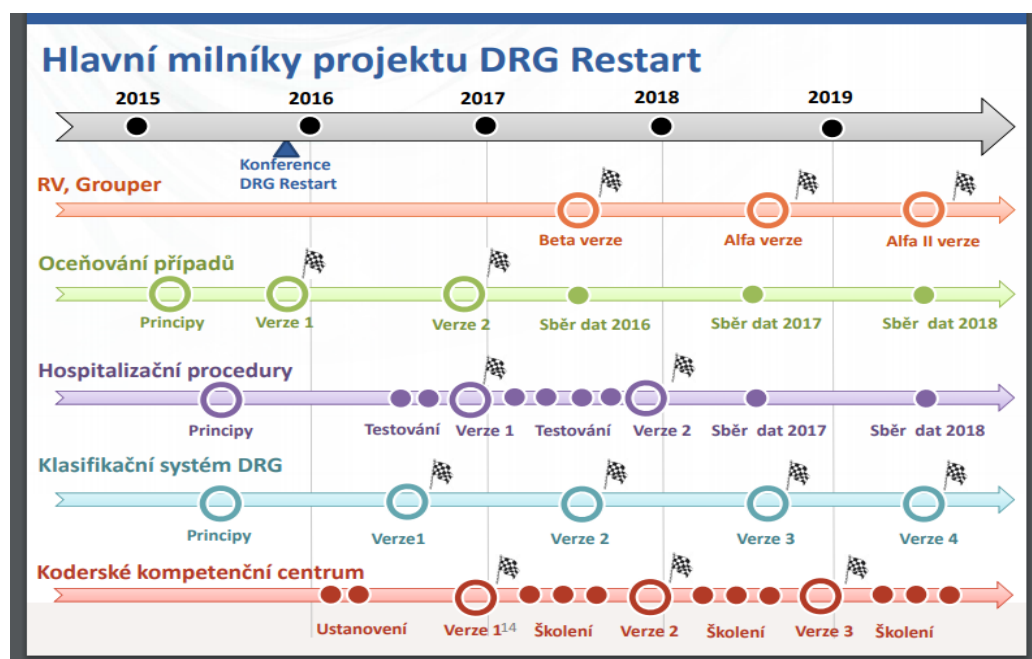
Zdroj: ČSU, vlastní zpracování

Příloha č. 16: Podíl zdravotních pojišťoven na výdajích za celkovou zdravotní péči dle poskytovatele v letech 2010-2015

Typ poskytovatele	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Nemocnice	92,5%	92,5%	92,0%	92,8%	92,5%	93,0%
1.1 Všeobecné nemocnice	94,5%	94,3%	94,2%	94,8%	94,6%	95,2%
1.3 Specializované nemocnice	32,5%	37,9%	28,0%	31,2%	30,8%	41,3%
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	12,8%	12,0%	12,1%	11,3%	8,8%	10,2%
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	12,4%	12,1%	11,8%	11,6%	8,4%	12,2%
2.9 Ostatní lůžková zařízení	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
3 Poskytovatelé ambulantní péče	79,4%	80,3%	80,7%	80,2%	78,2%	78,8%
3.1 Samostatné ordinace lékařů	85,8%	87,7%	86,5%	86,7%	85,4%	89,2%
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	57,3%	54,9%	57,8%	55,9%	51,6%	48,1%
3.3 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	54,9%	56,1%	55,7%	53,8%	54,1%	44,0%
3.4 Ambulantní centra	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%	100,0%	100,0%
3.5 Poskytovatelé služeb domácí péče	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
3.9 Ostatní poskytovatelé ambulantní	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
4 Poskytovatelé doplňkových služeb	68,1%	66,4%	65,3%	64,3%	66,0%	67,2%
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	47,3%	46,0%	42,9%	40,1%	42,8%	45,6%
4.2 Laboratoře	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
5 Lékárny a výdejny PZT	54,8%	54,7%	56,0%	54,9%	49,4%	49,2%
5.1 Lékárny	58,5%	58,8%	60,0%	58,0%	52,8%	52,9%
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů	45,0%	37,8%	38,0%	48,1%	39,1%	33,1%
6 Poskytovatelé preventivní péče	64,2%	62,4%	59,0%	61,2%	58,9%	54,5%
7 Správa zdravotních pojišťoven	61,6%	61,4%	62,3%	61,9%	61,4%	59,3%
9 Ostatní poskytovatelé nezařazení jinde	29,2%	22,0%	33,5%	25,0%	27,6%	23,9%

Zdroj:ČSU, vlastní výpočty

Příloha č. 17: Hlavní milníky projektu DRG Restart



Zdroj: DRG Restart

Příloha č. 18: Výdaje domácností na zdravotní péči dle druhu péče v mil. Kč v období let 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Léčebná péče	4 840	5 155	7 464	12 533	16 481	12 923	12 735	12 838	12 832
Lůžková péče	268	267	407	631	1 029	924	759	1 039	838
Ambulantní péče kromě stomatologické	1 500	1 403	2 559	4 551	5 908	5 091	4 601	4 954	4 678
Stomatologická péče	3 072	3 485	4 498	7 351	9 544	6 907	7 375	6 845	7 315
Rehabilitační péče	817	811	1 204	1 879	2 939	2 941	2 449	3 125	2 616
Lůžková péče	634	632	965	1 493	2 437	2 188	1 799	2 461	1 985
Ambulantní péče	183	179	239	386	502	753	651	664	631
Léky a PZT	17 454	19 380	22 823	26 876	23 721	26 003	27 091	27 671	26 798
Léky	13 114	14 911	17 473	20 556	18 143	20 341	21 551	22 112	21 594
Předepsané léky	4 770	5 439	6 778	9 878	8 718	8 605	9 115	9 402	9 258
Volně prodejně léky	7 942	8 975	10 196	10 052	8 872	11 077	11 757	12 064	11 688
Ostatní léky	401	497	500	626	553	659	679	646	648
PZT	4 340	4 469	5 349	6 320	5 578	5 662	5 540	5 559	5 204
Brýle	3 343	3 442	4 120	4 868	4 296	4 361	4 267	4 282	4 008
OP pomůcky	265	273	327	386	340	346	338	339	318
Ostatní PZT	732	754	903	1 066	941	955	935	938	878
Celkem	23 110	25 346	31 491	41 288	43 141	41 867	42 275	43 634	42 246

Zdroj: ČSU

Příloha č. 19: Výdaje domácností na zdravotní péči dle druhu péče**v mil. Kč v období let 2010-2015**

Druh zdravotní péče	mil. Kč				
	2010	2011	2012	2013	2015
Léčebná péče	13 315	13 337	13 038	13 758	14 387
Lůžková léčebná péče	487	576	834	699	694
Všeobecná ambulantní léčebná péče	2 382	2 171	2 302	2 429	2 299
Stomatologická ambulantní léčebná péče	7 118	7 737	6 802	7 362	8 908
Specializovaná ambulantní léčebná péče	3 328	2 853	3 100	3 268	2 486
Rehabilitační péče	2 222	2 539	3 388	2 983	3 201
Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče	1 596	1 888	2 732	2 289	2 274
Ambulantní rehabilitační péče	626	651	656	694	927
Dlouhodobá lůžková péče	52	63	93	77	75
Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	27 115	28 089	27 723	26 648	27 380
Léčiva a zdravotnický materiál	21 380	22 347	22 163	21 102	22 390
Léky na předpis	8 932	9 439	9 394	9 303	9 507
Volně prodejné léky a léčiva	11 843	12 262	12 088	11 179	12 309
Ostatní zdravotnický materiál a výrobky	605	646	681	620	574
Terapeutické pomůcky	5 735	5 742	5 560	5 546	4 990
Brýle a další produkty oční optiky	3 740	3 744	3 626	3 617	3 254
Ortopedické a protetické pomůcky	296	297	287	286	258
Ostatní terapeutické pomůcky a vybavení	1 699	1 701	1 647	1 643	1 478
Celkový součet	42 704	44 028	44 242	43 466	45 043

Zdroj:ČSU